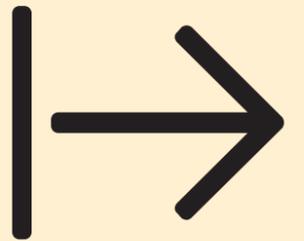


Intelligence artificielle  
Veiller à une garantie humaine.Financement  
Quel est le devenir de la T2A ?Loi Valletoux  
Quelles suites et fin ?FHP-MCO  
Syndicat national  
des 540 établissements  
de santé privés  
exerçant une activité  
en Médecine, Chirurgie,  
Obstétrique (MCO).  
FHP-MCO  
106, rue d'Amsterdam  
75009 Paris  
[www.fhpmco.fr](http://www.fhpmco.fr)

# Réforme du financement Les cartes seront rebattues en 2024

NOTRE  
DOSSIER

**Dotation globale, tarification à l'activité, convergence tarifaire intersectorielle, missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), Ifaq, article 51... les dispositifs de financement se multiplient. La réforme devra en sortir le meilleur.**

☞ LIRE PAGES 2 ET 3 LES CONTRIBUTIONS DES EXPERTS ET ACTEURS DE TERRAIN



## La T2A a 20 ans, et après ?

L'annonce de la fin du tout T2A par le président de la République en janvier dernier a pris tout le monde de court.

Fondamentalement, la T2A a des effets positifs sur la maîtrise des dépenses. Elle offre une connaissance des coûts, permet une comptabilité analytique, et l'Assurance maladie n'est ainsi plus un payeur aveugle. Elle autorise aussi une répartition plus équitable des financements entre les établissements.

Malheureusement, les pouvoirs publics ont usé de cet outil en régulant les tarifs pour soumettre les dépenses en établissements de santé aux seuls objectifs nationaux de dépenses d'Assurance maladie (Ondam), et ce, au détriment des principes initiaux de la T2A.

Elle doit rester un des vecteurs importants de financement mais une totale transparence de construction des tarifs doit être garantie. S'ajouteront ensuite d'autres modalités, par exemple des dotations de santé publique ou de recours.

Cette réforme du financement doit aboutir dans le cadre d'un calendrier affiché car nous avons besoin de visibilité.

Frédérique Gama  
Présidente de la FHP-MCO

DS  
bref

### RÉFORME LES PROPOSITIONS DE LA FHP-MCO : OBJECTIFS T.E.R.R.E.

Transparence des règles d'allocation de ressources et des droits et devoirs de chacun, professionnels et tutelles ;

Équité de répartition et par-delà, traitement équitable des professionnels de santé, quels que soient leur statut et les régions ;

Reconnaissance de notre capacité à être un acteur de santé publique à part entière et assurer les missions de service public ;

Respect du droit interne et européen en prenant en compte des demandes émises par tous les professionnels, bien au-delà du critère du statut juridique ;

Évaluation des allocations de ressources octroyées pour s'assurer de leur pertinence et de leur efficacité.

## SYSTÈME D'ALLOCATION DES MOYENS

# Un sujet technique devenu un enjeu politique

**Politique du chiffre, course à la rentabilité... la T2A est accusée de tous les maux. Une réforme est lancée et un nouveau système d'allocation des moyens des cliniques et hôpitaux doit émerger en 2024.**

De 1983 à 2005, les établissements de santé étaient rémunérés selon une dotation globale pour les établissements de santé publics et privés non lucratifs, et selon un prix de journée et des frais de salle d'opération pour les établissements de santé privés. En pratique, les financements étaient reconduits de manière quasi-automatique d'une année sur l'autre, sans porter une réelle réflexion sur la qualité et la sécurité des prises en charge et sur l'efficacité des organisations. Par ailleurs, en l'absence de régulation de la dépense sur une base objective, la soutenabilité financière du système de financement n'était pas assurée.

Une tarification à l'activité (T2A), progressivement introduite entre 2004 et 2008, consiste en un paiement par l'Assurance maladie d'un tarif préalablement établi selon le coût moyen de production des soins d'un échantillon d'établissements

participant à une étude nationale des coûts, réalisée par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH). La qualité de l'échantillon est jugée insuffisante par la Cour des comptes : faible diversité, notamment géographique et statutaire, défaut d'exhaustivité des activités intégrées. Les acteurs hospitaliers attachés au maintien d'une part significative de T2A appellent à une totale transparence du processus de calcul des coûts et de construction des tarifs.

En 2019, les produits de la tarification à l'activité dans les recettes d'Assurance maladie des établissements de santé variaient de 81,4 % pour les établissements de santé privés à 69,2 % pour les établissements privés non lucratifs, et à 59,2 % pour les établissements publics.

Quel scénario est envisagé ? Le ministère de la Santé et de la Prévention a retenu le schéma général proposé par la mission Igas-IGF d'un financement structuré en trois compartiments : un financement à l'activité, des dotations sur objectifs de santé publique (Ifaq, MIG, FIR, Cages...), et des dotations sur missions spécifiques (Merri, AC, dotation populationnelle urgence, dotation socle soins critiques, dotation pour les soins non programmables).

EXCELLENTE  
ANNÉE

2024

SOUS LE SIGNE DE  
LA REFONDATION

# Financement.

## Une réforme complexe et attendue

- ☑ Une objectivation de l'activité
- ☑ Une transparence de la construction des tarifs des établissements et une refonte de la nomenclature des actes médicaux
- ☑ Un meilleur pilotage des dépenses

### Conserver une part de T2A

VÉRONIQUE HAMAYON, PRÉSIDENTE DE LA SIXIÈME CHAMBRE DE LA COUR DES COMPTES

La tarification à l'activité prévoit, pour chaque séjour hospitalier correspondant à un type de pathologie, la détermination préalable d'un tarif établi au coût moyen constaté dans un échantillon d'établissements participant à une étude nationale de coûts (ENC) réalisée par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH). La T2A consiste en un paiement, par l'Assurance maladie, de ce tarif préalablement défini.

L'ENC doit s'appuyer sur un échantillon suffisamment large pour être représentatif de toutes les catégories d'établissements, dans le but que les coûts moyens reflètent bien les charges auxquelles sont confrontés les établissements. Le rapport montre que des améliorations sont à apporter à ce processus de recueil des données, de détermination et d'actualisation des tarifs. L'objectif est que le « signal prix » que reçoivent les établissements soit le plus fiable possible, de sorte que les décisions d'organisation et de gestion prises par les établissements s'appuient sur des bases économiquement rationnelles. En effet, les établissements cherchent à rapprocher leurs coûts du tarif qui a été déterminé, ce qui les incite à davantage d'efficacité.

La T2A n'est pas nécessairement pertinente pour tous types de soins, par exemple les soins critiques ou les soins dispensés dans les services d'urgences. En effet, les établissements se trouvent dans l'obligation de garder des lits armés, des équipements, certaines structures opérationnelles, pour assurer la permanence des soins et en cas de crise. Dans ces cas, il faut leur permettre d'assurer cette permanence des soins et de conserver la disponibilité d'un certain nombre d'équipements médicaux. Si l'on peut conserver une part de tarification à l'activité, il est également souhaitable d'assurer par une dotation la couverture des coûts fixes que génèrent ces services.

#### LES AVANTAGES DE LA T2A

La T2A a pour but d'inciter les établissements dont les coûts se situent au-dessus du tarif à des efforts d'efficacité et de productivité. Ceux dont les coûts sont en dessous d'un tarif disposent d'une petite marge pour

compenser d'autres activités qui ne seraient pas suffisamment efficaces.

La T2A a instauré une culture médico-économique à l'hôpital et a permis une meilleure connaissance des coûts des séjours. Elle permet en principe d'établir les tarifs sur une base objective et transparente pour l'ensemble des acteurs et, ainsi, de rendre plus équitable la répartition des financements entre établissements.

Les établissements de santé publics et privés ont également été incités à développer des outils de pilotage budgétaire et de mesure des coûts, certes encore perfectibles, de manière à adapter leur organisation et leur gestion aux recettes d'activité tirées des séjours des patients.

La T2A permet également de contribuer à certains objectifs de santé publique. Privilégier l'accouchement par voie basse de préférence à la césarienne en est un exemple.

#### UN MODE DE RÉGULATION À REVOIR

Les tarifs ont été, pendant près de dix ans, le principal mécanisme de respect de l'objectif national annuel de dépenses d'Assurance maladie, fixé chaque année par le Parlement dans la loi de financement de la Sécurité sociale, transformant ainsi un outil de tarification en instrument quasi budgétaire.

Toutefois, la baisse des tarifs depuis une décennie, non accompagnée de mesures structurelles pour aider les établissements à se réorganiser, a mis ces derniers en difficulté, puisque les tarifs s'éloignaient sans cesse davantage des coûts qu'ils étaient supposés couvrir.

Pour autant, la Cour recommande de conserver une part significative de financement des établissements de santé par la tarification à l'activité. Cela permettrait de lui conserver sa vocation première d'outil incitant à la réduction des coûts et à l'efficacité, sur une base objective admise par tous. Les objectifs initialement assignés à la T2A, en termes d'équité et de transparence des financements, demeurent indispensables et l'outil a apporté la preuve qu'il contribuait à leur réalisation.



### Refondre les 13 300 actes de la nomenclature

DR CHRISTIAN ESPAGNO, VICE-PRÉSIDENT DU HAUT CONSEIL DES NOMENCLATURES

Le Haut conseil des nomenclatures a été créé en 2020 par la loi de financement de la Sécurité sociale pour piloter une refonte en profondeur de la classification commune des actes médicaux (CCAM) réalisés en ville ou dans les structures hospitalières. Elle conditionne en partie les honoraires des médecins libéraux exerçant dans les structures privées. La précédente version de 2003 était obsolète car, en vingt ans, les techniques et les pratiques ont considérablement évolué.

Il y a un cloisonnement regrettable entre la CCAM d'un côté, et la T2A avec les GHS de l'autre. En effet, cette refonte a forcément un impact sur le classement des GHS puisque les praticiens sont parfois amenés à coder par assimilation des actes couramment réalisés mais non-inscrits à la CCAM, ce qui peut modifier le choix du GHS.

Pour refondre les 13 300 actes de la CCAM, 42 groupes (environ 500 médecins) travaillent par familles cohérentes d'actes et non plus selon leur spécialité. Nous savons très bien que la plupart des praticiens s'hyperspécialisent et ne réalisent pas tous les actes de leur spécialité, et que de nombreux actes sont réalisés couramment par des spécialités différentes.

#### DESCRIPTION ET HIÉRARCHISATION

La première étape du travail consiste en une redescription des libellés, quitte à les regrouper ou les diviser. Nous supprimons des libellés d'actes devenus obsolètes et créons de nouveaux libellés pour les actes manquants. Ces actes ne sont pas innovants mais déjà couramment pratiqués, validés sur le plan scientifique et pratique mais pas encore inscrits à la nomenclature. Ce travail sera terminé en juin 2024.

Parallèlement, la hiérarchisation des actes a démarré. Nous donnons une valeur en termes de point de travail à chacun des actes. Nous établissons donc la charge de travail

DS  
bref

Le Haut conseil des nomenclatures est composé de 12 membres

10 praticiens à parité égale :  
5 issus du secteur hospitalier public, 5 du secteur privé

1 président et 1 coprésident, issus en alternance des secteurs public et privé, tous les 3 ans

3 personnalités qualifiées à titre consultatif :  
le président de la Commission de hiérarchisation des actes professionnels (CHAP), 1 représentant de la HAS, et 1 représentant des patients  
1 médecin de santé publique et 1 économiste de la santé, membres titulaires du Haut conseil.



## « La promesse de l'article 51 est tenue »

NATACHA LEMAIRE, RAPPORTEURE GÉNÉRALE « ARTICLE 51 », MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

L'objectif du dispositif « article 51 » est de favoriser la création d'innovations organisationnelles et leur financement. De nombreuses expérimentations initiées au démarrage du dispositif en 2018 prennent fin : une quinzaine seront closes en fin d'année 2023 et une trentaine fin 2024. Si ces expérimentations autorisées ont une date de fin, le dispositif est inscrit dans le code de la Sécurité sociale, et donc pérenne. Il est aujourd'hui à saturation de sa capacité mais la porte reste cependant ouverte à de nouveaux projets, même s'ils sont moins nombreux que lors de sa création. Pour regagner de la capacité à faire, certaines expérimentations doivent se clore pour que d'autres puissent être accompagnées.

Il convient en conséquence de statuer sur la suite à donner à chaque expérimentation. Si les résultats ne sont pas probants, il faut savoir renoncer. À l'inverse, s'ils sont probants, il convient de permettre une mise en œuvre par une transformation effective en l'inscrivant dans le droit commun. Depuis la Loi de financement de la Sécurité sociale de 2022, le Fond de l'innovation du système



de santé (FISS), dédié aux expérimentations Article 51, permet de financer une période transitoire de 18 mois maximum pour maintenir la dynamique, dans l'attente d'un relai par le droit commun. Nous l'avons utilisé pour la première fois avant l'été 2023 pour une expérimentation de prise en charge du diabète gestationnel par télésurveillance.

### UN FINANCEMENT INNOVANT

Le financement par le droit commun de certaines expérimentations probantes reste à inventer. Les outils existants - négociations conventionnelles pour les professionnels libéraux et vecteurs tarifaires pour les établissements de santé - ne sont pas toujours en mesure de répondre à ces organisations innovantes, notamment lorsqu'elles mobilisent des acteurs de statuts différents. Afin de privilégier une approche par parcours de soins, un financement en silo en sortie d'expérimentation a été écarté et il a été décidé d'ouvrir une nouvelle voie. L'article 22 du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024 propose ainsi une disposition qui vient combler cette lacune et permet de financer des parcours qui mobi-

lisent des professionnels de santé de secteurs différents. Les textes d'application devraient être publiés au premier semestre 2024, pour mettre en œuvre ces nouveaux financements à partir de l'automne.

Le dispositif se situe toujours en subsidiarité du système de financement. Nous contribuons ainsi à alimenter les réflexions en cours dans le cadre des différentes réformes de financement. Les bénéfices de ce dispositif sont pluriels. L'approche ascendante de transformation du droit commun à partir d'expérimentations qui ont fait leurs preuves et qui sont des projets émanant d'acteurs de terrain, permet de tenir la promesse de 2018.

Les équipes engagées dans les expérimentations indiquent également redonner du sens à leurs métiers et retrouvent de la qualité de vie au travail. Compte tenu du nombre d'acteurs et de territoires concernés, c'est aussi une source d'inspiration pour tous.

Il convient cependant de souligner que la démarche, pour les porteurs de projet ou leurs parties prenantes, est très exigeante. Elle demande à y consacrer du temps durant plusieurs années.

144 projets d'expérimentation ont été autorisés depuis la création du dispositif en 2018, dont 25 % sont portés par des établissements de santé de tout statut.

1 expérimentation sur 4 est portée par un établissement de santé et 1 sur 5 finance exclusivement un acteur hospitalier, notamment pour des prises en charge hors les murs.

Les établissements de santé reçoivent cependant des financements dans 43 % des expérimentations, ce qui signifie que les structures hospitalières sont parties prenantes des expérimentations, au-delà des seuls projets qu'elles portent elles-mêmes, en partenariat avec d'autres acteurs de santé.

7 expérimentations sur 10 testent un financement forfaitaire, un modèle majoritaire dans le dispositif.

↻ médical inhérente à chacun des actes selon quatre critères identiques à la précédente nomenclature et reconnus de façon internationale : la durée de l'acte, la compétence technique (la technicité de l'acte), le stress généré par l'acte, et l'effort mental nécessaire pour la réalisation de cet acte. Un acte de référence sera dans un premier temps évalué par convention à 100 points de travail et tous les autres actes de la famille seront positionnés par rapport à cet acte de référence. Par exemple, un acte sera estimé 20 % de plus, donc 120 points, ou de moins, donc 80 points, etc. Cette hiérarchisation se fait dans un premier temps famille par famille, puis dans un deuxième temps entre les familles. Pour cela, nous créons des couples de familles assez proches les unes des autres et déterminons des actes ponts, des actes communs, qui permettent de coordonner les valeurs afin qu'elles soient cohérentes. Ce travail sera achevé fin 2024.

### UNE VALEUR FINANCIÈRE

La valorisation financière relève de partenaires conventionnels qui détermineront la valeur d'un coefficient de conversion monétaire, de point de travail en euros, en sachant que ce coefficient peut varier d'une spécialité à l'autre ou d'une famille d'actes à l'autre. De même, la valorisation du coût de la pratique, c'est-à-dire les charges pour la réalisation de l'acte à la charge du praticien, ou celles d'un cabinet en ville, n'est pas de notre ressort.

Enfin, nous allons réfléchir à une méthodologie de maintenance. Idéalement, nous souhaiterions retravailler environ 3000 actes par an, afin que tous les actes soient revus tous les cinq ans. Ces travaux sont menés avec la HAS et l'ATIH, ainsi qu'avec les CNP. En outre, les syndicats médicaux, les fédérations hospitalières et le CLAHP sont régulièrement tenus au courant de l'état d'avancement de nos travaux.

Cette réflexion commune est essentielle car les impacts de cette nomenclature sont réciproques. Il faut arrêter de travailler en tuyau d'orgue.

## Article 51 : « tout le bénéfice est pour le patient »

MARCELLE LE BIHAN, DIRECTRICE DES SOINS DE TERRITOIRE BRETAGNE, VIVALTO SANTÉ

Le Centre Hospitalier Privé Saint Grégoire (35), établissement du groupe Vivalto Santé, a répondu en 2019 à un appel à manifestation d'intérêt afin de participer à une expérimentation « épisode de soins (EDS) Article 51 » nationale. Cet EDS est un paiement forfaitaire de l'ensemble des prestations réalisées par les acteurs impliqués dans la prise en charge en amont, en aval ainsi que le séjour hospitalier, d'une chirurgie programmée : la prothèse de hanche, de genou et la colectomie pour cancer.

Nous nous sommes retrouvés tous établissements confondus - publics, privés, Espic -, autour d'une table avec des représentants du ministère de la Santé, de la CNAM, de la DGOS et de l'ATIH, afin de co-construire un cahier des charges permettant de définir un parcours coordonné de soins. Ce parcours commence 45 jours avant l'hospitalisation et se termine 90 jours après la sortie du patient pour le côlon et la prothèse de hanche, et 180 jours pour la prothèse de genou. Il prend en compte la spécificité et les risques individuels de chaque patient. C'est une aventure incroyable !

Cette expérimentation nous invite à revisiter nos organisations, à quitter une organisation centrée sur l'établissement de santé, à travailler en transversalité, en renforçant les coopérations et le travail avec les acteurs de ville. C'est offrir au patient un parcours de soins lisible et compréhensible par tous. Cette expérimentation est très qualitative. Elle s'appuie sur le recueil d'indicateurs spécifiques identifiés lors de la coconstruction, telles la prévention de l'anémie, la dénutrition, la conformité des bonnes pratiques présentées par l'INCa. De nouveaux questionnaires ont été intégrés, notamment les questionnaires PROMs, permettant d'éva-

luer la répercussion de la maladie sur l'état de santé du patient et a posteriori de l'intervention, son gain en santé. Nous évaluons l'expérience patient via des questionnaires PREMS à 15 jours et à deux mois de la sortie hospitalière. Ces évaluations permettent d'apprécier la coordination et l'efficacité du parcours réalisé. L'ensemble de ces indicateurs facilite l'analyse de nos pratiques, pour une amélioration continue de la qualité des soins. Je salue cette démarche de recherche de pertinence.

### PLUS DE TRANSVERSALITÉ

Cette approche nous amène à partager une philosophie et des protocoles de soins avec des interlocuteurs de la ville avec lesquels nous n'échangions précédemment que des informations standards. Par exemple, les infirmières de ville disposent aujourd'hui d'arbres décisionnels leur permettant d'agir en cas de problème auprès des patients dont elles ont la charge durant plusieurs jours. Cette organisation fondée sur le partage des bonnes pratiques permet une meilleure coordination ville-hôpital dont le patient est bénéficiaire. Un nouveau métier apparaît, celui de l'infirmière de coordination, une véritable pierre angulaire du dispositif. Les séjours étant de plus en plus courts, elle permet d'évaluer en amont du séjour, les fragilités du patient afin d'organiser et coordonner la sortie en toute sécurité. L'article 51 permet un financement à la qualité selon des critères identifiés en fonction des résultats des indicateurs qualité recueillis.

L'expérimentation article 51 nationale PTH PTG Côlon se terminera le 22 juillet 2024. Il est prévu la rédaction d'un rapport final 3 mois avant la fin de l'expérimentation. Ce rapport permettra de partager le devenir de l'expérimentation épisode de soins.

**TOUS LES DOCUMENTS SONT À RETROUVER SUR LE SITE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION**

1. les cahiers des charges des expérimentations
2. les avis du comité technique
3. les apports d'évaluation en fin de cycle
4. les avis du conseil stratégique d'innovation en santé

# Dépenses et dette sociale



Source : OCDE

## Intelligence artificielle

### Anticiper plutôt que subir

L'intelligence artificielle (IA) est entrée dans le quotidien des établissements de santé via la reconnaissance des images dans les spécialités de radiologie, ophtalmologie et dermatologie.

« C'est une vraie lame de fond, encore principalement focalisée sur le champ de l'imagerie au sens large », indique David Gruson, directeur programme santé du groupe Jouve et fondateur d'Ethik-IA. « Le mouvement concerne l'ensemble du système de santé, pour autant, il ne conduit pas à mettre en danger telle ou telle spécialité médicale. Nous assistons plutôt, comme en radiologie, à un mouvement plus large de repositionnement, d'une part vers des tâches à plus haute valeur ajoutée médicale comme le domaine interventionnel et, d'autre part, à une réarticulation avec les professions paramédicales adjacentes. En outre, nous observons un mouvement puissant – accentué par le « moment chatGPT » que nous vivons en 2023 – de diffusion de l'IA sur les fonctions support et logistique. Il est majeur de pouvoir accompagner la transformation des métiers associés à ces fonctions, mais aussi de pouvoir systématiser la sensibilisation à l'IA dans les formations médicales et soignantes, initiales et continues. »

**« L'IA n'est jamais qu'un outil technologique et ce n'est pas à la technologie de dicter une stratégie médicale. »**

Frédérique Gama

La régulation est pour l'heure en phase avec l'innovation rassurent les experts, notamment en France où la RGPD protège déjà les données. La réglementation et la charge de la responsabilité induite sont basées sur le respect de la garantie humaine par le

concepteur ou l'utilisateur, selon les cas, et leur capacité à tracer cette supervision. Ce principe de « garantie humaine » est désormais repris dans la loi de bioéthique d'août 2021 et dans le règlement européen – l'AI Act – qui s'appliquera à tous à partir de mi-2025, avec le même niveau de force opposable et de sanctions financières que le RGPD.

« L'IA n'est jamais qu'un outil technologique et ce n'est pas à la technologie de dicter une stratégie médicale. Il nous faut veiller au respect de la garantie humaine et anticiper plutôt que subir ! », souligne Frédérique Gama, présidente de la FHP-MCO.



## Accès aux soins

### Loi Valletoux : le Sénat adopte définitivement la proposition de loi

La proposition de loi « relative à l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels » a été définitivement adoptée le 18 décembre 2023.

Cette loi contient plusieurs mesures pour améliorer l'accès aux soins et répondre aux inégalités territoriales de santé. 87 % du territoire est un désert médical, une situation qui touche autant les grandes agglomérations que les campagnes.

Cette loi a pour but d'apporter « des solutions urgentes et nécessaires pour faire face à la crise du système de santé, qui constitue la première préoccupation des Français ».

Le sujet de la répartition de la permanence des soins est ainsi posé. La charge des gardes de nuit et de week-ends doit être partagée entre les hôpitaux publics et les cliniques et hôpitaux privés. Le mécanisme prévoit une grande liberté d'organisation entre établissements, mais en cas de carence, l'agence régionale de santé (ARS) aura un pouvoir renforcé pour en désigner certains en dernier recours. La profession dit qu'elle sera vigilante sur les décrets d'application sur ce point.

Plusieurs exigences des praticiens ont été entendues et notamment le fait qu'aucune mesure de régulation de l'installation des médecins n'a été conservée.

Le Parlement a choisi « la confiance plutôt que la contrainte », a résumé lundi la sénatrice Les Républicains Corinne Imbert, chargée de la proposition de loi au Sénat.

#### MESURES À RETENIR

- Le développement du cumul emploi-retraite dans un contexte de pénurie de médecins.
- La volonté d'attirer les étudiants en médecine dans les zones sous-dotées.
- L'élargissement des compétences des infirmiers avec la création du statut « d'infirmier référent » qui exercera une mission de suivi et de renouvellement des prescriptions pour les patients chroniques.
- Le texte restreint la possibilité d'exercer en intérim en début de carrière pour les professionnels en établissement sanitaire et médico-social, en laboratoire de biologie médicale, et en établissement accompagnant des enfants en situation de handicap.