

Horizon 2030

Vision pour les soins infirmiers
ambulatoires

Horizon 2030

Vision pour les soins infirmiers
ambulatoires

*"Si vous ne construisez pas votre avenir,
il ne cesse pas de se construire pour autant"*

Tim Porter O'Grady,
consultant spécialisé soins et systèmes de santé,
président Georgia Nurses Foundation
Pour la Canadian Nurses Association
(Toward 2020, Visions for nursing, 2007)

*Un grand merci à Nathalie Petit,
collaboratrice au sein de la FNI,
qui a mis sa palette de talents empreints
de rigueur scientifique et de professionnalisme
journalistique au service de la concrétisation
de ce projet un peu fou, avec l'enthousiasme et
la bonne humeur dont elle ne se départit jamais.*

Philippe Tisserand

Sommaire

1	Évolution des besoins et défis à relever	15
2	Ressources infirmières/Accès aux soins	23
3	Soins infirmiers en premier recours et accès aux soins	31
4	Les champs privilégiés d'exercice des infirmières libérales en 2030	51
	4/1 Prise en charge de la dépendance	
	4/2 Accompagnement et suivi personnalisé des patients chroniques incluant l'éducation thérapeutique	
	4/3 Accompagnement de la fin de vie	
	4/4 Rôle renforcé en santé publique: promotion de la santé	
5	Coopérations et rôles professionnels	83
	5/1 Un prérequis: le partage des données de santé	
	5/2 Coopérations: évoluer d'une collaboration préexistante informelle à une coopération protocolisée	
	5/3 Pratiques avancées: l'infirmière praticienne	
6	Amélioration de la qualité: bonnes pratiques, innovation, recherche	101
	6/1 La recherche comme moyen d'améliorer la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins	
	6/2 Favoriser l'innovation clinique	
	6/3 La recherche, un investissement rentable à court terme	
7	Formation initiale et continue	113
	7/1 Formation initiale	
	7/2 Formation continue: Développement professionnel continu	
	7/3 Assurer la relève: le tutorat infirmier	
	Implication de la FNI dans l'histoire et l'évolution de l'exercice libéral infirmier	129
	Références bibliographiques	136
	Annexes	140

Avant-Propos

« La tâche n'est pas de voir ce que personne encore ne voit mais plutôt de penser à ce à quoi personne n'a encore pensé au sujet de ce que tout le monde voit. »

Schopenhauer

La Fédération Nationale des Infirmiers a souhaité conduire un travail prospectif sur l'offre de soins ambulatoires pour mettre en lumière la valeur ajoutée que pourraient apporter les compétences infirmières à notre système de santé si elles étaient mieux exploitées et approfondies, une valeur ajoutée synonyme d'économies financières, de qualité des soins, de respect des besoins d'autonomisation des patients et de promotion de la santé.

En raison de son histoire et de sa culture, la France est un pays qui sous-emploie les compétences infirmières. Au travers de cette étude, à la fois solidement documentée et fondée sur l'anticipation d'évolutions prévisibles, notre intention est de faire percevoir de manière factuelle, qualitative et économique en quoi les compétences des infirmières constituent une réponse aux défis que le monde de demain réserve à notre système de santé. Les infirmières ont un grand potentiel pour conduire des stratégies novatrices permettant d'adapter le système de santé aux besoins nouveaux. La pratique infirmière couvre en effet un véritable continuum qui débute dès la prévention des maladies, la promotion de la santé, s'étend à la coordination des soins, la prise en charge de la dépendance jusqu'aux soins palliatifs. Quand ce continuum de pratiques infirmières ira à la rencontre des besoins des Français, la profession aura pleinement rencontré son potentiel d'infirmière de famille.

La FNI a toujours fait preuve d'un leadership infirmier qui l'a conduit à anticiper les grandes évolutions du système de santé et à proposer des adaptations du métier nécessaires pour y répondre. Elle a assuré, seule, durant presque un demi-siècle la promotion, la structuration et le développement de l'exercice libéral infirmier, pour en faire aujourd'hui le premier offreur de soins de ville et la principale alternative à l'hospitalisation.

Elle se devait de proposer une vision politique pour accompagner les Français dans ce qu'ils ont de plus précieux et de plus cher : leur santé.

Philippe Tisserand, président fédéral

Introduction

Les infirmières représentent une partie de la solution aux défis de santé

Sur le plan national comme sur le plan international, les infirmières constituent le corps sanitaire le plus nombreux, le plus massif, le plus visible, au contact direct des familles, des communautés, en proximité, le plus en relation avec les malades. Elles représentent, en vertu de leurs effectifs et de leurs capacités d'adaptation, un levier extraordinaire pour transformer positivement les systèmes de santé et leur permettre de se pérenniser en améliorant l'efficacité de leurs prestations. Car au-delà de leurs savoir-faire pour l'exécution de soins techniques, les infirmières interviennent auprès de chaque personne selon une approche globale holistique qui intègre l'environnement, le bien-être, la qualité de vie, l'éducation, le renforcement de ses propres capacités pour lui permettre d'apprendre et de s'adapter, en maximisant ses ressources personnelles, à l'expérience de santé qu'elle vit. Le potentiel infirmier, et en particulier celui du corps libéral, acteur de premier recours, a la capacité d'effectuer, voire d'anticiper les changements attendus dans le système de santé.

Ces changements, sans pouvoir les définir avec précision, peuvent être déclinés sous forme de grandes orientations : des soins primaires et une prévention qui devront être les conducteurs centraux du système de santé, une collaboration interprofessionnelle et une coordination qui seront la norme, la généralisation des parcours guidés par les critères coût/efficacité assurant des soins supportables pour la société et les individus. Un tel système de santé peut répondre aux besoins grandissants tout en fournissant des soins de qualité s'il mise sur les infirmières. Toutefois, leur rôle reste conditionné par la vision des décideurs et des choix gouvernementaux qui en résultent. Aujourd'hui, malgré leur immense potentiel, l'OMS regrette que les infirmières ne soient pas identifiées comme des offreur de soins clé par les politiques de santé et que leurs compétences ne soient pas employées à leur juste valeur. Il n'existe pourtant que deux groupes de professionnels dont l'influence sur le système de santé est à caractère systémique¹ ; ce sont les médecins et les infirmières. Les premiers influencent l'offre thérapeutique

et les infirmières ont cette capacité d’influencer l’efficacité des soins et services, ainsi que des politiques de santé publique.

Les infirmières sont les mieux placées pour combler le fossé entre les besoins et l’accessibilité des soins, coordonner des soins complexes pour un très large profil de patients, remplir leur potentiel d’offres de soins primaires en exploitant leur capacité en éducation et en formation à la santé et en rentabilisant leur formation auprès de la société². Toute transformation du système de santé pour améliorer la qualité tout autant que les indicateurs passera par la maximisation de la formation et de la compétence des infirmières trop longtemps sous-utilisée. Il est désormais grand temps de faire tomber les barrières culturelles et organisationnelles qui limitent les capacités des infirmières et permettre l’expression de tout leur potentiel, de leur rôle propre, de leur expertise et compétences. Alors que les organisations de santé et les gouvernements du monde entier cherchent d’urgence des solutions pour maîtriser les coûts tout en permettant un accès aux soins garanti et de qualité, les infirmières font partie de la solution.

Ce projet : *Horizon 2030, Visions pour les soins infirmiers ambulatoires*, essaie de jeter les bases de la contribution que les infirmières au domicile apporteront dans les prochaines décennies au système de santé. Il s’agit d’une étude prospective, une étape pour orienter la profession infirmière dans la direction qui est la sienne. Il s’appuie sur l’analyse des besoins et des exigences qui constituent les défis que le système de santé doit relever demain. Ces défis imposent de prendre certaines mesures audacieuses. Car si personne ne peut prédire l’avenir avec précision, il nous appartient de prendre des mesures pour que certaines agissent en notre faveur.

**“Si vous ne construisez pas votre avenir,
il ne cesse pas de se construire pour autant”**

Chapitre 1

Évolution des besoins et défis à relever

Les besoins en prestations de santé vont être profondément modifiés en 2030 sous les effets conjugués du vieillissement de la population, du développement des pathologies chroniques et dégénératives et de l'essor des technologies et systèmes d'information, ce qui va considérablement faire évoluer la nature des soins. Bien plus qu'aujourd'hui, une proportion très importante de prestations sera réalisée à domicile. Jusque dans les années cinquante, les diabétiques, dont la régulation du taux de glucose ne pouvait être assurée que par de multiples injections sous-cutanées d'insuline, étaient hospitalisés à vie. Aujourd'hui, cette pathologie représente l'un des succès exemplaires de la médecine ambulatoire. Demain, quantité de nouveaux services autrefois assurés par l'hôpital seront fournis à domicile. «Car la combinaison de la proximité et de la technicité passe par la disponibilité, dans le cadre du domicile et de la médecine de ville, de services autrefois assurés exclusivement dans le cadre hospitalier», anticipe Dominique Polton, directrice du Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) dans une étude sur le système de santé à l'horizon 2020³.

Parmi les défis auxquels sera confronté le système de santé arrivent en tête le vieillissement et ses conséquences, la chronicisation des maladies, l'augmentation des dépenses de santé. « *Le vieillissement de la population est une des rares anticipations que l'on peut faire de manière certaine* », analyse Dominique Polton, directrice du CREDES³.

De fait, nous vivons une véritable transition démographique : alors qu'en 2007, la part des plus de 60 ans dans la population française représentait 21 %, cette proportion atteindra 31 % en 2035 et 32 % en 2060. À cette échéance, et toujours selon les projections de l'INSEE, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants, dont 11,9 millions de plus de 75 ans et 5,4 millions de 85 ans et plus⁴. Avec un tiers de la population âgée de plus de 60 ans, c'est une véritable onde de choc démographique à laquelle nous devons nous préparer. Et nous allons connaître des situations totalement inédites dans l'histoire de l'humanité de cohabitation à 5 ou 6 générations. « *Toutes choses égales par ailleurs, cette augmentation du nombre de personnes âgées aura un impact non négligeable sur les dépenses de soins (+15 % sur les 20 prochaines années) et surtout sur les besoins de prise en charge de la dépendance* », prévoit Dominique Polton, directrice du CREDES³.

Nous sommes aussi entrés dans l'ère des maladies chroniques et dégénératives, une ère qui ne fait que commencer, aggravée par l'obésité déjà qualifiée d'épidémique. Les maladies chroniques sont des affections de longue durée, stables ou évolutives, qui ne peuvent être guéries et qui nécessitent un suivi médical et un changement dans les habitudes de vie. Fin 2010, la France comptait 9 millions de personnes, pour le régime général, bénéficiant d'une prise en charge en affection de longue durée (ALD). C'était deux fois plus qu'il y a quinze ans. En 2020, elles devraient être 13 millions. Les prévisions les plus récentes prévoient une augmentation d'un facteur de 2 à 3 des coûts des soins de longue durée d'ici 2030, si le taux de recours à ces services reste inchangé⁵.

Parmi ces affections, le diabète dont la prévalence va augmenter, l'hypertension artérielle, l'obésité mais aussi les maladies neurodégénératives et les troubles dépressifs. On estime que la maladie d'Alzheimer affecte actuellement 860 000 personnes en France, un nombre qui va au moins

doubler dans les 20 prochaines années⁶. 225 000 nouvelles personnes déclarent la maladie chaque année. Quant aux troubles dépressifs qui concernent 15 à 20 % des sujets de la population générale au cours de leur vie, l'OMS estime qu'ils dépasseront en fréquence les maladies cardio-vasculaires dès 2020. Ils pourraient devenir, dès lors, la deuxième cause mondiale de handicap et nécessitent de revoir très sérieusement l'offre de soins en matière de santé mentale.

Pour éviter que l'explosion de ces maladies chroniques ne conduisent, comme le prévoit l'Institut de recherche sur la santé de PricewaterhouseCoopers, à la multiplication par trois des dépenses de santé des pays de l'OCDE pour atteindre 8 300 milliards d'euros d'ici 2020, les acteurs de santé devront concentrer leurs actions sur la promotion de la santé, d'autant que la prévalence de ces maladies chroniques est fortement liée à des facteurs de risque sur lesquels on peut directement agir tels que les habitudes alimentaires, l'activité physique, la consommation de tabac qui sont les principaux facteurs de risque associés aux maladies chroniques. Rappelons que plus des trois quarts des personnes en affections de longue durée sont atteintes par des pathologies liées au tabac ou à l'obésité.

D'autres facteurs sont aussi à prendre en compte tels que les changements climatiques et environnementaux qui auront sur le continent européen un impact particulier sur la prévalence des pathologies respiratoires. Il faut notamment s'attendre à ce que les maladies cardio-respiratoires, les allergies ainsi que l'asthme soient plus nombreux⁷.

La chronicité, principal marqueur de la transition épidémiologique qui aborde notre pays, va requérir un accompagnement renforcé des patients dans le parcours de soins et va nécessiter un suivi au long cours de ces patients qui seront encore davantage pris en charge à leur domicile, et ce, d'autant que les technologies de l'information et des dispositifs médicaux vont permettre d'assurer un monitoring en direct de certains paramètres.

Le contexte général des soins sera ainsi profondément modifié par l'accélération du développement exponentiel de la technologie dont les

conséquences sont très difficiles à envisager précisément tant notre quotidien a été modifié en 20 ans depuis la seule apparition de la messagerie électronique. La technologie va continuer de transformer la manière de délivrer des soins de santé : biotechnologie, intelligence artificielle, bio-ingénierie... Aujourd'hui, des chercheurs de l'Université d'Edinburgh développent des nano ordinateurs qui, appliqués tels un spray, assurent une surveillance médicale. Un seul appareil de la taille d'un grain de sable associe un ordinateur, un système de communication sans fil et des capteurs de chaleur, pression, lumière, champs magnétiques et courants électriques. Les experts nous prédisent des objets intelligents typiquement des toilettes qui pourront analyser l'urine, des lavabos qui analyseront l'haleine et la salive, des objets courants (montres, vêtements) qui mesureront la fréquence cardiaque, la pression sanguine et des systèmes connectés via les offreurs de soins. Tous ces appareils et senseurs au domicile fourniront en continu des données qu'il faudra suivre et relayer.

C'est une vraie révolution qui va s'effectuer progressivement par l'apport des technologies et des systèmes d'information qu'il faudra accompagner avec humanité et pédagogie, la technologie à elle seule ne constituant pas une solution en soi. Il faudra veiller à la qualité des liens entretenus avec les patients et à ne pas perdre de vue l'aspiration d'un accompagnement humanisé et humanisant, ce qui va aussi participer à l'augmentation de la demande de soins ambulatoires, prévoit l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *« Cette demande ne cesse d'augmenter, à la fois du fait du vieillissement démographique, du développement de traitements nouveaux liés aux progrès de la médecine. La chronicisation de la maladie et la recherche de contacts humains dans un monde dans lequel la montée de l'individualisme et le délitement de la valeur famille participent aussi à cette hausse de la demande de soins assurée par la médecine ambulatoire »*, analyse l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé dans son étude prospective santé 2030⁸.

De plus en plus de personnes informées et éduquées vont vouloir prendre part à leur santé, réclamer des supports d'information, contrôler leur propre vie d'une manière beaucoup plus forte et responsable dans une recherche générale de bien-être. On peut prévoir que la technologie et

le pouvoir seront de plus en plus transférés des professionnels de santé vers les patients. Si aujourd'hui, Internet confère au patient curieux la possibilité d'accéder à une large étendue d'informations médicales, inaccessibles auparavant, lui permettant de se cultiver, de discuter de traitements spécifiques et de les comparer, avec des milliers d'autres patients localement et autour du monde, il ne sera plus possible pour un médecin d'assumer l'accès exclusif au savoir médical et aux expériences d'autres personnes atteintes de la même pathologie. Le patient de demain va faire évoluer la médecine vers une science de prévention⁹.

D'autres évolutions se dessinent dont l'impact est plus difficile à évaluer telles que le recours plus systématique aux thérapies complémentaires intégrées au système de santé ou l'apparition progressive de ce que certains qualifient déjà de « médecine de la longévité » basée sur la capacité de s'immiscer dans la carte génomique de chaque individu et d'intervenir sur l'expression génétique pour ouvrir la voie à des possibilités de rajeunissement véritables et effectives et à des thérapies d'extension de vie accessibles et répandues. L'émergence des technologies quantiques va également révolutionner la santé rendant de moins en moins nécessaires les actes invasifs et permettant d'éviter beaucoup d'interventions chirurgicales.

La médecine ambulatoire sera le cœur vivant de ce nouveau paysage sanitaire dans laquelle les professionnels devront intégrer une approche de conseil en santé et l'action d'éducation centrale portera sur le développement des compétences psychosociales (notion d'empowerment). Selon l'étude prospective 2030 menée par l'European Institute for Health¹⁰, « *l'hôpital se repositionnera sur un champ plus limité d'activités, pôle spécialisé concentré sur des plateaux techniques* ». Les dépenses consacrées aux soins de ville devront être très largement majoritaires pour assurer le continuum du virage ambulatoire amorcé.

« Ces prochaines décennies, nous assisterons à un accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes de soins, et les maladies non transmissibles seront la principale cause des maladies chroniques et des invalidités. En outre, l'urbanisation et l'éclatement des grandes familles traditionnelles affecteront les soins apportés aux seniors ou membres handicapés de la famille. Cette évolution des besoins et de la structure

sociale requiert une approche différente en matière de politiques et de services dans les secteurs social et sanitaire ; les démarches axées sur les maladies, à elles seules, ne suffiront plus.¹¹»

Pour l'Organisation mondiale de la santé¹¹, la dispensation de soins à domicile pourrait constituer la solution à ces problèmes : une approche viable pour éviter tout besoin inutile d'hospitalisation aiguë ou à long terme, et pour garder autant que possible les patients chez eux ou dans leur cadre de vie. Avec de nouveaux modèles d'organisation de prestation de service, les innovations technologiques peuvent constituer une solution viable au développement des soins à domicile en Europe.

Chapitre 2

Ressources infirmières accès aux soins

vieillesse de la population, manque d'universités et d'enseignants, les États-Unis estiment que dès 2015, ils connaîtront une pénurie de personnels infirmiers de 20% et en 2020 de 29%. Au Canada, on évalue à 30% la pénurie d'infirmières que va connaître le pays dès 2016, cette prévision basse étant calculée sur la base d'un maintien en l'état des besoins en soins simplement ajustée à l'évolution de la population¹². Il faudra donc, en 2020, diplômer des centaines de milliers d'infirmières supplémentaires.

Cette situation de pénurie infirmière n'est pas limitée à ces deux pays nord-américains. Elle est si préoccupante que, dès 2006, le Conseil international des infirmières a mis en place un centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers. Ce manque de personnel soignant conduit certains États à utiliser des stratégies de recrutement énergiques dans les pays en voie de développement, ce qui n'est pas sans soulever d'importantes questions éthiques et menace d'aggraver la précarité sanitaire de ces pays en concourant à la fuite des compétences. En Suisse, près du quart des infirmières sont issues de la mobilité internationale. En Belgique aussi, on recrute à l'étranger, le plus activement en Tunisie, au Liban, au Portugal ou encore en Roumanie.

En France, cette carence affecte le secteur hospitalier, contraint de recourir aux services de cabinets de recrutement privés. Pour les seuls établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le déficit est en moyenne de 400 postes d'infirmières avec des pics qui peuvent, certains mois, atteindre plus de 800. L'AP-HP est confrontée à une pénurie grave et persistante qui révèle un manque d'attractivité du secteur hospitalier dont les syndicats se font écho de la crise qu'il traverse, des conditions de travail pénibles et stressantes, des heures supplémentaires non payées,... une crise de vocation pour l'hôpital public qui inquiète au niveau national comme l'a exprimé Annie Podeur, directrice générale de l'Offre de soins, le 8 février 2012 dernier en ouverture du colloque annuel de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH), d'où le lancement d'une campagne début 2012 sur les métiers de la santé, campagne qui fait délibérément l'impasse sur tout le versant libéral.

Dans ce contexte général de sous-effectif de la population infirmière, la France pourra en revanche compter, dans les prochaines décennies, sur un réseau puissant et équilibré d'infirmières libérales, véritable garant de l'accès aux soins pour tous. En effet, non seulement les effectifs d'infirmières libérales vont augmenter beaucoup plus vite que ceux des infirmières hospitalières, mais leur répartition sur le territoire continue à s'équilibrer sous l'effet des mesures de régulation que les syndicats ont récemment inscrit dans la convention nationale.

Une évolution favorable des effectifs

Si les comportements des infirmières restaient identiques à ceux observés au cours des dernières années, la France compterait 657 841 infirmières en activité en 2030, toujours première profession de santé en termes d'effectifs, dont plus de 118 000 infirmières libérales. Ainsi, selon le scénario tendanciel établi par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress) et en s'appuyant sur des comportements similaires à ce qu'ils sont aujourd'hui, les infirmières libérales représenteraient en 2030, 18 % de la profession contre 14 % actuellement¹³.

Ce sont bien les effectifs des infirmières libérales qui devraient connaître la croissance la plus forte : ils augmenteraient de 2,9 % par an, passant de 57 800 en 2006 à 116 100 en 2030, soit un doublement en 25 ans. L'âge moyen de la profession resterait relativement stable sur l'ensemble de la période de projection, passant de 40,2 ans en 2006 à 40,9 ans en 2030, maintenant à la profession son caractère plutôt jeune³.

Un maintien **de l'attractivité**

Dans un contexte général de crise des vocations à l'hôpital public, l'exercice libéral n'a jamais été aussi attractif, preuve qu'il correspond à une aspiration de la profession à exercer en proximité, de façon autonome et collaborative avec les autres professionnels de santé. S'il est vrai qu'en médecine générale, l'exercice libéral ne suscite plus l'engouement des jeunes générations, au contraire l'exercice libéral infirmier n'a jamais été aussi attractif. La démographie infirmière libérale est passée de 42 000 en 1990 à 52 000 en 2001, 75 000 aujourd'hui et près de 120 000 sont attendus en 2030. Certainement parce que, depuis des années, l'exercice s'y pratique en cabinet de groupe autorisant souplesse et modularité dans les horaires.

Le regroupement en cabinet de groupe est une particularité de la profession d'infirmier libéral qui lui vaut aujourd'hui sa performance et son attractivité. En effet, sa capacité à exercer de manière regroupée dans le partage d'une même patientèle a un effet extrêmement structurant tant pour l'infirmier individuel que pour la profession dans son ensemble. *« Au niveau collectif, le regroupement permet de répondre à une offre de soins plus importante, d'assurer plus aisément la continuité des soins, de constituer un solide bloc de compétences », analyse Aude Dauphin, juriste spécialisée (Santé Promotion Services). « Au niveau individuel, il comporte également de nombreux avantages : aménager un temps de travail plus compatible avec une vie familiale, mieux gérer son fond libéral, mieux l'exploiter et le valoriser, faire des économies d'échelle, bénéficier de services qui ne peuvent être obtenus dans un exercice isolé... »*

Une régularisation des écarts de densité sur le territoire, **renforcement de l'accès aux soins**

Les infirmières libérales ont été les premières à s'engager dès 2007, de manière volontaire et responsable, par la voie conventionnelle, pour harmoniser leur répartition géographique sur le territoire. Testé jusqu'en 2009, ce dispositif a eu un impact très significatif sur la répartition géographique des infirmières libérales en parvenant à inverser la tendance entre les zones sur dotées et les zones très sous dotées : + 33,5 % d'installations dans les zones « très sous dotées », une diminution des effectifs dans les zones sur dotées. Sur la base de ce constat établi par l'Assurance maladie, le dispositif a été étendu dans un avenant n° 3 signé en septembre 2011 et entré en vigueur le 27 mai 2012. En 2015, cela va se traduire par des résultats très significatifs en faveur d'un rééquilibrage sensible de la densité infirmière entre les zones très sous dotées et les zones sur dotées. *« La projection réalisée par l'Assurance maladie des résultats que va produire ce nouvel avenant montre qu'on parvient à réduire très sensiblement les écarts de densité entre zones manquant d'infirmières et zones massivement dotées »,* se félicite Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée à la Gestion et à l'Organisation des Soins à la Caisse Nationale de l'Assurance maladie *« nous devrions aboutir, fin 2015, à une densité de l'ordre de 115 infirmières pour 100 000 habitants dans les zones "très sous dotées" (contre 85 actuellement) et de 171 dans les zones sur dotées (contre 192 actuellement). »*

Un enthousiasme et une vision optimiste de l'avenir

À l'occasion du premier observatoire des professions libérales de santé réalisé fin 2011 par TNS Sofres où 450 professionnels libéraux de santé ont été interrogés¹⁴ (pharmaciens, médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, spécialistes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes et vétérinaires), il est mis en avant que les infirmières libérales étaient les plus optimistes quant à leur profession et au vécu de leur métier. Avec une note de 7,1/10, les infirmières se montrent très nettement les plus enthousiastes, alors qu'elles se situent au bas de la grille des revenus.

Quand on leur demande si elles seraient prêtes à refaire le même métier, là encore les infirmières se détachent clairement des autres professions et répondent à 77 % par l'affirmative déclarant que, certainement ou très certainement, elles ne changeraient pour rien au monde d'activité contre seulement 25 % des pharmaciens¹⁴.

Les infirmières libérales sont très distinctement les professionnelles de santé les plus enthousiastes et elles le font savoir autour d'elles. Très majoritairement, elles recommanderaient leur métier très favorablement (65 % vs 43 % en moyenne). Espérant que leur profession soit mieux reconnue, elles se montrent plus réservées par rapport à l'avenir, tout en restant cependant les plus positives de tous. Leur relative inquiétude trouve notamment son origine dans une éventuelle hausse des charges, corrélée à une stagnation des tarifs, en particulier des honoraires liés à la prise en charge de la perte d'autonomie et relevant de leur rôle propre (AIS). Un avenir meilleur serait synonyme d'une plus grande reconnaissance de la pénibilité de la profession et d'une valorisation des services rendus dans la proximité à la population et qui s'apparentent à une mission de service public.

Enfin, elles sont 45 % (vs 23 % des libéraux de santé) à penser que leurs patients acceptent toujours les soins et traitements qu'elles proposent, une opinion qui les place une fois encore en tête de classement et illustre leur relation de confiance avec leurs patients¹⁴.

Focus sur le profil actuel du réseau des infirmières libérales

De part le maillage territorial opéré par la profession, l'infirmière libérale est avant tout une infirmière de proximité qui prodigue la totalité des soins infirmiers et assure une prise en charge globale et coordonnée utile à la population en ambulatoire. Les infirmiers et infirmières en exercice libéral réalisent 93 % des soins rémunérés à l'acte en ambulatoire, les CSI (Centres de Soins Infirmiers) ne représentant qu'une part marginale de l'offre de soins. Cette activité englobe les soins aux personnes âgées dépendantes, qu'il s'agisse des prises en charge traditionnelles représentant 75 % des cas ou dans le cadre de leur collaboration avec les SSIAD qui ont en charge le quart de ces personnes dépendantes.

Par ailleurs, les services d'Hospitalisation à Domicile font de plus en plus appel aux infirmières libérales pour effectuer les actes infirmiers et assurer la permanence et la continuité des soins, en appui à leur personnel soumis aux contraintes horaires de la réglementation du travail salarié.

L'infirmière libérale réalise dans son quotidien différentes missions, sans liste d'attente :

- > **Elle accomplit des actes qui contribuent au diagnostic, des actes médico-délégués de première intention qui ne nécessitent pas d'hospitalisation** (prélèvements pour examens biologiques, surveillances d'évolution de patients, conseil, vaccins, etc., et tous les actes médico infirmiers quotidiens de première intention etc.).
- > **Elle accomplit des actes qui permettent de traiter en ambulatoire les pathologies aiguës itératives** (protocoles antibiothérapies simples ou complexes, pansements simples ou complexes, réhydratation, ...).
- > **Elle assure le suivi de pathologies chroniques et l'éducation des patients et de leur entourage en ambulatoire** leur permettant une socialisation correcte et une qualité de vie (diabète, HTA, psy, pathologies vasculaires dégénératives, dermato, plaies chroniques, IRTC...).

- > **Elle assure le maintien et/ou retour à domicile des patients dépendants.** La prise en charge à domicile des patients dépendants en coordination avec les intervenants de ville et le médecin traitant (prévention d'escarres, surveillance et veille clinique). Les restructurations hospitalières et la diminution des lits susceptibles d'accueillir ces patients souvent très difficiles à évaluer ont renforcé ce rôle infirmier en renvoyant chez eux ces patients fragiles.
- > **Elle assure le relais ambulatoire des cures de chimiothérapie anticancéreuses initiées en hospitalisation de jour** (actes de haut niveau de technicité, surveillance de l'état clinique du patient, prévention des complications liées aux cytotoxiques, ablation des pompes et rinçage des sites, bilans nutritionnels...) en lien avec les services d'oncologie et le médecin traitant.

Une continuité des soins qui est assurée

Les infirmières libérales, qui sont soumises à une obligation réglementaire de continuité des soins fixée par l'article R.4312-30 du Code de la santé publique, assurent la continuité des soins 7 jours sur 7. Elles se sont regroupées et organisées pour travailler aussi bien le jour que la nuit, ainsi que les dimanches et les jours fériés et assurent cette continuité des soins 365 jours sur 365. Et c'est d'ailleurs pour répondre à cette contrainte forte que les infirmières libérales exercent très majoritairement sous forme regroupée, un mode d'exercice qui a permis de maintenir et d'accroître l'attractivité de la profession, qui est passée d'un effectif de 42 000 en 1990 à 80 000 aujourd'hui et dont la répartition sur le territoire fait l'objet d'une régulation dans le cadre des relations conventionnelles pour garantir l'égalité d'accès aux soins.

En chiffres

Entre 30 à 40 foyers visités chaque jour
500 millions d'actes de soins par an
400 millions de séances de soins infirmiers par an

Chapitre 3

Soins infirmiers en premier recours et accès aux soins

En 2030, les infirmières libérales seront plus que jamais garantes de l'accessibilité des soins et la France peut se réjouir d'avoir dans son système de santé un puissant réseau d'infirmières libérales organisées, en ville et dans les zones rurales, pour intervenir au domicile des patients. Dans les autres pays notamment anglo-saxons où de façon pragmatique on a utilisé depuis plus longtemps l'expertise infirmière, on est en train de réorienter des infirmières vers l'ambulatoire. Au Canada en 2006, environ 70% du personnel infirmier travaillait dans des établissements institutionnels, et ce pays estime qu'en 2020, la tendance sera totalement inversée puisque 2/3 vont travailler auprès des communautés en dehors de la sphère hospitalière¹². En Grande-Bretagne également, les centres communautaires eux-mêmes développent des antennes pour se rendre au domicile des patients. «Dès 2020, 75% des infirmières devront œuvrer dans la communauté contre 25% à l'hôpital, une proportion inverse à notre situation du début des années 2000», résume Jacques Chapuis, directeur de la Haute École de Santé La Source (Suisse), vice-président du SIDIIEF.

Le déplacement des soins de la sphère hospitalière vers le domicile va se poursuivre car il est au confluent des nécessités économiques et des attentes des patients qui, pour la plupart d'entre eux, préfèrent éviter l'hospitalisation dans la mesure où une prise en charge médicale et des soins de qualité peuvent leur être proposés à

domicile avec une sécurité équivalente. Dans le même temps, une proportion croissante de patients demande à exercer davantage de responsabilités dans la prise de décision concernant les soins qu'elle requiert, est de plus en plus formée et informée sur sa maladie et les moyens de sa prise en charge. Toutes ces évolutions structurelles vont requérir des soins de grande technicité au domicile ne pouvant être réalisés que par des professionnels de haute qualification qui sont également capables de jouer de plus en plus un rôle de guide dans le système de santé et disposant de compétences en éducation et empowerment du patient, ce qui place bien les infirmières en première ligne chez les patients. Les médecins se concentreront davantage sur leur cœur de métier, à savoir poser un diagnostic différentiel et établir un plan thérapeutique médical ; ils se déplaceront encore moins au domicile.

En vertu de leurs compétences, les infirmières sont bien placées pour combler le fossé entre les besoins et l'accessibilité des soins à domicile, coordonner des soins complexes pour un très large profil de patients, remplir pleinement leur potentiel d'offres de soins primaires en exploitant leur capacité en éducation et en formation à la santé et ainsi rentabiliser leur formation auprès de la société. En vertu de son effectif et de ses capacités d'adaptation, la profession infirmière a le potentiel pour effectuer des changements larges dans le système de santé. Les infirmières apportent des soins centrés sur la personne en proximité des familles là où se font sentir les besoins, les aidant de cette façon à améliorer leurs résultats de santé et à rendre efficaces les prestations de santé⁶⁵.

En 2030, les infirmières libérales continueront d'être garantes de l'accessibilité aux soins, mais devront représenter une porte d'entrée identifiée dans le premier recours, une porte d'accès reconnue comme remplissant des missions de service public favorisant l'équité sociale et l'accessibilité aux services de santé.

Première profession en termes d'effectifs, loin devant les médecins généralistes, les infirmières arrivent toujours au premier rang dans la liste des professionnels auxquels on fait le plus confiance et la population française les tient en haute estime ; elles constituent le premier effectif sanitaire en libéral. Elles connaissent les familles, leurs milieux de vie et

les conditions de leur environnement (aspects psychologiques, sociaux, emploi, environnement, logement) qui peuvent avoir des répercussions considérables sur leurs maladies.

Actuellement, elles assurent déjà largement des soins de premier recours notamment en garantissant le suivi et la surveillance des pathologies chroniques et l'éducation des patients et de leur entourage en ambulatoire, en alertant le médecin avant la survenue de complications, en assurant la coordination de cas complexes. Et elles sont directement concernées par les grandes fonctions du premier recours définies dans loi "Hôpital, patients, santé, territoires" :

«L'accès à des soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité (...) Ces soins comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé.»

La prévention, le suivi des patients, l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux sont directement inscrits dans le décret de compétences des infirmières (cf. annexe N°1).

Ajoutons à cela que depuis avril 2007, les infirmières libérales peuvent également prescrire des dispositifs médicaux inscrits à la LPPR selon des conditions fixées par arrêté ministériel, celui du 20 mars 2012 ayant abrogé celui du 13 avril 2007. Une étude de l'observatoire de la vie conventionnelle, présentée à la Caisse Nationale d'Assurance maladie le 24 janvier 2012, atteste de cet usage de leur droit de prescription qui se porte à 80% sur les pansements et se concentre donc sur la prise en charge des plaies. Ce droit de prescription a été étendu, accordant aux infirmières libérales la possibilité de renouveler une prescription de contraceptifs oraux sous certaines conditions. Ainsi, depuis la loi "Hôpital, patients, santé, territoires", votée à l'été 2009, les infirmières libérales sont autorisées à « renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux ».

Les infirmières libérales doivent représenter une porte d'entrée dans le premier recours clairement identifiée et les soins de premier recours

à domicile doivent s'articuler autour de trois acteurs principaux que constituent le médecin généraliste, le pharmacien, l'infirmière en lien avec les services médico-sociaux.

Revendications auprès des décideurs

1 - Les infirmières, à ce titre, doivent être reconnues officiellement dans la loi, avec les médecins et les pharmaciens comme des professionnels de premier recours. Initialement prévue pour être adoptée dans la loi "Hôpital, patients, santé, territoires", cette reconnaissance a été refusée lors de l'examen du projet de loi par l'Assemblée nationale. Cette inscription officielle ne ferait que formaliser une réalité d'exercice. Les infirmières libérales sont très souvent en première ligne auprès des patients, s'assurent de la coordination des soins, surveillent leur état de santé, évaluent leur douleur... et tirent la sonnette d'alarme en sollicitant l'intervention du médecin traitant.

– **Les missions de service public** rendues par leur exercice libéral doivent être reconnues car elles sont indissociables de ce mode d'exercice qui, de part son organisation, autorise proximité, souplesse, continuité des soins, maillage du territoire. Les infirmières libérales s'acquittent d'une mission de service public qui doit leur être reconnue, qu'on les appelle « infirmières de famille » ou « infirmières de proximité ». La contribution de l'exercice libéral conventionné au service public de santé de proximité doit être proclamée, encouragée, soutenue.

– **Pour 2030, chaque Français doit pouvoir choisir** et disposer d'un soignant principal qui peut être un médecin traitant, une infirmière de famille ou un pharmacien référent. Si l'on se réfère au programme « Santé 21 », de l'OMS qui définit pour l'Europe la politique-cadre de santé publique du début du XXI^e siècle, les missions des infirmières de famille seront¹⁵ :

- d'agir comme des « guides » en santé en aidant les patients à comprendre les options et à naviguer dans le système de santé ;

- d'aider les familles sur les questions concernant la santé, de leur fournir beaucoup d'informations en santé ;
- de prodiguer aux patients un enseignement sur leur prise en charge et la réalisation de leurs propres soins, de les assister à la prise de décision et de les autonomiser dans leur gestion de la maladie ;
- d'aider les individus et les familles et assumer la maladie et l'incapacité chronique ;
- d'être le lien de premier recours avec le système de santé, avec les accès aux spécialistes et personnes ressources pour des informations sur les maladies ;
- d'être en capacité de passer du temps auprès des patients et de leur famille à leur domicile en période de crise ;
- de donner des conseils sur les modes de vie et les facteurs de risque liés aux comportements.

(cf. annexe N° 2)

– **La notion d'infirmière de famille** doit trouver une traduction, en France, qui passe par l'inscription, dans la loi, du concept d'infirmière référente.

– **Les infirmières libérales** doivent être associées et consultées au sujet de la conception, de la planification et de la mise en œuvre des politiques de santé aux niveaux national et régional.

2 - **Exploiter davantage les compétences infirmières** dans le premier recours

2/1 **Ce qui suppose de créer et de développer des consultations infirmières et de les reconnaître dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)**

La consultation infirmière n'est même pas et n'a jamais été une pratique avancée. Elle fait partie du rôle propre de l'infirmière, elle est au cœur de l'exercice infirmier quotidien car elle formalise cette approche globale de la personne. Cette consultation pourra donner lieu à une réorientation vers le médecin traitant, le spécialiste, le centre de plaies, le diététicien...

Il s'agit de dégager du temps au service de la clinique, donc au service du processus d'observation du patient, de son environnement ; cela comprend bien sûr toutes les évaluations cognitives, la perception des besoins, des attentes de l'individu, mais aussi de son entourage. C'est la consultation qui permet de faire de l'évaluation et de l'accompagnement, de tracer un chemin clinique. Bien que non reconnue et non valorisée en France, elle fait partie intégrante du rôle propre infirmier, défini par l'OMS comme étant le suivant : *« C'est à l'infirmière qu'incombe l'initiative et le contrôle de tout ce qui relève de l'assistance à l'individu malade ou bien portant dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de sa santé. »*

La consultation infirmière devrait être systématique avec tout nouveau patient tant elle est au cœur de l'exercice infirmier quotidien. En tant qu'approche globale centrée sur le patient, la consultation et le raisonnement clinique infirmiers répondent aux besoins spécifiques des personnes âgées fragiles, aux pathologies multiples et complexes, aux besoins des patients chroniques et des personnes cibles des objectifs de santé publique. Suivant les étapes du raisonnement clinique infirmier, l'infirmière formalise les besoins de la personne dans une perspective de soins infirmiers et élabore de manière contractuelle un projet de prise en charge dont elle évaluera les résultats visant à informer, éduquer, conseiller un patient ou son entourage en matière de santé et de soins infirmiers. Par ailleurs, il paraît indispensable que cette consultation ait toujours lieu au domicile du patient, de façon à ce que l'infirmière puisse évaluer l'environnement, et ainsi avoir une vision globale et réaliste des conditions de vie de la personne.

La consultation infirmière a un bel avenir et elle s'imposera de plus en plus avec le renforcement du rôle des infirmières en santé publique. La prise en charge de chaque nouveau patient chronique doit s'accompagner d'une consultation infirmière initiale pour mieux cerner les besoins des patients, faire émerger des problèmes non abordés avec le médecin, faire le bilan des connaissances de sa maladie.

Il est urgent de définir, avec les autorités compétentes, les contours d'une consultation infirmière et de la décliner dans le suivi des patients chroniques, l'éducation thérapeutique, la perte d'autonomie... L'institution d'une consultation infirmière servira de support à une définition dans la T2A et une inscription dans la NGAP (Nomenclature générale des actes professionnels).

2/2 Ce qui suppose d'élargir le droit de prescription à certains examens de contrôle

Exemple dans le cadre du renouvellement de la pilule contraceptive

L'autorisation de renouvellement des contraceptifs oraux, qui a été accordée par la loi aux infirmières, doit être entourée d'une surveillance clinique adaptée et d'une surveillance biologique programmée. Si les pouvoirs publics attendent de cette mesure qu'elle soit vraiment appropriée et qu'elle améliore l'accès à la contraception, il est indispensable que l'infirmière puisse prescrire certains examens et que cette autorisation de prescription soit entourée des moyens correspondants à cette responsabilité.

Exemple dans le cadre du traitement des plaies chroniques

Les infirmières, qui soignent quotidiennement les ulcères des membres inférieurs, ont recours à la compression thérapeutique. L'utilisation de cette compression nécessaire au traitement de ces plaies chroniques peut causer des lésions irréversibles aux membres inférieurs chez des patients souffrant d'insuffisance artérielle. Poser une bande de contention sur la jambe d'un patient atteint d'une artérite va engendrer des conséquences gravissimes, irrémédiables et irréversibles pour le patient (thrombose suivie de gangrène). L'infirmière doit connaître l'indice de pression systolique (IPS) chez tout patient présentant un ulcère des membres inférieurs car cette mesure simple permet de rechercher une AOMI (artériopathie oblitérante des membres inférieurs) associée et d'adapter la compression. Trop souvent, certains Doppler datent de 2 ans ou plus. Le rôle de l'infirmière est d'inciter le patient à demander un examen qui fournisse un IPS récent. Mais le système de santé gagnerait en efficacité et en sécurité si l'infirmière pouvait directement prescrire

cet examen dont les résultats seraient directement renseignés dans le dossier informatisé du patient, ou le réaliser elle-même.

2/3 Renforcer l'utilisation des compétences infirmières pour qu'elles soient davantage le relais des politiques de santé publique dans la prévention des risques, le dépistage conformément aux activités inscrites dans le code de la santé publique.

Optimiser la participation des infirmières libérales aux politiques de santé publique et aux campagnes de dépistage et de prévention permettrait, sans aucun doute, d'accroître le niveau des indicateurs correspondant aux objectifs de santé publique. Cette contribution fait appel à leurs compétences actuelles directes. La santé publique n'est pas autre chose que *« la science et l'art de prévenir les maladies, prolonger la vie et promouvoir la santé à travers des efforts organisés et des informations appropriés aux différents publics, individuels, communautés, familles. »* (Wanless 2007). Or, rappelons que selon l'article R4311-1 du Code de la santé publique, *« 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... Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. »*

Les infirmières ne sont pas assez impliquées en santé publique, déplore le président du Haut Conseil de Santé publique, Roger Salamon. Or, les politiques et stratégies de santé publique, qu'elles soient définies au niveau national ou régional, ont besoin que dans la proximité, des acteurs puissent relayer ces objectifs en étant au cœur de la relation avec les patients. Proclamer réduire drastiquement les violences faites aux femmes ou les troubles mentaux et dépressifs qui seront la 2^e cause de mortalité selon l'OMS, sans associer les infirmières à ces stratégies est une véritable perte de chances pour des millions de Français. Pour reprendre l'exemple des violences conjugales, les

professionnels de santé (médecins généralistes, sages-femmes, infirmières) ont un rôle à jouer fondamental et unanimement identifié par les experts dans le dépistage et l'enclenchement d'une prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Or, ils assument peu ce rôle bien qu'ils soient souvent le premier interlocuteur et un acteur privilégié dans la prise en charge¹⁶. Ce rôle doit être reconnu, valorisé et financé.

L'efficacité des politiques de santé publique sera grandement améliorée par la mobilisation du corps infirmier dans chacun de ses axes stratégiques. Les infirmières doivent être considérées comme des partenaires pour atteindre ces objectifs, ce qui est la position adoptée et mise en œuvre dans les pays voisins. Et c'est bien aussi à cause de l'ampleur du défi qui est devant nous, que toutes les infirmières doivent être associées, ce qui contribuera aussi à renforcer l'équité d'accès aux soins, l'équité d'accès à la santé et au bien-être de tous.

Quand les infirmières se mettent au service des objectifs de santé publique, elles apportent les connaissances et l'expérience acquises dans le domaine avec des résultats tangibles¹⁷. Aux États-Unis, chaque État est en train de développer des visites à domicile par les infirmières pour identifier les vulnérabilités des personnes, réaliser une détection précoce des risques et apporter une prévention ciblée.

– Les infirmières libérales en 2030 doivent pouvoir initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ou des objectifs de santé publique définis dans les plans régionaux de santé.

Cette activité signifie que l'infirmière peut décider de procéder, sans ordonnance, à des prélèvements ou demander des examens diagnostiques recommandés aux fins de dépistage dans les guides, protocoles ou autres cadres de référence officiellement entérinés par les autorités de la santé publique et qui découlent de la loi de santé publique.

Exemple 1

Les infirmières doivent pouvoir contribuer au dépistage des maladies sexuellement transmissibles notamment le sida qui figure parmi les priorités définies par les ARS au travers des plans régionaux de santé. Ces plans déclinent l'objectif national fixé par le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les Infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014 d'infléchir l'épidémie sur cinq années, d'en réduire la morbidité et la mortalité et de combattre les autres IST. Il propose pour cela de « banaliser le dépistage en direction de la population générale » et de renforcer ce dépistage pour les groupes les plus vulnérables. La mise en œuvre du dépistage en population générale gagnerait à s'appuyer aussi sur les partenaires infirmières.

Exemple 2

Améliorer l'efficacité du dépistage précoce des maladies neuro dégénératives

Aujourd'hui, les infirmières peuvent réaliser des tests de dépistage des troubles cognitifs auprès des personnes âgées. Parmi les compétences infirmières figure en effet la réalisation de tests basés sur des échelles standardisées auprès des personnes âgées en vue de dépister des troubles cognitifs. Il serait intéressant que non seulement les infirmières soient mieux mobilisées pour réaliser ce dépistage mais également, dans un 2^e temps, qu'elles puissent décider, sur leur initiative, d'initier ce dépistage et de faire passer des tests aux patients qui présenteraient des signes suspects.

– L'infirmière doit être associée aux autres acteurs de proximité pour améliorer le dépistage précoce des comportements et conduites addictives par le repérage des facteurs de risque et de vulnérabilité (individuels et sociaux), par l'amélioration de la visibilité des dispositifs de prise en charge.

– De la même manière, les infirmières sont à même d'exercer une influence marquante dans la prévention du suicide qui demeure une préoccupation majeure de santé publique. L'expertise infirmière peut être mise à profit car les infirmières sont en mesure de reconnaître les signes précurseurs de souffrance psychique et de détresse des personnes à risque; le lien privilégié qu'elles entretiennent avec les patients est propice à la confiance et elles peuvent repérer les signes avant-coureurs avant l'étape du passage à l'acte. Elles doivent être associées aux politiques de dépistage des situations à risque suicidaire et des problèmes psychosociaux associés à des troubles anxieux dépressifs.

– En matière de veille sanitaire, les infirmières doivent être incluses dans les procédures et protocoles qui permettent aux professionnels de santé de déclencher des procédures d'alerte, par exemple en cas de suspicion de tuberculose.

Pour améliorer ce qui est identifié comme un objectif majeur de santé publique, à savoir le signalement des 30 maladies à déclaration obligatoire et des impacts susceptibles d'avoir des répercussions sanitaires, il serait pertinent d'inclure les infirmières libérales dans le dispositif.

Les infirmières libérales doivent pouvoir, comme les médecins et les biologistes qui suspectent une des maladies à déclaration obligatoire, les signaler sans délai et par tout moyen approprié (courriel, note dans le DMP...) au médecin traitant qui pourra ou non la diagnostiquer et la signaler au médecin inspecteur de santé publique de la délégation territoriale de l'Agence régionale de santé de son lieu d'exercice. Cette contribution est essentielle pour permettre la mise en place des mesures de prévention individuelle et collective autour des cas, et le cas échéant, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination et agir pour la réduire.

– **Protection vaccinale**

En France, la vaccination est réalisée dans 90% des cas par les médecins libéraux, le plus souvent généralistes ou pédiatres. Dans son rapport sur la politique vaccinale de la France pour l'Office

parlementaire d'évaluation des politiques de santé, le sénateur Paul Blanc proposait en 2007 d'élargir le champ des vaccinateurs aux infirmières qui concourent à la mise en œuvre de cette politique vaccinale¹⁸. *« Leur rôle est toutefois encore marginal et mériterait d'être renforcé afin d'améliorer le taux de vaccination des personnes qui ne consultent pas régulièrement. Il rappelle aussi que la possibilité accordée aux infirmières de procéder sur délégation et prescription médicales est rarement utilisée. »*

Le droit de prescrire et d'administrer les vaccins contre la rubéole, le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite, la coqueluche, l'hépatite B et la grippe, pourrait être octroyé aux infirmières libérales comme il l'a été aux sages femmes. Sur le modèle québécois qui donne de bons résultats, les infirmières doivent ainsi pouvoir être associées au schéma vaccinal¹⁹. L'extension de ces responsabilités aux infirmières libérales serait en mesure de libérer avantageusement du temps médical utile tout en améliorant le taux de couverture vaccinale. Malgré le succès des programmes de vaccination, certaines maladies sont en recrudescence faute d'une couverture vaccinale suffisante, notamment la rougeole. Dans cette pathologie, on considère que l'immunité collective est atteinte lorsque 95 % de la population est vaccinée. Or, depuis 2008, la France est confrontée à une recrudescence massive de la rougeole liée à un taux de couverture vaccinale insuffisant pour éliminer la maladie (90 % pour une dose à l'âge de 24 mois en 2007) et un rattrapage vaccinal insuffisant laissant un nombre important d'adolescents et de jeunes adultes non immunisés, ce qui les expose à de graves complications. Plus globalement, la France connaît un taux de couverture vaccinale Rougeole/Oreillons/ Rubéole faible par rapport à la plupart des pays septentrionaux, constate l'Assurance maladie qui ajoute que l'instauration d'une seconde dose est une condition nécessaire à l'amélioration de la couverture vaccinale. Cette seconde dose pourrait spécifiquement être réalisée par les infirmières libérales. À noter que dans les pays tiers, le programme élargi de vaccinations est depuis longtemps confié aux infirmières.

– Gestion spécifique de certains risques sanitaires

Le début du XXI^e siècle a vu apparaître l'émergence de nouveaux risques sanitaires. Les changements de mode de vie, l'augmentation

de la circulation des personnes et des biens à travers le monde, le vieillissement de la population, les changements climatiques, l'évolution spontanée des agents pathogènes, mais aussi le développement des techniques médicales et l'apparition de résistance aux antimicrobiens sont responsables de l'émergence constante ou de l'expression de nouveaux agents pathogènes et de leur diffusion au sein des populations⁶⁶. L'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (Sras) en 2003, la pandémie grippale A (H1N1), ont montré clairement que les risques émergents infectieux constituent une menace globale nécessitant une approche coordonnée au niveau international s'appuyant sur des systèmes nationaux efficaces et réactifs. À côté de ces maladies infectieuses apparaissent aussi des risques liés à l'environnement, qu'ils soient d'origine naturelle ou humaine, eux aussi en constante évolution (épisode de canicule, risque d'attentat mettant en jeu des substances radiologiques, biologiques ou chimiques)⁶⁶.

Pour qu'une réponse rapide soit apportée sous forme d'actions basées sur les évidences scientifiques et destinées à limiter l'impact de la menace détectée sur la santé des groupes de population concernés, l'INVS juge indispensable que l'ensemble des parties prenantes soit mobilisé. L'articulation entre la veille, l'alerte et la gestion implique la mise en place d'une organisation et de procédures standardisées qui gagneraient à inclure les infirmières libérales.

Les infirmières expertes qui exercent au domicile constituent une ressource essentielle à plusieurs niveaux :

- dans la veille sanitaire (ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un événement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce),
- dans la collecte des données : ces infirmières sont des sources potentielles de signalement d'événements pouvant présenter une menace pour la santé publique, de recueil et d'analyse simple de données épidémiologiques,
- dans la mise en œuvre des mesures de santé appropriées destinées à maîtriser l'alerte et/ou réduire son impact (Gestion d'une

alerte de santé publique) par la mobilisation très réactive de 80 000 professionnels.

Intégrer les infirmières à ces plans permettrait de mobiliser très rapidement des dizaines de milliers d'acteurs de terrain en vue d'une réponse rapide, réactive en proximité directe avec les populations les plus vulnérables déjà identifiées par les cabinets infirmiers. C'est bien dans la proximité que peuvent être mises en place certaines mesures essentielles comme le suivi des personnes âgées à leur domicile en période de vague de chaleur. Les infirmières libérales, qui prennent en charge 75 % des soins liés à la dépendance, visitent quotidiennement des millions de personnes âgées. Elles contribuent déjà à l'information et au suivi des personnes âgées fragiles pendant la période de veille saisonnière de vagues de chaleur qui s'étale du 1^{er} juin au 31 août. Lors de chaque visite à domicile, elles repèrent et recherchent des signes d'alerte de l'épuisement dû à la chaleur et/ou du coup de chaleur, des signes qui peuvent être banalisés par la personne âgée. Il s'agit de mieux formaliser leur contribution et de reconnaître pleinement leurs interventions de suivi, surveillance, conseil, prévention.

Dans un autre registre, en cas par exemple de risque nucléaire identifié dans un secteur géographique, la distribution préventive rapide de comprimés d'iode stable en cas de nuage radioactif évite une fixation de l'IODE 131, elle doit reposer sur les pharmaciens d'officine bien entendu mais pas seulement. Le retour d'expérience des précédentes campagnes de distribution préventive de comprimés d'iode stable a montré qu'il convenait d'intensifier l'information du public en impliquant les acteurs locaux et en inscrivant la communication dans la durée, recommande l'Autorité de sûreté nucléaire.

La mobilisation des professionnels de santé libéraux aurait aussi permis d'éviter les errements et le fiasco de la campagne de vaccination H1N1 organisée par le ministère de la Santé dans les « vaccinodromes ». Si on avait mobilisé le couple médecin généraliste/infirmière libérale, atteignant ainsi dans un intervalle de temps

extrêmement court, l'essentiel de la cible (personnes fragiles) pour un coût minimal pour la collectivité, cette vaccination n'aurait très certainement pas subi l'échec qu'elle a essuyé en optant pour des centres vaccinaux collectifs. Et le coût final du dispositif dépasse largement ce qu'aurait pu représenter une organisation dans laquelle les professionnels de soins de ville auraient été impliqués dès le début, comme dans d'autres pays européens, où d'ailleurs, il n'y a pas eu de polémique sur cette question.

La mobilisation des infirmières libérales

dans l'organisation de la veille sanitaire et la gestion de certains risques sanitaires spécifiques suppose de:

- 1 inclure les infirmières dans l'élaboration des plans et dispositifs de gestion des crises sanitaires (plans canicule, grand froid, pandémie grippale, SRAS, plan iode...);
- 2 au niveau de chaque Agence régionale de santé, la plateforme de veille et d'urgences sanitaires (CVAGS) doit se mettre en relation avec les URPS des infirmiers libéraux pour les impliquer dans le signalement, la diffusion des outils de gestion des situations urgentes (conduites à tenir, fiches réflexes...), les inclure dans la mise en œuvre des plans (pandémie, NRBC, canicule...);
- 3 ces activités de veille sanitaire, de surveillance et de vigilance mériteraient d'être reconnues, inscrites dans la nomenclature et rémunérées à leur juste valeur afin d'assurer leur pérennisation et leur extension;
- 4 au niveau régional, intégrer les infirmières libérales qui le souhaitent dans certains réseaux de surveillance. Non seulement cette participation enrichit les dispositifs et le fonctionnement des réseaux mais elle permet aussi aux infirmières de rester le plus

informées possibles sur ces pathologies/risques. Elles peuvent ainsi améliorer leur prise en charge et apporter une information plus complète aux patients ;

- 5 au niveau régional, la création d'un pôle prévention au sein des Agences régionales de santé serait de nature à favoriser l'implication dans les activités de santé publique des médecins généralistes, infirmières libérales, pharmaciens. Il serait souhaitable que les futurs pôles universitaires en sciences infirmières soient pleinement associés à ce dispositif afin d'intégrer les fonctions de recherche et d'enseignement, clés de l'avenir ;
- 6 au niveau national, intégrer un module d'initiation à l'épidémiologie dans la formation initiale des infirmières.

3 - **Permanence** des soins

Aujourd'hui, la permanence des soins (PDS) ambulatoire est une organisation de l'offre de la médecine générale libérale qui vise à maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux. Ce dispositif doit permettre de répondre aux demandes de soins non programmées par des moyens structurés, adaptés, régulés et d'organiser une régulation libérale en lien avec le SAMU. En France, il se caractérise par le volontariat des médecins différant ainsi de la plupart des systèmes en vigueur dans les autres pays européens, dans lesquels domine son caractère obligatoire pour la quasi-totalité des médecins. Mais surtout, ce dispositif peine à recruter. Si l'enquête 2011 menée par le Conseil national de l'ordre des médecins met en évidence que les médecins continuent à assumer, vis-à-vis de la population, leurs responsabilités professionnelles sur l'ensemble du territoire national, elle enregistre aussi les alertes lancées par les conseils départementaux sur les effets délétères de la pénurie de médecins volontaires, voire de médecins tout court et sur le vieillissement des médecins de garde. Indéniablement, l'érosion du volontariat s'installe. Cependant,

de nouvelles formes d'organisation progressent pour y faire face : renforcement de la régulation médicale libérale, adaptations horaires de la permanence des soins en particulier en nuit profonde, création de nouvelles maisons médicales de garde.

Il est probable que cette pénurie s'accroisse dans les prochaines années d'autant que la médecine générale n'attire plus les jeunes générations de médecins. Dans le même temps, les infirmières libérales sont de plus en plus sollicitées, soit directement par des patients qui les interpellent, soit par des SAMU qui leur demandent, pour éviter un transport sanitaire ou une hospitalisation, des données cliniques, des mesures de paramètres et parfois l'enregistrement des électrocardiographies (ECG).

L'émergence de ce besoin amène la FNI à proposer que soit étudiée l'implication des infirmières libérales dans l'organisation de la permanence des soins ambulatoires. Notamment, on peut envisager qu'une ou plusieurs infirmières puissent assurer une astreinte en relation avec un médecin dans le but de raccourcir les délais de réponse aux urgences ambulatoires. Il est désormais possible, grâce aux moyens technologiques, de transférer en temps réel des données qui permettent à un médecin de disposer de certains paramètres (fréquence cardiaque, tension artérielle, glycémie...) ou de recevoir directement le tracé d'un ECG sur son écran. Ce type d'approche n'a en soi rien de novateur. Il est même déjà opérationnel en certains endroits comme sur l'île d'Hoëdic où, en réponse à une volonté politique locale, une téléassistance est assurée par une infirmière permettant aux habitants isolés du continent d'accéder à un premier diagnostic à distance en temps réel via la télétransmission à des centres experts permettant de prendre à distance les premières décisions thérapeutiques et/ou de faire un premier « tri » pour éviter des transports coûteux et traumatisants.

Il serait également intéressant de tirer des enseignements des modèles étrangers dans lesquels les infirmières sont mobilisées pour effectuer un premier tri des urgences. Les organisations développées essentiellement dans les pays anglo-saxons sont fondées sur une évaluation infirmière dont le but n'est pas d'établir un diagnostic, mais

de formuler un jugement clinique sur les besoins des usagers afin de déterminer la priorité des soins ainsi que le délai dans lequel les usagers doivent être vus par le médecin ou par un autre professionnel. Il y aurait un concept à perfectionner, adapté à notre organisation, pour optimiser les compétences médicales et assurer une couverture satisfaisante en tous points du territoire d'autant que le réseau des infirmières libérales sera de plus en plus équilibré grâce à la mise en application des accords sur la régulation démographique. Les médecins qui sont récalcitrants à assurer une permanence et qui, dans certaines zones rurales, se voient dans l'obligation de garantir une permanence dans de très mauvaises circonstances : surcharge énorme de travail, grands secteurs, mauvaises routes..., sont-ils bien en mesure d'assurer, dans de bonnes conditions de sécurité, une journée de travail le lendemain ? Une collaboration avec les infirmières, dont les cabinets sont ouverts sept jours sur sept, allégerait la lourdeur de cette permanence, pourrait aussi certainement contribuer à renforcer l'attractivité de la médecine générale dans certains territoires et à contenir le recours aux urgences, voire de diminuer les files actives dans ces services.

En résumé

Les soins du premier recours s'articulent autour de trois grandes fonctions :

- l'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement ;
- le suivi du patient et la coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social) ;
- le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé, la participation aux gestions de crises sanitaires.

L'infirmière libérale doit être une porte d'entrée pour l'éducation, le suivi, l'orientation du patient. Si le diagnostic et le traitement demeurent un champ médical, l'aide à l'orientation dans le parcours de soins, le suivi et la coordination du parcours ainsi que la participation aux politiques de santé publique doivent demain constituer le socle de la contribution des infirmières libérales au premier recours.

Chapitre 4

Les champs privilégiés d'exercice des infirmières libérales en 2030

Les compétences des infirmières libérales et leur organisation apportent des réponses concrètes aux défis que devra relever le système de santé pour peu que leur expertise, encore mal connue aujourd'hui en France des pouvoirs publics et parfois des autres professions de santé, soit totalement mobilisée. Dans tous les domaines qui sont autant de changements profonds et de défis à relever, la ressource infirmière représente un potentiel à exploiter pleinement qui apporte de vraies réponses sans même faire appel à des pratiques dites «avancées». Il s'agit simplement d'optimiser l'apport de l'expertise infirmière et de lui donner les moyens de sa pleine expression. L'OMS recommande promptement que les gouvernements et la société civile œuvrent ensemble avec les institutions pour remédier à cette situation et que l'apport infirmier soit plus activement employé et reconnu⁶⁵. En effet, l'infirmière jouit d'une position qui lui permet de traduire de façon plus opérationnelle le concept de la «santé bien-être» qui suppose le basculement progressif d'une politique de santé sanitaire à une politique de santé intersectorielle.

Les principaux défis auxquels ont à faire face tous les pays de l'OCDE sont l'explosion des maladies chroniques et le vieillissement de la population. Or, ce sont aussi dans ces deux domaines précis que se situent les plus grands gisements d'économies réalisables

pour assurer la pérennité du système de protection sociale. Les experts du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) ont identifié des gisements d'économies de **plusieurs milliards d'euros** dans la seule amélioration du suivi des maladies chroniques notamment chez les personnes âgées.

Ainsi, les régulateurs et les agences s'accordent pour constater que les gisements d'efficience les plus importants se trouvent dans le suivi des patients chroniques et des personnes âgées par :

– **La réduction des hospitalisations évitables :**

Le coût lié à la prise en charge des maladies chroniques est un problème majeur pour tous les gouvernements européens. En France, nous pouvons réduire de plusieurs milliards d'euros chaque année les dépenses d'hôpital en améliorant les soins ambulatoires fournis aux personnes ayant une pneumonie, une infection bactérienne locale et une pathologie chronique telle que l'insuffisance cardiaque, le diabète, l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive²⁰. Selon le concept de conditions d'hospitalisations évitables (AHCs –Avoidable Hospital Conditions), pas moins de 400 000 hospitalisations peuvent directement être épargnées chaque année en France, soit environ 2 millions de journées d'hôpital par an, par un investissement dans le suivi des patients chroniques en ambulatoire²⁰.

Plus globalement, 15,5 millions de patients sont admis chaque année dans les services d'urgence au sujet desquels il est notoire qu'une forte proportion pourrait éviter l'accroissement de l'engorgement des établissements, la détresse des patients et la saturation des équipes médicales ;

– **le meilleur suivi des personnes âgées dépendantes :** 25 millions de personnes fragilisées (âgées ou dépendantes) nécessitent un accompagnement personnalisé ;

– **la réduction de la iatrogénie :**

200 000 journées d'hospitalisation liées aux épisodes iatrogènes, qui en sus des coûts induits, conduisent chaque année à plus de 20 000 hospitalisations inutiles, lesquelles se soldent par 10 000 décès.

Le fait de refuser de se servir des connaissances disponibles concernant la prévention et la maîtrise des maladies chroniques met inutilement en danger les générations futures. *« Le coût de l'inaction est évident et inacceptable. En investissant dès maintenant dans des mesures de prévention et de lutte vigoureuses et bien ciblées, on a de bonnes chances de réaliser de sérieux progrès et d'améliorer la qualité de vie des populations du monde entier »*, affirme en 2006 le directeur général de l'OMS²¹.

Pour cela, il faut que les responsables nationaux qui sont à même de renforcer les efforts de prévention et de lutte, que la communauté de santé publique internationale adoptent une nouvelle approche centrée sur la prévention clinique, l'éducation à la santé, la promotion et le renforcement des compétences des patients (empowerment). Plusieurs interventions cliniques extrêmement efficaces permettent, si elles sont correctement menées, de diminuer la mortalité et la morbidité et d'améliorer la qualité de vie des personnes à risque ou atteintes d'une maladie chronique²¹. Pour prendre un exemple, il existe des interventions très efficaces qui permettent de réduire le risque d'accident cardiovasculaire chez les patients diabétiques et/ou chez les personnes souffrant d'une maladie cardiovasculaire. Ce sont les interventions comportementales qui consistent notamment à encourager les gens à cesser de fumer, à pratiquer une activité physique plus intense et à modifier leur régime alimentaire. En associant ces différentes mesures, la réduction des risques peut atteindre plus de 60 % chez les malades cardiaques et cela contribue en outre à réduire la glycémie chez les diabétiques²².

Les économies substantielles réalisables dans notre système de santé sont atteignables par une meilleure contribution infirmière, à condition que celle-ci soit reconnue, employée et valorisée. La valorisation de toutes les dimensions de l'expertise infirmière, aujourd'hui sous employée, permettra d'améliorer le suivi des patients tout en participant à la réduction de dépenses dans les domaines qui aujourd'hui représentent les gisements d'économies les plus importants. C'est bien la valorisation de l'expertise infirmière qui permettra d'exploiter ces gisements d'économies qui sont essentiellement identifiés dans la réduction de l'hospitalisation et de la prévention de la survenue ou des complications des maladies chroniques.

4/1 **Prise en charge** de la dépendance

Aujourd'hui évalué à 1,1 millions en France, le nombre de personnes en état de perte d'autonomie devrait passer, selon les estimations de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), à 1,5 millions d'ici 2040. Au plan économique, la prise en charge publique liée à la perte d'autonomie des personnes âgées devrait atteindre 3 % du PIB en 2050, estime le professeur Marie-Ève Joël, présidente du conseil scientifique de la CNSA (1 % aujourd'hui).

Devant l'enjeu de santé publique que représente la révolution démographique en cours et à venir, la prise en charge du Grand Âge prend une importance croissante chez tous les acteurs de santé avec des réflexions sur le concept du bien vieillir, sur les moyens de maintenir le plus longtemps possible une vie de qualité au domicile, ainsi que sur la prévision des besoins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Si l'évolution démographique pèsera pour une part très minoritaire sur l'évolution des dépenses, l'âge moyen de la population française n'augmentant que de 2 mois environ par an, c'est bien davantage le manque d'organisation autour de la personne âgée, souvent atteinte de poly-pathologies, et les allers-retours entre l'hôpital et le domicile qui sont la principale cause du niveau élevé des dépenses, bien avant l'effet démographique, conclut de ses travaux sur le vieillissement le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) en avril 2010²³.

C'est vrai qu'il existe aujourd'hui des éléments importants de non qualité liés au cheminement des patients à l'intérieur du système de soins (retours trop fréquents à l'hôpital, recours non justifié des urgences, manque de coordination ville-hôpital, manque de réactivité dans l'adaptation des traitements médicamenteux, carences dans l'éducation thérapeutique). Cette situation provoque des pertes de chance pour les malades et des surcoûts financiers immédiats ou à terme pour la collectivité. Pire, chaque année, 50 personnes âgées pour 1000 sont hospitalisées pour accident iatrogénique évitable.

Le HCAAM voit dans l'amélioration de la coordination des parcours des personnes âgées un véritable gisement d'économies et recommande

d'une part de confier aux infirmières libérales une fonction de coordination soignante et sociale et, d'autre part, de les rémunérer pour des actes de soins coordonnés. Aussi, la FNI estime que plutôt que d'adopter et d'investir lourdement dans un système structuro centré de coordination qui ne fait que reproduire en ville le schéma de fonctionnement de l'hôpital, il serait plus pertinent de déployer le concept d'infirmière de famille évoqué précédemment, un concept et une stratégie qui ont été choisis, votés par tous les États européens et inscrits dans le programme « Santé 21 » de l'OMS pour l'Europe et qui définit la politique-cadre de santé publique du début du XXI^e siècle.

Les soins infirmiers ont pour objectif d'aider les personnes âgées à bénéficier d'un état de santé, d'un bien-être et d'une qualité de vie optimaux. Ils sont reconnus comme l'élément le plus important des services requis pour soigner les personnes fragiles, malades ou mourantes, et comme l'élément contribuant de plus en plus au maintien de la santé et à la prévention des maladies.

Pourtant, en France, l'infirmière de famille apparaît comme le chaînon manquant dans le panorama de la santé publique. Consultation, évaluation de la dépendance, élaboration d'un plan d'aide et de soins personnalisé, mais aussi coordination sociale et soignante en seraient ses principales missions.

La recherche de la coordination a été une vraie constante de toutes les politiques menées ces dernières années : coordonnateurs en 1982, réseaux gérontologiques en 1998, CLIC en 2000, MAIA aujourd'hui, sans toutefois apporter de véritables solutions. Le recours systématique aux infirmières de famille apporterait enfin une réponse claire, formalisée et identifiée à ce besoin en créant un interlocuteur unique en charge de ce qui est justement au confluent entre le médical et le médico-social : l'infirmière libérale choisie par le patient.

L'attribution de ces missions aux infirmières de famille serait de nature à répondre aux principales défaillances du système actuel dont le manque de référents identifiés et reconnus de l'ensemble des acteurs, qui soient en charge notamment de l'évaluation, de la coordination et de l'accompagnement personnalisé, et la nécessaire qualité globale

du parcours des personnes âgées, fixée par le HCAAM comme enjeu stratégique des prochaines décennies et recommandée dans le rapport Larcher²⁴. *« L'efficacité de la prise en charge globale a été démontrée ; la mise en place d'un programme médico-social personnalisé des soins se traduit par une réduction de la mortalité mais aussi, à moyen terme, des coûts, ainsi que par une diminution des placements en institution et par une amélioration de l'état fonctionnel des patients âgés. »*

Les perspectives sont nombreuses et les résultats immédiatement observables : plus grande accessibilité aux soins, organisation des sorties d'hospitalisation, prévention de la perte d'autonomie et diminution du recours à l'hospitalisation.

Un dispositif d'infirmière de famille permettrait aussi de mettre en place des objectifs de maintien de l'autonomie et de prévention de la dépendance auprès d'une population âgée fragilisée ciblée, afin d'éviter que ces personnes en situation de fragilité ne basculent vers la nécessité d'une assistance totale et complète.

C'est dans cette prévention que réside le creuset le plus important de gain de qualité de vie et d'économies financières. Une politique de prévention efficace, en partie assurée par les infirmières de famille, contribuerait à augmenter l'espérance de vie en bonne santé des Français, une espérance de vie à ce jour de 5 ans inférieure à celle des pays nordiques.

Cette opportunité d'instaurer un dispositif d'infirmières de famille est une chance unique à saisir qui constituerait, à n'en pas douter, un partenariat gagnant-gagnant avec les caisses d'Assurance maladie, au service de leurs patients, pour assurer une prise en charge coordonnée des personnes en perte d'autonomie, prévenir la survenue de la dépendance et anticiper-organiser les retours à domicile.

Revendications auprès des décideurs

- 1 **Permettre aux personnes en perte d'autonomie** de choisir l'infirmière de famille de leur choix.
- 2 **Leur reconnaître les missions suivantes** : consultation, évaluation de la dépendance, élaboration d'un plan d'aide et de soins personnalisé, coordination sociale et soignante. Dans ce concept, les soins vont permettre de mettre en place des actions appropriées et complémentaires à celles du patient pour l'aider à maintenir et recouvrer la santé et pour l'aider à retrouver si possible son autonomie (ou une zone d'autonomie en fonction du handicap).
- 3 **Placer la critérisation et l'évaluation de la perte d'autonomie** sous la responsabilité de l'infirmière de famille.
- 4 **Créer et reconnaître** la fonction de consultation des infirmières libérales, ce qui devra se traduire de façon concomitante par la création d'une lettre clé consultation dans la NGAP (Nomenclature générale des actes professionnels). Cette consultation, qui doit toujours avoir lieu au domicile du patient, permet à l'infirmière d'évaluer l'environnement, et ainsi d'avoir une vision globale et réaliste des conditions de vie de la personne. En tant qu'approche globale centrée sur le patient, la consultation et le raisonnement clinique infirmiers répondent aux besoins spécifiques des personnes âgées fragiles, aux pathologies multiples et complexes.
- 5 **Rémunérer la coordination soignante** des personnes dépendantes.
- 6 **Intégrer des infirmières** dans les équipes de direction des Ehpad et autres établissements d'accueil des personnes âgées.

4/2 **Accompagnement et suivi personnalisé des patients chroniques** incluant l'éducation thérapeutique

La mise en œuvre urgente d'une action de formation systématique des patients chroniques à la gestion de leur maladie, dans l'objectif de retarder l'évolution de la pathologie, de retarder l'apparition de complications, d'améliorer la qualité de vie des patients, constitue aujourd'hui un véritable enjeu de Santé publique. Cette éducation, qui doit s'inscrire dans la prise en charge au long cours des personnes atteintes de pathologies chroniques, permettra subsidiairement de maîtriser le risque inflationniste des dépenses de soins consacrées aux ALD (Affections de longue durée).

Ainsi, l'intégration de l'éducation thérapeutique aux soins est une nécessité reconnue au plan international comme national. Pour l'OMS, l'éducation thérapeutique devrait être systématiquement intégrée dans les soins délivrés aux personnes souffrant de maladie chronique. En France, dans une recommandation publiée en novembre 2009, le Haut conseil de santé publique se prononce aussi pour l'intégration de l'éducation thérapeutique aux soins de premier recours considérant *« qu'une éducation thérapeutique sera véritablement intégrée aux soins lorsqu'elle sera ancrée dans la relation soignant/soigné, faisant partie intégrante des activités de tout soignant en étant adaptée au contexte de chaque soin, et lorsqu'elle fera l'objet d'une coordination et d'un partage d'informations entre soignants. Elle devra enfin être accessible à tous les patients, sans obligation d'adhérer à un programme particulier pour en bénéficier »*. L'éducation du patient ne peut donc être dissociée du suivi de sa pathologie. La nécessité d'inclure l'éducation dans les soins s'impose dans toutes les pathologies, entre autres les cardiopathies et l'insuffisance cardiaque, le diabète, l'asthme ou l'insuffisance respiratoire chronique. Dans l'exemple des plaies chroniques, comme le fait remarquer le docteur Sylvie Meaume, Présidente de la Société Française et Francophone des plaies et cicatrisations, il n'est pas possible de traiter correctement un ulcère de jambe sans une éducation du patient sur sa diététique, son hygiène de vie, l'observance de son traitement.

C'est donc tout naturellement les infirmières libérales les mieux placées pour suivre, accompagner et éduquer les patients chroniques qu'elles visitent quotidiennement, puisque les compétences requises constituent le socle de leur rôle propre. La FNI rappelle que l'éducation fait partie des missions dévolues aux infirmières et inscrites dans leur décret de compétences et qu'aujourd'hui les infirmières sont les seules à être formées dans leur cursus initial à l'éducation thérapeutique.

Nul doute que la qualité et l'efficacité des prises en charge des patients gagneraient à ce que les infirmières assurent le suivi et l'adaptation des traitements médicamenteux dans de nombreux « profils de pathologies ». C'est déjà le cas chez les patients diabétiques en ce qui concerne l'adaptation des doses d'insuline. Si l'adaptation des traitements est une compétence médicale stricte, le code de la santé publique prévoit en effet que l'infirmière puisse mettre en œuvre un traitement sur un protocole préétabli. Cette notion a d'ailleurs été renforcée dans la loi Kouchner en 2004 en ce qui concerne les antalgiques. À législation constante, le contrôle, le suivi, la gestion des patients chroniques peuvent donc être délégués aux infirmières, rendant ainsi accessibles à tous les programmes d'éducation thérapeutique et contribuant à réduire les inégalités d'accès aux soins.

Revendications auprès des décideurs

L'exploitation de ce gisement d'efficacité au service du patient et de la collectivité suppose une juste rémunération des infirmières liée à une prise en charge personnalisée et à un programme de suivi des patients chroniques, défini et protocolisé en concertation avec le corps médical par pathologies.

Quatre mesures majeures doivent être adoptées :

– l'extension de protocoles permettant aux infirmières d'adapter des doses de traitement comme elles le font actuellement auprès des diabétiques ;

- l'intégration et la reconnaissance de l'éducation thérapeutique auprès de tous les patients lourds ;
- la définition d'une rémunération forfaitaire des infirmières libérales adaptée au suivi de ces patients ;
- plus généralement l'implication des infirmières dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique.

Des améliorations peuvent être obtenues dans toutes les pathologies chroniques, ci-après **trois exemples** pour l'illustrer : l'accompagnement de patients atteints d'une part par une insuffisance cardiaque, d'autre part par la BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive), mais aussi au travers de la réduction de la iatrogénie médicamenteuse.

Exemple 1

L'insuffisance cardiaque

La pathologie cardiovasculaire est le 2^e risque de mortalité en France, le 1^{er} aux États-Unis et les prévisions sont alarmantes pour les prochaines décennies, elles pourraient concerner d'ici 2020 près de 40 % des décès. L'Assurance Maladie en a fait une priorité en 2010 en lançant un vaste programme de prévention primaire des risques. « *Les maladies cardiovasculaires sont responsables de 350 000 hospitalisations/an et constituent un enjeu sanitaire et économique (au premier rang des ALD)* », précise le professeur Hubert Allemand, médecin conseil national de la CNAMTS.

Diminuer la mortalité, réduire le coût des réhospitalisations, améliorer la qualité de vie, l'insuffisance cardiaque est typiquement une pathologie pour laquelle le suivi et l'éducation thérapeutique peuvent avoir des impacts très favorables. Grâce au registre ODIN, la Société française de cardiologie a démontré l'efficacité de l'éducation thérapeutique, capable de réduire d'un quart la mortalité des patients insuffisants cardiaques.

Quant aux ré-hospitalisations, fréquentes, elles sont souvent liées à des facteurs qu'il est possible de prévenir, comme la non-observance du traitement et du régime alimentaire, un soutien social inadapté ou l'absence d'adaptation du traitement. *« Dans plus de 50 % des cas, les causes les plus fréquentes de décompensation brutale de l'insuffisance cardiaque pourraient être prévenues car elles sont en rapport avec une mauvaise observance vis-à-vis des traitements médicaux et/ou de la diététique. En outre, dans plus de 30 % des cas, les symptômes sont reconnus depuis plus de 24 heures sans qu'aucune mesure thérapeutique ne soit engagée avant l'hospitalisation »*, précise le professeur Jean-Noël Trochu de l'Institut du Thorax à Nantes. *« Dans des études réalisées aux États-Unis, le taux de réadmission 3 à 6 mois après la sortie de l'hôpital est de l'ordre de 30 à 45 %. En Hollande, entre 14 et 34 % des patients étaient ré-hospitalisés dans les 6 mois qui suivent leur sortie, en Suède 37 % étaient ré-hospitalisés au cours de l'année. En France, les taux semblent similaires. Dans une étude réalisée à Nice sur un effectif de 1 256 patients hospitalisés en 1998 pour insuffisance cardiaque, on retrouve un taux de ré-hospitalisation de 34 % pour ce même motif au cours de l'année suivant leur sortie, la moitié des patients étant ré hospitalisés au cours du premier mois suivant leur sortie. Là aussi, différents facteurs, tels que la non observance du traitement médical et/ou du régime alimentaire, des facteurs sociaux, un accès limité aux soins ou la solitude, contribuent fréquemment à ces réadmissions »*, souligne le professeur Galinier²⁵. Le cardiologue et expert national en insuffisance cardiaque, Patrick Assyag, estime que 80 % des hospitalisations des insuffisants cardiaques devraient pouvoir être évitées et rappelle que le coût pour l'Assurance maladie s'élève à 20 000 €/an et par patient.

De nombreuses expériences internationales et françaises ont démontré le bénéfice d'une intervention multi-disciplinaire comportant une éducation du patient ainsi que de sa famille et un suivi infirmier intensif après la sortie, avec une amélioration de la qualité de vie et une diminution significative des réhospitalisations entraînant une nette diminution des coûts de santé²⁵.

L'éducation des patients souffrant d'insuffisance cardiaque ainsi que de leur entourage doit porter sur la connaissance de la maladie, la détec-

tion des principaux symptômes de décompensation, notamment la surveillance du poids, l'éducation alimentaire, en particulier le régime sans sel, les activités physiques et une information sur les thérapeutiques. La surveillance est également une étape thérapeutique essentielle et la posologie doit pouvoir être adaptée dans certains cas pour éviter des épisodes aigus nécessitant le recours à l'hospitalisation.

Le rôle des infirmières s'inscrit dans l'organisation du suivi, de la surveillance biologique et de l'éducation : mieux faire comprendre les mécanismes de sa maladie, prévenir les facteurs de risque associés, enseigner au patient comment assurer l'auto surveillance, comment bien dépister les signes d'alerte et repérer les signes précurseurs d'une décompensation... De plus, sous délégation de protocole médical, ces professionnels nativement formés peuvent adapter les traitements afin de prévenir toute dégradation de l'état du patient.

L'éducation continue des insuffisants cardiaques doit être considérée comme une optimisation de la prise en charge des patients dans leur milieu de vie, par la connaissance de leur condition et hygiène de vie, de leur entourage, de leur niveau d'observance,...

Revendications auprès des décideurs

- Associer les infirmières libérales qui suivent ces patients à domicile dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire de l'ETP.
- Positionner l'infirmière libérale au cœur de la démarche pour tout ce qui concerne l'éducation thérapeutique, la prévention des épisodes aigus mais aussi la surveillance clinique et l'adaptation thérapeutique protocolisée :
 - éducation thérapeutique (alimentation, activité physique, connaissance de la maladie...),
 - suivi de l'observance médicamenteuse,
 - suivi biologique selon un bilan prescrit par le médecin,
 - dépistage des risques d'alerte (repérer les signes d'alerte qui nécessitent le déplacement du médecin),

- adaptation thérapeutique (réadaptation des diurétiques...) selon un protocole validé par le médecin traitant et décision d'une éventuelle hospitalisation.

Exemple 2

La BPCO : un défi de santé publique pour les prochaines années, une maladie pour laquelle des améliorations importantes peuvent être rapidement obtenues

La BPCO ou broncho-pneumopathie chronique obstructive est une maladie chronique inflammatoire qui atteint plus de 3,5 millions de Français de plus de 45 ans (soit 6 à 8 % de la population adulte). Parmi elles, 100 000 malades sont atteints de formes sévères qui requièrent une oxygénothérapie et/ou une ventilation à domicile²⁶. Sa prévalence est en augmentation constante dans le monde, liée à la consommation de tabac, atteignant actuellement 4 % de la population adulte. Elle sera, en 2020, la 3^e cause de décès dans le monde²⁷. Et chaque année, en France, plus de 40 000 nouveaux malades sont admis en « affection de longue durée » (ALD) pour insuffisance respiratoire chronique due à la BPCO (HAS). Dans 15 ans, cette pathologie sera au 5^e rang des maladies chroniques pour le nombre d'années perdues par mortalité précoce avant 65 ans ou vécues avec un handicap important²⁷, ce qui a conduit le Ministère de la Santé à en faire un objectif prioritaire de santé publique.

Chaque année, 100 000 hospitalisations qui représentent plus de 800 000 journées sont liées à des exacerbations de BPCO²⁸ dont on sait qu'elles sont en grande partie évitables. « *La très grande majorité des exacerbations peut et doit être prise en charge en ambulatoire* », estime la Société de pneumologie²⁹. « *Une réévaluation clinique précoce, entre 24 et 72 heures selon les cas, est justifiée pour vérifier l'efficacité du traitement et l'absence d'aggravation (grade C). L'hospitalisation s'impose en cas de décompensation (exacerbation susceptible d'engager le pronostic vital)*

ou d'inefficacité de la prise en charge ambulatoire d'une exacerbation simple.»

Une meilleure contribution infirmière au suivi et à l'éducation de ces patients serait de nature à réduire ces hospitalisations, stabiliser l'état de santé des patients à un stade avancé et retarder l'apparition des complications de ceux diagnostiqués dans les stades précoces. Objectif : tendre vers une prise en charge médicale optimale accessible à tous selon un traitement conforme aux recommandations professionnelles, aujourd'hui seulement 1 malade sur 2 en bénéficie²⁶.

Les infirmières possèdent les compétences et l'expertise pour améliorer cette prise en charge en intervenant sur les trois volets d'action définis comme essentiels, à savoir l'observance des traitements, l'organisation du suivi et de l'éducation thérapeutique des activités visant à rendre le patient apte à gérer sa maladie, dans le cas de la BPCO, la réhabilitation respiratoire. *«Les traitements médicamenteux, la réhabilitation respiratoire et l'éducation thérapeutique sont bien des mesures essentielles qui permettent de réduire les exacerbations et d'améliorer la qualité de vie des malades en réduisant leur dyspnée et leur handicap³⁰.»*

La réhabilitation respiratoire dont il a été prouvé qu'elle améliore la dyspnée, la tolérance à l'effort, réduit le nombre d'hospitalisations pour exacerbations et améliore la qualité de vie³¹, intègre la démarche d'éducation thérapeutique et a pour objectif de rompre le cercle vicieux dyspnée/inactivité/déconditionnement par le réentraînement à l'effort. Assortie de conseils d'hygiène et d'éducation, la réhabilitation respiratoire constitue le moyen principal de réduire les symptômes, d'optimiser les conditions physiques et psycho-sociales, de diminuer les coûts de santé par une stabilisation des manifestations pulmonaires et extra thoraciques de la maladie³². Insuffisamment accessibles, ces programmes centrés sur le patient sont adaptés en fonction de l'état de santé et des capacités respiratoires, après optimisation du traitement médical. D'une durée initiale de 4 à 8 semaines, ils incluent aussi des conseils personnalisés (éducation thérapeutique, nutrition, aide au sevrage tabagique, soutien psychosocial) qui supposent une gestion pluridisciplinaire. En fin de

programme, une poursuite de l'entraînement au domicile est proposée afin de maintenir les acquis.

Cette réhabilitation respiratoire pourrait être coordonnée par l'infirmière de famille qui assurerait le volet éducation thérapeutique et le suivi du patient, une fois le programme achevé. Un programme de suivi de ce type, mis en place au Québec par les infirmières, a apporté la preuve directe des bénéfices sur la qualité de vie des patients et la réduction des coûts en prévenant les exacerbations. Il se caractérise par la place centrale conférée à l'infirmière dans un contexte d'interdisciplinarité³³. Au Royaume-Uni aussi, où le coût estimé de la maladie atteint 817 millions chaque année, la mobilisation des infirmières dans la gestion de la BPCO a été renforcée depuis 2004. *« Leur approche plus holistique aux soins est parfaitement adaptée aux recommandations dans les lignes directrices en les aidant à optimiser le traitement et enseigner les patients à l'auto-gestion des plans d'action »* a commenté le Dr David Bellamy, GPIAG membre et Bournemouth-fondé GP. Une meilleure gestion fait vraiment une différence dans la vie des gens et les bénéfices attendus sont considérables car les 800 000 journées d'hospitalisation des patients atteints de BPCO ont un double coût : financier, mais aussi psychologique. *« L'hospitalisation, surtout en cas de séjour prolongé ou de soins de réanimation, peut être ressentie comme une agression physique et psychique difficilement supportable par les malades et leur entourage²⁶ »*. Le coût des hospitalisations, en fonction de la gravité de la BPCO, peut atteindre 60 % du coût total de la prise en charge. Ainsi, un traitement qui épargne la moitié des séjours hospitaliers peut faire économiser 30 % du coût de la maladie. Ces chiffres montrent l'importance de valoriser ces séjours de la manière la plus précise possible³⁴.

Revendications auprès des décideurs

– **Mobiliser les infirmières libérales au dépistage du syndrome obstructif** : plus des 2/3 des malades ne sont pas diagnostiqués et ignorent leur pathologie²⁸⁻²⁹. Trop souvent, le diagnostic est fait tardivement lors d'exacerbations et/ou au stade de handicap respiratoire. Un dépistage précoce, par une mesure simple du souffle, peut retarder, voire éviter l'évolution vers le handicap, grâce à une prise en charge adaptée. La mesure du souffle, facile à mettre en œuvre, peut être réalisée à l'aide d'un mini-spiromètre, (Piko-6), ou d'un spiromètre conventionnel, par tout professionnel de santé après une brève formation. Le patient peut ensuite consulter un spécialiste pour faire réaliser un bilan pneumologique spécialisé.

– **Prendre en charge l'éducation thérapeutique et coordonner**, au domicile, les soins des patients traités pour la BPCO permettant d'assurer, sous l'égide du médecin traitant et du pneumologue, une prise en charge cohérente et continue en favorisant la qualité de vie et l'intégration ou la réinsertion socioprofessionnelle, comme le recommande le Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)²⁶.

La réhabilitation respiratoire gagnerait à être davantage proposée au domicile, elle implique une prise en charge pluridisciplinaire dont il serait cohérent que la coordination soit confiée au professionnel qui suit le patient, assure son éducation et est à même de faire le lien entre les autres professionnels impliqués (kinésithérapeute, ergothérapeute, infirmière, assistant social, nutritionniste, psychologue...), à savoir l'infirmière de famille. Et une partie de l'éducation revient directement à l'infirmière dont le rôle est d'enseigner au patient à prendre en charge ses problèmes respiratoires en lui apprenant, entre autres, comment utiliser ses inhalateurs, comment faire de l'exercice de façon sécuritaire ou encore respirer en cas d'essoufflement, mieux tousser pour dégager le mucus de ses voies respiratoires...

Si elle s'échelonne sur quelques semaines, cette réhabilitation respiratoire a aussi besoin d'être suivie dans le temps, d'où la nécessité de confier à l'infirmière de famille le suivi de ce patient pour s'assurer qu'il continue d'optimiser ses conditions physiques et poursuivre son éducation sur la durée. En effet, si les résultats des différentes méta-analyses confirment avec un niveau de preuve maximal que la réhabilitation respiratoire améliore la qualité de vie et réduit la fréquence et la durée des hospitalisations avec les conséquences économiques qui en découlent, ces effets se maintiennent pendant environ un an après la prise en charge initiale mais nécessitent un suivi pour le maintien des acquis²⁶.

– **L'éducation thérapeutique** incluant l'aide au sevrage tabagique doit être personnalisée, négociée avec le malade, intégrée aux soins ; cette démarche nécessite de disposer d'outils et de méthodes pédagogiques qui doivent, encore, se développer et être validés dans le domaine de la BPCO. Les infirmières doivent y être associées.

– **Faire reconnaître** l'activité de réhabilitation respiratoire et d'éducation pour la santé en ville et à l'hôpital dans le cadre des protocoles de soins d'ALD validés par la Haute Autorité de Santé.

– **Associer les infirmières libérales** à l'élaboration et aux programmes de télésurveillance à domicile de la BPCO.

Exemple 3

Iatrogénie

La iatrogénie médicamenteuse est devenue un véritable problème de santé publique qui concerne 10 % des patients hospitalisés (2012) mais qui pourrait s'élever à 20 % si rien n'est fait dans les prochaines années alors que la plupart des événements indésirables liés à la prise médicamenteuse sont évitables. L'étude EMIR (Effets indésirables des

Médicaments : Incidence et Risque), conduite en 2007 par le Réseau des centres régionaux de pharmacovigilance, estimait que *« le nombre annuel d'hospitalisations dues à des effets indésirables de médicaments en France peut être évalué à 150 000 et le nombre de journées d'hospitalisation à 1 480 885 »*. Ses auteurs ajoutent que le problème est certainement largement sous-évalué pour plusieurs raisons : d'une part la sous-notification, d'autre part, la non-prise en compte de tous les aspects de la iatrogénie médicamenteuse, en particulier des décès qui ne sont pas hospitalisés, des hospitalisations dans les services de chirurgie ou dans des établissements privés et enfin des effets indésirables graves survenant au cours d'une hospitalisation.

Ces événements contribuent à l'engorgement des urgences hospitalières, *« 20 % des passages étant liés à une iatrogénie médicamenteuse : surdosage, mauvaise observance du traitement... »*, précise François Grimonprez, directeur adjoint de l'ARS Pays-de-la-Loire. Ce sont en particulier les personnes âgées qui sont les plus vulnérables et les coûts humains et financiers font de l'amélioration de la gestion et du suivi de l'observance chez le sujet âgé un véritable enjeu prioritaire d'autant qu'entre 50 et 80 % des événements indésirables liés aux médicaments chez les personnes âgées sont reliés à l'administration de doses trop élevées.

Un meilleur suivi des personnes âgées associé à un renforcement de la pharmacovigilance permettrait de réduire une grande partie de ces hospitalisations, d'éviter aux patients de sérieuses dégradations de leur état de santé et de faire des économies substantielles. L'organisation mondiale de la santé estime qu'entre 5,5 % et 17 % du budget total de la santé est consommé pour résoudre des problèmes reliés aux Événements indésirables des médicaments (EIM) et que, dans certains pays, les dépenses qu'entraînent les effets indésirables en termes de frais d'hospitalisation, de chirurgie et de perte de productivité dépassent le budget consacré aux médicaments.

Pour éviter un nouveau scandale sanitaire et désamorcer ce qui ressemble à une véritable bombe à retardement, un effort particulier doit être mis sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse, la pharmacovigilance et la meilleure observance des traitements. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) évalue qu'un tiers des maladies d'aujourd'hui

est directement causé par un traitement médical. Il est évident que d'ici 2030 nous allons connaître, sous la pression des usagers de la santé, des associations et des sociétés savantes une révolution de la vigilance thérapeutique. Il serait tout naturel de mobiliser les compétences infirmières en pharmacovigilance. La prévention et la détection des effets indésirables des médicaments sont au centre de la pratique infirmière. Ce sont bien les infirmières qui sont en effet aux avant-postes, permettons-leur d'exercer leur rôle de vigie pour observer, suivre et recueillir les données cliniques mais aussi comportementales liées à la prise médicamenteuse et de les faire remonter jusqu'au médecin prescripteur.

« Les infirmières sont les meilleurs observateurs des risques », confirme le professeur Sylvie Legrain, gériatre à l'hôpital Bretonneau, professeur des universités, consultante experte auprès de la Haute Autorité de Santé³⁵. « En ambulatoire, les infirmières libérales sont à même de réaliser l'observance, le suivi et l'éducation thérapeutique nécessaires, en surveillant leur pilulier, l'automédication, le cumul avec les génériques... Or, nous pouvons faire beaucoup mieux, et je crois beaucoup à la prévention. Nous pouvons diminuer les accidents iatrogènes, éviter des ré-hospitalisations... »

En effet, le rôle de l'infirmière en ce qui a trait à la pharmacologie va bien au-delà du geste technique consistant à administrer un comprimé ou une injection, car l'infirmière exerce une surveillance attentive et soutenue du patient. L'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique et la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant les monitorages et les ajustements du plan thérapeutique infirmier, sont au cœur de la pratique quotidienne des infirmières. Le rôle de l'infirmière englobe tout ce qui concerne l'évaluation initiale avant l'administration, l'efficacité du médicament et l'évaluation des symptômes ou effets secondaires possibles.

Il serait très facile, par la seule observance, d'obtenir des résultats immédiats à hauteur de 11 milliards d'euros. En effet, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a révélé en 2008 que près d'un médicament sur deux n'est pas consommé, générant ainsi un grand gaspillage national essentiellement dû à la mauvaise observance des traitements prescrits. Sachant que les remboursements ont coûté

plus de 21 milliards d'euros à la Caisse Nationale d'Assurance maladie, ce gaspillage est gigantesque et le potentiel d'économies tout aussi important. Une meilleure observance des traitements et une gestion plus rigoureuse permettraient d'économiser jusqu'à 11 milliards €.

Revendications auprès des décideurs

- reconnaître le rôle des infirmières libérales dans la prévention de la non-observance des traitements, de la polymédication des personnes âgées dont on sait par ailleurs qu'elle est fortement corrélée au risque de chute ;
- reconnaître le rôle des infirmières dans la pharmacovigilance en les impliquant directement dans le système de surveillance des effets secondaires et améliorer le retour d'information des autorités sanitaires aux déclarants ;
- intégrer davantage cette dimension dans la formation initiale et continue des soignants ;
- encourager le développement d'une expertise infirmière indépendante en pharmacovigilance ;
- élaborer un programme spécifique pour les infirmières de famille associé à des recommandations de bonnes pratiques.

4/3 **Accompagnement** de la fin de vie

L'accompagnement de la fin de vie sera l'un des champs d'exercice majeurs de la profession infirmière en 2030. Les patients décéderont en majorité à leur domicile, contrairement à ce qui se passe actuellement. Pour accompagner cette transition, des mesures sont à prendre dès aujourd'hui. En effet, le sous-développement des soins palliatifs en France a été acté par le premier état des lieux remis par l'Observatoire national de la fin de vie en février 2012 au Premier ministre³⁶. Alors qu'il y a consensus chez les cliniciens comme dans la littérature scientifique, cette approche de soins permet à une grande majorité de personnes de vivre leur mort dans la dignité et de réduire les demandes d'euthanasie et de suicide assisté, les soins palliatifs restant insuffisamment développés, en particulier à domicile. Ces soins requièrent beaucoup de temps de coordination, d'écoute et d'accompagnement auprès du patient qui ne sont que très peu ou pas du tout pris en compte dans la rémunération des professionnels, expliquant pour partie ce retard.

Et pourtant, le désir des Français de mourir à leur domicile est connu de longue date et se confirme à chaque nouvelle enquête. Selon le rapport 2009 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, 3/4 des patients décèdent en institution alors que 80 % souhaiteraient mourir à la maison et la tendance ne s'inverse pas. *«En 2008, 58% des décès se sont produits à l'hôpital, 27% à domicile et 11% en maison de retraite. La part des décès à l'hôpital est restée relativement stable entre 1990 et 2008, passant de 58,1% à 57,7% en une vingtaine d'années. En revanche, la proportion de décès à domicile a sensiblement diminué au profit des maisons de retraite.»*³⁷

Rapporté au nombre de décès en France en 2010 (551 218), soit 148 800 environ au domicile et sachant que 50 % de ces personnes sont susceptibles de relever des soins palliatifs³⁶, cela représente potentiellement 74 000 patients à accompagner en ville. *«La population requérant des soins palliatifs va augmenter de façon considérable»*, confirme Régis Aubry, président de l'Observatoire national de la fin de vie. Depuis 20 ans, la Cour des comptes, la commission des affaires sociales du Sénat, la Société française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, le

Haut conseil de la santé publique... recommandent, les uns après les autres, d'orienter des moyens budgétaires à domicile pour améliorer l'accessibilité aux soins palliatifs. Jusqu'à présent, les programmes gouvernementaux se sont essentiellement concentrés sur le nombre de lits dans les structures hospitalières, soins de suite, Ehpad et réseaux de santé qui aujourd'hui sont réorientés vers d'autres missions. Ce qui est loin d'améliorer l'accessibilité dans le lieu de vie. Le point culminant du paradoxe est atteint avec le programme gouvernemental de développement des soins palliatifs 2008/2012 dans lequel le domicile était totalement absent, sinon extrêmement marginalisé.

La FNI fait du développement des soins palliatifs en fin de vie une priorité absolue pour les prochaines décennies si l'on souhaite respecter le « droit de mourir dans la dignité ». Cette accessibilité aux soins palliatifs revêt un enjeu majeur en termes de santé publique, de respect de la dignité des personnes et du respect d'un droit fondamental de l'humain. Ce n'est qu'en déployant largement et massivement l'accessibilité des soins palliatifs à domicile que cessera le débat sur la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté. D'autant que cette légalisation comporte de nombreux risques de dérive, notamment⁶⁷:

- que celle-ci soit une esquivé à l'investissement impératif nécessaire au développement des soins palliatifs ;
- que le caractère exceptionnel des demandes de suicide assisté ne soit pas protégé à sa juste mesure ;
- que les infirmières, indépendamment de leurs choix et de leur déontologie, deviennent les exécutantes des actes d'euthanasie.

La loi du 9 juin 1999 relative à l'accès aux soins palliatifs prévoit que « toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. » Aujourd'hui, ce droit légal est très loin de garantir l'accessibilité. Pourtant, toute personne dont l'état de santé le requiert devrait avoir accès à des soins palliatifs, au soulagement de sa douleur et de sa souffrance et à un accompagnement de fin de vie approprié. En 2030, l'accompagnement de la fin de vie à domicile devra s'appuyer très majoritairement sur la coordination des infirmières libérales qui s'imposent comme professionnelles repères.

Revendications auprès des décideurs

– Miser sur la formation initiale et la formation continue. Comme le précise Régis Aubry, président de l'observatoire national de la fin de vie : « *nous souhaitons moins des professionnels spécialisés que des professionnels qui intègrent dans leur pratique la démarche palliative et l'éthique qui va avec.* » Et ce n'est pas non plus un hasard si le Diplôme Universitaire de soins palliatifs est l'un des plus prisés des infirmières libérales.

– Renforcer la connaissance et la gestion des soins palliatifs dans la formation initiale.

– Renforcer l'accès à l'expertise par le développement professionnel continu (DPC)

Les infirmières souhaitent massivement pouvoir actualiser tout au long de leur carrière, leur expertise en soins palliatifs et disposer, au-delà des considérations théoriques et éthiques, de modèles de soins infirmiers en soins palliatifs, de normes de pratiques efficaces, de méthodes et d'outils pour appréhender la douleur et l'accompagnement psychologique.

– Encourager et développer la recherche en sciences infirmières et favoriser sa diffusion.

De nombreuses perspectives d'amélioration et de soulagement dans la prise en charge de la douleur passent par la production d'expertise et même, en premier lieu, du transfert de connaissances. Par exemple, la diffusion élargie à domicile de la sédation transitoire partielle par titration IVL ne demande que la mise en place d'outils comme une check-list pour aider les professionnels libéraux.

L'amélioration de la qualité d'accompagnement des soins palliatifs passera par une meilleure production et diffusion de la recherche infirmière, sur laquelle on doit miser massivement (voir chapitre 6).

– L’infirmière libérale doit être en charge de la coordination non seulement au lit du malade, mais aussi de la coordination d’appui à l’interface sanitaire/social et ville/hôpital, elle doit être reconnue et identifiée comme ce coordinateur d’appui.

Lui confier ce rôle permettrait de valoriser toutes ses compétences infirmières puisqu’il relève bien de ses propres compétences d’organiser la continuité des soins en mettant en relation les différents acteurs entre eux, de s’assurer de la permanence des soins, de s’assurer en continu de la cohérence des soins et du respect du choix de la personne malade, d’améliorer la qualité des soins en intégrant les principes d’évaluation continue, de prise de recul, d’évolutivité par l’utilisation de procédures de transferts d’information ou d’accès aux informations, par la mise en commun et le partage d’objectifs de soins, par la gestion de toutes les problématiques liées à l’anticipation, comme cela a pu être mis en place au Québec par exemple.

– Cela doit s’accompagner d’une meilleure valorisation de la coordination mais aussi de la rémunération de l’évaluation et de la surveillance de la douleur, ainsi que d’un temps d’accompagnement.

– Les libéraux doivent être représentés à hauteur de leur contribution au sein du Comité national de suivi de développement des soins palliatifs et d’accompagnement.

– Enfin, il faut aussi une vraie politique de soutien aux aidants, qui aille dans le sens de renforcer les acteurs de proximité pour qu’ils aident leurs proches.

4/4 **Rôle renforcé en santé publique:** promotion de la santé

Il est reconnu que les systèmes de santé devront investir plus massivement dans la promotion de la santé s'ils ne veulent pas sombrer sous le fardeau des maladies chroniques d'autant qu'il est prouvé que ces investissements sont rapidement rentables.

Miser davantage sur l'éducation à la santé, la promotion et le développement des compétences des patients constitue le moyen le plus efficace, dans un avenir proche, de contenir la hausse des dépenses de santé. De nombreuses études démontrent qu'un programme de prévention sanitaire efficace permet de contenir la croissance des dépenses de santé³⁸. Le « Trust for America's health » a estimé que des programmes de prévention pouvaient économiser 13 milliards € par an en dépenses de santé d'ici à 5 ans³⁹. Le fonds du Commonwealth⁴⁰ a quant à lui estimé que la réduction de la consommation de tabac et de l'obésité réduirait les dépenses de santé aux USA de 370 milliards € sur 10 ans. (sur un total de dépenses annuelles de santé aux USA de 1 500 milliards € par an). Quant à l'OMS, elle a lancé un cri d'alarme en 2006 sur la nécessité vitale d'investir dans la prévention de la chronicité. Les pays qui les premiers se sont engagés dans cette voie ont augmenté l'espérance de vie en bonne santé de manière significative (Danemark, Suède...).

Voici 3 exemples sur la nutrition, le tabac, la prise en compte de l'environnement, tabac et obésité étant deux des problèmes les plus préoccupants en termes de santé publique pour lesquels l'ampleur de la situation en 2030 dépendra des stratégies adoptées aujourd'hui et dans lesquelles les infirmières peuvent agir efficacement.

Exemple 1

Éducation nutritionnelle

Enrayer l'obésité épidémique qui pourrait affecter, en 2030, jusqu'à une personne sur deux dans les pays riches

Si la France est encore relativement moins touchée par les maladies de surcharge pondérale que certains autres pays développés, notamment anglo-saxons, les effets de la précarité grandissante et la mondialisation contribuent à atténuer progressivement le bénéfice du « french paradox ». L'obésité sera probablement l'un des plus importants fléaux de santé dans les prochaines décennies, et associée à certaines pathologies, notamment le diabète, accroîtra sévèrement les complications des maladies, les besoins en soins et la perte de qualité de vie, multipliant d'autant le coût pour la société.

Selon un rapport de prévalence du Lancet, un adulte sur deux sera obèse en 2030 aux États-Unis et au Royaume-Uni, pays dans lequel jusqu'à 48 % des hommes et 43 % des femmes pourraient être obèses en 2030⁴¹. En France, le taux de prévalence de l'obésité de 14,5 % chez les adultes en 2010 pourrait atteindre 22 % d'ici 2025⁴². D'autres calculs l'estiment davantage à 30 % dès 2020, notamment si l'on se base sur les données de l'ENNS 2006 avec l'hypothèse d'un taux de progression de 4 %. Enfin, si l'on tient compte des personnes en surpoids, dès aujourd'hui, la fraction de la population française obèse ou en surpoids dépasse les 50 %⁴². L'augmentation de la prévalence du surpoids s'accompagne de son cortège de prévalences accrues de diabète, maladies cardiaques, AVC et cancers. Les dépenses médicales des personnes atteintes d'obésité sont 30 % plus élevées que celles des personnes de poids normal. Idem pour les coûts d'hospitalisation (de 46 % supérieurs aux USA). En 2030, les dépenses de santé liées à l'obésité et au surpoids pourraient atteindre 16 à 18 % des dépenses totales de santé des pays riches à forte prévalence⁴¹. Seules des politiques de prévention particulièrement volontaristes et efficaces permettraient de ralentir le rythme⁴².

Ce n'est qu'en multipliant les actions (de prévention, d'éducation, sur l'environnement) que l'on parviendra à modifier les comportements alimentaires. Les infirmières sont déjà souvent parties prenantes dans l'éducation nutritionnelle de leurs patients. Mais leur rôle devra être reconnu et profondément renforcé aux préventions primaire, secondaire et tertiaire d'autant que l'implication dans ce domaine des médecins libéraux apparaît très faible, comme le souligne le rapport Igas sur

l'hygiène nutritionnelle, préconisant que tous les acteurs de santé soient mobilisés⁴³.

Typiquement, il semble que dans cette éducation nutritionnelle (conseil, information, suivi), les infirmières fassent mieux que les médecins. Une étude sur le conseil diététique montre que les médecins procèdent le plus souvent par conseil oral tandis que les infirmières donnent leurs conseils à l'oral et à l'écrit. Par ailleurs, elles recueillent plus les antécédents diététiques du patient⁴⁴.

Le rôle de l'infirmière est de fournir une éducation nutritionnelle qui consiste à rappeler les règles de base d'une alimentation équilibrée avec des apports nutritionnels suffisants ; à faire comprendre l'intérêt d'une alimentation équilibrée et variée, à corriger une alimentation déséquilibrée. En écoutant tout d'abord la personne pour connaître ses goûts, ses activités, sa situation familiale et sociale, l'infirmière peut la conseiller en lui apportant une réponse personnalisée et adaptée et saura l'orienter vers un professionnel spécialisé.

Revendications auprès des décideurs

- La contribution des compétences infirmières concourra à atteindre les objectifs énoncés dans le Plan National Nutrition Santé (PNNS) selon les orientations du Haut conseil de la santé publique à savoir :
 - stabiliser la prévalence de l'obésité, du surpoids ou du moins contenir son évolution ;
 - améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque ;
 - réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles
- Cette éducation nutritionnelle doit être reconnue et rémunérée.
- Favoriser la recherche infirmière et le transfert des connaissances quant à l'adoption de saines habitudes de vie en fonction de la complexité du phénomène des problèmes liés au poids.

Exemple 2

Tabac

Avec l'obésité, la prévalence du tabac demeure élevée malgré tous les efforts entrepris pour contrer ce grave problème de santé publique et sa réduction est encore l'une des priorités de santé publique. La prévalence du tabagisme atteint près de 30 % en France, ce qui est supérieur à l'objectif de 20 % fixé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁴². La consommation de tabac reste à l'origine d'une part importante de la morbidité : 13 % de la mortalité avant 65 ans est attribuable aux cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures.

Les bénéfices de l'arrêt du tabac sur la santé des fumeurs sont connus et documentés et ce quel que soit leur âge. Les premières améliorations s'observent dès les 20 premières minutes après la dernière cigarette et se maintiennent 10 à 15 ans après avec un rééquilibrage de l'espérance de vie. Le risque de mortalité chez un ancien fumeur, quelle qu'en soit la cause, diminue pendant la première année et rejoint, après une période de 10 à 15 ans, celui que courent les personnes qui n'ont jamais fumé⁴⁵. En réalité, les bénéfices sont multiples, y compris au plan psychologique : les ex-fumeurs apprécient de réaliser des économies, de ne plus exposer leur famille à la fumée secondaire et d'être devenus des exemples à suivre pour leurs enfants.

Pour initier et conduire avec succès une démarche d'abandon, il apparaît que les interventions auprès des fumeurs sont extrêmement bénéfiques. *« De nombreuses études ont démontré que le simple fait de conseiller au fumeur de cesser de fumer prend à peine 3 minutes et qu'une telle intervention peut faire une différence. En effet, on a évalué à 13,4 % le taux d'abandon du tabac lorsqu'une intervention de 3 minutes au moins a été faite, comparativement à 10,9 % lorsqu'aucune intervention n'a été offerte »*⁴⁶. Ainsi, si tous les professionnels de santé, y compris les infirmières, déterminaient le statut tabagique de leurs patients et leur conseillaient de cesser de fumer, le nombre d'ex-fumeurs pourrait atteindre plusieurs milliers chaque année (Tremblais et Gervais 2001).

Il a été démontré que plus la durée de l'intervention est longue et plus les rencontres sont fréquentes, meilleurs sont les résultats d'abandon.

Dans le cadre d'une stratégie nationale globale qui met l'accent sur la prévention, sur la sensibilisation à l'école, en entreprise... ce serait accroître ses chances que d'intégrer aussi une approche qui tire profit du lien de proximité et de confiance des patients avec leur infirmière. Il est dommage de se priver du rôle que peuvent jouer près de 100 000 infirmières pour incarner « l'agir au plus près des populations » recommandé par l'INPES.

L'infirmière possède les compétences cliniques pour évaluer l'état de santé du patient, faire un bilan de la dépendance et de la motivation à l'aide des outils disponibles, encourager l'arrêt du tabagisme des patients chroniques et de leurs proches. Elle peut évaluer la réceptivité du patient au changement et intervenir en fonction des stades de changement de comportement pour l'aider et l'accompagner dans son sevrage, évaluer les progrès dans le cadre d'un suivi et l'encourager à poursuivre sa démarche de changement malgré les difficultés qu'il peut rencontrer. Cette activité s'inscrit dans le cadre des activités de promotion de la santé et de la prévention de la maladie comprises dans le champ d'exercice de la profession infirmière.

Revendications auprès des décideurs

- reconnaître le rôle que peuvent jouer les infirmières dans la lutte contre le tabagisme ;
- intégrer à la pratique des infirmières libérales, d'ici 2030, l'assistance à l'abandon au tabac pour rendre plus accessible le suivi personnalisé et augmenter les chances d'arrêt définitif de la consommation tabagique ;
- élaborer en lien avec la HAS des recommandations de bonnes pratiques sur ces interventions.

Exemple 3

Santé environnementale

De plus en plus, les professionnels de santé vont devoir intégrer des recommandations santé/environnement dans leurs pratiques et développer des mesures de prévention en réponse aux risques environnementaux. La réduction de l'impact des déterminants environnementaux sur le milieu de vie sera un enjeu considérable qui prendra une place croissante dans les politiques de santé publique.

Le rôle de l'infirmière en santé environnementale consistera à :

- évaluer les risques liés aux dangers environnementaux dans les familles et les en alerter ;
- préconiser des politiques qui protègent la santé en évitant les expositions à ces dangers environnementaux ;
- effectuer des recherches en sciences infirmières liées aux enjeux de santé environnementale ;
- plus spécifiquement à prendre en compte la vulnérabilité des personnes atteintes de pathologies chroniques à certains déterminants environnementaux.

Revendications auprès des décideurs

- intégrer la prévention des risques environnementaux dans la formation initiale et le développement professionnel continu. Les infirmières libérales, qui sont au contact proche des patients et qui connaissent leur milieu de vie, doivent pouvoir sensibiliser l'ensemble des patients à la thématique « Air intérieur » et les aider à prévenir ou limiter les risques sanitaires liés à la qualité de l'air. Elles doivent aussi pouvoir intervenir pour mieux évaluer et suivre l'exposition de la population aux polluants atmosphériques.

– associer les infirmières à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans locaux en santé environnement ;

– soutenir la recherche infirmière sur les thématiques prioritaires en santé environnement déjà identifiées et sur les pathologies en forte augmentation ou (re)émergentes, telles que le saturnisme chez les jeunes enfants provoqué par les anciennes peintures au plomb et favoriser la diffusion des résultats.

Chapitre 5

Coopérations et rôles professionnels

5/1 **Un pré-requis:**

le partage des données de santé

La complexité accrue des soins, des parcours de soins, la nécessité d'adopter une approche centrée autour du patient dont la priorité sera encore davantage de le lui proposer des prestations pour le garder en bonne santé et l'amélioration de la qualité de suivi des patients chroniques impliquent à l'évidence une coopération accrue des différents professionnels de santé qui participent à sa prise en charge. Cette coopération, qui aujourd'hui suscite beaucoup d'attention et d'intérêt de la part des régulateurs de santé, doit commencer avant toute chose, en ambulatoire, par un pré-requis indispensable: le partage d'informations. Les infirmières sont celles qui recueillent au chevet des patients le plus de données cliniques, qui observent et notent les évolutions de leurs états de santé, d'autonomie, de leurs réactions comportementales, de leur régime alimentaire... et aujourd'hui sans que le médecin traitant ne puisse bénéficier de ces retours sur le suivi des traitements. Et l'inverse est également vrai, c'est-à-dire que les infirmières libérales qui prennent en charge des patients en sortie d'hôpital, souvent sans préparation et dans des conditions d'urgence, ne connaissent rien de leur état ni des traitements qu'ils suivent.

Quand bien même les infirmières libérales sont depuis longtemps organisées pour assurer sans file d'attente tous les retours à domicile liés à la réduction des DMS hospitaliers, il n'en demeure pas moins que ces retours s'effectuent aujourd'hui sans réel partage d'informations avec le risque permanent de compromettre la qualité et la sécurité des prises en charge des patients. Dans la plupart des cas, et plus spécifiquement pour les patients qui nécessiteraient le plus de coordination, les infirmières libérales ne disposent même pas de l'information de base sur les diagnostics posés. Elles n'ont pas connaissance du niveau d'information du patient et de son entourage sur la réalité du diagnostic posé. Cette rétention d'informations préjudiciable au patient est particulièrement évidente dans les cas de diagnostics sévères, cancérologie, maladies évolutives invalidantes.

Il n'y a nulle amélioration à attendre de la prise en charge de tous les patients en général et des chroniques en particulier si le recueil de données n'est pas réalisé et partagé avec le médecin généraliste en premier lieu, les spécialistes en deuxième lieu. Ainsi, la nécessité de créer un dossier infirmier informatisé (D2I) s'est imposée dès 2009 lors des travaux engagés par la FNI en collaboration notamment avec les industriels des systèmes d'information de santé (LESISS).

Toute amélioration de la fluidité des parcours, toute amélioration dans l'accompagnement et le suivi personnalisé des patients seront conditionnées à un partage des informations entre les professionnels qui sont les plus impliqués. Si jusqu'à présent les infirmières ont été peu ou prou écartées de la conception et de la mise en œuvre du DMP, il est essentiel que soit très rapidement déployé un dossier infirmier informatisé autour d'un recueil infirmier d'observations cliniques continu qui permettra ainsi aux médecins de disposer d'une vision globale sur le suivi des traitements, afin d'y apporter les réadaptations nécessaires. C'est le seul outil qui permettra le suivi des patients chroniques dans leur parcours ville-hôpital-ville. Sans ce dispositif, le DMP risque bien de se limiter à la transposition informatique des rapports d'hospitalisation et de demeurer pendant longtemps une coquille vide.

Le déploiement du dossier infirmier informatisé

visé essentiellement à :

- organiser le plus simplement possible le recueil d'observations cliniques, le partage, l'enrichissement et la consultation des données de santé d'un patient ;
- améliorer le quotidien des infirmières libérales et le confort de travail par un gain de temps dans l'accès aux informations ;
- sécuriser les prises en charge des patients par une meilleure communication entre les professionnels de santé, par un accès au compte rendu de sortie hospitalier...

Le projet du D2I repose sur 2 éléments fondateurs :

- le recueil de données au chevet du patient,
 - le logiciel « métier »,
- qui vont conduire au D2I. Tout ceci venant s'inscrire dans le schéma national du DMP.

Le recueil de données au chevet du patient peut se faire par le biais d'un Smartphone ou autre support selon le choix des professionnels. Il y aura ensuite transfert de ces données par le logiciel de gestion vers un serveur qui va alimenter le volet infirmier du DMP avec un accès « sécurité » et, à terme, une consultation sécurisée.

La mise en œuvre d'un tel dispositif permettra de rendre accessible à tous les professionnels de santé toute la dimension clinique des soins infirmiers qui valorise le recueil d'observations cliniques assurée au quotidien par les infirmières libérales et, par voie de conséquence, le suivi des patients et l'optimisation de leur parcours de soins. Les infirmières sont au cœur d'une valeur ajoutée hautement stratégique : le recueil de données que le D2I a pour mission de rassembler. C'est bien par les infirmières que l'on pourra améliorer le suivi, la transmission des informations puisque ce sont elles qui peuvent recueillir de façon plus formalisée les données de suivi des patients qui sont essentielles dans l'adaptation des thérapeutiques ou les changements d'orientation.

Pour la Fédération Nationale des Infirmiers, il ne s'agit pas de s'immiscer dans la relation qui existe entre le corps médical et le patient, mais de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins, pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions (Article R. 4311-2 du Code de la santé publique). La FNI rappelle que l'amélioration de la circulation de l'information est un levier essentiel pour améliorer les rapports coût/efficacité en santé, comme le rappelle l'OCDE⁴⁷. *« Le besoin d'amélioration de la circulation de l'information est celui qui revient le plus souvent dans le débat dans la zone OCDE. L'amélioration du recueil et de la diffusion de l'information sur les patients et les performances des prestataires est essentielle pour améliorer les résultats des systèmes en matière de rapport coût/efficacité. Il est plus facile de préparer les consultations et de fournir les soins appropriés si les données concernant le patient sont récentes et précises et si elles sont fournies en temps opportun. »*

Champs d'action de la FNI

- La FNI a déjà formulé et défini le contenu qu'il serait pertinent de donner au dossier infirmier informatisé.
- La FNI détient et entretient une expertise en matière de TIC en santé mobilisable notamment par son expert, Maryse Guillaume, qui siège au comité de liaison et de coopération de l'ASIP Santé.
- La FNI s'engage pour l'utilisation des systèmes d'information par les infirmières libérales et en particulier l'appropriation du D2I pour peu qu'il soit intégré aux logiciels métier.

- La FNI sollicite les Groupements de coopération sanitaires (GCS) Télésanté en région afin d'obtenir des crédits qui permettent d'impliquer les infirmières libérales dans le déploiement du DMP (exemple des travaux conduits par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) infirmières libérales de Franche-Comté en mai 2012 en réponse à un Appel d'Offres public sur le déploiement du DMP en Franche-Comté).

Revendications auprès des décideurs

- la proposition portant création d'un dossier infirmier informatisé qui a été récemment retenue par le Centre d'Analyse stratégique⁴⁸ (note 255) comme une priorité pour l'offre de soins de demain doit être mise en œuvre très rapidement en concertation avec les syndicats d'infirmières libérales. Il est du ressort du gouvernement d'encourager et de soutenir officiellement cette démarche et de l'ASIP Santé de fournir le cadre d'interopérabilité pour la comptabilité avec le DMP ;
- l'État confère au D2I une base légale dans le code de la santé publique, comme c'est le cas pour le Dossier pharmaceutique qui stipule que « Les informations de ce dossier utiles à la coordination des soins sont reportées dans le dossier médical personnel selon les conditions prévues... », de telle manière que celui-ci soit officiellement reconnu de toutes les professions de santé, qu'il puisse se conformer aux exigences de la CNIL ;
- le D2I doit être considéré comme un sujet éligible au DPC (Développement professionnel continu) ;
- les organisations, institutions doivent encourager les infirmières de premier recours à travailler avec des fabricants de dispositifs médicaux, télésanté, technologies de santé pour la conception, le développement, l'achat, la mise en œuvre et l'évaluation du matériel médical et des dispositifs de santé et des produits de technologie de l'information de santé ;
- les GCS Télésanté en région doivent s'appuyer sur les Unions régionales des infirmières libérales afin de potentialiser la création et l'alimentation des DMP.

5/2 **Coopérations: évoluer d'une collaboration préexistante informelle** à une coopération protocolisée

La coopération existe de fait aujourd'hui entre les médecins généralistes, les infirmières, les pharmaciens et plus généralement tous les intervenants au domicile de façon non formelle. Certaines collaborations toutefois sont beaucoup plus étroites et quotidiennes, notamment entre infirmières libérales et médecins généralistes, entre infirmières libérales et pharmaciens, entre infirmières libérales et prestataires de santé à domicile. Malheureusement, très peu d'études se sont penchées sur ces relations de coopérations. Seule une étude conduite par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur le réseau professionnel des médecins généralistes⁴⁹ illustre cette coopération de fait. *« Dans un intervalle de 15 jours, 70 % des médecins déclarent avoir eu au moins un contact avec un infirmier libéral à propos d'un de leurs patients, au 3^e rang après les médecins spécialistes et les pharmaciens, ce qui montre bien qu'il existe des échanges fréquents »,* résume Anne-Marie Brocas, directrice de la DREES. *« Toujours dans un intervalle de 15 jours, plus de 70 % des médecins ont adressé des personnes âgées dépendantes à des infirmières libérales et à 95 % la collaboration était jugée satisfaisante voire tout à fait satisfaisante. »*

Avec les prestataires de santé à domicile (PSAD), les infirmières libérales entretiennent également une collaboration étroite quotidienne pour assurer la prise en charge de patients perfusés à domicile sans que leurs rapports ne soient régis ni par des liens hiérarchiques ni par des liens financiers. Ils apportent une expertise et des compétences complémentaires qui permettent la mise en œuvre des traitements lourds à domicile dans des conditions de qualité, de sécurité et d'efficacité optimales. Cette collaboration, qui est opérationnelle depuis une vingtaine d'années, repose sur une complémentarité dont le périmètre est bien défini : les PSAD ne peuvent en aucun cas effectuer des soins, mais ils mettent en œuvre les dispositifs médicaux nécessaires aux traitements, intervenant en amont de la mise à disposition du matériel. Ce sont les infirmières libérales qui réalisent les soins à domicile en conservant leur autonomie et leur place auprès de leur patient et de sa famille. Au-delà de l'entretien ou de la réfection d'un pansement, du remplis-

sage d'une poche de soluté, elles assurent une surveillance et un suivi clinique, mettent en œuvre des protocoles et des recommandations de bonnes pratiques pour prévenir toutes complications, assurent avec les prestataires les remontées d'informations vers le médecin prescripteur. Cette collaboration apporte une contribution sanitaire, organisationnelle, sociale et économique au système de santé en rendant possible la baisse de la durée moyenne de séjour hospitalier (DMS), en rendant accessibles des traitements et des technologies jusque-là réservés à l'hôpital ou encore en apportant une réponse à la désertification médicale en permettant la mise en œuvre de traitements complexes en tout point du territoire (voir annexe N° 3).

Il ne faut pas oublier que les infirmières sont les professionnelles les plus en contact avec le malade, alors que les autres ne le voient que de manière sporadique. Elles sont naturellement placées dans une position de rayonnement au cœur de cette réalité des soins et il leur revient probablement, pour une bonne part, de créer la chimie qui permettra à l'interdisciplinarité de réellement fonctionner.

D'ici 2030, les soins seront encore davantage dispensés au domicile du patient qui, avec le développement de la télésanté et de la télémédecine, ne sera toujours et presque exclusivement visité que par les infirmières. La pénurie médicale et l'inégalité de leur répartition pourraient être abordées comme une occasion favorable pour redéfinir et recomposer le contenu de leur activité ainsi que celle des infirmières. Le principal challenge n'est-il pas de parvenir à une utilisation optimale des ressources en valorisant les compétences de chaque corps professionnel ? Cette pénurie médicale peut alors être saisie comme l'opportunité de mieux répartir les activités et d'optimiser le temps médical tout comme le temps infirmier utile.

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le nombre de médecins en activité va diminuer dans les prochaines années de près de 10 %, passant de 208 000 en 2006 à 188 000 en 2019. Le scénario le plus probable prévoit que ce nombre augmenterait ensuite pour atteindre 206 000 en 2030, soit un niveau légèrement inférieur à son niveau actuel (-1 %). Mais dans le même temps,

les besoins en ambulatoire vont grandement augmenter. « Entre 2006 et 2030, la population française devrait croître d'environ 10%. La densité médicale, c'est-à-dire le nombre de médecins par habitant, chuterait donc davantage que les effectifs. Pour l'ensemble France métropolitaine et DOM, elle passerait de 327 à 292 médecins pour 100 000 habitants entre 2006 et 2030, diminuant ainsi de 10,6% pour retrouver son niveau de la fin des années quatre-vingt. Elle atteindrait un point bas en 2020, date à laquelle on compterait 276 médecins pour 100 000 habitants, et ne repartirait à la hausse qu'en 2024. » Mais jusqu'à au moins 2030, le rapport entre les effectifs de médecins en activité et les recours qui leur sont adressés serait donc très inférieur à son niveau actuel⁵⁰.

Est-il pertinent d'employer le temps médical au suivi de patients chroniques stabilisés ? Ce qui est peu fréquent chez nos pays voisins. Il est vrai qu'en France, aucune étude ne s'est jamais intéressée à la pertinence des actes réalisés par les médecins généralistes. Pourtant, à leurs propres yeux, ce qui valorise leur formation et leurs compétences, à savoir poser un diagnostic différentiel et établir un plan thérapeutique médical, est insuffisamment présent dans leurs pratiques actuelles, bien que cela corresponde le plus à leurs aspirations. En effet, les médecins généralistes souhaitent surtout faire davantage de médecine. Ils ne se sentent pas tant surchargés par la quantité de travail en volume horaire que par la somme de travail non médical. Cette observation, qui s'est dégagée de l'enquête conduite par la DREES sur l'emploi du temps des médecins libéraux et publiée en mai 2010, montre que les médecins font la distinction entre le temps consacré à de la vraie médecine ou pas⁵¹. Cette hiérarchie distingue d'abord ce qui est médical de ce qui ne l'est pas et valorise surtout les actes médicaux estimés comme les plus complexes. La complexité étant entendue soit en référence au caractère vital des situations, soit en référence au caractère technique de l'expertise mobilisée. Finalement, ce qui est vécu comme valorisant la compétence médicale n'est pas perçu comme une surcharge de travail. Au mieux, ce temps consacré aux diagnostics et aux soins représenterait 60% du temps de travail⁵¹.

Une étude approfondie mettrait certainement en évidence nombre d'activités réalisées par les médecins généralistes et qui relèvent de

compétences infirmières. Les déterminants économiques et sanitaires penchent pour la réaffectation de ces activités au corps infirmier sans requérir aucune formation supplémentaire. Avec le développement des technologies, cette substitution peut permettre, en s'appuyant davantage sur la profession infirmière, de répondre à l'augmentation des besoins de santé sans augmenter de façon proportionnelle les dépenses, voire même à coûts constants. C'est tout à fait possible. Cela dépendra du niveau de mobilisation des compétences infirmières d'une part et du choix qui pourra être fait dans le modèle d'organisation que les régulateurs de santé choisiront d'autre part. Car il s'agit bien d'un choix conscient. Il n'existe pas de modèle applicable préétabli. L'étude des modèles étrangers montre une grande variété de configuration d'organisation avec toutefois une constante : l'abandon d'un système pyramidal de délégation de tâches pour un système de partage de compétences abordé sous l'angle de la complémentarité. C'est la reconnaissance officielle de la multidisciplinarité dans le domaine des soins médicaux. Certaines compétences s'entrecroisent nécessairement. *« L'infirmier est à même de porter son propre diagnostic et la médecine générale clinique n'est pas étrangère aux soins »*, résume Pierre-Louis Druais, président d'honneur du Collège national des généralistes enseignants⁵². *« L'infirmier aussi est avant tout un clinicien, il doit soigner un endroit en s'occupant du reste, il faudra bien qu'un jour chacun trouve sa place et accepte la place de l'autre. »*

Si le choix de la complémentarité est l'orientation choisie, les bénéfices seront maximisés tant pour les patients que pour les professionnels mais aussi pour la collectivité. Une délégation de tâches de conception pyramidale n'aurait pour effet que celui de reproduire en ambulatoire le fonctionnement managérial hospitalier, un système adapté à la prise en charge aiguë mais qui n'est pas généralisable au risque de démultiplier les coûts de prise en charge. Et elle est obsolète dans le contexte actuel, comme le confirme le vice-président de l'Ordre des médecins, Jacques Lucas : *« les délégations de tâches faisant appel à une vision pyramidale de type pharaonique sont dépassées. Il apparaît maintenant nécessaire qu'il y ait de véritables partages de compétences entre professionnels qui s'inscrivent dans un exercice multidisciplinaire. Ce partage devra s'effectuer, y compris dans la médecine de premier recours. Les médecins*

généralistes ne peuvent répondre à tout et les patients ont besoin d'avoir des réponses quasi immédiates, ne serait-ce que d'orientation. »

Pour la FNI, la collaboration interprofessionnelle dépend de la reconnaissance de l'interdépendance et des zones de chevauchement entre les groupes professionnels. L'une des clés de la dynamique de cette collaboration interprofessionnelle est de reconnaître et de valoriser les compétences sans les opposer (Dussault, 1990). Elle doit être un moyen de maximiser les bénéfices.

L'adoption d'un nouveau *modus vivendi* peut trouver son ancrage dans le suivi des patients chroniques pour lesquels les infirmières ont déjà toutes compétences et leur suivi systématique serait de nature à libérer une part non négligeable de temps médical utile en ne requérant qu'une protocolisation sur l'adaptation des doses de traitements médicamenteux à l'image de ce qui se pratique déjà pour les traitements des diabétiques insulino-dépendants. Pour la plupart des pathologies chroniques, des protocoles ont déjà été élaborés par des réseaux qui ont initié ce suivi infirmier et les exemples sont nombreux, à l'image de l'initiative menée par Résoval sur la surveillance à domicile par les infirmières libérales des insuffisants rénaux. *« Pour éviter que des patients qui ont de gros œdèmes reviennent plusieurs fois de suite à l'hôpital, nous avons élaboré un protocole, des ordonnances « type » et une fiche de surveillance. Les infirmières recueillent des informations cliniques à domicile (évolution du poids, diurèse, réduction des œdèmes...) et alertent immédiatement le médecin traitant en cas de déviation. Cela permet de réduire les risques (OAP ou autres), le recours à des hospitalisations et contribue à ralentir la progression de l'insuffisance rénale vers le stade terminal. »*

Quand ce sont des infirmières qui suivent et adaptent les traitements des patients chroniques, les coûts pour la collectivité sont moindres tout en garantissant une qualité équivalente ou supérieure de suivi et de satisfaction des patients. Ce sont les données canadiennes qui nous permettent de l'affirmer. Ce pays a misé sur le suivi infirmier des patients chroniques en enregistrant des gains documentés sur la réduction des hospitalisations, l'observance, la survenue de complications. À titre d'exemple, le suivi systématique des patients chroniques par

les infirmières dans quelques localités seulement a permis d'épargner des milliers de journées d'hospitalisation, suivi de BPCO, insuffisants cardiaques, ou encore en psychiatrie⁵³...

Concernant les programmes de suivi de patients chroniques, l'étude Moher concernant l'insuffisance coronarienne⁵⁴, qui compare directement le travail de l'infirmière et celui du médecin, conclut sur l'absence de différences significatives entre les deux professionnels quant à leur capacité à évaluer les patients selon leurs facteurs de risque. Et, de fait, certaines études montrent que les infirmières obtiennent une meilleure observance aux recommandations thérapeutiques⁵⁵.

Les gains attendus du suivi systématique des patients chroniques sont très importants pour maximiser la qualité des soins, assurer la pertinence de chaque journée de traitement et diminuer la longueur des séjours hospitaliers, les complications, les rechutes, les réadmissions.

Revendications auprès des décideurs

D'ici 2030, pourrait facilement être généralisé le suivi systématique, dans de nombreux profils de pathologies, des patients chroniques incluant l'adaptation des traitements médicamenteux en formalisant des protocoles de coopération sécurisés par les outils de technologies de l'information, à législation constante et dans un contexte de coopération avec les médecins et/ou les pharmaciens.

- Il convient déjà de rassembler les protocoles existants, de les compléter le cas échéant et de les formaliser avec les syndicats de médecins généralistes et représentants des institutions médicales.
- La protocolisation sur le suivi de ces patients chroniques devra ensuite faire l'objet d'un groupe de travail spécifique au sein de la HAS pour élaborer des recommandations de bonnes pratiques interprofessionnelles.
- L'application de ces protocoles par les infirmières doit être indépendante du mode d'exercice (libéral, salarié, maison ou centre de santé).

Il convient en parallèle d'adapter la rémunération des infirmières libérales au suivi et l'accompagnement de ces patients chroniques et d'inscrire de nouveaux actes au sein de la NGAP.

Exemple

Exemple immédiatement applicable

Aujourd'hui, la prise en charge « globale » des patients est insuffisamment protocolisée et la polémique suscitée au printemps 2010 par la révélation de pratiques consistant à faire appel aux secrétaires médicales pour assurer – par téléphone ! – l'adaptation des doses d'AVK en fonction des résultats d'INR avait mis en lumière la difficulté des généralistes à prendre sur leur temps cette activité de « consultant téléphonique ». Par ailleurs, la mobilisation du patient suppose d'y associer une éducation appropriée à sa maladie. Or, les études françaises colligées par la HAS sont, à cet égard, alarmistes, montrant qu'un quart d'entre eux ne réalise même pas leur contrôle mensuel, que 40 % d'autres ne connaissent pas leur taux « cible ». La moitié des patients ne connaît pas les signes annonciateurs d'un surdosage.

Toujours selon la même Haute Autorité, le temps des patients passé « hors de la zone d'efficacité thérapeutique » serait de l'ordre de 40 %, ce qui décrit une véritable bombe à retardement sanitaire.

Dans ce contexte, et pour la population ciblée, le plus souvent déjà suivie quotidiennement par les infirmières libérales, il serait opportun d'expérimenter, dans un contexte sécurisé, une délégation du suivi protocolisé des patients sous AVK. Cette sécurisation sera renforcée par un dispositif technique de partage d'information entre les cinq intervenants principaux que sont : le médecin généraliste responsable du parcours patient et de l'effectivité de la coordination des soins, l'infirmier de proximité, le biologiste, le pharmacien d'officine, l'hôpital (avec le spécialiste majoritairement hospitalier). Les technologies nécessaires sont disponibles, ne fait plus aujourd'hui défaut qu'une volonté de l'exécutif de la santé de tester ce dispositif dans un environnement sécurisé.

Ce type de projet illustre la possibilité d'optimiser la prise en charge des patients traités par anticoagulants, en ouvrant sur de nouveaux modes de coopérations interprofessionnelles dans l'objectif de réduire significativement les risques liés à la iatrogénie. On estime entre 600 000 à 900 000 le nombre de patients sous traitement AVK, soit plus de 1 % de la population totale (sources HAS). Ces médicaments sont à l'origine du plus fort taux d'hospitalisation pour effets indésirables (12,3 % des hospitalisations par suite d'effets iatrogènes) et quelques milliers de décès seraient aisément évitables par le contrôle assidu d'un indice de coagulation du sang exprimé en INR (International Normalized Ratio). Dès aujourd'hui, rien n'empêche, à législation constante, une délégation aux infirmières libérales du suivi protocolisé des patients sous AVK, à la triple condition que le médecin établisse un protocole d'adaptation de traitement, que l'acte soit prévu à la Nomenclature Générale des Actes Infirmiers et qu'une circulation fluide d'information, grâce à des outils technologiques adaptés, soit disponible.

5/3 Pratiques avancées: l'infirmière praticienne

Il serait pertinent de former en France des infirmières praticiennes en premier recours auxquelles on pourrait confier la mission de prendre en charge les problèmes de santé courants (infection des voies respiratoires, infection urinaire, gastro-entérite, verrues simples...) en commençant notamment dans les zones les plus affectées par la désertification médicale.

Dans les pays où les infirmières praticiennes sont les plus développées, tels que les États-Unis, le Canada mais aussi l'Australie, certains pays d'Asie (Taïwan, Hong Kong), ou encore le Royaume-Uni, le terme d'infirmière praticienne correspond à un titre, un niveau de formation et des responsabilités bien définis et réglementés.

L'infirmière praticienne en première ligne y prodigue des soins directs, elle travaille à la promotion de la santé, le traitement et la prise en charge des personnes avec des problèmes de santé courants définis par les caractéristiques suivantes :

- une incidence relativement élevée dans la communauté ;

- des symptômes et signes cliniques affectant habituellement un seul système ;
- une absence de détérioration de l'état général de la personne ;
- une évolution habituellement rapide et favorable.

Lorsqu'elles constatent l'un de ces problèmes courants, les infirmières praticiennes en soins de première ligne prescrivent les examens diagnostiques nécessaires et réalisent les interventions thérapeutiques appropriées. Leur particularité réside dans les pratiques dites avancées : leurs pratiques dépassent en effet le cadre légal des compétences exercées par les infirmières. Mais leur formation spécifique associée à des modalités précises de coopération avec les médecins généralistes leur permet de poser des diagnostics, d'interpréter les analyses diagnostiques, de prescrire des médicaments et d'effectuer certaines interventions. Ainsi, l'infirmière praticienne évalue de façon exhaustive l'état de santé selon une approche globale de la personne et peut effectuer des activités médicales dont les contours sont déterminés et balisés avec les représentants des institutions médicales.

En France, intégrer des infirmières praticiennes au système de santé présenterait plusieurs avantages, garantir et favoriser l'accès aux soins dans les zones rurales ou urbaines fragilisés par une densité médicale défaillante, répondre à des impératifs budgétaires tout en contribuant à améliorer la qualité des soins prodigués de nature à recueillir la satisfaction des patients.

En effet, loin d'être l'exercice d'une médecine à bon marché, les infirmières praticiennes en première ligne fournissent une qualité de soins satisfaisante et bien documentée. Aux États-Unis où les infirmières praticiennes ont été instaurées il y a plus de 40 ans, leur nombre n'a cessé de croître et, en 2008, elles étaient 160 000 (données du Collège américain des infirmières praticiennes). Ces infirmières, titulaires de Master ou de Doctorat, bénéficient de dispositions légales leur permettant d'élargir leur champ d'action. *« Aux États-Unis, les infirmières praticiennes sont de plus en plus reconnues dans le système de santé et leur profession a tendance à se développer énormément. Elles disposent d'une liste d'actes qu'elles ont le droit d'accomplir et leurs droits viennent récemment de*

s'accroître », relate Danièle Lévy, chercheur au Centre de sociologie et de démographie médicale (CSDM), dans une étude conduite sur les comparaisons internationales en matière de coopérations. « *La qualité des soins qu'elles dispensent est bien documentée. Enfin, une étude récente menée sur la qualité de la pratique et en l'occurrence des fautes professionnelles des médecins et des infirmières, révèle que les infirmières praticiennes ne sont pas plus taxées de "malpractice" que les médecins, ce qui aux États-Unis est extrêmement important pour des questions assurantielles. Récemment, leurs droits viennent de s'accroître et le contexte de l'exercice aux États-Unis, qui est celui de la libre entreprise, l'emporte sur la réticence du corps médical.* »

En terme de rentabilité, des études ont démontré que 60 à 80 % des soins primaires, traditionnellement dispensés par les médecins, peuvent l'être aussi bien par des infirmières, à moindre coût et pour des résultats au moins équivalents, parfois meilleurs. On pourrait prendre l'exemple de NP Care, un système de prestation de soins par des infirmières praticiennes pour les cas de traitement à long terme qui fonctionne dans plusieurs États des États-Unis. Depuis 2001, les infirmières praticiennes examinent les résidents atteints de problèmes médicaux aigus, consultent les résultats des tests, évaluent les dommages, communiquent avec les familles et forment d'autres infirmières. Grâce à ce système, le taux de réadmission à l'hôpital a chuté de 50 % dans les centres de soins infirmiers couverts par NP Care⁵⁶.

Lorsqu'il s'agit de soins de santé, le point de vue du patient demeure essentiel. Une revue d'études scientifiques menée en 2002 au Canada a démontré que les patients qui avaient été vus par une infirmière praticienne se disaient davantage satisfaits de la qualité des soins reçus que s'ils avaient été vus par un médecin⁵⁷. Des études mettent aussi en évidence que les patients apprécient le style de communication des infirmières praticiennes et que ces dernières leur consacrent également plus de temps⁵⁸⁻⁵⁹. Les patients ont tendance aussi à être plus satisfaits des conseils reçus⁶⁰. À titre d'exemple, ces infirmières posent habituellement plus de questions à leurs patients et leur offrent davantage d'informations et d'options que les médecins. Dans son rapport sur les pratiques infirmières avancées, l'OCDE⁶¹ constate que la plupart des évaluations concluent sur un haut niveau de satisfaction des patients pour les ser-

vices fournis par les infirmières en pratique avancée, souvent supérieur au taux de satisfaction enregistré pour les services similaires fournis par les médecins. Cela semble s'expliquer principalement par le fait que les infirmières en pratique avancée passent généralement plus de temps avec chaque patient, leur apportant plus d'éducation thérapeutique et de conseil.

L'efficacité du rôle de praticienne avancée a été démontrée sur la sécurité et la satisfaction des patients, la prévention de ruptures de services, l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, la réduction des coûts en écourtant la durée d'hospitalisation et en prévenant les réadmissions. Une analyse de l'évolution de la pratique avancée dans douze pays de l'OCDE (Australie, Belgique, Canada, Chypre, États-Unis, Finlande, France, Irlande, Japon, Pologne, République tchèque, Roumanie) vient d'en confirmer l'impact positif sur la qualité des soins et les coûts⁶². Si le degré d'application des rôles avancés varie entre les pays, les évaluations effectuées dans les pays qui en ont une plus longue expérience, entre autres en soins de santé primaires (ex. : pays anglo-saxons, Finlande, Japon), démontrent l'amélioration de l'accès aux services et la réduction des temps d'attente. Un haut taux de satisfaction des patients est expliqué par le temps passé avec l'infirmière ou l'infirmier, la qualité des informations partagées, une meilleure compréhension de leur condition de santé ainsi qu'une capacité de participer au traitement et de se prendre en charge⁶².

Pour les problèmes de santé courants, les infirmières praticiennes canadiennes ont moins recours aux ressources lourdes telles que les tests diagnostiques, l'hospitalisation, l'institutionnalisation, la haute technologie et les médicaments. Selon une étude canadienne, 10 à 15% des coûts des services médicaux et de 16 à 24 % des coûts du secteur ambulatoire pourraient être économisés par l'utilisation généralisée des infirmières praticiennes⁶³.

Revendications auprès des décideurs

- la FNI demande au ministère de la Santé d'envisager l'instauration d'un réseau d'infirmières praticiennes en première ligne et d'étudier rapidement le contenu approprié de leurs pratiques pour définir et développer le programme de formation permettant d'atteindre cette qualification spécifique afin de prévoir avant 2020 une reconnaissance légale et la constitution progressive d'une fonction d'infirmière praticienne pouvant exercer en établissement de santé ou en secteur libéral ;
- les infirmières libérales qui sont déjà installées doivent pouvoir, en suivant une formation complémentaire, accéder à ces fonctions de pratiques avancées.

Chapitre 6

Amélioration de la qualité: bonnes pratiques, innovation, recherche

Un peu partout dans le monde, on reconnaît l'importance de bâtir une capacité de recherche en sciences infirmières afin de permettre une prise de décisions fondée sur des données probantes solides en matière de politiques et de pratique. Il ne sera pas possible, dans notre pays, d'améliorer dans les prochaines décennies la qualité des soins prodigués par quelques 500000 infirmières, près de 660000 en 2030¹³, sans reconnaître et investir dans les sciences infirmières, sans se doter de guidelines produits par les chercheurs et les experts en sciences infirmières au risque de voir se dégrader la sécurité des soins, au risque de laisser les laboratoires édicter les bonnes pratiques et de voir apparaître des dérives comme nous en avons connues en médecine... Les scandales et les affaires du Médiateur ou des prothèses PIP nous rappellent qu'il appartient aux professionnels de santé d'élaborer l'expertise qui préside à leurs pratiques et d'édicter les standards de bonnes pratiques.

6/1 **La recherche comme moyen d'améliorer** la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins

« Soigner mieux en dépensant mieux », c'est l'ambition partagée de l'État et de l'Assurance maladie qui se traduit dans l'expression du « juste soin au juste prix ». Les prestations du système de santé se doivent d'être efficaces, appropriées et économiques. Pour cette raison, les soins infirmiers doivent se fonder de plus en plus sur des données probantes et des prises de décisions factuelles (evidence based nursing). Cela signifie qu'il faut développer la recherche clinique et transférer les connaissances acquises à l'ensemble des infirmières en exercice. Aujourd'hui, il n'existe aucune littérature en Français permettant aux infirmières de vérifier que leurs pratiques sont conformes aux dernières recommandations de bonnes pratiques. Il n'existe aucune institution vers laquelle elles pourraient se tourner pour obtenir des guidelines sur une prise en charge, sur la manipulation de dispositifs implantés, l'éducation nutritionnelle... Cela ne signifie pas que les sujets de leur exercice ne les intéressent pas. Bien au contraire. Aujourd'hui, dans chaque région, au niveau des centres experts régionaux, parfois dans chaque ville/réseau/société savante, les infirmières élaborent des protocoles, des guidelines qui ne sont peu/pas diffusés, qui ne sont ni transférés ni homogénéisés. Ce qui est également une source de confusion lorsqu'une infirmière est confrontée à plusieurs protocoles émanant de nombreux établissements de santé, parfois pour une même prise en charge. Et au niveau national, l'absence d'expertise infirmière formalisée est une source majeure de dérives. À défaut de pouvoir se doter de structures internes à la profession capables de leur délivrer des références de bonnes pratiques, le danger est que ce soit des laboratoires et des prestataires qui édictent les référentiels de soins. Par principe, les guidelines de pratique clinique sont des recommandations faites pour les cliniciens concernant la prise en charge de patients dans des conditions spécifiques. Ils sont basés sur la meilleure preuve disponible tant au niveau de la recherche que de l'expérience pratique. Au niveau international, ce sont bien ceux émis par les sociétés savantes médicales ou paramédicales des professionnels qui sont les plus crédibles/utilisés, viennent ensuite ceux émis par des agences gouvernementales et enfin ceux des compagnies d'assurance.

D'ici 2030, il est essentiel, même fondamental, qu'un corps professionnel aussi important et aussi central dans le système de soins que la première profession de santé se dote d'un outil garant des bonnes pratiques et qui puisse capitaliser sur l'expertise produite. Les infirmières ont besoin d'accéder à des guidelines élaborés de façon indépendante par des experts et chercheurs en sciences infirmières et pas uniquement comme c'est le cas aujourd'hui par le corps médical ou par la HAS dont le choix des experts qui président les groupes de travail n'est pas exempt de conflits d'intérêts.

L'amélioration de la sécurité, de la qualité et de l'efficacité des soins passera par la recherche clinique infirmière.

La clinique infirmière a besoin de recherche pour évaluer des protocoles de soins, vérifier la pertinence du matériel utilisé, améliorer la qualité de vie des malades, identifier de nouveaux moyens efficaces de réduire les durées d'hospitalisations sans nuire au bien-être des patients, identifier une manière optimale de stimuler les personnes en perte d'autonomie...

Cette recherche s'inscrit parfaitement dans les objectifs stratégiques des politiques de santé car elle permet :

- d'améliorer la qualité des soins et de l'enseignement ;
- de développer de nouveaux savoirs, de nouvelles pratiques ;
- de transférer des connaissances théoriques en pratique ;
- aux infirmières de les conforter dans ce qui est approprié à leurs pratiques actuelles et de leur indiquer ce qui serait à améliorer ;
- de découvrir de nouveaux moyens de promotion de la santé et de prévention des maladies ;
- d'élaborer des programmes plus efficaces d'éducation des patients.

6/2 **Favoriser** l'innovation clinique

L'innovation clinique infirmière pourra fortement contribuer à la transformation des systèmes de santé pour les rendre capables de faire face aux défis que représentent le vieillissement, la prévalence de la chronicité, la complexité des besoins de santé. L'innovation dans les

soins infirmiers permettra d'apporter des solutions dans la gestion des soins, l'amélioration de la qualité de vie des patients, la prévention des complications, l'élaboration de nouveaux modèles de soins permettant d'atteindre des objectifs de santé publique...

Cet exemple récent illustre de façon très partielle le rôle des acteurs tels que les infirmières libérales dans l'innovation dans les soins infirmiers ambulatoires, au service de la sécurité, de la qualité des soins et du bien-être des patients. Sur l'initiative d'un anesthésiste charentais, le docteur Éric Bures, le réseau SOS Douleur Domicile a expérimenté d'abord, puis organisé depuis 10 ans maintenant, le traitement de douleurs chroniques rebelles à domicile par la voie d'une infusion continue d'anesthésique local par cathéter périmerveux. Cette technique permet notamment aux patients artéritiques d'être soulagés à domicile, de bénéficier d'une meilleure qualité de vie et ainsi diminuer les hospitalisations liées à la prise en charge de leurs douleurs. Plus largement, elle peut être indiquée pour d'autres pathologies que sont l'algodystrophie, les douleurs cancéreuses, intercostales, post-opératoires (chirurgie orthopédique...), ou encore pour les douleurs induites par les soins (pansements, soins cutanés [escarres, ulcères...], pose ou retrait de sondes...). Les infirmières libérales ont rendu possible l'expérimentation de la technique à domicile, qui a obtenu une validation scientifique de la part du CNRD (centre national de ressources de lutte contre la douleur). L'entretien, la surveillance, réalisés par les infirmières libérales, font l'objet de protocoles précis destinés à rechercher des signes précurseurs des effets secondaires, prévenir d'éventuelles complications. Cette technique ne fait pas qu'apporter des solutions pour soulager les patients là où les autres traitements échouent, elle réduit les risques d'infections nosocomiales et désengorge les secteurs septiques de l'hôpital. Elle ouvre des perspectives pour améliorer le traitement de la douleur. Son intérêt médico-économique est largement démontré : sur la seule année 2009, pas moins de 1,4 millions d'euros ont été économisés dans le seul département de la Charente, soit un gain net de 1 million pour l'Assurance maladie.

Quelques exemples au niveau international :

- mise en place d'un suivi clinique intelligent à domicile auprès des patients atteints de BPCO qui permet de réduire d'environ 44 % le nombre d'hospitalisations grâce à la détection précoce des signes avant-coureurs de décompensation ;
- mise en place d'un programme de suivi de 15 jours à domicile des patients ayant subi une intervention en cardiologie (pontage ou dilatation), un suivi évite la poursuite de leur hospitalisation ;
- élaboration d'un programme d'administration à domicile de produits dérivés du plasma sanguin ; etc.
- élaboration d'un programme d'éducation de gestion du poids destiné aux patients atteints de maladies chroniques qui se sont tous avérés populaires et efficaces (Grande Bretagne Robinson 2007).

«L'infirmière est rarement perçue comme une scientifique produisant un savoir utile aux décisions politiques portant sur la santé et le système qui lui est lié. Dans une société où la seule certitude est l'incertitude, l'unique source d'avantage concurrentiel durable est le savoir. Un des plus gros défis, que la profession infirmière doit relever au XXI^e siècle, est probablement de quitter le monde implicite ou symbolique qui entoure nos connaissances disciplinaires et de sortir de notre pusillanimité pour accéder aux lieux de production de la culture scientifique écrite.»

Docteur Michel Nadot, Professeur à la Haute école de santé de Fribourg (Suisse) et à la faculté des sciences infirmières de l'université Laval à Québec (Canada), responsable de l'unité de recherche francophone à la haute école de santé de Fribourg et du RCSO « réseau d'études aux confins de la santé et du social » (RECSS).

2^e Congrès international en sciences infirmières Les défis scientifiques des soins infirmiers : Innovations et transfert de connaissances, mars 2007.

6/3 **La recherche**, un investissement rentable à court terme

Améliorer la qualité et l'efficacité : investir dans la formation et la recherche en sciences infirmières.

Permettre l'émergence d'une science infirmière générera des économies importantes tout en améliorant la question des soins. Cette contribution de l'agir expert en soins infirmiers a bien été quantifiée et mesurée financièrement. Si la France est très en retard sur l'universitarisation de la profession et le développement de la recherche infirmière, des études descriptives conduites dans les pays qui ont mis en place des cursus universitaires complets de 1^{er}, 2^e et 3^e cycles depuis 3 ou 4 décennies démontrent que l'accès à la recherche peut être directement corrélé à la performance des systèmes de santé. Cette performance se mesure très concrètement dans la réduction des événements indésirables liés aux soins, dans la réduction des coûts médicaux directs imputables aux erreurs, accidents, complications, dans les effets bénéfiques d'une meilleure gestion de la douleur en général, d'une plus grande adhésion aux traitements et meilleure qualité de vie des patients chroniques ou encore l'adoption de comportements de santé aux différents niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Récemment a été publié un mémoire conduit par le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de la Francophonie qui met en évidence beaucoup de sources documentaires et de références bibliographiques qui étayent la valeur économique de l'expertise infirmière eu égard au fait que tous les systèmes de santé cherchent à améliorer leur efficacité⁶².

Le niveau de formation des infirmières influence directement le niveau de sécurité des soins délivrés aux patients et, par voie de conséquence, minimise leur coût économique en réduisant la survenue des événements indésirables et des complications. Un ratio optimal d'infirmières formées aux 2^e et 3^e cycles contribue à réduire les coûts associés aux accidents et événements indésirables, estimés par l'Organisation mondiale de la Santé à 10 % des dépenses de santé d'un pays.

À partir d'une analyse de 500 recherches effectuées de 1998 à 2008, revue systématique et méta analyses ont démontré que les soins infirmiers

prodigués par des infirmières qualifiées sont associés à de meilleurs indicateurs de résultats chez les patients, leur permettant de mieux gérer leur pathologie, de prévenir des complications et des hospitalisations. Plusieurs études montrent que là où un ratio d'au moins 60% d'infirmières détenteurs de licence, master ou doctorat est respecté, des complications ont pu être évitées : diminution des risques de complications ou d'accidents pour les patients, de la durée d'hospitalisation, des jours non travaillés et des réhospitalisations. Plus largement, certains indicateurs de productivité nationale (frais médicaux et autres dépenses liées à la perte de productivité nationale) sont améliorés. En d'autres termes, chaque fois que le nombre d'infirmières de niveau licence ou supérieur augmente de 10%, les risques de mortalité ou les complications diminuent de 5%⁶².

L'expertise infirmière, qui ne peut être garantie que par un haut niveau de formation universitaire, doit s'appréhender comme un facteur d'efficience à long terme et non comme une dépense. Comme l'amélioration de l'accès aux soins est essentielle à la transformation même des systèmes de santé et qu'elle repose plus que jamais sur une grande autonomie professionnelle, l'Institute of Medicine (IOM) de la National Academy of Sciences recommandait d'atteindre dès 2020 un effectif infirmier composé de 80% de bachelières et bacheliers (niveau licence), et de doubler le nombre de détenteurs d'un diplôme de 3^e cycle universitaire.

Il est urgent que la France rattrape son retard pour garantir la sécurité et la qualité des soins.

En France, il a été décidé en 2009 de conférer de plein droit le « grade de licence » aux futurs titulaires du diplôme d'État d'infirmier. Toutefois, l'obtention dudit grade n'implique pas l'intégration de la formation à l'université. Un rapport parlementaire, en juillet 2010, considère en effet qu'il n'y a pas lieu d'intégrer les étudiantes en soins infirmiers à la première année de licence (L1) au sein de l'université.

« Enfin, les études universitaires en sciences infirmières suivies dans les pays anglo-saxons par des infirmières françaises ne bénéficieraient d'aucune équivalence leur permettant d'intégrer des équipes universitaires de recherche françaises dans le champ de la santé », comme le déplore

le Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'espace francophone dans un mémoire publié fin 2011⁶².

L'université française ne reconnaît pas les sciences infirmières comme une discipline à part entière, c'est bien là une exception par rapport à tous les pays développés. « *L'absence de recherche en soins infirmiers en France révèle une position qui n'est pas convenable* », estime le président du Haut Conseil de la Santé Publique, Roger Salamon. En 2030, il faudra que la France ait rattrapé une partie de son retard et se soit dotée d'une véritable filière de recherche en sciences infirmières d'une part, d'une organisation en lien avec la HAS d'autre part, société savante au service de la discipline infirmière qui sache fédérer des savoirs, des initiatives, favoriser la recherche et l'action dans les domaines scientifique, sociologique et économique, propres à assurer la promotion et la qualification des infirmières de soins primaires.

Champs d'action de la FNI

- La FNI encourage chaque infirmière libérale à suivre régulièrement des formations continues, à actualiser ses compétences, à produire/formaliser une expertise, à participer à des travaux de recherche en clinique et sciences infirmières.
- La FNI s'engage pour le développement et l'utilisation de systèmes de développement de la qualité et d'indicateurs de qualité significatifs pour les soins infirmiers.
- La FNI s'engage pour le transfert des résultats de recherche dans la pratique infirmière par le biais des expertes cliniques dans les institutions, en encourageant des publications et en s'impliquant dans des projets correspondants.
- La FNI organise des trophées pour rendre visible une partie de cette expertise infirmière, sensibiliser les professionnelles à formaliser par écrit leur expertise, à se lancer dans des projets innovants et à s'investir personnellement dans des projets de recherche.

– La FNI s’engage à favoriser la création d’une société savante au service de la discipline infirmière dans les soins de première ligne.

Revendications auprès des décideurs

– Dans une période où les contraintes financières pèsent très lourdement sur les systèmes de santé, les décideurs politiques qui concentrent leurs budgets sur les dépenses les plus efficaces doivent investir sur la formation universitaire de 1^{er}, 2^e et 3^e cycle et sur l’encouragement d’une filière forte de recherche en sciences infirmières. La formation doit être abordée comme un investissement véritable, un levier majeur d’amélioration du système de santé tant sur le plan de l’organisation et de la qualité des soins, que de l’amélioration des pratiques et plus globalement de l’état de santé des populations (Cf. annexe N° 4)

– Encourager et soutenir financièrement la mise en œuvre d’une véritable recherche en sciences infirmières :

Il faut encourager les travaux de recherche en sciences infirmières non seulement en milieu hospitalier, mais également en secteur ambulatoire, ce qui suppose de dégager une enveloppe budgétaire dédiée permettant de compenser la perte de revenus des infirmières libérales qui consacrent du temps à la conduite de travaux de recherche ou à leur participation à ces travaux. Cela paraît d’autant plus essentiel qu’on aura besoin d’expertise en ambulatoire dans les soins de suite postopératoires, le traitement de la douleur, le suivi des patients chroniques, la prévention des malades à la gestion des maladies chroniques, à la promotion de la santé et aux services de santé. Or, les protocoles hospitaliers ne sont pas directement transposables en ville. Cet investissement sera rapidement rentabilisé au regard de l’impact médico économique de l’agir expert infirmier.

– Pour cela, il peut être nécessaire de créer un Fonds de recherche en sciences infirmières qui puisse injecter des sommes considérables pour soutenir la recherche en sciences infirmières et le développement de la capacité de recherche, fonds qui puisse être abondé par des associations de malades, associations reconnues d'utilité publique et dédié à tous types de recherches (hôpital, domicile, établissements d'hébergement pour personnes âgées).

Objectif : aider les projets de changements de pratiques appuyés sur les données probantes, soutenir le développement de projets de recherche, faciliter le partage des connaissances et le réseautage.

– Créer un cadre favorable qui permette l'élaboration de guidelines et recommandations de bonnes pratiques.

Devant le manque cruel d'expertise (evidence based nursing) et particulièrement en médecine de ville, il est indispensable de permettre la constitution d'un corpus de connaissances scientifiquement validées. Une société savante ou une institution placée sous l'autorité de la HAS doit être en charge de traduire certaines recommandations, de faire des propositions à la HAS, de rassembler et d'homogénéiser un certain nombre de données actualisées pour apporter des éléments de niveaux de preuve, alimentés par les travaux de recherche en sciences infirmières.

– Des stratégies devraient être mises en place immédiatement afin de remédier au manque important de professeurs aptes à faire de la recherche et disponibles pour superviser les étudiantes de niveau doctorat.

– Créer suffisamment de programmes de master et de doctorat afin de pouvoir mettre en place les nouveaux modèles de soins décrits. Des organisations et/ou institutions doivent encourager les infirmières de premier recours à travailler avec des fabricants de dispositifs médicaux, télésanté, technologies de santé pour la conception, le développement, l'achat, la mise en œuvre et l'évaluation du matériel médical et des dispositifs de santé et des produits de technologie de l'information de santé.

- Favoriser l'innovation et développer et évaluer de nouveaux modèles de soins.

Les organisations, institutions doivent soutenir et aider les infirmières à prendre les devants pour développer des modèles de soins novateurs centrés sur les patients.

- Favoriser le jugement clinique dans la formation continue (développement professionnel continu).

- Combler l'absence d'une infrastructure de soutien de la recherche en sciences infirmières dans les universités et les hôpitaux d'enseignement.

Chapitre 7

Formation initiale et continue

7/1 **Formation** initiale

Alors que le grade universitaire était déjà exigé au Royaume-Uni, en Espagne, Italie, Irlande, Suède, Norvège, Portugal, la France a décidé, en 2009 et conformément aux accords de Bologne de 2002 sur la réforme de la formation universitaire, d'inscrire l'enseignement supérieur infirmier dans le schéma du LMD (licence, master et doctorat). Le gouvernement français a engagé la formation en soins infirmiers dans cette démarche sans toutefois intégrer directement la formation infirmière dans un cursus universitaire classique comme cela est le cas dans de nombreux autres pays européens et anglo-saxons confirmant une exception française assez incompréhensible. À l'origine de ce choix, la volonté de «maintenir les IFSI dans un univers professionnel» et le souci de répondre à des besoins catégoriels liés à la gestion des personnels salariés des établissements de santé.

Il a été décidé de conférer le «grade de licence» aux futurs titulaires du diplôme d'État d'infirmier. Ce grade est reconnu à toute infirmière titulaire d'un diplôme d'État délivré par un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) après qu'il eut établi un partenariat avec une université. L'année 2012 consacre les premiers titulaires reconnus au niveau licence.

Si l'universitarisation de la formation était très attendue, la réforme de la formation initiale telle qu'elle a été mise en œuvre n'a pas véritable-

ment répondu aux attentes de la profession et, à peine installé, l'Ordre des infirmiers avait vivement critiqué le référentiel de formation « *bien éloigné des réalités du terrain et des besoins des patients* », un référentiel qui n'a pas pris la mesure de la dimension experte de la profession ni de la nécessité d'assurer un haut niveau de formation pour accompagner l'évolution des pratiques infirmières. En outre, cette réforme prive, à ce jour, la profession infirmière de se constituer en véritable discipline autonome, l'université ne reconnaissant pas les sciences infirmières comme une discipline à part entière, preuve qu'il y a encore en France des freins suffisamment forts à l'autonomie d'une profession que certains considèrent encore comme une profession d'exécution.

Seule une réelle intégration universitaire de la formation pourra apporter une réponse globale et cohérente qui ne dénaturerait en rien l'aspect spécifique et professionnalisant de la filière mais répondrait à la nécessité d'assurer un haut niveau de formation pour accompagner l'évolution des pratiques infirmières. Aussi est-il souhaitable voire indispensable que dans un avenir très proche, la France rejoigne la cohorte de tous les pays développés qui ont construit au sein de l'université des programmes de recherches en sciences infirmières. Rappelons que dès 1934 était créé aux États-Unis l'un des premiers programmes de doctorat (Ph. D.), et en 1952 le premier périodique de recherche scientifique infirmière. Au Canada, la recherche infirmière est implantée depuis 1971 et depuis plus récemment en Australie, au Royaume-Uni, au Liban, en Espagne, en Suisse...

L'avenir passera aussi par une complète intégration dans le cursus universitaire des professions de santé comme l'avait d'ailleurs exprimé Valérie Pécresse lorsqu'elle était ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche, favorable à l'expérimentation des concours de paramédicaux à la fin de la 1^{ère} année de médecine. Les infirmières ne doivent plus être à l'écart du L1 Santé, première année commune aux études de santé (PACES) concernant les étudiants des filières de médecine, sage-femme, dentaire et pharmacie. En effet, les raisons qui ont écarté les infirmières du L1 ne sont d'ordre ni pédagogiques, ni scientifiques

mais liées au caractère encombrant des effectifs infirmiers et au fait que la profession ne souffre pas d'un manque d'attractivité !

Des améliorations devront donc être apportées à cette réforme ainsi qu'à son référentiel de formation. Une première série de mesures devrait être appliquée après le bilan de la première promotion post-réforme 2009-2012. Parmi les lacunes qu'il faudra combler, citons un exemple, celui de la formation sur les plaies chroniques, domaine dans lequel *« les défaillances de la formation initiale sont réelles et énormes y compris dans la nouvelle maquette des IFSI »*, souligne Isabelle Fromentin, infirmière experte en plaies et cicatrisations à la tête du service de consultation infirmière plaies et cicatrisations de l'Institut Curie. *« Il n'y a toujours pas d'enseignement du traitement des plaies chroniques et des pansements modernes, ce qui aurait été essentiel. Je n'entrevois pas de réelle amélioration en formation initiale. Cette absence d'enseignement ciblé du traitement des plaies chroniques est d'autant plus aberrante que depuis 2007, les infirmières ont le droit de prescrire des pansements de nouveaux types, donc de traiter des plaies chroniques. »*

Des ajustements d'autre nature devront être apportés à cette réforme pour éviter que les conventionnements IFSI/universités génèrent de fortes inégalités territoriales dans la qualité de l'enseignement, dont la matérialisation abusive des cours magistraux ou encore pour éviter que seuls des enseignants médicaux titulaires de grade licence ou supérieur puissent assurer la formation des étudiantes au détriment des besoins pédagogiques qui requièrent une expertise infirmière. Seul le développement urgent et en parallèle de la filière de recherche permettra d'alimenter, au fur et à mesure, le potentiel universitaire d'enseignement.

Particularités des infirmières d'exercice libéral

Mal connue, très peu étudiée, l'activité des infirmières libérales au domicile des patients ne se limite pas aux seuls soins et traitements des patients, mais sa pratique quotidienne actuelle se compose :

- du suivi des pathologies chroniques et de l'éducation des patients et de leur entourage leur permettant une socialisation correcte et une

qualité de vie (diabète, HTA, psy, pathologies vasculaires dégénératives, dermato, plaies chroniques, IRTC...);

- du repérage et de la reconnaissance précoce des changements de la condition de santé des personnes qui permettent d’alerter le médecin traitant ;
- du dépistage des situations à risques ;
- de la coordination des prises en charge complexes et des prises en charge des personnes âgées dépendantes en assurant le lien entre le sanitaire et le social ;
- du maintien et de l’entretien d’un lien de proximité entre le médecin, le patient, la famille, les autres professionnels de santé autour du partage des données et des informations ;
- d’une activité liée à la prévention et à la promotion de la santé (habitudes de vie, nutrition) ;
- d’une activité de suivi thérapeutique et de surveillance (surveillance de l’état de santé du client, incluant les facteurs de risque et la thérapie médicamenteuse,...).

Toutes ces activités, qui ne s’écartent pas de la réalité des pratiques quotidiennes des infirmières libérales, correspondent peu ou prou en réalité au profil d’une infirmière dite clinicienne, tel qu’il est défini dans les pays où cette infirmière officie. Les infirmières libérales jouent déjà un rôle de clinicienne qui, s’il est renforcé dans les prochaines décennies et notamment en premier recours, sera une source évidente de sécurité et de rentabilité pour le système de santé. Nous en avons la démonstration dans les pays où elles ont été mises en place. Certes, toutes ces activités sont loin d’être encore reconnues pleinement en 2012, mais la reconnaissance et la rémunération, pour la première fois, d’une mission de coordination des prises en charge complexes marque une orientation forte qui devra être suivie sur le terrain de l’éducation thérapeutique et de l’accompagnement personnalisé des patients chroniques. Demain, ce rôle devra être reconnu à sa juste valeur, c’est-à-dire à un niveau master.

Champs d'action de la FNI:

– La FNI peut aider les ministères et directions à soutenir des études d'impact en coûts/efficacité sur les différents niveaux de pratiques des infirmières libérales. Récemment, la FNI s'est associée au Syndicat des prestataires de santé à domicile pour rendre publique une étude médico-économique inédite du cabinet JALMA qui montre qu'à qualité équivalente, la prise en charge de patients lourds traités pour des chimiothérapies coûte beaucoup moins cher à la collectivité lorsqu'elle est réalisée par le couple prestataire/infirmier libéral que lorsqu'elle est confiée aux structures d'Hospitalisation à domicile. Ainsi, sur le seul champ de la cancérologie, une prise en charge plus adaptée pourrait représenter, par extrapolation des conclusions de l'étude JALMA, une économie de plusieurs centaines de millions d'euros.(voir annexe n° 3)

Revendications auprès des décideurs

– Les pratiques de l'infirmière libérale qui s'apparentent aux pratiques d'une infirmière clinicienne doivent être reconnues comme relevant d'un niveau master. En effet, si le niveau licence peut suffire à la formation des infirmières hospitalières exerçant dans un cadre en permanence sous la responsabilité directe d'une équipe médicale, l'autonomie accrue que sera appelée à acquérir demain l'infirmière libérale passera par l'enrichissement de la formation initiale pour la placer à un niveau master. La FNI en veut pour preuve la reconnaissance de cette responsabilité dans les autres professions paramédicales qui sont exercées très majoritairement à domicile, à savoir les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes. Ces deux professions ont obtenu la reconnaissance de leur formation généraliste en kinésithérapie et en orthophonie au niveau master 1.

- Il suffira, pour que les infirmières de famille qui exercent en proximité soient reconnues au niveau master, qu'elles valident un module de formation complémentaire qui formera l'infirmière de niveau licence à une pratique autonome à domicile.

7/2 **Formation continue:** Développement professionnel continu

L'instauration dans la loi "Hôpital, patients, santé, territoires" de juillet 2009, d'un développement professionnel continu obligatoire pour les paramédicaux a suscité de vrais espoirs au sein de la profession infirmière, voyant dans le DPC la possibilité d'articuler évaluation des pratiques et formation dans un processus continu et cohérent de renforcement des compétences, comme il est précisé dans le texte de loi. Cette caractérisation le rapprochait du concept européen défini comme le moyen de développer, d'améliorer et de perfectionner les connaissances, aptitudes et attitudes requises par l'activité professionnelle. L'apprentissage tout au long de la vie est un engagement européen fort qui fait l'objet de nombreuses décisions politiques. À ce titre, le DPC est considéré comme le système le plus efficace pour garantir et améliorer la qualité des soins.

Malheureusement, ces espoirs ont été fortement contrariés et le contenu du DPC tel que le gouvernement l'a formalisé n'est plus que l'ombre de lui-même. La définition qu'il donne du DPC des infirmières n'établit aucun lien ni aucun rapport entre évaluation des pratiques professionnelles et acquisition ou approfondissement des connaissances. La notion d'expertise elle-même est fortement mise à mal avec la suppression d'une commission scientifique indépendante des professionnels de santé non médicaux chargée de proposer au ministère de la Santé, comme tous les autres professionnels de santé médicaux, des orientations nationales de DPC et d'adresser toute préconisation qu'elle jugerait utile. La suppression de cette commission a placé l'évaluation des besoins de formation sous la responsabilité de la commission regroupant tous les paramédicaux au sein du Haut conseil des professions paramédicales (HCPP) dans lequel l'essentiel des représentants sont les fédérations

d'employeurs d'infirmières salariées. Serait-il envisageable dans un autre domaine que les besoins de formation des avocats, experts comptables, vétérinaires... soient déterminés par leurs employeurs ? Ce traitement d'exception suscite beaucoup d'inquiétudes dans la profession. Et de manière générale, il est évident que la formation continue aurait dû faire l'objet d'une loi à elle seule et pas seulement d'un article au sein de la loi HPST. La complexité du mécanisme et la lourdeur administrative que cela va représenter nécessitaient que l'on se penche un peu plus longtemps sur ce sujet-là et de manière beaucoup plus consultative.

La FNI a toujours considéré la formation continue comme une responsabilité professionnelle, une exigence et une nécessité non seulement pour la mise à jour des connaissances et le maintien des compétences mais pour l'évolution de la pratique infirmière, la garantie d'une sécurité et d'une qualité des soins optimales. L'apparition de nouvelles technologies, de nouveaux protocoles tout simplement, exige une remise à niveau continue des connaissances, le renouvellement de pratiques cliniques basées sur les résultats probants.

Le DPC est un sujet essentiel sur le long terme qui engage l'avenir de la profession infirmière et des soins. Il est décisif pour l'avenir du système de santé que les infirmières actualisent leurs connaissances afin qu'elles soient fiables dans les soins qu'elles prodiguent. Dans un contexte de rallongement de la durée d'activité, c'est la sécurité et la qualité des soins qui sont en jeu. Si l'on retarde l'âge de départ en retraite, on allonge d'autant le besoin d'actualisation et de formation, on allonge le besoin d'adaptation des connaissances. Il est très important pour garder les infirmières en activité dans les fonctions cliniques qu'on puisse leur offrir la meilleure actualisation des connaissances possible.

La FNI veut croire que le Développement Personnel Continu reste un formidable levier pour enrichir dans tous les domaines de l'expertise infirmière le niveau de formation des professionnels en lien avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. Cette obligation de développement professionnel continu croise un réel besoin de formation. Aussi, la FNI souscrit-elle tout à fait à l'objectif de concourir à maintenir et enrichir la qualité des soins, l'expertise infirmière à la condition qu'il réponde aux

aspirations de la profession et se fonde sur l'évaluation des pratiques du professionnel, comme l'avait prévu la loi HPST.

Ainsi, la FNI revendique qu'un minimum de modifications soient apportées pour que le DPC contribue dans les prochaines décennies à répondre à un besoin réel de formation continue, d'actualisation des connaissances et des compétences infirmières, notamment afin de répondre aux spécificités de l'exercice libéral infirmier conventionné.

Revendications auprès des décideurs

1 - Créer un Comité Scientifique Indépendant spécifique aux auxiliaires médicaux libéraux (les professions médicales ont bien un CSI) pour la prise en compte des particularités de l'exercice libéral et des exigences du système conventionnel dans ses évolutions.

La formation continue doit suivre l'évolution des connaissances aux plans scientifique, technique, social, et informatique ; elle doit, de plus, correspondre aux normes de la profession et aux préoccupations des adultes. Jusqu'à présent, la formation continue conventionnelle était gérée par les professionnels eux-mêmes et son succès (+ 69 % de participation entre 2007 et 2009) était lié à l'adéquation entre les problématiques professionnelles et les formations proposées. Il est essentiel que les infirmières qui exercent de façon autonome et responsable au domicile puissent bénéficier de formations propres qui répondent aux caractères si particuliers de leurs pratiques et de leurs conditions d'exercice. Les infirmières libérales ont notamment, de part les spécificités de leur mode d'exercice, besoin de formations très pratiques à la prise en charge de pathologies de plus en plus lourdes à domicile, mais aussi de formations sur les contraintes accrues de qualité et de sécurité. Ainsi, les prélèvements sanguins devront répondre à de nouvelles procédures qualité (conditions de prélèvement, transmission d'informations) que toutes les infirmières

libérales devront connaître et effectuer pour respecter les nouvelles normes qui s'appliquent aux laboratoires d'analyses médicales.

En l'absence de commission spécifique permettant à la profession de définir des orientations nationales au sujet des contenus de formation, la FNI craint à juste titre des décalages importants entre les aspirations de la profession en termes de thématiques DPC et les choix opérés par les instances décisionnelles. Il faut donc créer les conditions favorables pour que les formations proposées aux infirmières libérales soient vraiment adaptées à leur besoin de formation en lien avec leur forme d'exercice sous différents aspects : la technicité et son évolution, les responsabilités, les rapports avec la caisse d'assurance maladie, la maîtrise de la Nomenclature générale des actes professionnels, la sécurité des soins ou encore par exemple le tutorat infirmier. Le secteur libéral est un formidable milieu de stage où les étudiantes viennent parfaire leur apprentissage sur le plan technique, pour acquérir des compétences sur des actes non rencontrés dans les stages hospitaliers. Pour remplir leur mission pédagogique, les infirmières libérales doivent notamment être formées à la posture tutorale et au maniement du portfolio introduit par la réforme des études.

2 - Le soutien financier à la formation continue doit être maintenu au risque de créer de nouvelles inégalités dans les soins

L'enveloppe consacrée au DPC et qui s'adresse désormais aux 600 000 infirmières salariées et libérales ne diffère que d'une virgule de l'enveloppe jusqu'à présent dédiée à la Formation continue conventionnelle des 60 000 libéraux. L'UNCAM continue d'abonder le DCP de la même enveloppe à hauteur de 120 millions d'euros. L'État va abonder le DPC à hauteur de 2 millions d'euros, la somme minimale requise au plan juridique pour qu'il ait possibilité de faire partie à part entière du Groupement d'intérêt public, organisme gestionnaire du DPC. La multiplication du nombre de professionnels formés à coûts constants induit d'une part un raccourcissement très important des durées de formation et un appauvrissement qualitatif d'autre part, la nécessité pour les libérales de prendre sur leurs fonds propres

pour répondre à leurs obligations de formation. Certains cabinets pourront supporter le coût des formations, c'est-à-dire prendre du temps sur le temps de travail, régler les organismes de formation et rémunérer les remplaçants. Mais certains cabinets ne le pourront pas. On assistera à une augmentation du delta de performance entre cabinets, c'est-à-dire à la création de nouvelles iniquités, et de nouvelles inégalités pour les patients en termes d'accès aux soins et de qualité dans la réalisation des soins. On peut dès lors raisonnablement s'interroger sur les conséquences, en termes d'efficience des formations, qu'aura la mise en place du DPC. Le dispositif va induire une sélectivité vers les formations DPC validantes les moins contraignantes en termes de temps, de distance et de prix pour les professionnels les moins motivés. Or, ce sont ces professionnels qui se forment peu ou pas qui nécessitent aujourd'hui la plus forte mise à niveau. À minima, il faudrait que l'état abonde à hauteur de l'UNCAM et être ainsi en cohérence avec la loi de gouvernance qui stipule une parité entre l'État et l'Assurance maladie.

3 - Clarifier les relations avec les laboratoires pharmaceutiques en leur permettant, comme cela a été instauré dans la formation continue médicale, de financer directement le DPC

L'État a fait le choix d'autoriser l'industrie pharmaceutique à financer directement le DPC des médecins pour apporter davantage de transparence, éviter les collusions entre industriels et médecins et faire en sorte que les références de prescriptions médicales ne soient pas directement influencées par les laboratoires. Dans la profession infirmière, il importe dès aujourd'hui de prendre des mesures similaires pour éviter la généralisation de dérives que l'on voit apparaître dès à présent. Les laboratoires pharmaceutiques ou même certains prestataires de santé à domicile n'hésitent pas à élaborer des guides et à proposer, sur le terrain, des formations aux infirmières sur la base de ces protocoles. Il serait légitime que dans les domaines en lien avec les modalités de prescription des infirmières, les industriels soient sollicités pour contribuer au DPC au travers d'une démarche éthique et équilibrée d'autant que cette activité prendra une part de plus en plus importante dans l'avenir. Sur les deux seules années

2009 à 2011, le chiffre d'affaires généré par les prescriptions infirmières dans les pharmacies de ville a progressé de près de 50 % et devrait encore augmenter de 40 % dans les 3 prochaines années⁶⁴. En 2010, les prescriptions infirmières ont généré plus de 80 millions d'euros de chiffre d'affaires presque exclusivement sur le traitement des plaies chroniques. Cela permettrait d'éviter aux laboratoires d'intervenir directement dans les recommandations de bonnes pratiques des infirmières.

7/3 **Assurer la relève:** le tutorat infirmier

Le cabinet libéral est un terrain de stage privilégié des étudiantes en soins infirmiers. Ce stage « lieux de vie », devenu obligatoire pour chaque étudiante par la réforme de 2009 est particulièrement prisé des étudiantes et des ISFI. Si les stages occupent une place essentielle dans la formation des infirmières en tant que lieux d'apprentissage, d'intégration des connaissances, d'acquisition des compétences et de professionnalisation, le stage en cabinet libéral y est essentiel car il permet à l'étudiant d'appréhender le secteur ambulatoire et de se confronter à un large champ d'apprentissage. Pendant longtemps, la formation clinique des infirmières est restée strictement confinée au milieu hospitalier. *«Le stage lieux de vie en cabinet libéral est particulièrement prisé car il permet de balayer un grand nombre de situations du référentiel»*, relate Ève Guillaume, présidente de la FNEFI (Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers). Il suscite en effet un grand intérêt de la part des étudiantes qui y voient de nombreux avantages professionnels, organisationnels et relationnels, un intérêt croissant qui n'est pas sans lien avec la forte attractivité qu'exerce le mode libéral sur les jeunes et les difficultés rencontrées par les infirmières hospitalières dans leurs conditions de travail. Dès leur formation, et cela témoigne d'une approche déjà mature de la profession, les étudiantes sont en quête d'une forme d'autonomie dans leur travail, d'une plus grande possibilité d'exercer l'éventail de leur rôle propre. Ils sont à la recherche d'une relation avec les patients plus respectueuse de leurs besoins, de leur état et donc jugée plus humaine en relation avec la qualité de vie associée au domicile,

les patients y étant moins inquiets, plus ouverts à l'observance de leurs traitements. Enfin, ils y voient une meilleure maîtrise de leur emploi du temps et de leurs revenus.

Le stage des étudiantes infirmières dans les cabinets des infirmières libérales revêt un enjeu essentiel tant pour former la relève qui devra assurer le maintien de la présence territoriale que pour permettre aux étudiantes de se confronter aux soins de premier recours que les pouvoirs publics commencent à reconnaître plus explicitement, mais aussi pour apporter une contribution qualitative importante à l'apprentissage des compétences. En effet, par rapport aux référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'État, l'exercice libéral offre un grand champ d'apprentissage qui n'a pas à pâlir devant les services hospitaliers. Ces stages sont définis dans le nouveau programme des études comme de véritables enseignements cliniques et sont réclamés par les étudiantes. En cela, les infirmières libérales ont un rôle essentiel à jouer. Car c'est bien aussi dans les cabinets libéraux que l'on apprend le métier d'infirmier. En s'engageant ainsi auprès de leurs futurs confrères, les professionnels contribuent indéniablement à renforcer la qualité de la formation et l'attractivité de la profession.

Pour être efficiente et de qualité, cette fonction se doit d'être mieux gratifiée et le temps nécessaire requis mieux pris en compte. Ce sont les conditions même de sa pérennité. Avec des exigences accrues sur les tuteurs, il y a fort à parier que sans reconnaissance ni compensation financière, les étudiantes ne trouveront plus de cabinets prêts à les accueillir et que le bénévolat va finir par épuiser les bonnes volontés. Si l'on veut que les stages en ambulatoire se développent et surtout que les infirmières libérales continuent d'ouvrir leurs portes aux étudiantes, la FNI juge nécessaire de créer des conditions d'accueil favorables pour que cet encadrement permette un réel apprentissage et un accompagnement pédagogique de l'étudiant. D'autant que les infirmières libérales cumulent une double fonction : celle de maître de stage et de tuteur.

Aussi, l'instauration d'un véritable tutorat s'impose pour qu'en 2030, les étudiantes infirmières soient toujours formées par leurs pairs, conformément à ce qui est inscrit dans leur décret de compétences et confor-

mément à leurs souhaits. « *Pour nous, en maisons de santé ou ailleurs, il n'est pas question d'être encadré en stage par des médecins. La FNESI considère comme un impératif la formation et un encadrement des infirmières par leurs pairs. Nous ne souhaitons absolument pas tendre vers un encadrement par le corps médical. Et cela s'inscrit plus largement dans la revendication de la FNESI d'une vraie intégration universitaire dans laquelle nous serions formés par des infirmières de niveau master, le niveau master par des doctorants et non comme cela est en train de se développer aujourd'hui dans les instituts par des médecins.* »

Champs d'action de la FNI:

- s'engager pour obtenir le remboursement des soins réalisés par les étudiantes dans le cadre de leurs stages dans les cabinets libéraux. Actuellement, les actes réalisés par les étudiantes ne sont pas pris en charge par les caisses d'Assurance maladie bien qu'ils soient essentiels à l'apprentissage ;
- défendre avec conviction que tout étudiant infirmier doit pouvoir être formé par ses pairs ;
- encourager les infirmières libérales à accueillir des étudiantes dans leurs cabinets et considérer cette posture comme essentielle à l'avenir de la profession ;
- revendiquer l'intérêt pour les étudiantes en soins infirmiers de bénéficier d'interventions ou d'animation de travaux dirigés, dans le cadre de leur formation, animés par des professionnels en exercice.

Revendications auprès des décideurs

Instaurer un véritable tutorat

Pour que le stage en libéral remplisse pleinement sa mission pédagogique, la FNI souhaite que la fonction tutorale soit plus professionnalisée, mieux reconnue, mieux valorisée et rémunérée.

1 - Il conviendrait de concevoir une formation, dans le cadre de la formation continue professionnelle, pour permettre aux infirmières libérales de connaître les changements induits par la réforme de 2009 sur la formation des étudiantes, les modalités d'encadrement des stagiaires, de maîtriser l'outil portfolio et d'acquérir les éléments conceptuels, théoriques, administratifs et pratiques nécessaires à la maîtrise de stage ambulatoire.

Objectifs identifiés de cette formation :

- Identifier la mission tutorale dans la formation infirmière
- Intégrer la dimension pédagogique de la fonction tutorale
- Formaliser les conditions pratiques du tutorat

2 - Il conviendrait d'élaborer un guide d'aide à l'encadrement et à l'évaluation des stages des étudiantes en soins de premier recours, qui pourrait être remis à cette occasion.

3 - Les tuteurs de stage doivent être rémunérés pour assurer cette fonction, à l'instar de ce qui est mis en place dans la médecine générale, ne serait-ce que pour tenir compte du temps passé aux côtés de l'étudiant et de l'impact de l'accompagnement de l'étudiant sur la baisse d'activité de l'infirmier.

4 - Les étudiantes en stage dans les cabinets libéraux doivent pouvoir réaliser des actes de soins qui puissent être facturés, au même titre que les remplaçants, et ainsi mettre fin au paradoxe insoutenable qui est actuellement celui qui consiste à autoriser les étudiantes à réaliser des actes mais à ne pas les prendre en charge, la CPAM se

rattachant à l'article 5 des dispositions générales de la NGAP : « actes effectués personnellement par l'infirmier ». La convention nationale doit préciser qu'en présence de l'infirmière à ses côtés, l'Assurance maladie paie les actes réalisés par les étudiantes.

Implication de la Fni dans l'histoire et l'évolution de l'exercice libéral infirmier

Plus ancienne organisation syndicale en ce domaine, la Fédération Nationale des Infirmiers a accompagné toutes les grandes évolutions de la profession et initié les avancées majeures qui ont permis la reconnaissance de cette exception française des soins infirmiers libéraux au domicile des patients.

L'historique de la Fédération Nationale des Infirmiers est étroitement lié à l'histoire de la profession et à l'émergence en France d'un exercice libéral infirmier dont elle a assuré seule durant presque un demi-siècle la promotion, la structuration et le développement, pour en faire aujourd'hui le premier offreur de soins de ville et la principale alternative à l'hospitalisation.

La FNI a accompagné durant la seconde moitié du XX^e siècle l'émergence en France du mouvement conventionnaliste et a conclu en 1972 avec la Sécurité Sociale la première Convention Nationale des Infirmiers.

Quelques étapes marquantes

de cette histoire:

17 juin 1949 :

Mademoiselle De Chambure (Côte d'Or) crée une organisation départementale d'infirmières libérales adhérant à l'Association Nationale des Infirmiers diplômés d'État centrée sur Paris.

De 1950 à 1953 :

elle prend la Présidence de l'Association Nationale des Infirmiers.

De 1954 à 1959 :

l'Association Nationale des Infirmiers devient la Fédération Nationale des Infirmiers et Infirmières de France, d'Union Française et des Territoires Associés dont le siège social était installé au siège des professions libérales, boulevard de la Tour-Maubourg, dans le 7^e arrondissement de Paris. Lui étaient affiliés des syndicats d'infirmiers, mais aussi des syndicats d'auxiliaires médicaux, associant principalement des infirmières à des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues, ainsi que des syndicats implantés dans les anciennes colonies.

1968

fut une année de crise politique interne, les syndicats parisiens affiliés voulant conquérir la Fédération de par leur majorité d'adhérents.

1970

a vu la rupture entre la FNI et le district parisien se consommer, les syndicats dissidents furent alors à l'origine de la création de l'ONSIL, syndicat aujourd'hui représentatif. La FNI fait front et met en place une politique syndicale visant à valoriser et à structurer la profession en engageant avec la Sécurité Sociale des travaux visant à instaurer une convention nationale des infirmiers.

La première victoire est la suppression de la zone B (Lyon-Marseille) par rapport aux deux autres A (Ile-de-France) et C (reste de la Province) en ce qui concerne la valeur de l'Acte Médical Infirmier et de l'Indemnité Forfaitaire de Déplacement.

1972 :

la FNI, seul syndicat représentatif, négocie et signe la première Convention Nationale des Infirmiers. La valeur de l'A.M.I. et de l'I.F.D. devient nationale.

Tout au long des décennies suivantes,

la FNI a poursuivi ses objectifs pour:

- Faire reconnaître et valoriser pleinement les compétences infirmières en inscrivant de nouveaux actes à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels. Cette nomenclature comportant à l'origine quatre actes infirmiers de base, se décline aujourd'hui en 90 items et intègre les soins les plus techniques, la FNI ayant été à l'origine de l'inscription d'une nomenclature des soins spécialisés, permettant de développer notamment la chimiothérapie anticancéreuse à domicile.
- Faire évoluer la convention, notamment pour sortir de la maîtrise comptable instaurée en 1995 par le plan Juppé. La FNI a conceptualisé seule le premier outil de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie liées à la prise en charge de la dépendance qui a donné lieu à l'inscription dans la convention de la Démarche de Soins Infirmiers (DSI), permettant aux infirmières libérales d'exercer pour la première fois leur rôle autonome dans ce domaine.
- Promouvoir la qualité et la sécurité des soins, défendre les titres et diplômes à travers la création de l'Ordre National des Infirmiers, création pour laquelle la FNI a joué un rôle majeur au sein du collectif Sainte-Anne. L'actuel président de la FNI ayant été désigné à cette époque par les autres organisations syndicales comme porte-parole des infirmières libérales au sein de ce collectif qui a accompagné l'écriture et le parcours d'adoption de la loi de décembre 2006 portant création de l'Ordre National des Infirmiers.

Être un acteur à part entière de la qualité des soins et de son amélioration en favorisant l'information et la formation professionnelle. La FNI assure la présidence de la commission infirmière au sein du FIF-PL

depuis son origine, et la présidence de la Commission Paritaire Nationale de la Formation Continue Conventionnelle depuis 2007. La FNI assure également depuis 2007 la présidence de Santé Formation 2, organisme de gestion de la formation continue conventionnelle.

- Faire reconnaître la spécificité et l'utilité sociale de l'exercice libéral infirmier. La FNI est membre fondateur de l'Union Nationale des Professions libérales créée en 1977.
- Doter l'exercice libéral infirmier d'une convention innovante, valorisant les compétences infirmières pour répondre aux grands enjeux de santé publique (une convention qui reconnaisse et valorise la place de l'infirmière libérale dans le parcours de soins, qui rende acceptable les contraintes de gestion spécifique à l'Assurance maladie, qui soit facteur d'évolution positive des pratiques professionnelles, qui réponde aux besoins de formation continue et qui permette une revalorisation des actes à la hauteur du service médical rendu).

2007 signe le retour de la FNI à la vie conventionnelle après 5 années d'absence et de convention minoritaire marquées par la perte d'avantages acquis, notamment la prise en charge des cotisations d'Assurance maladie des infirmières libérales lorsqu'elles interviennent dans des structures sanitaires ou médico-sociales.

La FNI prend alors l'initiative de demander l'ouverture de négociations conventionnelles, entraînant avec elle les trois autres organisations syndicales représentatives à la signature d'une convention majoritaire innovante.

Parallèlement, la FNI travaille activement à l'inscription dans la loi de l'autorisation de prescriptions infirmières, évolution qualifiée de révolution culturelle dans le monde de la santé. Ce projet trouve son origine dans le discours que Xavier Bertrand a prononcé lors de l'ouverture du 51^e Congrès de la FNI.

2008 :

le dispositif de régulation démographique conceptualisé par la FNI est cité en exemple à plusieurs reprises dans les discours du Président de la République. Le président de la FNI fut reçu à trois reprises par le Conseiller Santé du Président pour lever les obstacles à la mise en œuvre de ce dispositif de régulation démographique. En août 2008, alors que les négociations conventionnelles sont dans l'impasse, la FNI obtient de l'Élysée un arbitrage interministériel dont les effets immédiats permettront la signature de l'avenant N° 1 par les quatre organisations syndicales représentatives dans les semaines suivantes.

2011 :

ce dispositif à l'issue de l'évaluation positive des deux années d'expérimentation est étendu et pérennisé par l'avenant N° 3 à la convention de 2007. Ce même dispositif est repris dans les conventions nationales des kinésithérapeutes et des sages-femmes la même année.

Au final, le retour de la FNI et son empreinte sur les négociations conventionnelles auront permis une revalorisation de 10 % des honoraires infirmiers sur les tranches cumulées de 2007 et 2008 et la négociation en 2011 d'une troisième enveloppe de revalorisations à hauteur de 200 millions d'euros qui est entrée en vigueur le 27 mai 2012.

La revalorisation de l'acte unique prévue par l'avenant N° 3 est une revendication spécifique et originale portée par la FNI dès l'ouverture des négociations conventionnelles en 2007. Elle entraîne l'inscription d'une nouvelle majoration dans la NGAP.

Mais surtout, cet avenant N° 3 reconnaît et légitime le rôle essentiel joué par les infirmières dans la coordination des prises en charge complexes avec la création de la majoration de coordination infirmière (MCI) qui s'adresse aujourd'hui aux prises en charge de soins palliatifs et aux pansements complexes. Mais il s'agit d'une première étape. La voie est ouverte, comme l'espère la FNI, à des extensions futures déjà inscrites dans la convention sur le suivi ou la réalisation des chimiothérapies au domicile et des soins auprès de patients atteints de certaines pathologies

neurologiques dégénératives (sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladie de Charcot, Huntington).

Cette reconnaissance donne écho au contenu du tout premier accord cadre interprofessionnel (ACIP) signé entre l'Union Nationale des Professionnels de santé (UNPS) et l'Union nationale des Caisses d'Assurance maladie (UNCAM) dont le volet principal porte sur la coordination libérale. Ainsi, l'axe central de l'accord est le renforcement de la coordination en vue d'améliorer la qualité et l'efficacité des prises en charge : coordination en sortie d'hospitalisation, auprès des patients chroniques ou en situation de perte d'autonomie. L'accord cadre entérine la fonction de coordination sociale et soignante principalement assurée par les infirmières en complément de la fonction de synthèse médicale et de prise de décisions sur les orientations du parcours de soins assurée par le médecin traitant. Cette écriture valide et légitime le rôle des libéraux de santé, essentiellement des infirmières dans la coordination des patients aux parcours complexes.

Références bibliographiques

- 1 The Future of Health Care in Canada, Roy Romanow, 2002
- 2 *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*, octobre 2010, Robert Wood Johnson Foundation, institut de médecine académique
- 3 *Quel système de santé à l'horizon 2020?*, présentation du rapport sur l'avenir du système de santé français, Dominique Polton, directrice du centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES)
- 4 *Projections de population à l'horizon 2060: Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans*, Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, division Enquêtes et études démographiques, Institut National de la Statistique et des Études Économiques.
- 5 Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse, Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, 2007
- 6 *Les troubles neurologiques affectent des millions de personnes dans le monde*, rapport OMS, février 2007
- 7 *Quelle France en 2030*, Frédéric Denhez, Éd Armand Colin, 2009
- 8 INPES Prospective santé 2030 – *prévention 2010* Rapport final, 12 novembre 2010 Coordonnateurs de l'étude Philippe Guilbert (INPES) René Demeulemeester (INPES) Arnaud Fouchard (INPES/HCSP)
- 9 *Le monde en 2030*, Ray Hammond, Éditions Yago
- 10 *Les tendances ou ruptures dans le domaine de la santé en Europe à Horizon 2030*. Accenture / European Institute for Health mai 2010
- 11 Les soins à domicile en Europe. Les faits, Organisation mondiale de la santé, sous la direction de Rosanna Tarricone et Agis D. Tsouros, 2008
- 12 *Toward 2020, vision for nursing*, Canadian nurses association, 2006.
- 13 Démographie des infirmiers à l'horizon 2030, Études et résultats, n°760, mai 2011, Muriel BARLET et Marie CAVILLON, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- 14 Scan CMV Médiforce 2012
- 15 Santé 21, L'infirmière de famille, contexte, cadre conceptuel et programme d'études, Organisation mondiale de la santé, 2000
- 16 Quelle place pour une approche de la santé publique dans la lutte contre les violences conjugales, exemple de la région Midi Pyrénées, école des hautes études en santé publique, Mathilde Guillemot, mars 2010
- 17 Changing nursing's future, Robert Wood Johnson Foundation, octobre 2008
- 18 *Vaccins: convaincre et innover pour mieux protéger*, Rapport n° 476 (2006-2007) sur la politique vaccinale de la France, Paul Blanc, sénateur, au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, déposé le 28 septembre 2007.

- 19 Protéger la population par la vaccination, une contribution essentielle de l'infirmière, Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, travaux coordonnés par Suzanne Durand, 2007
- 20 Reduce avoidable hospitalisations : a Policy to increase value from health care expenditures, 2007, International Longevity Center USA- France- United Kingdom
- 21 *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*, Département des maladies chroniques et promotion de la santé, Organisation mondiale de la Santé 2006
- 22 Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low and middle income populations. Evidence-based recommendations for policy makers and health professionals. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
- 23 Vieillesse, longévité et Assurance maladie, note adoptée le 22 avril 2010, Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
- 24 Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par Gérard Larcher sur commande du Président de la République, avril 2008
- 25 *Insuffisance cardiaque*, professeur M. Galinier, Fédération des Services de Cardiologie, CHU Toulouse-Rangueil. 2005
- 26 Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) : 2005 – 2010, *Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO*. Ministère de la Santé et des Solidarités.
- 27 Dispositifs médicaux et prestations associées pour traitement de l'insuffisance respiratoire et de l'apnée du sommeil, Note de Cadrage, 30 mars 2011, Haute Autorité de Santé
- 28 Société de pneumologie, société française de médecine du travail, quelques clés pour agir, avec le soutien de la DGS
- 29 Actualisation des recommandations de la SPLF pour la prise en charge de la BPCO, avril 2003
- 30 Actualisation des recommandations de la SPLF pour la prise en charge de la BPCO, points essentiels. Rev Mal Respir 2006 ; 23 : 8S34-8S39
- 31 DGS, Recommandations de la SPLF sur la réhabilitation respiratoire du malade atteint de BPCO
- 32 Conférence d'expert - recommandation SPLF 2005
- 33 *Programme de maladie pulmonaire obstructive chronique*, Marie Noëlle Bélanger, Saint Eustache Québec 2003/2004
- 34 *Le PMSI, une nouvelle donnée pour les études pharmaco-économiques*, Medcost 2003
- 35 *L'expertise infirmière au service du bien vieillir*, 56^e congrès FNI, décembre 2009, Paris
- 36 Observatoire national de la fin de vie, rapport 2011 présidé par Régis Aubry
- 37 *Fin de vie : un premier état des lieux*, Observatoire National de la Fin de Vie, Rapport 2011

- 38 Partnership to fight chronic disease and partnership for prevention. The value of prevention. December 12, 2008, C-Change. Making the business case for cancer prevention and early detection. Millinam Inc. December 10, 2008
- 39 Levi J, Segal LM, Juliano C. Prevention for a healthier America : investment in disease prevention yield significant savings, Stronger communities. Washington DC: Trust for America's Health, 2008. Accessed September 18, 2008
- 40 Schoen C, Guterman S, Shih A, Lau J, Kasimow S, Gauthier A, Davis K. Bending the curve. The commonwealth fund, December 2007
- 41 Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK, The Lancet, 26 août 2011, 378: 815-825
- 42 *Nouvelles approches de la prévention en santé publique* L'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences Rapport remis à Nathalie Kosciusko-Morizet, secrétaire d'État à la Prospective et au Développement de l'Économie numérique, le 16 mars 2010, CAS
- 43 La prévention sanitaire par une bonne hygiène nutritionnelle Rapport n° 2003 038 de Anne Amson et Françoise Bas-Theron, Inspection générale des affaires sociales, mars 2003
- 44 Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, questions d'économie de la santé, Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, mars 2003
- 45 US department of Health and Human Services, 1990
- 46 US department of Health and Human Services, 2000
- 47 Obtenir un meilleur rapport coût/efficacité, études de l'OCDE sur les politiques de santé, 2009
- 48 *Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ?*, la télésanté, Anger E., Gimbert V. et al. Centre d'analyse stratégique, note d'analyse stratégique n°255
- 49 Études et résultats N° 649 • août 2008 Drees
- 50 *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*, études et résultats N° 679 • février 2009, Ketty Attal-Toubert et Mélanie Vanderschelden, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
- 51 *L'emploi du temps des médecins libéraux*, dossiers solidarité et santé n° 15, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Julien Micheau, Éric Molière, Plein Sens
- 52 *Soins de proximité. Infirmières/ médecins : concurrence ou complémentarité ?* 55^e Congrès FNI, Paris 2008
- 53 O.I.I.Q. (1997) Bilan du suivi systématique des clientèles. Vers un nouveau contrat entre les infirmières et les clients. Montréal, O.I.I.Q. tiré des pages 17 à 20.

- 54 Moher M., Yudkin P., Wright L. et al. [2001], Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in primary care, *British Medical Journal*, vol 322, n° 7298, pp. 1338
- 55 Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, questions d'économie de la santé, Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, mars 2003
- 56 Jeanette Galvez Piscioniere, MSN, APRN, Directrice des services cliniques, NP Care
- 57 Horrocks, S., Anderson, E. et Salisbury, C. (2002). *Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors*. *British Medical Journal*, 324(7341), 819-823
- 58 Charlton, C., Dearing, K., Berry, J. et Johnson, M. (2008). *Nurse practitioners communication styles and their impact on patient outcomes: An integrated literature review*. *Journal de l'Académie américaine des infirmières et infirmiers praticiens*, 20(7), 382-388.
- 59 Munding, M., Kane, R., Lenz, E., Totten, A., Tsai, W., Cleary, P. et coll. (2000). *Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: A randomized trial*. *Journal de l'Association médicale américaine*, 283(1), 59-68.
- 60 Seale, C., Anderson, E. et Kinnnersley, P. (2006). *Treatment advice in primary care: A comparative study of nurse practitioners and general practitioners*. *Journal of Advanced Nursing*, 54(5), 534-541
- 61 Delamaire, M. et G. Lafortune (2010), *Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*, Éditions OCDE
- 62 La formation universitaire des infirmières et infirmiers: une réponse aux défis des systèmes de santé, mémoire coordonné par S. Kerouac, professeur à la faculté des sciences infirmières de Montréal, Hélène Salette, secrétaire général du Sidiief, SIDIEEF, 2011
- 63 *Potential savings from the adoption of nurse practitioner in the canadian health system*, Franck T. Denton et al, *Socio Eco Plan Science* vol17 n° 4, 1983, p 199-209
- 64 Évaluation de la prescription infirmière, un rôle en constante progression, étude Celtipharm
- 65 *Nursing & Midwifery services: Strategic directions 2011-2015*, Health Professions Networks, Nursing and Midwifery Office, department of human ressources for health, Organisation Mondiale de la Santé, 2010
- 66 *La Veille et l'alerte sanitaire en France*, Institut national de veille sanitaire, Saint Maurice, 2011. 60 p
- 67 *Mourir dans la dignité, développer d'abord les soins palliatifs*, Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec, Mémoire présenté à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, juillet 2010

Annexes

Annexe 1 : Décret de compétence infirmier

Annexe 2 : Concept OMS d'infirmière de famille

Annexe 3 : Extraits de l'énoncé de position
"Perfusion à domicile : performance économique
de la prise en charge libérale, exemple
de la cancérologie"

Annexe 4 : Déclaration de Genève en faveur de la formation
universitaire (SIDIIIEF)

Décret de compétence infirmier

(Articles du Code de la santé publique)

Article R.4311-3

« 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 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 œuvre 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. »

Article R.4311-4:

« Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3. »

Article R.4311-5:

« Dans le cadre de son rôle propre, l’infirmier ou l’infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1^o Soins et procédés visant à assurer l’hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2^o Surveillance de l’hygiène et de l’équilibre alimentaire ;
- 3^o Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4^o Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5^o Vérification de leur prise ;
- 6^o Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7^o Administration de l’alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l’article R. 4311-7 et changement de sonde d’alimentation gastrique ;
- 8^o Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9^o Surveillance de l’élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10^o Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11^o Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12^o Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13^o Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14^o Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15^o Aspirations des sécrétions d’un patient qu’il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16^o Ventilation manuelle instrumentale par masque ;

- 17^o Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18^o Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19^o Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20^o Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21^o Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22^o Prévention et soins d'escarres ;
- 23^o Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24^o Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25^o Toilette périnéale ;
- 26^o Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- 27^o Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28^o Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29^o Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
- 30^o Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- 31^o Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- 32^o Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- 33^o Pose de timbres tuberculiniques et lecture ;

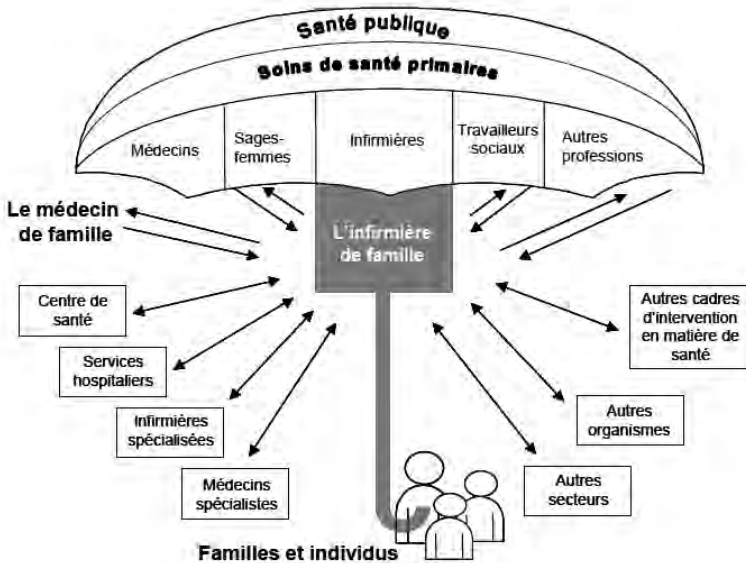
- 34^o Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- 35^o Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- 36^o Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
- 37^o Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
- 38^o Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
- 39^o Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes : a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ; b) Sang : glycémie, acétonémie ;
- 40^o Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- 41^o Aide et soutien psychologique ;
- 42^o Observation et surveillance des troubles du comportement. »

ANNEXE 2

L'infirmière de famille

contexte, cadre conceptuel
et programme d'études

La SANTE 21, la politique-cadre en matière de santé pour la Région européenne de l'OMS, propose un concept nouveau, celui d'infirmière de famille. Cette dernière aura un rôle clé à jouer dans la réalisation des 21 buts fixés par la politique-cadre pour le XXI^e siècle.



Le rôle et la mission de l'infirmière de famille relèvent du domaine de la santé publique et des soins de santé primaires.

ANNEXE 3

Extraits de l'énoncé de position fni/synalam rendu public en mars 2012:

- Quelques mots de synthèse
- La perfusion à domicile, archétype de la maîtrise des dépenses de santé et de l'autonomie des patients
- Résultats de l'étude JALMA



Quelques mots de synthèse...

Sans la collaboration étroite, depuis une vingtaine d'années, entre les infirmiers libéraux et les prestataires de santé à domicile, la durée moyenne de séjour à l'hôpital, considérée par l'OCDE comme le premier indicateur d'efficience, n'aurait pu atteindre le niveau actuel, l'un des meilleurs au monde. La réduction des durées d'hospitalisations et des fréquences d'hospitalisation s'est appuyée très largement sur le développement de la prise en charge de patients traités par perfusion à domicile. Elle a permis de générer des économies importantes puisque la réduction de la DMS s'est produite, à ce jour, sans aucun transfert financier de l'enveloppe hospitalière vers l'enveloppe de ville.

La prise en charge de patients traités par perfusion à domicile est au croisement d'enjeux médicaux, techniques, économiques, mais aussi fortement qualitatifs pour les patients en leur permettant de suivre leur traitement à domicile, d'améliorer leur qualité de vie, d'accroître leur autonomie et de répondre à leur choix d'être accompagnés à leur domicile en fin de vie. Elle constitue aussi une réponse à la désertification médicale, permettant la mise en œuvre de traitements complexes et techniques en tout point du territoire.

Pour reprendre les propos du Professeur Francis LARRA, Président de la Ligue Nationale contre le Cancer : *« la ligue, comme bien d'autres associations, s'appuyant sur le témoignage de nombreux patients et proches peut attester que vivre à domicile, dans un univers connu et familier, favorise la qualité de vie de bien des personnes malades et fragilisées. »*

Plusieurs facteurs ont rendu possible le déploiement de la perfusion à domicile, en premier lieu le développement concomitant d'une expertise tant chez les infirmiers libéraux que chez les prestataires de santé à domicile (PSAD). Ensemble, ils assurent ces prises en charge dans des conditions de qualité et de sécurité comparables à celles de l'hôpital, et ce, en collaboration étroite avec les médecins traitants et pharmaciens

d'officine. En deuxième lieu, l'évolution des technologies et des dispositifs médicaux et la coordination des acteurs libéraux entre eux ont fortement contribué à ce développement.

Ce modèle libéral est aujourd'hui fragilisé. Il est menacé par la méconnaissance de la coordination assurée par le couple libéraux/PSAD, par le tropisme naturel de l'administration à flécher des financements en direction de structures identifiées, par l'avis de la HAS sur la perfusion, publié en février dernier, qui ne reconnaît pas la nécessité d'une qualification d'infirmier pour les salariés des prestataires, mais aussi par les prises en charge non justifiées de patients dans les structures d'Hospitalisation à domicile et d'Hôpital de Jour qui induisent des surcoûts inutiles.

La question que les régulateurs de santé doivent se poser n'est-elle pas : Comment peut-on rendre le meilleur service au patient à moindre coût ?

En évitant le recours injustifié aux prises en charge institutionnelles et respectant un gradient de prise en charge selon le rapport coût/efficacité proposé par chaque mode d'organisation. Le directeur général de l'Assurance maladie en est convaincu, *« Quand les patients peuvent être pris en charge en proximité dans des conditions de qualité des soins et que la performance économique est au rendez-vous, c'est dans cette direction qu'il faut aller ».*

En s'appuyant sur une étude médico-économique du cabinet d'expertise JALMA, le Synalam et la FNI démontrent que la prise en charge libérale, à qualité de soins prodiguée équivalente, est beaucoup plus économique. Ainsi en étudiant, à titre d'exemple, le parcours de patients cancéreux traités à leur domicile, le cabinet met en évidence une différence très significative du coût des prises en charge selon la modalité adoptée : libéral/HAD/hospitalisation complète.

Les conclusions du cabinet d'expertise JALMA sont sans ambiguïté : il apparaît particulièrement important pour maximiser l'efficience du

système de santé d'éviter la substitution d'un mode de prise en charge par un autre au seul prétexte d'un présupposé en termes de qualité et de statut de la structure. « *Le développement des prestataires de santé à domicile et des infirmiers libéraux sur un certain nombre de prises en charge pourra apporter de réels gains d'efficience au système de soins.* »

Dans l'avenir, la demande accrue pour la prise en charge à domicile peut continuer de contribuer à la maîtrise des dépenses globales de santé par une meilleure répartition des patients entre institutions et domicile à condition qu'elle s'inscrive dans une stratégie qui consiste à utiliser les ressources en fonction de l'optimisation de leur allocation sur des critères coût/efficacité. En cancérologie, mais plus largement dans la prise en charge du diabète, des soins palliatifs, de la douleur chronique, des antibiothérapies au long cours comme dans la mucoviscidose, de la maladie de Parkinson..., l'offre libérale est pertinente chaque fois que l'état du patient ne nécessite pas une prise en charge en hospitalisation complète ou en HAD. Elle constitue indéniablement une partie de la solution aux défis que nous avons à affronter dans les prochaines années (vieillesse, chronicité, exigence croissante de qualité et de sécurité, limitation des ressources financières,...).

La FNI et le Synalam démontrent dans le présent document que l'offre libérale apporte une vraie réponse à la nécessité, dans un contexte de contrainte budgétaire, de mettre en œuvre de réels gains d'efficience. Ces organisations soulignent l'intérêt qu'il y aurait à apporter de la rationalité dans les parcours des patients avant de les orienter dans des filières institutionnelles. La tendance actuelle au « tout structure », si elle devait se maintenir, devrait s'accompagner d'une augmentation importante des budgets consacrés aux dépenses de santé, elle ne manquerait pas non plus de fragiliser l'offre de soins de premier recours, dont le maillage territorial est essentiel pour garantir un accès égal aux soins pour tous.

La question est posée. Doit-on se priver de gains d'efficience disponibles à l'heure où l'optimisation des ressources financières est devenue une priorité ? À la veille d'échéances électorales dont les choix gouvernementaux vont orienter la politique de santé pour au moins les 5 prochaines années, la FNI et le Synalam soulignent, documents chiffrés à l'appui,

tout l'intérêt qu'il y aurait pour le système de santé à ce que la filière libérale soit identifiée, reconnue légitimement par les régulateurs de santé nationaux comme régionaux, en complément de la filière hospitalière traditionnelle. L'heure est aux choix politiques. Celui-ci en est un de premier ordre !

La perfusion à domicile, un archétype de la maîtrise des dépenses de santé et de l'autonomie des patients

La réduction du recours à l'hospitalisation aux seuls cas qui le nécessitent est un objectif commun des politiques de santé adoptées par tous les pays de l'OCDE dans une stratégie d'optimisation des ressources financières. Et la durée moyenne de séjour à l'hôpital est considérée comme un indicateur de l'efficacité d'un système de santé. Toutes choses égales par ailleurs, un séjour plus court diminue le coût par sortie et déplace les soins aux patients hospitalisés vers le cadre moins onéreux des soins post-aigus. Dans tous les pays de l'OCDE, la durée moyenne de séjour (DMS) en soins aigus a baissé entre 1995 et 2007, passant en moyenne de 8,7 jours à 6,5 jours⁽¹⁾. Tous les régulateurs de santé dans les pays qui nous environnent ont une stratégie équivalente, résume le directeur général de l'Assurance maladie, Frédéric Van Roekeghem. *« Elle consiste à utiliser les ressources en fonction de l'optimisation de leur allocation et à ne recourir à l'hôpital qu'en cas de besoin lorsque c'est utile »*⁽²⁾.

Dans de très nombreuses pathologies, le développement de la perfusion à domicile a été un instrument essentiel au service de la maîtrise des dépenses de santé. Ce développement a permis de réduire les durées d'hospitalisation en favorisant les sorties précoces, de réduire la fréquence des réhospitalisations, de maintenir les patients dans leur cadre de vie, d'améliorer leur qualité de vie et l'acceptation de leurs traitements, de répondre à leur choix d'être accompagné à leur domicile en fin de vie. Ce maintien à domicile a été rendu possible par le développement concomitant d'une expertise tant chez les infirmiers libéraux que chez

les prestataires de santé à domicile (PSAD) qui assurent ces prises en charge dans des conditions de qualité et de sécurité comparables à celles de l'hôpital, en collaboration étroite avec les médecins traitants et les pharmacies d'officine, mais aussi par l'évolution des technologies et des dispositifs médicaux, enfin par la coordination des acteurs libéraux entre eux.

Ainsi, la perfusion de médicaments au domicile des patients, définie par la HAS⁽³⁾ comme l'administration de produits par voie invasive, joue un rôle de plus en plus important dans le système de soins de santé. En ayant accès au service de perfusion à domicile, les patients peuvent quitter l'hôpital plus tôt ou s'affranchir d'une contrainte d'hospitalisation de jour, ce qui réduit l'engorgement des établissements de santé et les coûts induits par les transports. La perfusion à domicile est requise auprès de patients pour l'essentiel atteints de pathologies chroniques, immunodéprimés ou en fin de vie. Elle est utilisée pour l'administration de chimiothérapie anticancéreuse, d'antibiothérapie, d'antiviraux, de nutrition parentérale à domicile, de soluté de réhydratation, de traitement sédatif ou antalgique, de l'immunologie, de la sédation, et dans d'autres cas (maladie de Parkinson, sclérose en plaques, maladie de Paget, soins de support, perfusion d'héparine, d'antiémétique, de bisphosphonate...)⁽³⁾.

S'il n'existe pas, dans la littérature, de donnée spécifique chiffrée relative à la population bénéficiant de dispositifs médicaux pour perfusion à domicile ou relevant d'un traitement par perfusion à domicile, la HAS estime le nombre de patients traités chaque année par un dispositif de perfusion à domicile entre 197 000 et 229 000. La population potentiellement concernée par un dispositif de perfusion à domicile est actuellement beaucoup plus élevée, évaluée entre 455 432 et 1 056 430 patients⁽³⁾. Et ces deux chiffres vont considérablement augmenter dans les deux prochaines décennies sous l'effet conjugué de l'augmentation des besoins et de l'évolution prévisible des stratégies de prise en charge à domicile. À eux seuls, le vieillissement démographique et l'évolution épidémiologique de chacune des pathologies concernées, avec un doublement d'incidence des maladies chroniques attendu d'ici 20 ans, aura

pour effet d'accroître les besoins en soins lourds à domicile. Et cette dispensation de soins à domicile est un élément de la solution aux défis de la dépendance et de la chronicité, analyse l'OMS, « *une approche viable pour éviter tout besoin inutile d'hospitalisation aiguë ou à long terme, et pour garder autant que possible les patients chez eux ou dans leur cadre de vie.* » « *Maintenir le patient à domicile tout en le faisant bénéficier d'un ensemble d'actes et de soins comparables, en nombre et en qualité, à ceux qui pourraient être effectués à l'hôpital, est aujourd'hui une nécessité, pour répondre à la fois aux souhaits des patients, aux exigences économiques et aux évolutions scientifiques, technologiques et médicales* », résumement Francis Lévi et Christian Saguez dans un rapport de l'Académie des technologies⁽⁴⁾. Les comportements des patients se sont modifiés, de sorte que la plupart d'entre eux préfèrent éviter l'hospitalisation dans la mesure où une prise en charge médicale et des soins de qualité peuvent leur être proposés à domicile avec une sécurité équivalente.

Quelle place pour le rapport coût efficacité dans la régulation du système de santé?

Face à l'accroissement inévitable des besoins en soins lourds à domicile dans les prochaines décennies, la question de l'optimisation de la ressource financière doit être au cœur de la politique régionale de santé tout autant que l'amélioration de la qualité des soins prodiguée, que les patients, de plus en plus formés, réclament à juste titre.

La crise économique actuelle braque plus que jamais les projecteurs sur les dépenses de santé et plus encore sur l'efficacité de notre système de santé. Car, dans un tel contexte de fortes contraintes économiques, si une société peut accepter d'investir une part élevée de sa richesse nationale dans son système de santé, elle exige également que cet investissement soit strictement légitime, c'est-à-dire que chaque dépense engagée soit utile.

Aujourd'hui, une grande partie des progrès accomplis au domicile ont été rendus possibles par la collaboration étroite et à forte valeur ajoutée

des infirmiers libéraux et des prestataires de santé à domicile qui représentent, pour tous les patients qui ne nécessitent pas une prise en charge institutionnelle, une alternative libérale remarquable pour son rapport qualité/prix, reconnu par l'Assurance maladie. *« Nous considérons que le système libéral apporte à la France un certain avantage notamment en terme de rapport qualité/prix, ce pourquoi nous avons voulu donner un signal fort en direction de la rémunération de la coordination des patients lourds »*, explique le directeur général de l'Assurance maladie⁽²⁾.

Aujourd'hui, ce modèle libéral est menacé par des facteurs généraux et catégoriels qui hypothèquent sérieusement sa pérennité, notamment la méconnaissance de la coordination assurée par le couple libéraux/PSAD et le tropisme naturel de l'administration à fléchir des financements en direction de structures identifiées. S'agissant des infirmiers libéraux, la couverture territoriale et la souplesse d'organisation qui les caractérisent risquent bien d'être mis à mal par le développement fortement incitatif des structures. S'agissant des PSAD, l'avis de la HAS publié en février 2012 sur la perfusion à domicile qui remet en cause la présence d'infirmiers salariés chez les prestataires entraînera un moindre recours des services hospitaliers à cette solution et une prise de risque pour des patients avec une pathologie complexe. Enfin, ce modèle libéral est aussi directement menacé par les prises en charge non justifiées de patients dans les structures d'Hospitalisation à domicile et d'Hôpital de Jour et qui conduisent à certains glissements de prise en charge vers l'HAD de patients qui ne le nécessitent pas.

C'est bien le principe de subsidiarité qui doit prévaloir en la matière : l'alternative libérale doit être le mode de prise en charge de la perfusion à domicile pour les patients qui ne nécessitent pas de présence et de coordination médicale intense, dans le respect des cahiers des charges de chacun. Force est de constater que ce principe n'est pas toujours mis en œuvre.

C'est d'ailleurs pour réagir à cela et *« éviter que ne s'instaurent des rentes de situation dans des structures qui ne sont pas faites pour prendre ces patients-là »* que l'Assurance Maladie expérimente, avec les sages-femmes libérales, le suivi médical à domicile des femmes à leur retour de maternité.

Cette situation n'est pas limitée à la postnatalité et malheureusement, dans la pratique, on assiste aux effets d'un tropisme naturel des structures hospitalières entre elles. Dans une enquête conduite par l'URLM Bretagne en 2007, la moitié des médecins traitants interrogés pensaient que leurs patients auraient pu être pris en charge par l'offre de soins libérale, dans la moitié des cas aussi bien ou mieux (53,8%) que l'HAD.⁽⁵⁾

Si trop de structures ne respectent pas les critères d'inclusion, ce qui se manifeste par les anomalies de facturation constatées dans 64 % des cas par l'Inspection générale des affaires sociales⁽⁶⁾, la qualité de prise en charge de l'HAD n'est absolument pas en cause, la question posée étant bien de définir le gradient de prise en charge. L'HAD est une hospitalisation alternative qui répond à un vrai besoin identifié dans le système de santé. Les patients pris en charge dans des structures d'HAD, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement. Une hospitalisation à domicile est donc avant tout une hospitalisation. La circulaire du 30 mai 2000 est très claire et précise sur la question : « L'HAD concerne les malades, quel que soit leur âge, atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. »

La question que les régulateurs de santé doivent se poser est celle de l'orientation des patients dans les filières de soins. « *Nous avons trop tendance, en France, à nous orienter vers des modes de prise en charge sophistiqués sans analyser et comparer les rapports coûts/efficacité des différentes trajectoires* », estime le directeur général de l'Assurance maladie. Manque de données, manque d'études en coûts complets, l'Assurance maladie est en train de combler progressivement le retard français en la matière en renforçant la compétence publique en économie de la santé.

Lorsque de telles études sont conduites, elles mettent en évidence des coûts de prise en charge très différents selon les modes d'organisation. Aborder la question du modèle sous l'angle des services rendus ne suffit plus, « *c'est la recherche de qualité et de performance économique qui doit guider les décisions* », résume Frédéric Van Roekeghem. Dans cette optique, l'offre libérale est pertinente chaque fois que l'état du patient

ne nécessite pas une prise en charge en hospitalisation complète, ou en HAD.

Comment peut-on rendre le meilleur service au patient à moindre coût ? En évitant le recours injustifié aux prises en charge institutionnelles et respectant un gradient de prise en charge selon le rapport coût/efficacité proposé par chaque mode d'organisation. « *Quand les patients peuvent être pris en charge en proximité dans des conditions de qualité des soins et que la performance économique est au rendez-vous, c'est dans cette direction qu'il faut aller* », estime le directeur général de l'Assurance maladie. C'est cette réflexion que l'Assurance maladie met en application quand elle veut rendre accessible la dialyse péritonéale au domicile des patients quel que soit leur lieu de résidence en leur offrant un accompagnement par des soins infirmiers à domicile. « *Nous pensons qu'il faut offrir aux patients des alternatives à la prise en charge de la dialyse en centre d'hémodialyse. Il n'y aucune raison que 25 % des patients franc-comtois bénéficient d'une dialyse à domicile et qu'aucun patient aquitain n'en bénéficie. Or, le différentiel de coût entre les deux modalités s'élève à 30 000 €. Si le patient est pris en charge à domicile, il est souhaitable qu'en fonction de sa capacité, il puisse être accompagné par des soins infirmiers, ce qui augmente la dépense infirmière, mais diminue la dépense de transport, la dépense hospitalière et peut améliorer la qualité de vie de certains patients* », illustre Frédéric Van Rookeghem.

Contribution à l'efficacité du système de santé des infirmiers libéraux et psad:

l'exemple de la cancérologie

À la demande du Synalam, le cabinet Jalma a conduit une étude médico-économique portant sur la comparaison de différents modes de prise en charge pour des patients qui nécessitent un traitement de chimiothérapie lourde, s'étalant sur plusieurs mois, requérant des perfusions (morphine) et/ou une nutrition parentérale⁽⁷⁾. Ont été

comparés les 3 modes de prise en charge suivants : l'hospitalisation complète, l'hospitalisation à domicile et la prise en charge ambulatoire assurée par des infirmiers libéraux et des prestataires de santé à domicile. Plus précisément, l'étude a comparé deux parcours de chimiothérapie : un parcours dit lourd et un parcours plus léger : 2 jours de chimio toutes les deux semaines ou 5 jours de chimio toutes les 3 semaines avec la mise en œuvre d'un traitement de morphine et de nutrition parentérale à la dernière période de la prise en charge (3^e mois).

L'analyse de l'efficience passe par la comparaison de la qualité et des coûts, qualité abordée sous l'angle de la sécurité des soins, mais aussi de l'accompagnement médico-social et du confort. De l'analyse de la littérature internationale, le cabinet Jalma déduit que *« la prise en charge à domicile de la chimiothérapie permet un accompagnement médico-social de qualité, sans réduire l'efficacité clinique du traitement ni amoindrir les conditions de sécurité. En effet, la prise en charge à domicile a montré à travers diverses études que la qualité des soins prodigués était équivalente à celle des soins effectués en hôpital. Si aucune donnée n'analyse les tolérances et survies aux modalités de traitement hospitalier ou ambulatoire, aucune différence dans l'occurrence des événements indésirables graves n'a été mise en évidence. »*

De plus, la prise en charge à domicile garantit au patient une grande qualité de vie et à son entourage une sécurité psychologique remarquable. En termes de satisfaction témoignée des patients, des aidants et des soignants, les études lui sont favorables. Finalement, en plus d'offrir des soins de qualité égale à ceux dispensés à l'hôpital, la prise en charge à domicile permet d'offrir une meilleure qualité de vie aux patients.⁽⁸⁾

Au plan strictement économique, la prise en charge ambulatoire génère, selon la nature des traitements quotidiens associés, de 10 à 40 % d'économies versus la prise en charge en HAD, et de 30 à 60 % d'économies versus l'hospitalisation complète. Il est à noter que ces résultats ont été calculés selon des hypothèses qui maximisent le coût du couple prestataire/infirmier libéral.

Le cabinet d'expertise Jalma en conclut qu'il apparaît particulièrement important pour maximiser l'efficacité du système de santé d'éviter la substitution d'un mode de prise en charge par un autre au seul prétexte d'un présupposé en termes de qualité et de statut de la structure. « *Le développement des prestataires de santé à domicile et des infirmiers libéraux sur un certain nombre de prises en charge pourra apporter de réels gains d'efficacité au système de soins.* »

1 Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE © OCDE 2011

2 Renforcer l'exercice libéral par le système conventionnel : Evolution des pratiques et nouveaux rôles : quelle stratégie pour l'assurance maladie ? Conférence débat au 58^e Congrès de la Fédération Nationale des Infirmiers, le 8 décembre 2011, Paris.

3 Évaluation des dispositifs médicaux pour la perfusion à domicile, révision des descriptions génériques de la Liste des Produits et Prestations Remboursables : « Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile », Haute Autorité de Santé, septembre 2010

4 Le patient, les technologies et la médecine ambulatoire, Francis Lévi et Christian Saguez, Commission « Technologie et santé » rapport de l'Académie des technologies, 10 avril 2008

5 Enquête réalisée par l'URML Bretagne auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes (2007)

6 Hospitalisation à domicile, rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, 2010

7 *Intérêt des PSAD et des professionnels libéraux*, Jalma, Jean-Marc Aubert, Charlotte Szkorodenszky, novembre 2011

8 *Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care : three month follow up of health outcomes*, Shepperd and Co, 1998

**Déclaration de Genève adoptée à l'unanimité
lors de l'assemblée générale du secrétariat
international des infirmières et infirmiers
de l'espace francophone qui s'est tenue
le 22 mai 2012**

ANNEXE 4



SIDIIEF

SECRETARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

Proposition

DÉCLARATION EN FAVEUR DE LA FORMATION UNIVERSITAIRE POUR LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

Présentée

à l'Assemblée générale du SIDIIEF

Un système de santé qui investit dans l'expertise infirmière fait un choix éclairé, porteur d'une véritable transformation des soins qui marquera le XXI^e siècle (SIDIIEF, 2011)

Par la Déclaration de Genève, l'Assemblée générale soutient et ratifie la position du SIDIIEF en faveur de la formation universitaire pour les infirmières et infirmiers de l'espace francophone tel qu'énoncé dans son mémoire 2011 et demande la poursuite des efforts pour en assurer la réalisation dans les différents pays de la francophonie d'ici 2020.

Genève, le 22 mai 2012

PRÉAMBULE

L'Assemblée générale du SIDIIEF, tenue à Marrakech (Maroc) le 9 juin 2009, a recommandé que le SIDIIEF se penche sur les iniquités et les disparités dans l'accès à la formation universitaire au sein de la francophonie et qu'il adopte une position officielle susceptible d'encourager les pays à soutenir cet accès.

Inquiets du fossé qui se creuse entre la formation et les besoins de santé de la population, les infirmières et les infirmiers de la francophonie ont fait valoir l'urgence d'établir et de maintenir un dialogue, d'égal à égal, avec leurs collègues d'autres pays. Le cas particulier de l'Afrique où l'accès aux études universitaires en sciences infirmières est quasi impossible fut évoqué.

Dans ces pays, le manque d'accès aux connaissances scientifiques de pointe compromet les efforts des professionnels de la santé et retarde les progrès vers la réalisation des *Objectifs du millénaire pour le développement* (OMD).

Alors que les pays anglo-saxons, hispanophones et scandinaves sont reconnus mondialement pour leur avance significative en ce qui a trait à la formation en sciences infirmières et que le grade universitaire devient la condition pour l'entrée dans la profession, force est de constater que plusieurs pays de la francophonie font preuve d'un retard évident en cette matière.

Devant le sérieux retard des pays de la francophonie à souscrire à l'« universitarisation » de la formation infirmière nécessaire au repositionnement du rôle infirmier dans un contexte de mobilité professionnelle et de réformes des systèmes nationaux de santé, le conseil d'administration du SIDIIEF a accordé une haute priorité à l'étude des enjeux de la formation infirmière dans une filière universitaire complète, tel que souhaité par l'assemblée de Marrakech 2009. Le SIDIIEF a publié en 2011 un mémoire faisant état de cette prise de position.

MÉMOIRE DU SIDIIEF : LA FORMATION UNIVERSITAIRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS – UNE RÉPONSE AUX DÉFIS DES SYSTÈMES DE SANTÉ

● PRINCIPAUX CONSTATS

Les défis de santé du XXI^e siècle sont connus et font l'objet d'un large consensus. Qu'il s'agisse notamment de la prise en charge de la chronicité, des troubles mentaux, de la persistance des maladies transmissibles, de la mortalité maternelle et infantile, des inégalités en santé, tous font appel à l'urgence de rendre accessibles les soins, principalement les soins primaires, comme réponse essentielle aux besoins de santé évolutifs des populations. Tous les systèmes de santé sont appelés à se renouveler et ce sont ceux qui s'engageront dans une véritable transformation en profondeur qui en profiteront le plus.

Déclaration en faveur de la formation universitaire pour les infirmières et infirmiers de l'espace francophone

Les soins de santé de l'avenir ne ressembleront en rien à ceux du passé si l'on tient compte de l'importance des changements démographiques, épidémiologiques, scientifiques et technologiques déjà en cours. Liés à la précarité des ressources et à la pénurie de professionnels compétents, les soins requièrent dès lors des approches fondées sur des bonnes pratiques et les évidences scientifiques formalisées par la recherche. Ils nécessitent un repositionnement des rôles professionnels, un nouveau partage des responsabilités, notamment entre médecins, infirmières et infirmiers, pour atteindre l'efficacité et l'efficience recherchées par les systèmes de santé à l'échelle mondiale. Un enjeu de justice sociale et aussi d'équité mérite d'être évoqué pour un groupe professionnel largement féminin qui se voit encore trop souvent tenu à l'écart des études supérieures.

Investir dans l'expertise des infirmières et des infirmiers est un choix éclairé et porteur de solutions à moyen et long termes. La plus-value de l'expertise est connue, des résultats probants le démontrent, notamment sur la sécurité des patients, la qualité des soins, la satisfaction des patients et des professionnels ainsi que sur la maîtrise des coûts. L'*agir-expert* est un gage de collaboration interprofessionnelle, d'innovation ainsi que de gouvernance juste et efficace.

Il est permis d'avancer que l'engagement d'un corps infirmier mieux formé représente un investissement fructueux plutôt qu'une dépense. En témoignent les réductions de coûts imputables aux accidents, événements indésirables, complications, ré-hospitalisations et les bénéfices pour les patients, leurs proches et la société. La compétence de l'infirmière qualifiée est donc à l'évidence de nature à contribuer aux objectifs de renforcement des systèmes de santé.

D'ailleurs, de grandes organisations internationales l'ont bien compris. C'est pourquoi, qu'il s'agisse de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), elles interpellent les pays afin qu'ils investissent dans la formation des infirmières et des infirmiers de manière à élargir le spectre de leur pratique. La valeur des rôles infirmiers avancés a été démontrée et en ce sens, le Conseil international des infirmières (CII) demande aux pays de soutenir la formation des infirmières et infirmiers pour assurer l'accès à des soins efficaces, sécuritaires, efficaces et réduire les coûts de la non-qualité ou de l'insuffisance de qualité.

Le SIDIEF se joint aux grandes organisations internationales favorables à des politiques qui encouragent l'accès à la formation universitaire et le développement d'une discipline académique s'appuyant sur les 3 cycles universitaires.

Près d'une centaine d'organisations, issues de plusieurs régions de la francophonie ainsi que le Conseil international des infirmières (CII) et l'Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS) appuient sans réserve les conclusions et recommandations du mémoire du SIDIEF sur la formation infirmière universitaire.

● **PRISE DE POSITION DU SIDIIEF**

Fort de ces appuis, le SIDIIEF juge qu'il est incontournable d'investir dans la formation universitaire et dans la recherche disciplinaire pour être à même de répondre aux défis d'accessibilité, d'efficacité, d'efficience et d'innovation dans les systèmes de santé. Le plus souvent à la porte d'entrée du système de santé, les infirmières et infirmiers représentent le corps professionnel le plus nombreux, en contact direct avec les besoins de santé des personnes, des familles et des communautés. Le SIDIIEF est donc persuadé que plus d'un million d'infirmières et d'infirmiers, d'une trentaine de pays francophones, représentent une force incontestable et un potentiel remarquable au service de la santé des populations.

Le SIDIIEF lance donc appel formel aux gouvernements des pays de la Francophonie pour :

- ➔ qu'ils instaurent un système d'enseignement universitaire couvrant les 1^{er}, 2^e et 3^e cycles d'études en sciences infirmières;
- ➔ qu'ils statuent sur le niveau universitaire de bachelier/bachelor ou de licence en sciences infirmières comme condition d'entrée à la profession infirmière;
- ➔ qu'ils invitent l'Organisation Internationale de la Francophonie (OIF) à soutenir prioritairement les pays d'Afrique par des mécanismes de coopération institutionnelle, nationale, intra et inter régionale, visant à mettre en place la formation universitaire en sciences infirmières.

ISBN : 2-913540-24-4

Achevé d'imprimer sur les presses de l'Imprimerie Moderne
Zac du Breuil 54700 Pont-à-Mousson
Juillet 2012
Imprimé en France

Le secteur de la santé est en évolution perpétuelle, confronté qu'il est à des impératifs techniques, démographiques, épidémiologiques et économiques. Il devra faire face à l'explosion des pathologies chroniques, aux conséquences du vieillissement et répondre à de nouveaux critères d'efficience tout en garantissant son accessibilité. Il devra enrayer l'obésité épidémique qui pourrait affecter, en 2030, jusqu'à une personne sur deux dans les pays riches. Il lui faudra intégrer une dimension environnementale de la santé et évoluer vers un système privilégiant le maintien de la bonne santé.

Nous ne pouvons pas nous satisfaire que 20% des passages aux urgences soient liés à une iatrogénie médicamenteuse. D'autant qu'une meilleure observance des traitements et une gestion plus rigoureuse des médicaments permettraient d'économiser jusqu'à 11 milliard €.

Nous ne pouvons plus ignorer que 2 millions de journées d'hôpital sont immédiatement évitables chaque année dans notre pays par un investissement dans le suivi, en ambulatoire, des patients chroniques. Pour une seule pathologie comme l'insuffisance cardiaque, 80% des hospitalisations devraient pouvoir être évitées. D'autres indicateurs doivent aussi nous alerter, tels que la recrudescence massive de la rougeole liée à un taux de couverture vaccinale insuffisant ou encore le manque d'accessibilité des patients aux programmes d'éducation thérapeutique.

Des solutions simples existent, encore faut-il accepter de les voir et de les entendre avant de leur donner une chance d'être appliquées. Cet ouvrage qui relève du genre littéraire de l'essai, est une œuvre de réflexion prospective qui s'efforce, une fois les problématiques exposées, d'y apporter des solutions pertinentes fondées sur l'exploitation et l'approfondissement des compétences et de l'expertise infirmière dans le premier recours. A partir de données chiffrées et argumentées, nationales et internationales, cet essai propose des pistes extrêmement concrètes et immédiatement applicables sur tous les sujets de santé publique impliquant la profession infirmière mais aussi sur l'évolution de son rôle, sur les coopérations interprofessionnelles, la formation initiale et continue, l'amélioration de la qualité des soins.



La **Fédération Nationale des Infirmiers** est la première organisation représentative de la profession infirmière d'exercice libéral, une profession de santé composée de 80 000 professionnels organisés sur les territoires pour répondre 7 jours/7 aux contraintes de continuité des soins. Premiers offreurs de soins infirmiers en ville, les infirmières libérales prennent notamment en charge 75% des soins délivrés aux personnes âgées dépendantes. Plus ancienne organisation syndicale en ce domaine, la Fédération Nationale des Infirmiers a accompagné toutes les grandes évolutions de la profession et initié les avancées majeures qui ont permis la reconnaissance de cette exception française des soins infirmiers libéraux à domicile et que cherchent aujourd'hui à développer des pays anglo-saxons.

Prix: 13 €