

Le Sniil, premier syndicat représentatif d'infirmiers libéraux, vous informe,

Vous trouverez sur ce document les informations tirées des textes, afin que chacun d'entre vous puisse se faire sa propre opinion.

Ce qui concerne les infirmiers libéraux est en caractère gras noir et nos commentaires en bleu, ainsi vous saurez où est l'interprétation du Sniil et où est le texte officiel.

Préambule : Nous rappelons que l'équipe de proximité existe déjà, ce sont les professionnels prenant en charge un patient en « proximité », le premier recours étant le niveau du soin non spécialisé, ce que nous connaissons à domicile.

L'équipe pluri-professionnelle répond à un schéma d'exercice permettant à des professionnels de travailler autour de projets de santé communs :

en maison de santé MSP : professionnels regroupés en un lieu

en pôle de santé PSP, chaque professionnel reste dans son propre local.

Ces regroupements se font sous une entité juridique appelée SISA, qui permet à des professionnels libéraux de professions différentes de partager des enveloppes financières communes (en effet les SCM sont réservées aux membres d'une même profession)

Il est prévu que ces regroupements puissent s'étendre au territoire de santé tel que défini dans le plan régional de santé dans ce cas il devient communauté professionnelle territoriale de santé.

La future loi de santé est issue des concertations menées sur les territoires et auxquelles les URPS ont siégé.

L'ambition des projets territoriaux est la coordination des parcours de soins afin d'optimiser les dépenses. Dans le contexte économique actuel face à l'explosion des pathologies chroniques et au vieillissement de la population avec une espérance de vie améliorée, il convient de réfléchir afin d'optimiser les dépenses et de maintenir la qualité. L'exercice libéral est l'un des modes de fonctionnement les moins coûteux, comment imaginer sa suppression ? Bien au contraire, tous les projets préparent au virage vers l'ambulatoire et pour que ce virage soit possible, la loi de santé propose une organisation et des moyens qui permettront aux professionnels du premier recours de faire face à un besoin de santé croissant.

- L'article 12 dit que les professionnels de santé **peuvent** se regrouper et se constituer en « communauté professionnelle territoriale de santé » dans ce cas ils pourront avoir recours aux enveloppes FIR pour financer leur organisation, en plus de leur paiement d'activité libérale habituelle.
- L'article 12 et 12bis propose dans le cas de situations complexes qu'une plateforme territoriale de santé apporte en soutien un appui aux professionnels libéraux pour l'organisation le parcours à partir d'un premier recours efficace.
- L'article 12 et 12bis précise que l'ARS **peut** proposer des contrats de santé sur la base des projets proposés par les équipes de soins primaires.
- Aucun article ne prévoit de mettre les infirmiers sous le dictat des médecins, ces différents articles proposent de simplifier les exercices regroupés et pluri-professionnels, de partager les éléments du dossier médical en aménageant le secret professionnel (art 25), d'élargir le champ de compétences des infirmiers qui le souhaiteraient,(art 30) de

permettre des passerelles par la formation continue (art 28) création d'un service d'appui aux professionnels pour les aider à gérer les parcours complexes (art 14) La notion d'équipe de soins ambulatoire sera enfin écrite dans le code de la santé publique(art 25)...

- La possibilité qu'enfin le stagiaire infirmier puisse être encadré en libéral et que les soins qu'il effectuera dans ce cadre, soient légalement remboursés par l'assurance maladie (art 29)
- L'article L.1110-8 du code de la santé publique prévoit que « Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire » Cet article primordial n'est nullement remis en cause, puisque pour être pris en charge par l'ensemble des professionnels le patient doit donner son accord , de plus tout professionnel dans une structure pourra conserver un volet d'activité libérale non intégré au projet de santé de la structure.
- Aucun article ne prévoit que les HAD ou toute autre structure managent les plateformes territoriales.... Les URPS infirmiers sont intégrées aux décisions et projets mis en place et devraient être aptes à défendre l'exercice libéral infirmier, s'ils étaient porteurs de propositions. Leur budget, financé par nos cotisations obligatoires prélevées par l'URSSAF est conséquent et pourrait être consacré à positionner les IDEL dans les projets mis en place.
- Les centres de santé existent déjà et ne verront pas leurs autorisations modifiées, par contre leur rémunération sera calquée sur celle des professionnels libéraux, il n'est nullement écrit qu'ils devraient intervenir à la place des infirmiers libéraux
- L'hôpital devra se conformer à la coordination des soins, en acceptant un lien certain avec les équipes de premier recours, notamment en transmettant le jour de la sortie, une lettre synthèse de l'hospitalisation, permettant ainsi la continuité des soins.
- Le Sniil regrette la possible disparition de l'ordre infirmier qui est un organe limitant la mise sous tutelle médicale de la profession infirmière, le Sniil espère que les sénateurs sauront résister à la pression de certaines organisations dont la FNI (Sdilg) en rejetant cet article.

L'ARS souhaite s'appuyer sur un premier recours efficace, elle lui donnera les moyens de se structurer et donc de se pérenniser. Afin de permettre le versement d'enveloppes budgétaires dédiées à l'organisation du premier recours, il sera possible aux professionnels libéraux le souhaitant de signer un contrat formalisant l'organisation qui sera financée. Le contexte économique et démographique ne peut se passer de cette organisation. Prendre ce virage aujourd'hui, nous aidera à être encore libéraux demain.

Certains points de la convention pourraient être négociés en région afin de mieux répondre aux particularités locales et feraient alors l'objet de convention tripartite Assurance maladie/ ARS/ représentants des professionnels, ces points porteraient sur des enveloppes incitatives, des objectifs de santé publique... Cet article à lui seul, ne justifie pas une telle opposition à la loi dans son ensemble, mais nécessitera que les syndicats nationaux représentatifs restent vigilants.

Le Sniil971, reste à votre écoute et vous apporte l'information, sans la tronquer, sans la transformer. Le Sniil971 vous apporte les éléments vous permettant de faire votre propre analyse.

Si vous souhaitez lire la synthèse des différents articles qui suit, vous y retrouverez les éléments cités plus faut, le texte complet de la loi de santé est disponible sur le lien : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0505.asp>

Projet de loi relatif à la santé : Synthèse des dispositions du projet de loi

Le projet de loi de santé déposé le 15 octobre 2014 sur le bureau de l'Assemblée nationale comporte 5 titres et 57 articles.

3

TITRE LIMINAIRE - Rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée

Article 1er : Nouvelle définition de la politique de santé (art.L.1411-1 CSP) conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé fixée par décret et faisant l'objet d'une consultation publique préalable ainsi que d'un suivi annuel et d'une évaluation pluriannuelle. Cette stratégie détermine de manière pluriannuelle des domaines d'actions prioritaires et des objectifs d'amélioration de santé et de protection sociale contre la maladie. La politique de santé comprend notamment l'organisation de parcours de santé coordonnés, la prise en charge collective des conséquences financières et sociales de la maladie et de l'accident par le système de protection sociale, la démocratie sanitaire. Suppression des objectifs de santé publique quinquennaux issus de la loi du 9 août 2004 au profit de cette stratégie nationale de santé. Notion de politique de santé et non plus de santé publique. Inclusion des organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie (y compris complémentaire) dans la mise en œuvre de la politique de santé afin de décloisonner les approches.

TITRE 1 er - Renforcer la prévention et la promotion de la santé

Article 2 : Les actions de promotion de la santé en milieu scolaire sont conduites conformément aux orientations nationales de la politique de santé par les autorités académiques en lien avec les ARS.

Article 3 : Levée des restrictions existantes sur l'accès à la contraception d'urgence des élèves du second degré auprès de l'infirmerie scolaire. La condition qu'un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale ne soit pas immédiatement accessible pour qu'une infirmière scolaire puisse administrer une contraception d'urgence est supprimée, de même que le caractère exceptionnel et la détresse caractérisée.

Article 4 : lutte contre les « beuveries expresses » - renforcement du dispositif pénal.

Article 5 : information nutritionnelle synthétique et accessible par tous dont la mise à disposition sera volontaire de la part des producteurs et distributeurs.

Article 6 : permettre aux collaborateurs médecins de remplir, dans des conditions fixées par décret, sous l'autorité d'un médecin du travail tuteur, les fonctions de médecin du travail

Article 7 : pratique des tests rapides d'orientation diagnostique par des professionnels de santé et ouverture à du personnel relevant de structures de prévention ou associatives, ayant reçu une formation adaptée. Mise à disposition d'autotests de détection pour les personnes les plus exposées aux maladies infectieuses transmissibles ; délivrés sans prescription médicale sous forme de kit en pharmacie mais également au sein d'autres structures et opérateurs afin de pouvoir toucher certaines populations exposées et particulièrement vulnérables.

Article 8 : Cadre juridique de la politique de réduction des risques des usagers de drogues.

Article 9 : Expérimentation des espaces de réduction des risques par usage supervisé ou salles de consommation à moindre risque (SCMR) (« salles de shoot ») pour une durée de six ans

Article 10 : information et communication vers le public en matière de risques sanitaires liés à l'environnement. L'information faite au grand public ne se limite pas aux effets sur la santé de la pollution de l'air mais est élargie aux risques sanitaires pour pouvoir éventuellement communiquer sur les impacts sanitaires.

Article 11 : lutte contre les risques liés à l'amiante. Action du préfet et information systématique de celui-ci.

TITRE II - Faciliter au quotidien les parcours de santé

Article 12 : Service territorial de santé au public ayant pour objectif la mise en place, à la suite d'un diagnostic partagé sur la situation du territoire, d'une organisation accessible, lisible et organisée au service des patients dont les parcours de santé nécessitent une coordination complexe au travers d'un projet territorial de santé. **Il organisera les parcours de demain à partir d'un premier recours efficace.** Ce service reposera sur un **engagement collectif - matérialisé par un « contrat territorial de santé »** - des différentes parties prenantes qui s'organisent en vue d'apporter une réponse commune et coordonnée aux difficultés d'accès aux services de santé ou de continuité de ces services sur un territoire identifié. **Les acteurs concernés, au premier chef les acteurs de soins de premier recours, notamment les médecins généralistes et spécialistes de ville, les professionnels libéraux paramédicaux,** de même que les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux, **proposeront aux ARS des organisations pertinentes tenant compte des expérimentations déjà lancées et des réalités de terrain.** « Communautés professionnelles territoriales de santé – Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, **des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé.** « La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés le cas échéant sous la forme d'une ou plusieurs équipes de soins primaires ainsi que d'acteurs assurant des soins de premier ou second recours, tels que définis respectivement à l'article L. 1411-11 et L. 1411-12, et le cas échéant d'acteurs médico-sociaux ou sociaux. « Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. « Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.. **L'attribution des fonds du FIR (fonds d'intervention régional) est prévue pour rendre accessible la mise en place de cette organisation.**

Article 13 : Service territorial de santé mentale. Redéfinition de la mission de psychiatrie de secteur pour les établissements autorisés en psychiatrie visant à garantir à la population l'accès et la continuité des soins sur le territoire, notamment en ambulatoire et à l'hôpital.

Article 14 : Création d'une mission d'appui aux professionnels offrira un service lisible d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes : évaluation des besoins des professionnels, identification des ressources locales, informations, organisation de la prise en charge le cas échéant en soutien de l'offre de proximité.

Article 15 : prévoir, en plus du numéro d'accès à l'aide médicale urgente (numéro 15), un numéro harmonisé national de permanence des soins, dont les caractéristiques seront définies par décret. Cette mesure laisse ouverte la possibilité d'accéder aux médecins de permanence via les numéros

des associations de permanence disposant d'une plate-forme d'appels interconnectée avec le 15, voire directement par le 15 lorsque c'est le numéro unique retenu.

Article 16 : dispositif du médecin traitant, généraliste ou pédiatre, étendu aux moins de 16 ans sans les sanctions afférentes à son non-respect.

Article 17 : possibilité d'étendre aux centres de santé des modes de rémunération dérogatoires au paiement à l'acte déjà prévus dans les conventions des libéraux

Article 18 : généralisation du tiers-payant pour les consultations de ville

Article 19 : rôle confié aux ordres professionnels d'évaluer le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins notamment en réalisant ou faisant réaliser des tests permettant de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins.

Article 20 : encadrement des tarifs des prestations d'optique et de soins dentaires prothétiques et orthodontiques délivrés aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Article 21 : service public d'information en santé sous la forme d'une plate-forme multimédia

Article 22 : expérimentation pour 5 ans de dispositifs d'accompagnement des patients souffrant de maladies chroniques sous la forme de conventions signées entre l'ARS et les acteurs volontaires (associations, collectivités locales, etc.) dans le cadre d'un cahier des charges arrêté au niveau national visant à mettre en œuvre des actions destinées à accompagner les patients par tous moyens et notamment en leur dispensant informations, conseils, soutien et formation.

Article 23 : information du patient sur le coût des soins dispensés lors de son séjour hospitalier.

Article 24 : Cet article instaure la lettre de liaison obligatoire entre les services de soins de l'hôpital et les soins de ville dès le jour de la sortie d'hospitalisation et en garantissant que les usagers accèdent eux-mêmes aux informations qui leurs sont utiles pour la continuité de leurs soins.

Article 25 : Aménagement du secret professionnel afin de permettre aux professionnels, notamment du premier recours, de partager les informations utiles à la continuité des prises en charge.

La notion d'équipe de soins est inscrite au code de la santé publique en y intégrant les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social.

Le dossier médical partagé remplace le dossier médical personnel. Sa mise en œuvre est confiée désormais à l'Assurance maladie. Un décret pris après avis des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé fixe les conditions de création et fermeture du dossier, la nature des informations, les modalités d'exercice des droits des personnes sur les informations y figurant, les conditions d'utilisation et d'accessibilité.

Article 26 : Nouvelle définition du service public hospitalier conçu de manière globale et non plus par mission et des obligations afférentes parmi lesquelles l'absence de facturation de dépassements tarifaires pour l'ensemble des prestations dispensées aux patients.

Article 27 : Création des groupements hospitaliers de territoire auxquels les établissements publics de santé adhèrent tous obligatoirement. Le GHT permet à ses membres la mise en œuvre d'une stratégie commune et la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou d'activités. Suppression des communautés hospitalières de territoire.

TITRE III - Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé

Pierrette Meury, pour le Sniil971

Les formations des professionnels de santé doivent être décloisonnées, la formation continue refondée.

Article 28 : Développement professionnel continu des professionnels de santé. Définition nouvelle s'inscrivant dans la stratégie nationale de santé et introduisant l'Université dans le dispositif. Le rôle des commissions scientifiques indépendantes est renforcé (contrôle et qualité de l'offre de DPC). **Le but étant de donner plus de fluidité et de transparence pour que cette organisation soit indépendante.**

6

Article 29 : Légalisation de l'exercice des étudiants infirmiers lors de stages en structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluri professionnelles, centres de santé) **ou en cabinet libéral avec possibilité de facturer les soins réalisés par l'étudiant infirmier.** La stratégie nationale de santé porte l'ambition de rénover la formation des professionnels pour leur permettre d'élargir leur approche du parcours des patients de créer des passerelles et de favoriser les visions croisées.

Article 30 : Au regard de l'évolution épidémiologique, démographique et économique, bien des réponses convergent pour promouvoir à partir des métiers socles de nouveaux métiers dans le champ de la santé, situés entre le « bac+8 » du médecin et le « bac+3/4 » des paramédicaux. L'Exercice en pratique avancée, définition légale de cette notion et modalités de son inscription dans la partie législative du code de la santé publique. **Permettre, dans des conditions qui seront définies** par décret sur avis de l'Académie de médecine, **un élargissement du champ des compétences vers**, par exemple, la formulation d'un diagnostic, la réalisation d'une analyse clinique, l'établissement de prescription, ou l'accomplissement d'activités d'orientation ou de prévention. **L'infirmier de pratique avancée devra exercer en équipe de soins en lien avec le médecin traitant.** L'article prévoit les conditions de formation, d'enregistrement, et de soumission aux règles déontologiques.

Article 31 : Compétences des sages-femmes en matière d'IVG. Extension de la vaccination à l'entourage du nouveau-né, notamment pour la coqueluche.

~~Article 32 : participation des pharmaciens à la politique vaccinale.~~ **rejeté**

Article 33 : permet aux médecins du travail et **aux infirmiers de prescrire des substituts nicotiques** et donne la possibilité aux sages-femmes de les prescrire à l'entourage de la femme enceinte.

Article 34 : mesures de transparence et de luttés contre les dérives de l'intérim médical : plafonnement des rémunérations et des frais afférents.

Article 35 : publication par la HAS de fiches sur le bon usage de certains médicaments et élaboration d'un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement à destination des professionnels de santé.

Article 36 : lutte contre les ruptures d'approvisionnement de médicaments par la fixation d'une liste de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, l'élaboration de plans de gestion de pénuries prévoyant des solutions alternatives.

Article 37 : réduction des délais de mise en œuvre de la recherche clinique en créant un contrat unique pour toute recherche clinique à promotion industrielle conduite dans un établissement de santé, quel que soit son statut.

TITRE IV - Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire

Article 38 : Territorialisation de la politique de santé. Le projet régional de santé définit des objectifs pluriannuels en cohérence avec la stratégie nationale de santé. Simplification en un seul schéma régional de santé fixant les prévisions de l'offre de soins et médico-social dans la région. Rôle des directeurs d'ARS en matière de zonage de l'offre de soins. Non-fongibilité des crédits de promotion de la santé et de prévention. Impossibilité d'affecter des crédits médico-sociaux au profit d'autres établissements.

Article 39 : Vigilances sanitaires. Réaffirmation du rôle de l'ARS dans la coordination des dispositifs d'alerte et de vigilance sanitaire. Missions des professionnels de santé : obligations déclaratives, participation à des actions prévention, de dépistage dans un contexte d'urgence sanitaire, participation volontaire à des actions de veille, surveillance et sécurité sanitaire.

Article 40 : Plan national de gestion du risque signé entre l'Etat et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour 2 ans au lieu du contrat d'objectifs actuel.

Article 41 : déclinaison régionale de tout ou partie des mesures conventionnelles prévues au plan national par la possibilité pour les partenaires conventionnels d'ouvrir des possibilités d'adaptation de la convention nationale au niveau régional, pour ce qui concerne les dispositions destinées à réguler l'installation des professionnels de santé (zonage, aides incitatives ou dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique).

Article 42 : Réforme du système des agences sanitaires par habilitation du Gouvernement à prendre des mesures par ordonnance visant notamment à instituer l'Institut national de prévention, de veille et d'intervention en santé publique regroupant l'INVS, l'INPES et l'EPRUS, à harmoniser et simplifier les dispositions législatives relatives aux missions, compositions, fonctionnement des agences sanitaires

Article 43 : obligation légale de représentation des usagers dans les organes de toute agence sanitaire nationale.

Article 44 : la CRUQPC est remplacée par la commission des usagers informée et consultée sur les questions de politique de l'établissement en termes de qualité, de sécurité des soins et d'organisation du parcours de soins.

Article 45 : Action de groupe en matière sanitaire. Une association d'usagers du système de santé agréée pourra désormais engager une procédure commune pour faire reconnaître la responsabilité d'un produit de santé dans la survenue de dommages corporels sériels.

Article 46 : Elargissement de la possibilité pour le tuteur et pour le concubin ou le partenaire d'un PACS d'accéder au dossier médical.

Article 47 : Mise à disposition des données de santé par la création d'un système national des données de santé (SNDS) qui centralisera les données des bases existantes en matière sanitaire et médico-sociale et assurera leur mise à disposition en open data pour les données pour lesquelles aucune identification n'est possible et sur autorisation de la CNIL pour les données potentiellement identifiantes (bien qu'elles ne comportent ni les noms et prénoms ni le numéro de sécurité sociale), à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation d'intérêt public dans le domaine de la santé, ou sur autorisation par décret après avis de la CNIL pour l'accomplissement des missions de service public, à des conditions rigoureuses assurant la protection de ces données sensibles.

Article 48 : création d'une instance nationale consultative des personnels médicaux et pharmaceutiques des établissements publics de santé et définition des critères de représentativité pour les organisations syndicales des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques afin d'objectiver la représentativité des organisations syndicales de ces personnels.

Article 49 : réforme de la gouvernance interne des établissements de santé en rendant facultative l'organisation en pôles en dessous d'un certain seuil, exprimé en ETP, en prévoyant une taille maximale pour la constitution de ces mêmes pôles, renforçant la place du président de la CME dans la désignation des chefs de pôles, charte de gouvernance entre directeur et président de CME, etc

TITRE V - Mesures de simplification
Habilitation du Gouvernement à prendre par ordonnance des mesures relatives :

Article 50 : aux groupements de coopération sanitaire

Article 51 : au régime économique et financier des établissements de santé, au régime des autorisations des PUI, aux modalités de gestion et d'exercice de certains professionnels, à la simplification de la législation de sécurité sanitaire, de traitement des données personnelles de santé (destruction des dossiers médicaux), relatives aux substances vénéneuses, dans le domaine de la toxicovigilance, au régime des autorisations d'activités de soins et d'équipements lourds (suppression des normes de personnel), à la simplification (maisons de santé, SISA, centres de santé, aides à l'installation, transfert et regroupement des officines)

Article 52 : au service public des pompes funèbres

Article 53 : à la transposition des directives européennes (rayonnements ionisants, vente des produits du tabac, reconnaissance des qualifications professionnelles, aptitude médicale des gens de mer, adaptation aux collectivités de l'article 73 de la Constitution, recherches biomédicales, formation des professionnels de santé, adaptation de la législation nationale au règlement sanitaire internationale)

Article 54 : code des transports - navigation maritime

Article 55 : Service de santé des armées et Institution nationale des invalides

Article 56 : départements et régions d'outre-mer

Article 57 : modification des parties législatives des codes et dispositions non codifiées afin d'assurer la cohérence des textes