



# Stratégie nationale de santé

## Les propositions du Sniil

2014



# Stratégie nationale de santé : Propositions du Sniil

---

## Contenu

<b>La politique de santé et le pilotage du système de santé .....</b>	<b>2</b>
1 : Prévention et éducation : Des compétences spécifiquement infirmières .....	2
1.1 : Les jeunes : Contraception et MST .....	3
1.2 : Les personnes âgées : Détection de la fragilité.....	3
1.3 : La santé mentale : Consultation IDE et décroisement.....	3
1.4 : Les addictions : Participation IDE à la prise en charge des sevrages.....	3
1.5 : Le cancer : Consultation IDE et prise en charge de la chimiothérapie ambulatoire .....	3
2 : Relations entre l'Etat et la Sécurité sociale : Pour une plus grande cohérence .....	3
<b>L'organisation de l'offre de soins .....</b>	<b>4</b>
3 : Inscrire l'infirmière dans le premier recours .....	4
4 : Le parcours du patient : La coordination soignante et sociale de l'infirmière .....	5
6 : L'hôpital : L'IDEL en tant que référence ambulatoire de la coordination de la sortie d'hospitalisation .....	5
7 : L'ambulatoire : Pour une prise en charge pluri-professionnelle .....	5
8 : Le Service Territorial de Santé : l'infirmière au cœur du dispositif.....	5
9 : Les compétences infirmières .....	6
9.1 : La formation professionnelle initiale et le statut de maître de stage .....	6
9.2 : Reconnaître toutes les compétences « socles » .....	6
9.3 : Développer la pratique avancée .....	7
<b>La démocratie sanitaire.....</b>	<b>7</b>
10. Respecter et préserver droit des patients dans le libre choix leurs praticiens.....	7



## La politique de santé et le pilotage du système de santé

### 1 : Prévention et éducation : Des compétences spécifiquement infirmières

#### *Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs, une compétence infirmière*

La **compétence 5 « Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs »** du référentiel de compétences infirmières confère toute légitimité aux infirmières pour prendre une part active dans la prévention au sein de la société et ce, auprès de toutes les catégories de population, des plus jeunes aux âgés<sup>1</sup>.

En revanche, ce type d'intervention infirmière qui se fait systématiquement lors des soins, n'a pas, pour les infirmières libérales, de rémunération spécifique sauf dans certains programmes **d'éducation thérapeutique** dans le cadre des nouveaux modes de rémunération (NMR).

Aussi le Sniil demande la mise en place d'une rémunération pour une **consultation infirmière**, incluant dépistage, évaluation, prévention et éducation, laquelle pourrait se faire, soit au cabinet, soit directement au domicile du patient et ce dans sa pratique quotidienne, autonome et indépendamment d'un regroupement.

#### *Elargissement des domaines d'intervention : vaccination & prescription*

Par ailleurs en termes de **prévention** le Sniil est pour un **élargissement** du cadre législatif - suivi du carnet de vaccination et réalisation des rappels sans prescription médicale – qui permettrait aux infirmières de contribuer à l'amélioration de la **couverture vaccinale**, et ce, au-delà de l'administration du vaccin-antigrippal<sup>2</sup> laquelle reste très limitée.

***Exemple 1:** Protocole intitulé "Consultation, décision et prescription de vaccination pour les usagers par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin" signé par l'ARS Haute-Normandie le 6 décembre 2013. Ce protocole pourrait très simplement être élargi et appliqué à l'ensemble du territoire.*

***Exemple 2 :** Cf. Plan cancer 2014-2019 qui propose la vaccination anti-papillomavirus par les infirmières.*

De plus, le Sniil demande un élargissement des compétences infirmières en matière de **prescription** permettant de prévenir les risques.

<sup>1</sup> Compétence 5

Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

1. Repérer les besoins et les demandes des personnes et des populations en lien avec les problématiques de santé publique ;
2. Accompagner une personne, ou un groupe de personnes, dans un processus d'apprentissage pour la prise en charge de sa santé et de son traitement ;
3. Accompagner une personne dans un processus décisionnel concernant sa santé : consentement aux soins, comportement vis-à-vis de la santé... ;
4. Concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées ;
5. Conduire une démarche d'éducation pour la santé et de prévention par des actions pédagogiques individuelles et collectives ;
6. Concevoir, formaliser et mettre en œuvre une démarche et un projet d'éducation thérapeutique pour une ou plusieurs personnes ;
7. Choisir et utiliser des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition des compétences en éducation et prévention pour les patients.

Source : référentiel de compétences du diplôme d'état infirmier – arrêté du 31 juillet 2009

<sup>2</sup> Arrêté du 19 juin 2011 fixant la liste des personnes pouvant bénéficier de l'injection du vaccin antigrippal saisonnier pratiquée par un infirmier ou une infirmière.



*Exemple : Ordonnance collective mise en place au Québec sur les situations cliniques suivantes : l'hypertension artérielle, le diabète, l'anticoagulothérapie, la dyslipidémie<sup>3</sup>.*

Enfin, avec 95% de leurs activités au **domicile** des patients, les infirmières libérales sont en mesure de détecter des besoins mais aussi des difficultés d'ordre familial et environnemental et ce, notamment dans le cadre des priorités énoncées dans la stratégie nationale de santé.

### 1.1 : Les jeunes : Contraception et MST

- Investir l'infirmière dans **l'éducation à la contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles**.

### 1.2 : Les personnes âgées : Détection de la fragilité

- Mettre en place une **visite de détection de la fragilité** (risque de chutes, troubles cognitifs etc.) de la personne de plus de 75 ans.

### 1.3 : La santé mentale : Consultation IDE et décloisonnement

- Reconnaissance des compétences et valorisations des actes par des financements : permettre aux professionnels libéraux de s'impliquer dans la stratégie thérapeutique de l'équipe soignante en reconnaissant le **financement d'entretiens thérapeutiques à domicile** (consultation en santé mentale IDEL)
- Encourager le **décloisonnement de la prise en charge** du patient entre les professionnels de l'ambulatoire et les structures (CMP...) impliqués ainsi que leur coordination. Mettre en place une rémunération adéquate à cette fin.

### 1.4 : Les addictions : Participation IDE à la prise en charge des sevrages

- Investir les infirmières dans les **sevrages alcooliques et tabagiques** dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle du patient. Cf. Actions 3.3 et 7.14 du Plan cancer.

### 1.5 : Le cancer : Consultation IDE et prise en charge de la chimiothérapie ambulatoire

- Réinvestir les infirmières dans les traitements spécifiques des patients atteints de cancer et également de la **chimiothérapie ambulatoire**. Intégrer l'IDEL à l'équipe oncologique afin qu'elle participe à la procédure d'annonce et d'en faire le suivi, de coordonner les soins ambulatoires en lien avec l'IDE référente hospitalière.
- Envisager une **consultation** par l'infirmière libérale afin de reprendre les étapes du traitement, les complications qui vont nécessiter des aménagements, les effets secondaires des traitements, mais aussi l'intérêt des traitements adjuvants ainsi que des conseils hygiéno-diététiques.

## 2 : Relations entre l'Etat et la Sécurité sociale : Pour une plus grande cohérence

- L'assurance maladie n'a pas à assurer la réorganisation du système de santé et des compétences des professionnels de santé. Evite les doublons cf. PRADO et PAERPA

<sup>3</sup><http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/ordonnances-collectives/ordonnances-collectives-nationales>



- Garder l'UNCAM comme interlocuteur pour  **négocier la convention professionnelle au niveau national**. Le Sniil met en garde contre une déclinaison régionale des tarifs au risque de remettre en cause le principe d'équité d'accès aux soins.

## L'organisation de l'offre de soins

### 3 : Inscrire l'infirmière dans le premier recours

Bien qu'acteur reconnu du premier recours, la loi en vigueur ne reconnaît pas ce statut aux infirmières... En effet, la loi HPST inscrit médecins et pharmaciens d'officine dans le premier recours (article 38) mais pas les infirmiers.

Dans l'article 36, l'accès aux soins de premier recours comprend :

- « 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- « 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- « 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- « 4° L'éducation pour la santé.

Or, «la formation initiale des infirmiers les prépare mieux que les médecins à assumer une fonction éducative auprès des patients <sup>4</sup>». En effet la compétence 5 du référentiel de compétences infirmiers est consacrée à « initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs». La compétence 9, « organiser et coordonner des interventions soignantes » fait elle, directement référence à l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social. Seule l'administration de médicaments reste une responsabilité limitée de l'infirmière dans la mesure où elle ne renouvelle que les prescriptions de contraceptifs (art. 88, loi HPST), elle ne prescrit que certains dispositifs médicaux et n'est habilitée qu'à vacciner contre la grippe à l'exception de la première injection<sup>5</sup>.

Par ailleurs, le rôle propre de l'infirmière tel que mentionné à l'article R.4311-1 du Code de la santé publique, est particulièrement proche de la définition du premier recours, à savoir, « la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ».

Aussi, il est primordial et nécessaire pour une meilleure efficacité du système de santé, une optimisation des ressources sur le territoire, d'**inscrire les infirmières dans les professionnels du premier recours** dans la prochaine loi prévue en 2014.

Le renforcement du premier recours passe nécessairement par **la reconnaissance des compétences infirmières<sup>6</sup>**, formées et suffisamment présente sur l'ensemble du territoire, pour assurer un rôle important dans cette révolution souhaitée du premier recours.

<sup>4</sup> Haut Conseil de la santé publique, L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours, novembre 2009.

<sup>5</sup> Arrêté du 19 juin 2011 fixant la liste des personnes pouvant bénéficier de l'injection du vaccin antigrippal saisonnier pratiquée par un infirmier ou une infirmière.

<sup>6</sup> Cf. point 9



#### 4 : Le parcours du patient : La coordination soignante et sociale de l'infirmière

- Le médecin traitant se situe comme pivot de la coordination du volet médical du PPS, l'infirmière a toute légitimité à être **pivot de la coordination soignante et sociale** et ainsi en lien avec le médecin traitant permettre une coordination complète de la prise en soin du patient au sein de son parcours coordonné. Cette reconnaissance, devra également se traduire dans les **nouveaux modes de rémunération**.
- Le Sniil dénonce la non-reconnaissance par l'assurance maladie de cette coordination dans des programmes qu'elle met en place. (Cf. MCI dans les PRADO)
- A ce titre, l'infirmière doit être inscrite non seulement dans le **parcours de soins** du patient, mais également dans son **parcours de santé**.
- Enfin, le Sniil demande une vigilance particulière à ce que la coordination n'ait aucun caractère commercial. (cf. le recours aux prestataires dans la nutrition parentérale)

#### 6 : L'hôpital : L'IDEL en tant que référence ambulatoire de la coordination de la sortie d'hospitalisation

Reconnaître l'infirmière comme **réfèrent ambulatoire de la coordination de sortie d'hospitalisation**. En effet, de 30 à 40 % de prescription des infirmières libérales viennent des hôpitaux<sup>7</sup>. Il y a urgence de procéder à une amélioration de cette coordination entre l'hôpital et la ville.

**Exemple** : Des initiatives telles que le DIASPAD en Haute Normandie existent déjà ; envisager de les élargir à l'ensemble du territoire.

#### 7 : L'ambulatoire : Pour une prise en charge pluri-professionnelle

- Le Sniil promeut les **formations continues, l'exercice pluri-professionnel** afin d'assurer une prise en charge plus inclusive et suivie des patients.
- L'exercice des professionnels de santé devra se faire **autour du patient** et non pas autour du médecin traitant.
- Le travail de coopération des **équipes de soins primaires** devra trouver une rémunération spécifique et l'infirmière devra être un acteur à part entière, intervenant dès l'élaboration des projets de santé.
- Le développement de **systèmes d'informations** adéquats devra par ailleurs faciliter le travail de coordination et permettre aux infirmières de partager leur diagnostic clinique avec les autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux.

#### 8 : Le Service Territorial de Santé : l'infirmière au cœur du dispositif

- Ancrée dans les territoires aussi bien ruraux qu'urbains, l'infirmière libérale demeure **le seul professionnel de santé intervenant au domicile 7/7j** afin de répondre aux besoins de santé des patients. Cette proximité, la connaissance des différents intervenants, la maîtrise du tissu médico-social local ainsi que sa formation légitiment ce rôle de pivot de la coopération et de la coordination des patients lourds et complexes à leur domicile.

---

<sup>7</sup> Panel Infirmier des Pays de la Loire.



- La mobilité qui caractérise cette profession, l'application des tarifs opposables, mais aussi la dynamique de sa démographie<sup>8</sup>, en font un **offreur de soins incontournable d'un service territorial de santé qui souhaiterait répondre à des exigences d'accessibilité et de continuité des soins.**

## 9 : Les compétences infirmières

### 9.1 : La formation professionnelle initiale et le statut de maître de stage

- Le Sniil défend la **reconnaissance des compétences actuelles des infirmières** mais aussi le renforcement de ces compétences via entre autres, la poursuite de **l'universitarisation** de la filière afin d'assurer l'autonomie de la profession.
- En ce qui concerne le statut de **maître de stage**, le Sniil demande :
  - Une formation pour les tuteurs et les maîtres de stage afin de se familiariser avec le nouveau portfolio
  - Une rémunération du tuteur de stage à l'instar des médecins
  - La possibilité de facturer les soins effectués par le stagiaire sous la responsabilité de l'infirmière libérale. Cette situation n'est actuellement pas claire et doit le devenir afin de pérenniser les lieux de stage en ambulatoire.

### 9.2 : Reconnaître toutes les compétences « socles »

Le Sniil estime nécessaire de rappeler les dix compétences infirmières :

1. **Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;**
2. **Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;**
3. **Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;**
4. **Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;**
5. **Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;**
6. **Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;**
7. **Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;**
8. **Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;**
9. **Organiser et coordonner des interventions soignantes ;**
10. **Informier et former des professionnels et des personnes en formation.**

- **L'écart** considérable qu'il existe entre ces **compétences**, mises à jour en 2009, le **décret d'actes** datant de 1981 et la **nomenclature** est à noter. Aussi le Sniil souhaite que la future loi de santé prenne en considération ce fait et assure plus de cohérence pour l'exercice de cette profession.
- Le rappel de ces 10 compétences dites « socles » dans le Rapport d'information sur la coopération entre les professionnels de santé de C. Génisson et A. Milon, permet de prendre en considération l'étendue des compétences infirmières qui ne sont pas reconnues par le législateur, les autres professionnelles de santé et la Sécurité sociale.
- Aussi, le Sniil demande à ce que le rôle propre de l'infirmière ne soit désormais plus seulement défini dans un décret d'actes mais qu'il soit renforcé par des **missions** et ce, afin

<sup>8</sup> Au 1er janvier 2013, on compte 97 564 infirmiers libéraux ou mixtes repartis sur l'ensemble des territoires. Les effectifs d'infirmiers libéraux augmenteraient de 2,9 % par an d'ici à 2030 selon les estimations de la Drees avec une répartition de plus en plus égale sur le territoire. Sources : Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2013, Daniel Sicard, Drees, Série statistiques n°183, août 2013 et La démographie des infirmiers à l'horizon 2030, Drees, n°760, mai 2011.



de réduire l'écart entre les compétences des infirmières et la reconnaissance concrète de ses dernières dans son exercice quotidien.

- Par ailleurs, le Sniil souhaite attirer l'attention sur la nécessité de reconnaître les outils de diagnostic à dispositions des infirmières et qui s'inscrivent dans leur démarche clinique (cf. compétence 1) et l'élaboration des projets de soins à mettre en œuvre. Un seul **bilan de soin infirmier** qui serait transversal et tiendrait compte des multi-pathologies du patient suffirait. Aussi, il n'est pas nécessaire de développer des outils dédoublant cette fonction.

### 9.3 : Développer la pratique avancée

- Avant tout, le Sniil recommande d'exploiter l'étendu des compétences « socles » des infirmières, les développer à travers la **formation continue** et la **VAE** accessible à toutes les infirmières souhaitant de par leurs acquis et leur expérience, acquérir un niveau de clinicienne qui ne soit pas exclusivement réservé au secteur oncologique (cf. Plan cancer 2014-2019).
- La pratique avancée devra permettre aux infirmières de développer leurs compétences de soignant et non pas exclusivement vers des tâches managériales telle que le soulève le rapport de C. Génisson et A. Milon. Afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients, les auteurs proposent une réorganisation de l'offre de soins en confiant davantage de compétences aux professionnels de proximité que constituent les infirmiers. Et cela, pour le Sniil passe impérativement par **l'universitarisation de la filière en sciences infirmières**.

## La démocratie sanitaire

### 10. Respecter et préserver droit des patients dans le libre choix leurs praticiens

Le Sniil rappelle que « *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire<sup>9</sup>* » et demande au législateur de préserver ce droit en restant vigilant sur les initiatives pouvant amener à sa remise en question (cf. réseaux de soins et de mutuelles).

Paris, le 31 mars 2014

---

<sup>9</sup> Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 - art. 1 JORF 2 août 1991