



## Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (JO du 26 juillet 2019)

### *Dispositions principales intéressant les infirmiers*

Le texte intégral de la loi est [consultable ici](#).

#### **Article 5 : certification**

*Synthèse : il est créé une procédure de certification à échéances régulières au cours de la vie professionnelle visant à maintenir les compétences et la qualité des pratiques. Cette procédure sera instaurée par voie d'ordonnance à prendre, pour les infirmiers, dans les deux ans de la publication de la loi.*

I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi relative à l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue visant à :

1° Créer une procédure de certification indépendante de tout lien d'intérêt permettant, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, de garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau des connaissances ;

2° Déterminer les professionnels concernés par cette procédure de certification, les conditions de sa mise en œuvre et de son contrôle, les organismes qui en sont chargés, les conséquences de la méconnaissance de cette procédure ou de l'échec à celle-ci, ainsi que les voies de recours ouvertes à l'encontre de ces conséquences.

II. – Les ordonnances prévues au I sont prises :

1° Dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, pour celle relative à la profession de médecin ;

2° Dans un délai de deux ans à compter de la publication de la présente loi, pour celles relatives aux autres professions mentionnées au premier alinéa du même I.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chaque ordonnance.

## Article 23 : dispositif d'appui à la coordination

*Synthèse : le dispositif d'appui à la coordination est une mesure de simplification visant à remplacer les réseaux de santé, les fonctions d'appui, les PTA et les MAIA. Il assure la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels, contribue avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants, participe à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé. Les DAC disposent d'une gouvernance assurant la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, intégrant notamment des représentants des usagers, du conseil départemental et des CPTS.*

I. – Le chapitre VII du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Chapitre VII

« Dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

« Art. L. 6327-1. – Les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux et, le cas échéant, les structures qui les emploient peuvent solliciter un appui à la coordination des parcours de santé qu'ils estiment complexes afin d'améliorer le service rendu à la population et de concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1.

« Art. L. 6327-2. – Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes :

« 1° Assure la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, ainsi que la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de coordination des soins au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et les autres professionnels concernés ;

« 2° Contribue avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;

« 3° Participe à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 6327-1 du présent code.

« Art. L. 6327-3. – Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes disposent d'une gouvernance assurant la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, intégrant notamment des représentants des usagers, du conseil départemental et des communautés professionnelles territoriales de santé.

« Cette gouvernance s'assure du respect du principe d'une intervention subsidiaire du dispositif d'appui par rapport à celle des professionnels mentionnés à l'article L. 6327-1.

« Art. L. 6327-4. – Les établissements autorisés à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile peuvent participer au fonctionnement d'un ou de plusieurs dispositifs d'appui.

« Art. L. 6327-5. – Les centres locaux d'information et de coordination mentionnés à l'article L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles peuvent intégrer le dispositif mentionné à l'article L. 6327-2 du présent code sur délibération du conseil départemental.

« Art. L. 6327-6. – Pour les activités soumises à autorisation en application de l'article L. 6122-1 nécessitant une expertise particulière, des dispositifs spécifiques régionaux peuvent organiser un appui spécialisé aux professionnels de santé, aux établissements de santé ainsi qu'aux agences régionales de santé.

« Art. L. 6327-7. – Les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret. »

II. – Les dispositifs d'appui existants en application des articles L. 6321-1, L. 6321-2, L. 6327-1 à L. 6327-3 du code de la santé publique et de l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles en vigueur antérieurement à la date d'entrée en vigueur de la présente loi intègrent les dispositifs mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-3 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant de la présente loi dans un délai qui ne peut excéder trois ans à compter de la date de publication de la présente loi. À l'échéance de ce délai, les articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du code de la santé publique et l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles sont abrogés.

III. – Les organisations assurant les fonctions d'appui à la coordination prévues au V de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 en ce qu'ils concernent les expérimentations conduites dans le cadre de l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 intègrent les dispositifs unifiés mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-3 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant de la présente loi au plus tard à leur date d'expiration.

## **Article 25 : adaptation des posologies et prescription de produits**

*Synthèse : les infirmiers sont autorisés à adapter les posologies de certains traitements pour une pathologie donnée dès lors qu'ils exercent dans un cadre coordonné (ESP, MSP, CPTS, Centre de santé). La liste des pathologies est fixée par arrêté après avis de la HAS. Par ailleurs, les infirmiers peuvent prescrire le sérum physiologique et les solutions antiseptiques.*

L'article L. 4311-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans un protocole inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné tel que prévu aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, et dans des conditions prévues par décret, l'infirmier ou l'infirmière est autorisé à adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée. La liste de ces pathologies et de ces traitements est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cette adaptation ne peut avoir lieu que sur la base des résultats d'analyses de biologie médicale, sauf en cas d'indication contraire du médecin, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par le patient. » ;

2° Le dernier alinéa est complété par les mots : « , des solutions et produits antiseptiques ainsi que du sérum physiologique à prescription médicale facultative ».

## **Article 26 : partage d'honoraires autorisé en cas de rémunération forfaitaire par patient**

*Synthèse : afin de permettre une rémunération forfaitaire par patient, dans le cadre prévu par l'avenant n°6 à la convention nationale signé le 29 mars 2019, les infirmiers exerçant en cabinet de groupe sont autorisés à partager les honoraires. Ce partage ne peut être qualifié de compéage.*

Le chapitre II du titre Ier du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par une section 6 ainsi rédigée :

« Section 6

« Dispositions diverses

« Art. L. 4312-15. – Les infirmiers exerçant en commun leur activité et percevant, à ce titre, une rémunération forfaitaire par patient ne sont pas soumis à l'interdiction de partage d'honoraires au sens du présent code.

« Ces professionnels ne sont pas réputés pratiquer le compéragé au sens du présent code du seul fait de l'exercice en commun de leur activité et du partage d'honoraires réalisé dans ce cadre compte tenu de la perception d'une rémunération forfaitaire par patient. »

### **Article 53 : télésanté et télésoin**

*Synthèse : la télésanté regroupe la télémedecine (pour les medecins) et le telesoin (pour les pharmaciens et auxiliaires medicaux). Le telesoin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication et mettant en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires medicaux dans l'exercice de leurs competences sans modifier le cadre de competences reglementaires des professionnels. Les activites de telesoin sont definies par arrete apres avis de la HAS. Les conventions nationales prevoient la prise en charge par l'Assurance maladie. Cette prise en charge est subordonnee à la realisation préalable, en presence du patient, d'un premier soin par un auxiliaire medical de la même profession que celle du professionnel assurant le telesoin.*

I. – Le livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À l'intitulé, le mot : « télémedecine » est remplacé par le mot : « télésanté » ;

2° À l'intitulé du titre Ier, le mot : « télémedecine » est remplacé par le mot : « télésanté » ;

3° L'intitulé du chapitre VI du même titre Ier est ainsi rédigé : « Télésanté » ;

4° Au début du même chapitre VI, est insérée une section 1 intitulée : « Télémedecine » et comprenant l'article L. 6316-1 ;

5° Après le mot : « rapport, », la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 6316-1 est ainsi rédigée : « un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. » ;

6° Le chapitre VI est complété par une section 2 ainsi rédigée :

« Section 2

« Télésoin

« Art. L. 6316-2. – Le télésoin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences prévues au présent code.

« Les activités de télésoin sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cet avis porte notamment sur les conditions de réalisation du télésoin permettant de garantir leur qualité et leur sécurité ainsi que sur les catégories de professionnels y participant.

« Les conditions de mise en œuvre des activités de télésoin sont fixées par décret en Conseil d'État. »

II. – Le chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° du I de l'article L. 162-14-1 est complété par trois phrases ainsi rédigées : « La ou les conventions définissent également, le cas échéant, les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l'article L. 6316-2 du même code. Les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un auxiliaire médical et un patient et sont effectuées par vidéo transmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par un auxiliaire médical de la même profession que celle du professionnel assurant le télésoin ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin ; »

2° La sous-section 3 de la section 3.1 est complétée par un article L. 162-15-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-15-5. – Les conditions de prise en charge des activités de télésoin prévues au 1° du I de l'article L. 162-14-1 sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

3° L'article L. 162-16-1 est ainsi modifié :

a) Après le 14°, il est inséré un 15° ainsi rédigé :

« 15° Les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l'article L. 6316-2 du même code. Les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un pharmacien et un patient et sont effectuées par vidéo transmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable par un pharmacien, en présence du patient, d'un premier soin, bilan de médication ou entretien d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin. » ;

b) Au vingt et unième alinéa et à la première phrase de l'avant-dernier alinéa, la référence : « au 13° » est remplacée par les références : « aux 13° à 15° » ;

4° Après l'article L. 162-16-1-2, il est inséré un article L. 162-16-1-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-1-3. – Les conditions de prise en charge des activités de télésoin prévues au 15° de l'article L. 162-16-1 sont fixées par décret en Conseil d'État. »

### **Article 66 : réforme des protocoles de coopération**

*Synthèse : le dispositif des protocoles de coopération issu de l'article 51 de la loi HPST est entièrement rénové. En premier lieu une liste des protocoles nationaux à élaborer et à déployer sur l'ensemble du territoire est proposée par un comité national des coopérations interprofessionnelles (UNCAM, HAS ministère, ARS, CNP et ordres sont associés). Ce comité peut proposer l'intégration des actes dérogatoires dans les compétences réglementaires des professionnels. Il propose leurs modalités de financement et de rémunération définitives. En second lieu, des professionnels de santé travaillant en équipe peuvent, à leur initiative, élaborer un protocole autre qu'un protocole national. Ce protocole est instruit, autorisé, suivi et évalué dans le cadre de la procédure des expérimentations à dimension régionale. Il ne vaut que pour l'équipe promotrice.*

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre unique du titre Ier du livre préliminaire de la quatrième partie est ainsi rédigé :

« Chapitre unique

« Protocoles de coopération

« Section 1

« Dispositions communes

« Art. L. 4011-1. – Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4241-1, L. 4241-13, L. 4251-1, L. 4301-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4352-2, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1, L. 4371-1, L. 4391-1, L. 4392-1, L. 4393-8, L. 4394-1 et L. 6316-1, les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient.

« Les protocoles de coopération précisent les formations nécessaires à leur mise en œuvre.

« Le patient est informé des conditions de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération.

« Art. L. 4011-2. – Les protocoles de coopération sont rédigés par les professionnels de santé. Un décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé définit les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération. Les protocoles précisent les dispositions d'organisation spécifiques auxquelles est subordonnée leur mise en œuvre.

« Section 2

« Protocoles nationaux

« Art. L. 4011-3. – I. – Un comité national des coopérations interprofessionnelles est chargé de la stratégie, de la promotion et du déploiement des coopérations interprofessionnelles. Il propose la liste des protocoles nationaux à élaborer et à déployer sur l'ensemble du territoire, appuie les professionnels de santé dans l'élaboration de ces protocoles et de leur modèle économique et émet un avis sur leur financement par l'assurance maladie. Il assure le suivi annuel et l'évaluation des protocoles autorisés. À cette fin, lui sont transmises annuellement les données pertinentes pour chacun des protocoles mis en œuvre.

« Le comité national des coopérations interprofessionnelles peut proposer l'intégration des actes dérogatoires dans les compétences réglementaires des professionnels. Il propose leurs modalités de financement et de rémunération définitives par leur inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

« Le comité est composé, selon des modalités précisées par décret, de représentants de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie, de la Haute Autorité de santé, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé ainsi que des agences régionales de santé. Les conseils nationaux professionnels et les ordres des professions concernées sont associés aux travaux de ce comité.

« II. – Le financement peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

« 1° Aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

« 2° Aux 1°, 2°, 5° et 6° de l'article L. 160-8, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« 3° À l'article L. 162-2, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

« 4° Aux articles L. 160-13 et L. 160-14, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

« Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent du financement des protocoles nationaux sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du même code.

« III. – Le protocole national et son modèle économique sont rédigés par une équipe de rédaction, sélectionnée dans le cadre d'un appel national à manifestation d'intérêt, avec l'appui des conseils nationaux professionnels et des ordres des professions concernées. Le protocole national est autorisé sur l'ensemble du territoire national par arrêté des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de santé qui se prononce sur sa compatibilité avec le décret mentionné à l'article L. 4011-2.4011-2 du présent code. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent suspendre et retirer un protocole pour des motifs liés à la sécurité et à la qualité des prises en charge.

« IV. – Les structures d'emploi ou d'exercice des professionnels souhaitant mettre en œuvre un protocole national déclarent, le cas échéant conjointement, à l'agence régionale de santé compétente sa mise en œuvre sous leur responsabilité. L'agence peut suspendre la mise en œuvre de ce protocole dans une ou plusieurs structures pour des motifs liés à la qualité et à la sécurité des prises en charge et en cas de non-respect des dispositions du même protocole.

« V. – Les conditions d'application du présent article sont précisées par voie réglementaire.

« Section 3

« Protocoles expérimentaux locaux

« Art. L. 4011-4. – Des professionnels de santé travaillant en équipe peuvent, à leur initiative, élaborer un protocole autre qu'un protocole national et qui propose une organisation innovante. Ce protocole est instruit, autorisé, suivi et évalué dans le cadre de la procédure des expérimentations à dimension régionale mentionnées au III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale. Le protocole n'est valable que pour l'équipe promotrice, dont les professionnels de santé sont tenus de se faire enregistrer sans frais auprès de l'agence régionale de santé.

### **Article 67 : dérogation à l'exercice illégal de la médecine pour les assistants médicaux**

*Synthèse : les assistants médicaux bénéficient d'une dérogation à l'interdiction de l'exercice illégal de la médecine « dans la limite de leur formation »*

Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, après le mot : « malades, », sont insérés les mots : « ni aux détenteurs d'une qualification professionnelle figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé et exerçant, dans la limite de leur formation, l'activité d'assistant médical, ».