

Projet de loi de santé

Contribution de l'Ordre National des Infirmiers

Les 17, 18 et 19 mars, la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a examiné le projet de loi relatif à la santé, désormais renommé : Projet de loi de modernisation de notre système de santé.

Le texte issu des travaux de la Commission sera présenté en séance publique et débattu par les députés à partir du 31 mars. L'Ordre national des infirmiers souhaite donc vous apporter sa contribution en ciblant les propositions qui doivent permettre de renforcer le texte en tenant compte des réalités du terrain.

Première profession de santé par le nombre dans notre pays, relativement bien répartis sur le territoire, les infirmiers sont des acteurs clefs du parcours de soins. Leur rôle et leurs **compétences ont évolué ces dernières années et cette évolution doit être aujourd'hui prise en compte par la loi.**

C'est le sens des propositions que nous vous adressons. Elles concernent la définition de l'équipe de soins primaires, la mise en place de l'exercice de pratique avancée ou encore la reconnaissance du rôle infirmier en matière de prescription et de vaccination.

Les débats à venir sont l'occasion de rassembler l'ensemble des acteurs concernés autour d'une stratégie commune visant à créer les conditions d'une offre de soins de qualité, équitable et accessible à tous dans nos territoires.

C'est le vœu que formule la profession au travers de son ordre pour faire de cette réforme une réussite collective au bénéfice de la santé publique.

Titre II – Faciliter l'accès aux soins de premier recours.

Définition de l'équipe de soins primaires

Amendement à l'article 25. Alinéa 18

remplacer l'alinéa ainsi rédigé « *soit se sont vu reconnaître comme ayant la qualité de membre de l'équipe de soins par un médecin auquel le patient a confié la responsabilité de la coordination de sa prise en charge* »

par :

« *Soit, interviennent pour assurer la prise en charge d'un même patient sous la coordination du médecin* ».

Exposé des motifs

L'article 25 du projet de loi relatif à la santé propose une définition de l'équipe de soins primaires dans le futur article L1110-12 du code de la santé publique. Il faut saluer la volonté du Gouvernement de proposer une telle définition indispensable à la mise en œuvre dans le corpus législatif des conditions d'une prise en charge coordonnée du parcours de soins.

Toutefois, la définition proposée, et bien que complétée par la Commission des Affaires sociales, reste éloignée de la réalité des prises en charge et se révèle donc, en l'état, inopérante.

Il est en effet nécessaire de dépasser la conception très théorique qui est actuellement proposée. S'il est bien du ressort du médecin traitant d'assurer la synthèse médicale, tout en conseillant le patient dans la constitution de l'équipe de soins primaires, la liberté de choix du professionnel par le patient reste un droit fondamental inscrit au code de la santé publique. De plus, d'autres professionnels (notamment les infirmiers), assurent la fonction de coordination soignante et sociale. Une réalité de terrain qui doit être considérée par cet article.

C'est le sens de cet amendement, qui est nécessaire pour assurer durablement, et entre professionnels, la coordination des parcours de santé. Une coordination qui plus est indispensable, dans les situations les plus complexes, comme la prise en charge sur le long cours des pathologies chroniques et des patients poly pathologiques. Dès lors, il est important ne fixe pas un cadre par trop théorique et rigide qui ne pourra être appliquée efficacement.

Protocoles de coopérations entre professionnels de santé

Création d'un article additionnel après l'article 28

A l'article L. 4011-2 Code de la Santé Publique, ajouter un dernier alinéa ainsi rédigé « *La HAS peut proposer au Ministre chargé de la Santé l'intégration d'un protocole de coopération au sein de la formation initiale et des décrets de compétences des professions de santé concernées.* »

Exposé des motifs

Les protocoles de coopération permettent notamment de mettre en œuvre des délégations d'actes entre professions qui, si l'évaluation du protocole a été favorable, peuvent utilement déboucher sur une modification du périmètre de compétences d'une profession donnée.

Dès lors qu'un protocole a été étendu sur tout le territoire national et qu'il a débouché sur une inscription de l'acte aux nomenclatures pour un remboursement, il doit entrer dans le cadre commun d'exercice de la profession concernée en conduisant à l'élargissement des décrets de compétence et à la modification de la formation initiale de la dite profession.

Titre III – Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé

Création d'un exercice en pratique avancée

Article 30

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au livre III de la quatrième partie, il est créé un titre préliminaire ainsi rédigé :

« TITRE PRELIMINAIRE

« EXERCICE EN PRATIQUE AVANCEE

« Art. L. 4301-1. - I. - L'exercice en pratique avancée permet aux auxiliaires médicaux relevant des titres I^{er} à VII du présent livre qui exercent au sein d'une équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12, de mettre en œuvre des missions de santé centrées sur la prise en charge pluridisciplinaire du patient. Un décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, de la Haute Autorité de Santé et des Conseils nationaux de l'Ordre concernés fixe les conditions et règles dans lesquelles ces missions sont mises en œuvre et détermine le référentiel de compétences et de formation universitaire des infirmiers de pratique avancée.

II. - 1° Les règles professionnelles et déontologiques de la profession infirmière, ainsi que celles communes à l'ensemble des professionnels de santé, notamment celles figurant aux articles L. 1110-4 et L. 1111-2, demeurent applicables sous réserve, le cas échéant, des dispositions particulières ou des mesures d'adaptation nécessaires prises par décret en Conseil d'État.

2° Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1, après les mots : « auprès de ses malades, », sont ajoutés les mots : « ni aux infirmiers exerçant en pratique avancée selon les dispositions prévues à l'article L. 4301-1 du présent code ».

Exposé des motifs

Cet amendement propose d'enrichir les modifications introduites par la Commission des Affaires sociales à l'Article 30.

Le plan cancer III prévoit la création d'un métier d'infirmier exerçant en pratique avancée en oncologie. D'autres spécialités telles que la néphrologie, la cardiologie ou la diabétologie s'intéressent à de tels profils.

Pour lever toute confusion, Il convient donc de définir l'exercice de pratique avancée en terme de missions et non pas d'actes. Ce que propose le présent amendement.

Largement mises en œuvre dans le monde où plus de 330000 infirmiers de pratique avancée exercent (source OCDE 2011), promues dans certains pays comme les USA depuis plus de 60 ans, les pratiques avancées relèvent d'un rôle d'expertise qui a récemment été précisé par le rapport

sénatorial d'Alain Milon et de Catherine Génisson en 2014 : « *la définition juridique du périmètre des compétences attribuées aux nouvelles professions d'expertise pourrait, pour les professionnels qui le souhaitent, prendre la forme de missions. Ces nouveaux métiers pourraient ainsi, s'ils décident d'opter pour cette faculté, bénéficier d'un cadre plus souple, plus responsabilisant et mieux adapté à une prise en charge intermédiaire des patients (recouvrant notamment des missions de suivi, de surveillance, d'adaptation éventuelle de prescriptions avec un encadrement décisionnel strict, de conseil).* »

Il est donc primordial de différencier la délégation d'actes médicaux, de la création d'un exercice en pratique avancée reposant sur « des missions ». Les pratiques avancées correspondent au développement de nouveaux métiers pour répondre à des besoins non couverts de coordination et de suivi de patients souffrant de pathologies chroniques. Il ne s'agit pas de déléguer à d'autres ce que font déjà les médecins, mais de légiférer là où subsistent des besoins non couverts par l'offre de soins actuelle et ainsi couvrir les failles identifiées au sein du parcours de soins.

Par ailleurs, le présent article prévoit désormais que soient associés à la consultation préalable à la parution du décret en Conseil d'État, les « représentants des professionnels de santé concernés ». Une mesure à l'initiative du rapporteur du titre III qu'il convient de saluer.

Il faut cependant préciser que les consultations pour les textes réglementaires portant sur les champs de compétence professionnelle relèvent de la HAS et des ordres professionnels. La notion de « représentants » reste vague et signifierait qu'il faut demander l'avis sur le projet de décret à des dizaines d'organisations, ce qui serait, évidemment, inapplicable pour le gouvernement.

Enfin, il est proposé de compléter le présent article de deux dispositions relatives aux règles professionnelles et déontologiques et la dérogation à l'exercice illégal de la médecine. Ces mesures n'ont aucun caractère politique. Elles sont requises par le Conseil d'Etat, dès lors qu'on touche au champ de compétences professionnelles, afin d'éviter la qualification pénale d'exercice illégal de la médecine.

Délégation d'actes de soins infirmiers à des professionnels des établissements et services médico-sociaux

Article additionnel après l'article 30

[Supprimer cet article](#)

Exposé des motifs

Cet amendement introduit par la Commission des Affaires sociales sous la forme d'un article additionnel après l'article 30 soulève une question grave. Dans certains établissements sociaux et médico-sociaux, la présence d'infirmière n'est pas systématiquement assurée. Il vise donc à permettre que certains professionnels non médicaux et non soignants puissent effectuer certains actes infirmiers en l'absence d'un infirmier.

Cette absence d'infirmière ne saurait cependant être palliée de cette manière. En premier lieu il convient de rappeler que les établissements médico-sociaux notamment ceux chargés d'accueillir les enfants et adolescents ont l'obligation réglementaire, en vertu du Code de l'action sociale et des

familles (articles D.312-21 et D312-68 par exemple) de disposer d'une infirmière à temps plein. Cette norme a un évident objectif de garantie de sécurité des résidents de ces établissements. En second lieu, il faut noter que l'article introduit revient à autoriser à des personnels non soignants d'effectuer des actes invasifs et d'administration de substances vénéneuses à des enfants et des adolescents en dehors de tout contrôle par les professionnels de santé mettant ainsi en danger la santé de ces enfants et adolescents. L'amendement voté en commission ajoute une disposition nouvelle à l'article L313-26 du code de la santé publique qui cependant n'a rien à voir avec cet amendement. En effet, cet article autorise des personnels non soignants à aider des résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux à prendre leurs médicaments, ce qui signifie le fait de déposer un pilulier préalablement préparé par le médecin ou l'infirmière et de veiller à ce que les pilules soient prises. La nouvelle disposition vise notamment à leur permettre de faire une injection de valium qui se fait habituellement par voie rectale, ce qui est sans commune mesure en terme de risque d'erreur, de faute d'asepsie et de complications pour le patient. A la différence de l'aide à la prise de médicament qui est un acte délégué par les infirmiers aux aides-soignants, l'injection de valium est un acte infirmier non déléguable à ces derniers.

Une telle mesure ne saurait être prévue par la loi sans une sérieuse et approfondie évaluation préalable des conséquences qu'elle peut entraîner pour la sécurité des personnes accueillies dans ces établissements ?

Elargissement de la prescription infirmière

Création d'un article additionnel après l'article 31

Au 4^{ème} alinéa de l'article L.4311-1 du code de la santé publique remplacer «la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients... » par « la liste des produits de santé que les infirmiers peuvent prescrire à leurs patients»

Exposé des motifs

L'alinéa 4 de l'article L.4311-1 du code de la santé publique introduit par l'art. 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a ouvert un droit de prescription pour les infirmiers. L'exposé des motifs de cet article précisait qu'il s'agissait permettre aux infirmiers « d'exercer leur activité sans que le patient n'ait à retourner consulter son médecin traitant » afin que ce soit « source de simplification pour les professionnels, médecins et infirmiers, et pour les patients, et source potentielle d'économies pour l'assurance maladie. »

Lors de l'adoption de cette disposition, le Gouvernement rappelait que cette mesure d'ouverture du droit de prescription des infirmiers constituait également « la reconnaissance d'une compétence nouvelle des infirmiers. Comme le métier médical s'enrichit, il est logique que le métier des professions de santé dites auxiliaires du médecin s'enrichisse parallèlement. »

Ainsi cet élargissement du champ de la prescription pourrait concerner notamment certains produits tels que les solutions antiseptiques indispensables à la désinfection des tissus lors de la pose ou de la

dépose des dispositifs médicaux que les infirmiers peuvent déjà prescrire, compléments alimentaires et certains dispositifs tels que lits médicaux ou tire-lait.

Simplification des procédures concernant le rôle infirmier en matière vaccinale

Création d'un article additionnel avant l'article 33

A l'article L.4311-1 Code de la Santé Publique alinéa 3, remplacer :

« *par décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Haut conseil de la santé publique* »

par « *par arrêté du ministre chargé de la santé.* »

Exposé des motifs

La vaccination sur prescription médicale relève clairement du rôle infirmier. Mais dans un souci d'améliorer la couverture vaccinale, la loi autorise depuis 2008 l'infirmier à vacciner sans prescription médicale dans certains cas et à l'exception de la primo-vaccination. L'article L.4311-1 du Code de la santé publique prévoit que les modalités selon lesquelles sont fixées la liste et les conditions de réalisation de certaines vaccinations le sont par décret en Conseil d'Etat.

Or, la procédure par décret en Conseil d'Etat pris après avis du Haut Conseil de la santé publique est particulièrement lourde et ne se justifie pas en l'espèce. Compte tenu de la nécessité d'élargir le rôle infirmier pour améliorer la prise en charge vaccinale, il est proposé dans un souci de simplification de calquer le dispositif concernant les infirmiers sur celui existant pour les sages-femmes pour lesquelles un simple arrêté ministériel est prévu par l'article L.4151-2 du code de la santé publique afin de fixer le champ de leur droit de vaccination.

Contrôle de l'exercice illégal pour les professionnels intérimaires.

ARTICLE 34

Remplacer les termes « des conseils professionnels »

par « des ordres professionnels »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Amendement rédactionnel.

Enrichi par la Commission des Affaires sociales, l'article 34 dispose désormais que les établissements publics de santé qui souhaitent recourir à des personnels intérimaires puissent garantir, auprès des « conseils professionnels concernés », qu'ils remplissent bien toutes les obligations légales leur permettant d'exercer.

Cependant, cette notion de « conseils professionnels » ne renvoient à aucune structure légalement ou réglementairement identifiée. Ce sont les institutions ordinaires qui sont habilitées à être consultées pour procéder aux vérifications nécessaires. En effet, les suspensions du droit d'exercer ou les interdictions d'exercice prononcées par les chambres disciplinaires à l'encontre d'un professionnel relèvent de la compétence administratives et de la juridiction disciplinaire des Ordres.

Titre IV – Renforcer l’efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire

Présence des usagers au sein des chambres disciplinaires de l’Ordre des infirmiers

Création d’un article additionnel après l’article 43

Au IV de l’article L4312-5 ajouter la phrase *«Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s’adjoit deux représentants des usagers désignés par le ministre chargé de la santé».*

Au IV de l’article L4312-7 ajouter la phrase *«Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s’adjoit deux représentants des usagers désignés par le ministre chargé de la santé».*

Exposé des motifs

Les chambres disciplinaires de première instance siégeant auprès des conseils régionaux ou inter-régionaux peuvent être saisies de plaintes formées par des patients comme d’autres professionnels.

Les dispositions régissant les autres ordres paramédicaux (masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues) prévoient que s’adjoignent des représentants des usagers aux assesseurs composant la chambre disciplinaire lorsqu’un patient est à l’origine de la plainte.

Le projet de loi de santé tend à renforcer les droits du patient et la démocratie sanitaire dans la législation sanitaire, ce qui constitue une évolution naturelle et souhaitable.

Le présent amendement a donc pour objectif de se conformer à cette évolution en permettant aux représentants des usagers de siéger au sein des chambres disciplinaires de première instance et de la chambre nationale d’appel lorsqu’une affaire concerne un ou des patients.