

## LOI D'ORGANISATION ET DE TRANSFORMATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

### NOTE RELATIVE AUX DISPOSITIONS IMPACTANT LES RESSOURCES HUMAINES HOSPITALIÈRES

Vous trouverez ci-dessous les principales mesures relatives aux ressources humaines hospitalières prévues par la loi n°2019-774 relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé du 24 juillet 2019.

#### TITRE I : DECLOISONNER LES PARCOURS DE FORMATION ET LES CARRIÈRES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

##### CHAPITRE IER : REFORMER LES ÉTUDES EN SANTÉ ET RENFORCER LA FORMATION TOUT AU LONG DE LA VIE

###### ARTICLE 1 : RENOVATION DE L'ACCÈS AUX ÉTUDES DE SANTÉ

###### 1. Suppression du numerus clausus :

L'article 1<sup>er</sup> de la loi supprime le numerus clausus et précise que les capacités d'accueil des formations en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année de premier cycle seront déterminées annuellement **par les universités**, en prenant en compte des **objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle**.

Ces objectifs locaux, qui tiennent compte des capacités de formation et des besoins de santé du territoire, sont arrêtés par l'université sur **avis conforme de l'ARS**, pris après consultation de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

Ils sont définis au regard d'**objectifs nationaux pluriannuels relatifs au nombre de professionnels à former** déterminés par l'État pour répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins et permettre l'insertion professionnelle des étudiants.

###### 2. Réforme du premier cycle :

L'article 1<sup>er</sup> supprime également la **première année commune aux études de santé** : l'admission en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique est subordonnée à la **validation d'un parcours de formation antérieur dans l'enseignement supérieur** et à la **réussite à des épreuves**, qui seront déterminées par décret en Conseil d'État.

Il prévoit la possibilité pour les étudiants engagés dans ces formations, ou justifiant de certains grades, titres ou diplômes (qui seront précisés par décret) de se **réorienter dans une filière différente de leur filière d'origine** en 2<sup>ème</sup> ou en 3<sup>ème</sup> année.

Cette réforme fera l'objet d'un rapport d'évaluation remis par le gouvernement au parlement en 2021 et en 2023.

### 3. Expérimentations : formations communes aux étudiants médicaux et paramédicaux

A titre expérimental, et pour une durée de six ans à compter de la rentrée universitaire 2020, des **formations communes aux étudiants de santé** pourront être mises en place.

Les conditions de mise en œuvre de cette expérimentation seront précisées ultérieurement par voie réglementaire, notamment les conditions de leur évaluation en vue d'une éventuelle généralisation.

Au cours de la sixième année de l'expérimentation, un rapport d'évaluation élaboré par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé devra être remis au Parlement.

**Entrée en vigueur :**

Ces dispositions sont applicables à compter de la rentrée universitaire 2020.

## ARTICLE 2 : RENOVATION DU DEUXIEME CYCLE ET DU TROISIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES

### 1. Suppression des épreuves classantes nationales

En substitution aux épreuves classantes nationales, cet article prévoit que l'accès au troisième cycle des études de médecine est subordonné :

- d'une part à la validation du deuxième cycle des études de médecine en France ou d'une formation médicale de base au sens du droit européen ;
- et d'autre part à l'obtention d'une note minimale à des épreuves nationales permettant d'établir que l'étudiant a acquis les connaissances et compétences suffisantes au regard des exigences de la formation de troisième cycle.

L'affectation en troisième cycle des étudiants s'effectuera, par spécialité et par subdivision territoriale, en prenant en compte leurs résultats aux épreuves ainsi que leur parcours de formation, leur projet professionnel et, le cas échéant, leur situation de handicap.

### 2. Mise en place d'un semestre de pratique ambulatoire au cours de la dernière année du troisième cycle de médecine

Au cours de la dernière année du troisième cycle, les étudiants de **médecine générale** devront désormais réaliser **au minimum un stage d'un semestre en pratique ambulatoire**.

Ce stage devra être réalisé, dans des lieux agréés, en priorité dans les zones sous-denses définies par les ARS, sous un régime d'autonomie supervisée.

Ces dispositions pourront être étendues à **d'autres spécialités à exercice majoritairement ambulatoire** par décret.

### 3. Décret d'application :

Un décret en Conseil d'Etat précisera les conditions de mise en œuvre de cet article, en déterminant notamment :

- les modalités d'organisation des épreuves nationales ;
- les modalités d'organisation du troisième cycle des études de médecine et de réalisation de stages auprès de praticiens agréés-maîtres de stages des universités ;
- les modalités de répartition des postes ouverts aux étudiants accédant au troisième cycle, compte tenu des capacités de formation et des besoins prévisionnels du système de santé en compétences médicales spécialisées ;
- les modalités d'affectation sur ces postes ;
- les modalités de changement d'orientation ;
- les modalités permettant une adéquation optimale entre le nombre de postes ouverts aux étudiants accédant au troisième cycle et le nombre de postes effectivement pourvus ;
- les modalités de mise en œuvre de l'autonomie supervisée en pratique ambulatoire et les conditions de la supervision.

#### Entrée en vigueur :

Les dispositions relatives à la suppression des ECN entrent en vigueur à compter de la **rentrée universitaire 2020**.

Le stage de pratique ambulatoire est applicable aux étudiants en dernière année du troisième cycle à compter du **1<sup>er</sup> novembre 2021**.

La réforme du deuxième cycle des études de médecine fera l'objet d'un rapport d'évaluation remis au Parlement par le gouvernement en 2024.

## ARTICLE 3 : PARTICIPATION DES PATIENTS AUX FORMATIONS ET PROGRAMMES D'ÉCHANGES INTERNATIONAUX POUR LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Afin d'encourager ces pratiques, l'article 3 inscrit au niveau législatif :

- la **participation des patients dans les formations pratiques et théoriques des études médicales,**
- la **possibilité pour les étudiants de deuxième et troisième cycle de participer à des programmes d'échanges internationaux.**

Il affiche également un objectif de déploiement tout au long des études de médecine d'une offre de stage dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Ce déploiement devra faire l'objet d'une évaluation, tous les trois ans, élaborée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et communiquée au parlement.

## ARTICLE 5 : RECERTIFICATION DES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Cet article habilite le Gouvernement à créer par voie d'ordonnance une **procédure de certification des compétences**, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, des **7 professions à ordre** : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues.

Une ordonnance concernant les médecins interviendra dans un **délai d'un an** à compter de la publication de cette loi. Les ordonnances concernant les autres professions interviendront dans un **délai de deux ans**.

Ces ordonnances détermineront précisément les professionnels concernés par la 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.

## CHAPITRE II : FACILITER LES DEBUTS DE CARRIERE ET REpondre AUX ENJEUX DES TERRITOIRES

### ARTICLE 8 : REVISION DES CONTRATS D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC (CESP)

#### 1. Etudiants et personnels éligibles au CESP :

Le CESP ne concernera plus les étudiants du premier cycle des études médicales mais uniquement les **étudiants de deuxième et troisième cycle des études de médecine ou d'odontologie**.

Le dispositif est par ailleurs étendu aux **praticiens à diplôme étranger hors Union européenne (PADHUE) autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine ou en odontologie** (cf. article 70).

Les candidatures à la signature d'un CESP seront classées selon des modalités fixées par voie réglementaire.

#### 2. Sécurisation du CESP en cas d'évolution du zonage établi par les ARS :

Afin de ne pas remettre en cause la réalisation des projets professionnels des signataires, le CNG peut maintenir sur la liste des lieux d'exercice des lieux d'exercice qui entraient dans la catégorie des zones sous-denses **dans les trois ans** précédant sa publication.

### ARTICLE 11 : ZONAGE PAR PROFESSION ET PAR SPECIALITES OU GROUPE DE SPECIALITES

Cet article révisé les modalités du zonage établi par les ARS.

Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins devront désormais être déterminées **par profession de santé et par spécialités ou groupes de spécialités médicales**.

### ARTICLE 12 : EXTENSION DE L'AUTORISATION DE REALISER DES CERTIFICATS DE DECES

Cet article étend l'autorisation d'établir des certificats de décès aux **médecins retraités**, aux **étudiants de troisième cycle des études médicales** ainsi qu'aux **PADHUE autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine**<sup>1</sup>.

Les conditions de mise en œuvre de cette autorisation seront précisées par décret pris après avis du CNOM.

---

### CHAPITRE III : FLUIDIFIER LES CARRIERES ENTRE LA VILLE ET L'HOPITAL POUR DAVANTAGE D'ATTRACTIVITE

---

#### ARTICLE 13 : HABILITATION DU GOUVERNEMENT A PRENDRE DES ORDONNANCES AFIN DE CREER UN STATUT UNIQUE DE PH

Le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure visant à adapter les conditions d'exercice et les dispositions relatives aux statuts des personnels médicaux, des personnels enseignants et hospitaliers et des personnels des EHPAD pour :

- Favoriser l'exercice mixte, décloisonner les parcours et renforcer l'attractivité des carrières hospitalières ;
- Simplifier et adapter les conditions et les motifs de recrutement des contractuels pour mieux répondre aux besoins des établissements, notamment dans les spécialités où ces derniers rencontrent le plus de difficultés à recruter ;

Cette ordonnance interviendra dans un **délai de 12 mois** à compter de la publication de la loi d'organisation et de transformation de notre système de santé.

---

#### ARTICLE 14 : RENFORCEMENT DE L'INTERDICTION D'EXERCICE CONCURRENTIEL POUR LES PRATICIENS HOSPITALIERS

L'article L.6152-5-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi HPST, prévoyait la possibilité d'interdire aux praticiens hospitaliers quittant un établissement d'exercer une activité pouvant concurrencer cet établissement (faute de publication d'un décret d'application, les dispositions de cet article n'ont jamais été appliquées).

L'article 14 de la loi révisé l'article L.6152-5-1 et l'étend aux situations d'exercice mixte.

▪ **Conditions :**

En cas de départ temporaire ou définitif, il peut être interdit aux **praticiens hospitaliers** (titulaires et contractuels) et aux **personnels enseignants et hospitaliers**, dont la quotité de temps de travail est au minimum de 50 %, d'exercer une **activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un cabinet libéral, un**

---

<sup>1</sup> Cf. article 70.

**laboratoire de biologie médicale privé ou une officine de pharmacie** lorsqu'ils risquent d'entrer en concurrence directe avec l'établissement dans lequel ils exerçaient.

Cette interdiction peut également être mise en œuvre, dans les mêmes conditions, lorsque l'établissement autorise un praticien hospitalier à temps plein à exercer à temps partiel.

▪ **Portée de l'interdiction :**

L'interdiction ne peut pas excéder une durée de 24 mois.

Elle ne peut s'appliquer que dans un rayon maximal de 10 km autour de l'établissement public de santé dans lequel le praticien exerce à titre principal.

▪ **Sanction :**

**En cas de départ du praticien :**

En cas de non-respect de cette interdiction, le praticien concerné est redevable d'une indemnité pour chaque mois durant lequel l'interdiction n'a pas été respectée.

Le montant de cette indemnité ne peut être supérieur à 30 % de la rémunération mensuelle moyenne perçue durant les six derniers mois d'activité.

Dès que le non-respect de cette interdiction a été dûment constaté, dans le respect du contradictoire, le directeur de l'établissement notifie au praticien la décision motivée fixant le montant de l'indemnité due.

**En cas d'exercice mixte :**

Dès que le non-respect de cette interdiction a été dûment constaté, dans le respect du contradictoire, il est mis fin à l'autorisation d'exercer à temps partiel.

\*

Les modalités d'application de cet article seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

En outre, elles devront être déclinées, localement, par le directeur d'établissement, par profession ou spécialité, après avis du conseil de surveillance et de la CME.

**ARTICLE 15 : EXTENSION DU CONSULTANAT DES PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH) AUX HOPITAUX DE PREMIER RECOURS**

Cet article prévoit qu'une partie des fonctions hospitalières des professeurs des universités-praticiens hospitaliers doivent obligatoirement être réalisées dans un ou plusieurs établissements publics de santé **autre que les CHU**, ou dans un ou plusieurs **établissements sociaux et médico-sociaux publics**.

En cas d'impossibilité, en raison de la nature de leur spécialité, ces praticiens devront alors effectuer, en substitution, une **activité d'expertise et de conseil** portant sur le fonctionnement des établissements dans leur région ou territoire d'exercice.

## TITRE II : CREER UN COLLECTIF DE SOINS AU SERVICE DES PATIENTS ET MIEUX STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS DANS LES TERRITOIRES

### CHAPITRE I : PROMOUVOIR LES PROJETS TERRITORIAUX DE SANTE

#### ARTICLE 27 : CLARIFICATION DES MISSIONS DES PEDICURES-PODOLOGUES

Aux termes de l'article L.4322-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieurement en vigueur, « les pédicures-podologues, à partir d'un diagnostic de pédicurie-podologie qu'ils ont préalablement établi, ont seuls qualité pour traiter directement les affections épidermiques, limitées aux couches cornées et les affections unguéales du pied, à l'exclusion de toute intervention provoquant l'effusion de sang ».

Par souci de clarification, cette exclusion concerne, non plus « toute intervention provoquant l'effusion de sang », mais **toute intervention chirurgicale**.

#### ARTICLE 31 : EXTENSION DE LA VACCINATION PAR LES SAGES-FEMMES AUX ENFANTS

Cet article autorise les sages-femmes à prescrire et pratiquer les **vaccinations de tout enfant**, et non plus seulement du nouveau-né, selon des modalités qui seront déterminées par décret.

#### ARTICLE 33 : EXTENSION DES MISSIONS DES ORTHOPTISTES

Les orthoptistes pourront désormais **adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire**, sauf opposition du médecin, là encore selon des modalités qui seront déterminées par décret.

### CHAPITRE III : RENFORCER LA STRATEGIE ET LA GOUVERNANCE MEDICALES AU NIVEAU DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE, ET ACCOMPAGNER LES ETABLISSEMENTS VOLONTAIRES POUR D'AVANTAGE D'INTEGRATION

#### ARTICLE 37 : RENFORCEMENT DE L'INTEGRATION AU SEIN DES GHT

##### 1. Obligation d'instituer une commission médicale de groupement (CMG)

Cet article impose la **création d'une commission médicale de groupement (CMG) au sein de chaque GHT**.

Celle-ci contribue notamment à :

- l'élaboration et à la mise en œuvre de **la stratégie médicale du groupement** et du **projet médical partagé** du groupement,

- l'élaboration de la politique **d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins** ainsi que des **conditions d'accueil et de prise en charge des usagers**.

Elle est composée de représentants des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques. Elle élit son président, qui exerce également les fonctions de **vice-président du comité stratégique du GHT**.

Sa composition, ses règles de fonctionnement et les matières sur lesquelles elle est consultée seront précisées par décret.

En miroir aux compétences confiées à la CMG, la CME devra désormais contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale de l'établissement et de son projet médical en lien avec le PMP du groupement.

## **2. Mutualisation obligatoire de la gestion des ressources humaines :**

L'établissement support du GHT devra désormais assurer, pour le compte des établissements parties au GHT, la **gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques**, en cohérence avec la stratégie médicale du groupement élaborée avec le concours de la CMG.

### **Entrée en vigueur / dispositions transitoires :**

- Les dispositions concernant l'institution d'une CMG et la mutualisation de la gestion RH entreront en vigueur à une date qui sera ultérieurement fixée par décret, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2021.
- Pour les établissements parties à un GHT, les mandats des présidents et des membres des CME sont prorogés jusqu'à la date d'institution des CMG, soit à la date qui sera fixée par décret, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

## **3. Mutualisation optionnelle de certaines fonctions :**

Les établissements parties à un même GHT peuvent être autorisés par le DG ARS, dans des conditions qui seront précisées par décret, au regard de l'intention et des capacités de l'ensemble des établissements parties, à :

- Mettre en commun leurs disponibilités déposées auprès de l'État (par dérogation aux articles L. 312-2, L. 511-5 et L. 511-7 du code monétaire et financier et à l'article L. 6145-8-1 du code de la santé publique) ;
- Élaborer un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel\_uniques ;
- Conclure un CPOM unique avec l'ARS.

## **4. Mesures de simplification :**

Le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure visant à :

1° Mettre en cohérence le fonctionnement et les champs de compétences des CME et des CMG ainsi que les attributions de leurs présidents respectifs ;

2° Étendre les compétences des CMG ;

3° Définir l'articulation des compétences respectives en matière de gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques des directeurs d'établissements parties à GHT et des directeurs d'établissements support de GHT ;

4° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un GHT peuvent décider de fusionner ou substituer leurs directoires et le comité stratégique du GHT ;

5° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un GHT peuvent décider de fusionner ou substituer leurs CME et leur CMG ;

6° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un GHT peuvent décider de fusionner ou substituer leurs CTE, leurs comités techniques de groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public et la conférence territoriale de dialogue social du GHT ;

7° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un GHT groupement hospitalier de territoire peuvent décider de fusionner ou substituer leurs commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement ;

8° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un GHT peuvent décider de fusionner ou substituer leurs CHSCT ;

9° Préciser les modalités de constitution, les règles de composition et les attributions des instances qui résulteront des fusions ou substitutions prévues aux 4° à 8° ainsi que les conditions permettant de mettre fin à ces fusions et substitutions, de nature à garantir la représentation effective des personnels de chacun des établissements du groupement et le respect du principe d'élection.

#### ARTICLE 38 : INTEGRATION D'UN VOLET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DANS LE PROJET SOCIAL D'ETABLISSEMENT

Le projet social défini par chaque établissement public de santé et prévu à l'article L.6143-2-1, doit désormais comprendre systématiquement un volet spécifique consacré à la **qualité de vie au travail des personnels médicaux et non médicaux**.

### TITRE IV : MESURES DIVERSES

#### CHAPITRE I : DISPOSITIONS DE SIMPLIFICATION

## ARTICLE 56 : SUPPRESSION DES MISSIONS DE REMPLACEMENT TEMPORAIRE POUR LES PH

En application de l'article L.6152-1-1 du code de la santé publique, les praticiens hospitaliers pouvaient réaliser, sur la base du volontariat, des missions de remplacement temporaire au sein des établissements publics de santé, en étant placés en position de remplaçant dans une région auprès du CNG.

**La loi d'organisation et de transformation de notre système de santé supprime ce dispositif.**

## CHAPITRE II : MESURES DE SECURISATION

### ARTICLE 66 : REFORTE DES PROTOCOLES DE COOPERATIONS INTERPROFESSIONNELLES

Cet article refond les dispositions relatives aux protocoles de coopérations interprofessionnelles permettant aux professionnels de santé travaillant en équipe, à leur initiative, de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient.

Il crée des protocoles nationaux et révisé la procédure d'autorisation des protocoles locaux.

#### 1. Protocoles nationaux

Les protocoles nationaux sont élaborés et proposés par une nouvelle instance composée de représentants de l'UNCAM, de la HAS, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et des ARS : le **comité national des coopérations interprofessionnelles**.

Ils 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 ; puis autorisés par arrêté des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la HAS.

Les structures d'emploi ou d'exercice des professionnels souhaitant mettre en œuvre un protocole national devront le déclarer, conjointement, à l'ARS compétente.

Après déclaration, le protocole est mis en œuvre sous la responsabilité de l'agence qui peut le suspendre pour des motifs liés à la qualité et à la sécurité des prises en charge et en cas de non-respect des dispositions du protocole.

Ces protocoles nationaux peuvent faire l'objet d'un financement dérogatoire en ce qui concerne :

- Les tarifs dus aux professionnels de santé ;
- Les frais couverts par l'assurance maladie ;
- Le paiement direct des honoraires par le malade ;
- La participation de l'assuré.

#### 2. Protocoles locaux

Les protocoles proposés par les professionnels de santé, autre que les protocoles nationaux, portant une organisation innovante seront désormais instruits, autorisés, suivis et évalués dans le cadre de la procédure des expérimentations à dimension régionale (prévues 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 et les professionnels de santé concernés sont tenus de se faire enregistrer auprès de l'ARS.

\*

Les modalités de mise en œuvre de cet article seront précisées par un décret d'application, qui déterminera notamment les exigences essentielles de qualité et de sécurité auxquels les protocoles devront répondre.

## ARTICLE 70 : RENOVATION DES MODALITES DE RECRUTEMENT DES PADHUE<sup>2</sup>

### 1. Dispositif d'extinction de la liste C :

**Jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2020**, un dispositif transitoire permettant d'accéder au **plein exercice, sans avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances**, est ouvert aux PADHUE répondant aux deux conditions suivantes :

- Qui ont exercé dans un établissement public de santé, un établissement de santé privé d'intérêt collectif ou un établissement privé entre le 1<sup>er</sup> octobre 2018 et le 31 janvier 2019,
- et qui justifient d'au moins 2 ans de fonctions rémunérées, en tant que professionnel de santé, en équivalent temps plein depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Une fois leur dossier de demande d'autorisation d'exercice déposé, ces praticiens peuvent se voir délivrer une attestation permettant un **exercice temporaire**.

Une procédure à double niveau est mise en place pour les candidats à l'exercice de la **profession de médecin** :

- Le dossier de demande est préalablement instruit par **une commission régionale** constituée par spécialité et présidée par le DG ARS. Celle-ci peut auditionner les candidats et doit formuler, après examen du dossier, une proposition à la **commission nationale d'autorisation d'exercice**. Cette proposition consiste soit à délivrer une autorisation d'exercice, soit à rejeter la demande, soit à prescrire un parcours de consolidation des compétences.
- Il est ensuite transmis à la **CAE nationale** compétente qui émet, après examen de chaque dossier, un avis destiné au ministre chargé de la santé. Cette commission auditionne obligatoirement les candidats pour lesquels elle émet un avis visant à l'obtention directe d'une autorisation d'exercice ou au rejet de la demande. Elle peut également auditionner les autres candidats.

Au vu de l'avis de la commission nationale d'autorisation d'exercice, le ministre chargé de la santé peut délivrer une autorisation d'exercice, un rejet de la demande du candidat ou affecter le médecin dans un établissement de santé en vue de la réalisation du parcours de consolidation des compétences qui lui est prescrit.

---

<sup>2</sup> Cf. Note FHF publiée le 4 janvier 2019 présentant les différentes procédures d'autorisation d'exercice.

Ce parcours peut comprendre de la **formation pratique et théorique** et peut être prescrit pour une **durée maximale équivalente à celle du troisième cycle des études de médecine de la spécialité concernée**.

A l'issue du parcours, le candidat doit à nouveau saisir la CAE nationale compétente, qui émet un avis à destination du ministre chargé de la santé pour décision de ce dernier.

L'autorisation d'exercice temporaire prend fin :

- lorsque le candidat se voit délivrer une autorisation d'exercice ;
- à la date de prise d'effet de son affectation dans un établissement de santé en vue de la réalisation du parcours de consolidation des compétences ;
- en cas de refus du candidat de réaliser le parcours de consolidation des compétences qui lui est prescrit ;
- en cas de rejet de la demande du candidat ;
- et, en tout état de cause, au plus tard le 31 décembre 2021.

Les candidats à l'exercice des professions de **chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien** présentent leur dossier directement à la **CAE nationale**.

Un décret en Conseil d'Etat précisera notamment :

- les délais, conditions, composition et modalités de dépôt des dossiers de demande d'autorisation d'exercice ;
- la composition et le fonctionnement des commissions régionales constituées par spécialité ;
- les modalités d'affectation des candidats en vue de la réalisation du parcours de consolidation des compétences ainsi que les modalités de réalisation de ce parcours.

Tous les dossiers présentés seront traités au plus tard le **31 décembre 2021**.

## **2. Révision du dispositif de la liste B :**

**Les praticiens concernés par la « liste B »** (réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial et bénéficiaires de la protection subsidiaire et Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises) peuvent désormais obtenir une **autorisation d'exercice temporaire**, sous réserve du dépôt d'un dossier auprès du DG ARS de leur lieu de résidence.

Après examen du dossier, celui-ci peut prendre une **décision d'affectation temporaire** du candidat dans un établissement de santé.

En contrepartie, le candidat s'engage à passer les EVC.

## **3. Révision du dispositif de la liste A :**

En application de l'article L.4111-2 du code de la santé publique, une fois qu'ils avaient satisfait aux épreuves de vérification des connaissances (EVC), les lauréats candidats à la **profession de médecin** devaient en outre justifier de trois ans de fonctions assurées dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes.

L'article 21 remplace cette condition par l'accomplissement d'un **parcours de consolidation de compétences de deux ans dans leur spécialité**, accompli après réussite aux EVC.

A cette fin, les lauréats aux EVC sont affectés sur un poste par décision du ministre chargé de la santé. Le choix de ce poste est effectué par chaque lauréat, au sein d'une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé, et subordonné au rang de classement aux EVC.

De la même façon, les **chirurgiens-dentistes et les sages-femmes** doivent justifier d'un **parcours de consolidation de compétences d'une année** (et non plus d'un an de fonctions rémunérées), dans les mêmes conditions d'affectation.

Pour ces professions, l'article 21 précise que la liste arrêtée par le ministre comprend un nombre de postes égal au nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus aux EVC.

Par ailleurs, il est possible pour ces praticiens de se porter candidat à l'autorisation d'exercice jusqu'à **quatre fois** (au lieu de trois).

#### ARTICLE 71 : EXTENSION A LA MARTINIQUE ET A LA GUADELOUPE DU RECRUTEMENT DE MEDECINS ETRANGERS SELON LE MODELE DEROGATOIRE EN VIGUEUR EN GUYANE ET A SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON

Par dérogation, le représentant de l'Etat dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon et le DG ARS pour la Guyane pouvaient autoriser certains praticiens de nationalité étrangère ou ayant obtenu leur diplôme à l'étranger à exercer dans le ressort de ces territoires.

L'article 71 révisé ce dispositif et l'étend à la Martinique et à la Guadeloupe.

Il prévoit ainsi que les directeurs généraux des ARS de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique ainsi que le représentant de l'État à Saint-Pierre-et-Miquelon peuvent autoriser un **médecin**, un **chirurgien-dentiste**, une **sage-femme**, ou un **pharmacien** ressortissant d'un pays autre que ceux mentionnés au 2° de l'article L. 4111-1<sup>3</sup> ou titulaire d'un diplôme de médecine, d'odontologie ou de maïeutique, quel que soit le pays dans lequel ce diplôme a été obtenu, à exercer **dans une structure de santé située dans leurs ressorts territoriaux respectifs**.

Cette autorisation est délivrée par arrêté, **pour une durée déterminée**, après avis d'une **commission territoriale d'autorisation d'exercice**, constituée, par profession et, le cas échéant, par spécialité.

Le nombre de professionnels autorisés à bénéficier de ces dispositions est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, le nombre de postes étant répartis par collectivité, profession et, le cas échéant, par spécialité.

Il est établi sur la base de propositions de chacune des ARS ou du représentant de l'État à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Le nouveau dispositif entrera en vigueur à la **date de publication du décret d'application** qui précisera notamment :

- Les modalités d'établissement de l'arrêté fixant le nombre et la répartition territoriale des professionnels autorisés à bénéficier de ce dispositif ;
- La composition et le fonctionnement des commissions territoriales constituées par profession et, le cas échéant, par spécialité ;

---

<sup>3</sup> Ressortissants français, d'Andorre, d'un Etat membre de l'UE, d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie.



- Les structures de santé au sein desquelles ces professionnels peuvent exercer ;
- Les modalités de mise en œuvre et de suivi de ces autorisations d'exercice dérogatoires. »