

**PROJET DE LOI HPST  
PROPOSITIONS CROI IDF  
16 SEPTEMBRE 2008**

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS REDACTION	COMMENTAIRES
<p><b>Titre 1 MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE exposé des motifs projet de loi</b></p> <p>« Le présent titre a pour objet de rénover le fonctionnement des établissements de santé, pour leur permettre de répondre aux nouveaux besoins de la population de leur territoire ».</p> <p>La rénovation de ses instances et de son mode de pilotage vise à responsabiliser davantage le chef d'établissement et à lui donner les outils nécessaires à une gestion dynamique. Un conseil de surveillance, recentré sur les orientations stratégiques de l'établissement, remplace le conseil d'administration. Le chef d'établissement, président du directoire, voit ses pouvoirs renforcés pour mettre en œuvre le projet médical <b>et soignant</b> de l'établissement, en étroite concertation et dans le cadre d'un diagnostic renouvelé avec le corps médical <b>et soignant</b></p> <p>Le renforcement du pilotage de l'hôpital nécessite une clarification des lignes hiérarchiques <b>médicales et soignantes</b> : les chefs de pôles ont la responsabilité pleine et entière de l'organisation interne du pôle, et disposent pour cela de moyens de gestion adaptés. L'hôpital emploie près d'un million de professionnels, dont 270 000 infirmiers et près de 100 000 médecins en comptant les internes. Ces professionnels sont la vraie richesse de l'hôpital. Leurs métiers ont évolué, ils évolueront encore plus dans les prochaines années. Leurs conditions d'exercice doivent s'adapter aussi »</p>		

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS REDACTION	COMMENTAIRES
<b>CHAPITRE 1 : MISSION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE :</b>		
TEXTE HPST	PROPOSITIONS REDACTION	COMMENTAIRES
⇒ Article 1 : Missions des établissements de santé et service public hospitalier	<p><i>1. – L'article L. 6111-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :</i></p> <p>2° Il est complété par trois alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Les établissements participent à la coordination des soins avec les acteurs <b>de santé médicaux et paramédicaux exerçant</b> en pratique de ville..</p> <p>« 3° l'absence de discrimination en ce qui concerne la qualité et la <b>sécurité des soins</b></p>	
⇒ Article 3 : Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé	<p>L'objectif est d'assouplir l'organisation interne des établissements en attribuant à la CME <b>et à la CSIRMT</b>, des objectifs de résultats et non pas de moyens. Il s'agit notamment, en supprimant les sous-commissions de la CME d'apporter de la souplesse dans les organisations, au profit de la définition de programme d'actions et d'indicateurs de suivi, et de passer d'une logique de moyens à une logique de résultat et de gestion de projet. Pour les établissements <b>publics et</b> privés, l'objectif est de donner à la conférence médicale et à <b>la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques</b> un rôle fort dans la politique d'amélioration de la qualité des soins <b>dans la mesure où l'activité médicale et soignante fonde la qualité de l'activité des établissements.</b></p> <p>L'organisation de la gestion des risques liés aux activités hospitalières devient obligatoire dans un sens élargi, tout en permettant une adaptation des obligations aux spécificités de certaines catégories</p>	<p>Le service de soins infirmier a été institué par la loi portant réforme hospitalière de 1991 ainsi que la commission de soins infirmiers.</p> <p>Elle avait pour mission</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ L'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmier</li> <li>⇒ La recherche dans le domaine des soins infirmiers et l'évaluation des soins</li> <li>⇒ L'élaboration d'une politique de formation</li> <li>⇒ Le projet d'établissement</li> </ul> <p>L'article L. 61469 CSP issu de l'ordonnance du 2 mai 2005 substitue une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques</p>

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS REDACTION	COMMENTAIRES
	<p>d'établissements de santé ; les établissements s'organisent librement pour répondre aux objectifs de qualité et de sécurité. Les différentes commissions, <b> hormis la CSIRMT</b>, relèvent de l'organisation interne de l'établissement ; elles sont rattachées à la commission médicale de l'établissement.</p> <p><i>II. - L'article L. 6144-1 du même code est ainsi rédigé :</i></p> <p><b>« Art. L. 6144-1. - Dans chaque établissement public de santé, il est créé une commission médicale d'établissement.</b></p> <p><b>« La commission médicale d'établissement contribue avec la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; elle propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. « Elle est consultée dans des matières et des conditions fixées par voie réglementaire. ».</b></p> <p><i>II. - L'article L. 6146-9 du même code est ainsi rédigé :</i></p> <p><b>« Art. L. 6146-9. - Dans chaque établissement de santé, la coordination générale des soins infirmiers, médicotechniques et de rééducation est confiée à un directeur des soins infirmiers, médicotechnique et de rééducation, nommé par le directeur, qui est membre de l'équipe de direction.</b></p> <p><b>La commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation contribue avec la CME à l'élaboration de la politique</b></p>	<p>(CSIRMT) à la commission du service des soins infirmiers (CSSI) créée par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Elle a vu son périmètre s'élargir aux soins infirmiers de rééducation et médico technique dans les lois de 2002 et 2004 pour adapter ses missions à la complexité des prises en charge soignantes.</p> <p>Le décret du 26 décembre 2005 (JO du 28/12/05) articles R. 6146-50 à R. 6146-60 du CSP définit : attributions ,règles de composition, d'organisation et de fonctionnement et notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ La recherche et l'évaluation de ces soins.</li> <li>⇒ L'élaboration d'une politique de formation</li> <li>⇒ L'évaluation des pratiques professionnelles</li> <li>⇒ La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins</li> <li>⇒ Le projet d'établissement</li> <li>⇒ L'organisation interne de l'hôpital</li> </ul> <p><b>Elle participe donc au même titre que la CME à la politique d'amélioration de la qualité en élaborant le projet de soins de l'établissement qui ne pourra jamais être réduit au projet médical.</b></p> <p>La spécificité de ses missions relevant du domaine clinique (Soins, formation, recherche) ne peut la réduire à l'organisation interne l'établissement comme le CTE ou des usagers comme le (CRUQ PC)</p>

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS REDACTION	COMMENTAIRES
	<p><b>d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; elle propose en coordination avec la CME au directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. «Elle est consultée dans des matières et des conditions fixées par voie réglementaire. ».</b></p> <p><i>VI. L'article L.1151-1 du même code est ainsi rédigé :</i></p> <p><b>« Article L.1151-1.« Ces règles sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de la Haute autorité de santé et des Ordres professionnels concernés.</b></p>	<p>Elle doit donc garder toute la place que lui confèrent ses missions au sein de l'établissement.</p> <p><u>Associer soignants médicaux et non médicaux notamment les infirmières qui sont trois fois plus nombreuses facilitera les évolutions et les changements.</u></p> <p><u>Vouloir impulser le changement des organisations et les mutations particulièrement dans le domaine clinique en rejetant les partenaires indispensables à la réflexion et à l'action est à terme très contreproductif pour la qualité et la sécurité des soins.</u></p> <p>Loi n°2006 – 1668 du 21decembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers</p> <p>Art L 4312-2 en coordination avec l'HAS il participe à la diffusion des bonnes pratiques en soins infirmiers auprès des professionnels et organise l'évaluation de ces pratiques</p>

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS REDACTION	COMMENTAIRES
<p>⇒ article 2 : qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé</p>	<p><i>I. – L'article L. 6111-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :</i></p> <p>« Art. L. 6111-2. - Les établissements de santé <b>dans le cadre d'un management participatif pluri professionnels</b> élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques</p> <p>visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.</p> <p>« Dans ce cadre, les établissements de santé participent aux dispositifs de vigilances destinés à</p> <p>garantir la sécurité sanitaire, organisent la lutte contre les événements indésirables, dont les</p> <p>infections, associés aux soins, définissent une politique du médicament et des dispositifs</p> <p>médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la</p> <p>stérilisation des dispositifs médicaux.</p>	<p><b><u>Vouloir impulser le changement des organisations et les mutations particulièrement dans le domaine clinique en rejetant les partenaires indispensables à la réflexion et à l'action est a terme très contreproductif pour la qualité et la sécurité des soins.</u></b></p>

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS REDACTION	COMMENTAIRES
<p><b>Chapitre 2 : STATUT ET GOUVERNANCE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE</b></p> <p>Il s'agit de supprimer les rigidités qui rendent difficile la modernisation des établissements publics de santé. Il est proposé de rénover leur statut, de clarifier leurs chaînes de responsabilité, de simplifier, en rendant effectif le principe d'autonomie de gestion, leur gouvernance, d'élargir le champ de recrutement des praticiens et des personnels de direction, de simplifier la gestion administrative et financière, renforcer les capacités de coopération, de permettre la création de communautés hospitalières de territoire, et de donner la possibilité de mieux gérer les ressources médicales au sein d'un territoire.</p>		
<p>⇒ Art 4 : Statut des établissements publics de santé</p>	<p>Le présent article a pour objectif de donner à l'établissement de santé une structure juridique qui lui permette de développer son dynamisme et sa capacité d'adaptation aux évolutions nécessaires. Ce statut doit faire toute sa place au directeur de l'établissement, « patron » de l'hôpital.</p> <p>De plus, la gouvernance interne est rénovée : le directeur doit disposer des moyens de prendre des décisions et de les faire appliquer. Remplaçant les responsables de pôles, les chefs de pôles ont autorité <b>avec la direction des soins</b> sur l'ensemble des personnels du pôle, et veillent à la mise en œuvre du projet médical. <del>Les directeurs de soins seront recentrés sur des missions transversales liées à la qualité des soins</del></p>	<p>Le service de soins infirmier a été institué par la loi portant réforme hospitalière de 1991 dont la direction a été confiée à l'infirmier général (puis au directeur des soins)</p> <p>Cette direction a vu son périmètre s'élargir aux soins infirmiers de rééducation et médico technique dans les lois de 2002 et 2004 pour adapter ses missions à la complexité des prises en charge soignantes et à la nécessaire d'évaluation, de mobilité et d'adaptions des personnels soignants dans un souci d'assurer de manière continue et transversale, la qualité et le sécurité des soins</p> <p><b><u>Ses missions spécifiques lui donnent une place au sein de l'établissement qui ne peut disparaître comme le projet de loi l'institue</u></b></p>

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS REDACTION	COMMENTAIRES
<p>⇒ Article 5 Conseil de surveillance des établissements publics de santé</p>	<p><i>Il. – Les articles L. 6143-5 et L. 6143-6 du même code sont ainsi rédigés</i></p> <p><i>« Art. L. 6143-5. - Le conseil de surveillance est composé comme suit:</i></p> <p><b>« 1° au plus quatre représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements;</b></p> <p><b>« 2° au plus cinq représentants du personnel médical et non-médical de l'établissement public, deux désignés par le comité technique d'établissement et deux désignés par la commission médicale d'établissement, et un désigné par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;</b></p> <p><b>« 3° au plus quatre personnalités qualifiées nommées par le directeur général de l'agence régionale de santé, dont deux représentants des usagers et un représentant des professions paramédicales non hospitalier</b></p> <p><i>« Art. L. 6143-6. - Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :</i></p> <p><b>« 6° S'il est agent salarié de l'établissement ;</b></p> <p><b>« Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, aux représentants de la commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière et au directeur de l'unité de formation et de recherche ou au président du comité de coordination de l'enseignement médical.</b></p>	<p>La CSIRMT participe au même titre que le personnel médical et donc la CME à la qualité de la gouvernance clinique de l'établissement en élaborant le projet de soins de l'établissement qui accompagne le projet médical.</p> <p>La spécificité de ses missions relevant du domaine clinique (Soins, formation, recherche) ne peut la réduire à un critère de représentativité de l'organisation interne l'établissement comme le CTE</p> <p><u>La CSIRMT doit donc trouver toute sa place et de manière précise au sein du conseil de surveillance</u></p> <p><u>La représentation des professions paramédicales non hospitalière était de droit au sein du CA de l'hôpital. Cette représentation doit donc garder toute la place que lui confère sa spécificité au sein du Conseil de surveillance et ne peut disparaître comme le projet de loi l'institue.</u></p>

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS REDACTION	COMMENTAIRES
<p>⇒ Article 6 Directeur et directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé</p>	<p>Le conseil exécutif devient un directoire, doté de compétences larges en matière de gestion et présidé par le chef d'établissement. Il est en effet l'instance au sein de laquelle débattera une équipe de direction composée de cadres administratifs <del>et</del> de cadres médicaux <del>et</del> paramédicaux qui assistera le directeur. En cohérence avec les autres évolutions proposées, il est ainsi proposé de : -resserrer sa composition afin de mieux valoriser sa fonction exécutive, en centrant sa dimension médicale <del>et soignante</del> autour de responsables de pôles en collaboration avec le direction des soins, responsables du management de l'activité clinique qui est l'objet même de l'hôpital ; -consacrer le rôle essentiel du président de CME qui sera le vice-président du directoire, ce qui impliquera de nouvelles conditions de valorisation et de sanction de l'exercice de cette responsabilité</p> <p><i>II. - Les articles L. 6143-7 et L. 6143-11 du même code sont ainsi rédigés :</i></p> <p>« Art. L. 6143-8. - Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire. Il prépare le projet médical de l'établissement en collaboration avec la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, qui est arrêté par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement et du directoire. »</p> <p>« Art. L. 6143-9. - Le directoire prépare le projet d'établissement, sur la base du projet médical <del>et du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques</del>. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement, dans les conditions</p>	

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS REDACTION	COMMENTAIRES
	<p>définies à l'article L. 6143-7.</p> <p>« Art. L. 6143-10. - Le directoire est constitué par des membres du personnel de l'établissement, dans la limite de cinq membres, ou sept membres dans les centres hospitaliers universitaires. Les membres du directoire sont nommés par le président du directoire de l'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique et de <b>la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, pour les professionnels de santé non médicaux</b>. Il peut être mis fin à leurs fonctions par le directeur de l'établissement, après information du conseil de surveillance et avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.</p>	
<p>⇒ Article 8 Organisation interne des établissements publics de santé</p>	<p>Les présentes dispositions visent à faire évoluer les règles d'organisation interne hospitalière afin de donner aux établissements une plus grande réactivité.</p> <p>A ce titre, il est proposé, en cohérence avec les acquis essentiels de la précédente réforme, de clarifier les chaînes de responsabilités au sein des établissements, d'une part en renforçant les pouvoirs de l'organe exécutif, en particulier ceux du président du directoire mais aussi ceux du président de la commission médicale d'établissement <b>en collaboration étroite avec la direction des soins</b>, d'autre part en affirmant le rôle du chef de pôle qui se verra fixer des objectifs de résultats en lien avec les moyens matériels et humains qui lui seront</p>	<p>Le service de soins infirmier a été institué par la loi portant réforme hospitalière de 1991 dont la direction a été confiée à l'infirmier général (puis directeur des soins)</p> <p>Cette direction a vu son périmètre s'élargir aux soins infirmiers de rééducation et médico technique dans les lois de 2002 et 2004 pour adapter ses missions à la complexité des prises en charge soignantes et à la nécessité d'évaluation, de mobilité et d'adaptations des personnels soignants dans un souci d'assurer de manière continue et transversale, la qualité et la sécurité des soins</p>

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS REDACTION	COMMENTAIRES
	<p>délégués. Le chef de pôle bénéficie d'une délégation de gestion large, précisée au sein du contrat de pôle qu'il signe avec le président du directoire. Il a autorité, <b>avec la direction des soins pour ce qui concerne les personnels non médicaux</b>, sur l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux du pôle. Il s'appuie sur les responsables de structures internes qui organisent le temps médical.</p> <p>Ces objectifs seront déclinés avec l'ensemble des personnels concernés au sein du contrat de pôle. Il appartiendra à chaque établissement de déterminer l'opportunité de mettre en place, après avis des praticiens et de la commission <b>et de la direction des soins</b>, des structures internes à l'intérieur des pôles et se substituant aux services.</p> <p><i>L'article L. 6146-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</i></p> <p><b>« Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-« Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique dans une démarche participative pluri professionnelle met en œuvre la politique de l'établissement en collaboration étroite avec la Direction des Soins afin d'atteindre les objectifs annuellement fixés au pôle par le président du directoire. En lien avec la Direction des soins il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, le fonctionnement du pôle. Il utilise les ressources humaines en personnel soignants dont l'affectation est proposée par le directeur de soins et sur lesquelles il a autorité fonctionnelle. Il organise la prise en charge des patients en fonction de leur besoin des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien ,et des missions et responsabilités des structures prévues par le projet de pôle et dans le respect des</b></p>	<p><b><u>Ses missions spécifiques lui donnent une place au sein de l'établissement qui ne peut disparaître comme le projet de loi l'institue.</u></b></p> <p>Le service de soins infirmier a été institué par la loi portant réforme hospitalière de 1991 dont la direction a été confiée à l'infirmier général (puis directeur des soins)</p> <p>Cette direction a vu son périmètre s'élargir aux soins infirmiers de rééducation et médico technique dans les lois de 2002 et 2004 pour adapter ses missions à la complexité des prises en charge soignantes et à la nécessaire d'évaluation, de mobilité et d'adaptions des personnels soignants dans un souci d'assurer de manière continue et transversale, la qualité et le sécurité des soins</p> <p><b><u>Ses missions spécifiques lui donnent une place au sein de l'établissement qui ne peut disparaître comme le projet de loi l'institue</u></b></p>

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS REDACTION	COMMENTAIRES
	<p><b>droits du patient.</b> Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs <b>dont un cadre para médical dont</b> .Il propose <b>leur</b> nomination au chef d'établissement. Les agents affectés au sein d'un pôle peuvent être intéressés financièrement aux résultats du pôle. »</p>	
<p><b>Titre II - ACCES DE TOUS A DES SOINS DE QUALITE</b></p> <p>« Le présent titre a pour objet d'améliorer l'accès de tous nos concitoyens à une offre de soins de qualité et rationalisée sur l'ensemble du territoire. Il traite de l'environnement de l'hôpital. Ce titre propose de repenser l'organisation, le fonctionnement, la répartition des professionnels et leurs moyens de formation en fonction des besoins de santé de la population. Un SROS ambulatoire sera ainsi institué, dans le titre sur les ARS. Il organise l'accessibilité géographique et économique de nos concitoyens au juste niveau de prise en charge. Il s'attache également à mettre en œuvre les moyens d'une meilleure qualité de prise en charge en modernisant les formations initiales et complémentaires et en facilitant le déploiement de modalité d'exercices et de pratiques plus efficaces. »</p>		
<p>⇒ Article 14 - Définition de l'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours, en fonction des besoins de santé de la population.</p>	<p><i>I. - Dans le titre premier du livre IV du code de la santé publique, il est inséré après le chapitre I un chapitre I-I intitulé : « organisation des soins » comprenant les articles L. 1411-11 et L. 1411-12 rétablis et ainsi rédigé :</i></p> <p>« chapitre I-I</p> <p>« les professionnels de santé, dont les médecins traitants <b>et para médicaux dont les infirmiers libéraux</b> , habilités à raison de leurs compétences <b>et de leur qualification</b> à exercer tout ou partie de ces activités, concourent à l'offre de soins de premier recours <del>par l'exercice de ces compétences</del>, le cas échéant dans le cadre de coopérations organisées et en collaboration <b>avec les autres</b></p>	<p>⇒ La compétence, ne fait référence à aucun critère reconnu dans les textes contrairement à la qualification.</p> <p>⇒ La notion de qualification renvoie à un cadre de formation diplômante minimum requis, et à la réglementation régissant l'activité des professionnels de santé/</p> <p>⇒ Par souci de sécurité et qualité des soins pour la population le critère de compétence seul ne peut être retenu.</p> <p>⇒ Le principe de coopération organisée n'est pas dans la pratique particulièrement en ambulatoire</p>

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS REDACTION	COMMENTAIRES
	<p>professionnels de santé, les établissements de santé, sociaux, médico-sociaux et les réseaux de santé.</p>	<p>l'apanage unique des structures.</p>
<p>⇒ Article 17 Principe général de coopération entre professionnels de santé</p>	<p>La collaboration entre professionnels de santé est nécessaire pour mieux répondre aux besoins de santé de la population. Sa mise en œuvre doit être facilitée pour mieux s'adapter aux pratiques des professionnels tout en garantissant un haut niveau de sécurité et de qualité des soins, mais aussi de formation et de qualification des professionnels de santé concernés .</p> <p>L'objet de la mesure vise à étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé en les sortant du cadre expérimental. Il s'agit de favoriser de nouvelles organisations des soins et de prise en charge ou des modes d'exercice partagé qui répondent à des besoins de santé. La sécurité des soins aux patients restera une exigence garantie de quatre façons :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les transferts d'actes ne devront concerner que les professionnels de santé (médicaux/paramédicaux) et devront faire l'objet au préalable d'une large concertation avec les organisations professionnelles concernées et être soumis à l'avis des Ordres professionnels concernés</li> <li>• le professionnel ne pourra intervenir dans les domaines qui dépassent sa qualification ses connaissances et son expérience,</li> <li>• les coopérations seront encadrées par des protocoles nationaux élaborés par la HAS en étroite collaboration avec les Ordres professionnels concernés (définissant et précisant des formes de coopérations, les disciplines, les pathologies, actes...). Pour ne</li> </ul>	<p>Cet article a pour objet de pérenniser les expérimentations instituées à titre dérogatoire dans l'art 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique</p> <p>Cet article vise donc à réglementer d'une part de manière pérenne des activités et des pratiques aujourd'hui issues d'expérimentations dont l'intérêt général n'a pas été reconnu par la HAS elle-même eu égard au caractère peu reproductible de celles-ci (cf évaluation HAS)</p> <p><b>Cet article a pour objet d'autre part dans son premier alinéa de rendre systématiquement légal sans expérimentation préalable, sans concertation préalable des actes dérogatoires aux textes réglementant les professions de santé</b></p> <p>L'article est rédigé dans des termes trop flous pour être gardé en l'état :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rien n'est indiqué sur le cadre de conception des protocoles tant sur la forme que sur le fond.</li> <li>• Ces précisions sont renvoyées à la rédaction de protocoles nationaux élaborés uniquement par la HAS et qui peuvent être élaborés par des professionnels sans jamais que les instances de régulation professionnels concernées ne</li> </ul>

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS REDACTION	COMMENTAIRES
	<p>pas freiner une dynamique venant des professionnels, des projets de protocole préparés directement par les professionnels <b>de santé</b> pourront être validés par la HAS <b>après avis des Ordres professionnels concernés</b> pour être applicables,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>les établissements de santé, structures de soins telles que les maisons de santé ou les professionnels à titre individuel qui souhaiteront appliquer ces protocoles devront les déclarer auprès de l'agence régionale de santé <b>et des Ordres professionnels concernés</b>.</li> </ul> <p>Un arrêté précisera <b>après avis des Ordres professionnels concernés</b> les domaines dans lesquels ces coopérations devront en priorité intervenir (cancérologie, maladies chroniques, ...) et les formes de coopération possibles : prescriptions, suivi des patients au cours d'une consultation, actes techniques...</p> <p><i>I.- Dans la quatrième partie du code de la santé publique il est inséré un livre préliminaire intitulé : « coopération entre professionnels de santé » ainsi rédigé :</i></p> <p><b>« Livre préliminaire « Coopération entre professionnels de santé Titre unique Chapitre unique</b></p> <p><b>« Art. L. 4011-1. - Par dérogation aux articles L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4311-1, L. 4321-1, <b>art L 4323-1</b> L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L.4364-1et L. 4371-1, les professionnels de santé qui s'engagent dans une démarche de coopération visant à réorganiser les modes d'intervention pour que la prise en charge d'un patient n'interviennent que dans les limites de <b>leur qualification</b>, de leurs connaissances, expériences et compétences. « Leur intervention s'inscrit obligatoirement dans le cadre des protocoles élaborés par la Haute autorité de santé dans ce domaine, <b>après avis des</b></b></p>	<p>soient saisies</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>aucun suivi national formalisé n'est envisagé alors que ces protocoles vont toucher à terme les périmètres d'exercices de chaque profession aujourd'hui réglementées.</li> <li>dans la mesure où cet article touche de manière très directe la déontologie et la pratique, les Ordres doivent être de fait associés</li> </ul>

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS REDACTION	COMMENTAIRES
	<p><b>les Ordres professionnels concernés</b> et approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé.</p> <p>« Art. L. 4011-2. - Les professionnels de santé peuvent également soumettre à la Haute autorité de santé et aux <b>Ordres professionnels concernés</b> , des protocoles de coopération répondant à un besoin de santé constaté au niveau régional et attesté par l'Agence régionale de santé. Sont applicables les protocoles validés par la Haute autorité de santé <b>après avis des les Ordres professionnels concernés</b> et approuvés par arrêté du directeur de l'Agence régionale de santé. « Les protocoles précisent le cadre de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies concernées et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés. « Les professionnels qui s'engagent à appliquer ces protocoles doivent faire une déclaration auprès de l'Agence régionale de santé du lieu d'exercice <b>et auprès des Ordres professionnels concernés.</b></p> <p>« Art. L. 4011-3 Les modalités d'application du présent chapitre précisant notamment les domaines ou pathologies pour lesquels des protocoles de coopération doivent être appliqués de façon prioritaire et les conditions dans lesquelles ces protocoles sont rendus opposables sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la haute autorité de santé <b>et des Ordres professionnels concernés.</b></p>	

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS REDACTION	COMMENTAIRES
<p><b>TITRE III (ancien titre I) PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE</b></p> <p>« L'éducation thérapeutique concerne en priorité le patient mais également sa famille et son entourage. Elle offre des bénéfices en termes de qualité de vie, de réduction du nombre de complications, de diminution du nombre d'hospitalisations, de meilleure observance des prises médicamenteuses et des recommandations hygiéno-diététiques.</p> <p>Elle ne peut se satisfaire d'être regardée comme simple adjuvant pour la pleine efficacité des soins. Dans un contexte de développement des maladies chroniques, elle constitue une nécessité, à côté des soins au sens habituel, pour la pleine efficacité du système de santé de demain ».</p>		
<p>⇒ Article 24 éducation pour la santé éducation thérapeutique</p>	<p><i>I- Le chapitre V du titre Ier du livre Ier de la première partie du même code devient le chapitre VI, les articles L 1115-1 et 1115-2 deviennent les articles L 1116-1 et 1116-2 et, à l'article L.1116-2, la référence à l'article L.1115-1 est remplacée par la référence à l'article L.1116-1.</i></p> <p><i>II- Il est rétabli au même titre un chapitre V ainsi rédigé :</i></p> <p>" Chapitre V</p> <p>Compétences d'éducateur de santé :</p> <p>Art. L.1115-1.- Les conditions d'exercice des compétences d'éducateur de santé dans les domaines respectifs de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment les conditions de formation et d'expérience nécessaires. » . <b>Ces conditions tiennent compte des qualifications et compétences déjà existantes pour certains professionnels de santé en matière d'éducation à la santé et d'éducation à la santé et notamment les infirmiers</b></p>	<p><b>Ce texte ne peut ignorer les textes réglementant les professions déjà habilitées à l'éducation à la santé dont la spécificité de l'éducation faite par l'infirmier(e) autour des soins et de la prévention</b></p> <p><b>Article R. 4311-1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.</li> </ul> <p><b>Article R. 4311-3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence</li> </ul>

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS REDACTION	COMMENTAIRES
		<p>pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers</p>