



Assemblée Nationale
Mission d'information
professions de santé
(Cyrille Isaac-Sibille)

**Contributions de la
Fédération Nationale des Infirmiers**

15 Juin 2021

SOMMAIRE

I. Évolution Décret d'actes IDE

Suivi des maladies chroniques, éléments de l'expérimentation
Asalée et autres

Diabète : suivi du patient diabétique de type 2 avéré.

Insuffisance cardiaque : suivi du patient sous anticoagulants (AVK)

Lutte contre la douleur

Repérage des fragilités chez les personnes âgées

La prévention de la perte d'autonomie

Cancérologie

Prévention

Couverture vaccinale

Santé sexuelle

Constat de décès

II. Place et modalité de collaboration des AS en ville

Place et modalité de collaboration des AS en ville

L'hypothèse de création d'un statut libéral d'aide-soignant.

a. La profession libérale

b. Une prise en charge par l'Assurance Maladie

c. Sur la sécurité des soins

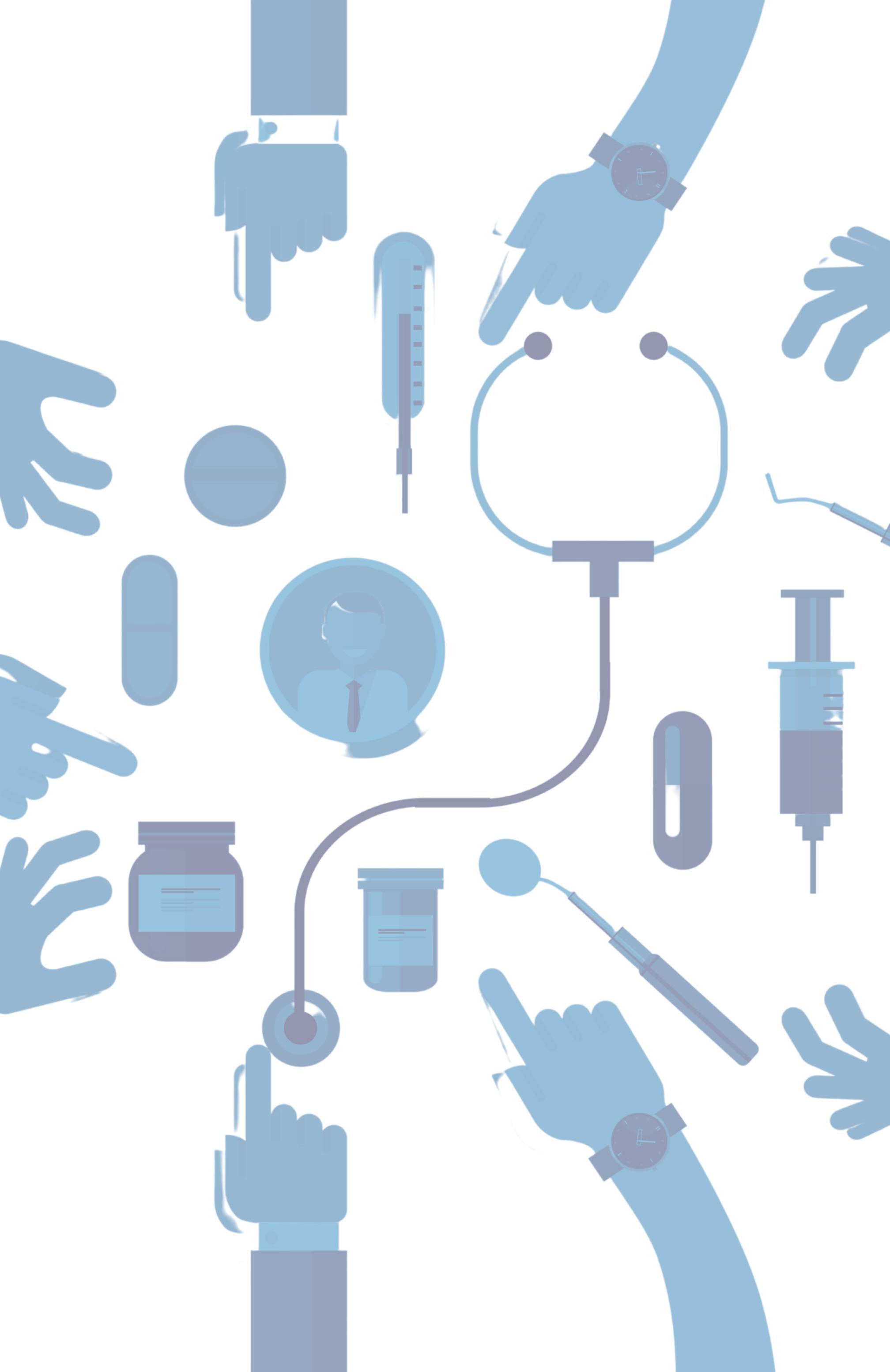
d. Risque de fuite dans les structures de soins

e. Risque de déstabilisation forte des professionnels du secteur

L'hypothèse de l'Aide-Soignante salariée d'une infirmière libérale

L'hypothèse d'une collaboration renforcée avec les structures existantes.

Un modèle de financement décalé des besoins



I. Évolution Décret d'actes IDE

« Le personnel infirmier constitue la cheville ouvrière de tout système de santé. À l'heure qu'il est, un grand nombre d'infirmiers et d'infirmières se retrouvent en première ligne du combat contre la COVID-19 », a déclaré le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS. « Ce rapport vient nous rappeler avec force à quel point le rôle qu'ils jouent est unique. Il nous adresse également un signal d'alarme pour que tout soit fait afin qu'ils bénéficient du soutien dont ils ont besoin pour maintenir les populations en bonne santé. » (rapport OMS 2020 sur la situation du personnel infirmier dans le monde)

La pratique infirmière couvre 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.

En Europe, le vieillissement de la population, l'augmentation de la dépendance et des maladies chroniques constituent un défi pour les systèmes de santé dans les prochaines décennies.

En France, les 131000 infirmiers libéraux qui offrent quotidiennement au domicile un accès aux soins , véritables « infirmières de famille » par leur connaissance des patients et de leur environnement , sont avec le « médecin référent » et le « pharmacien correspondant », un des piliers du triptyque socle des professionnels de santé du premier recours.

L'intégration d'éléments de protocoles de coopération Art 51 vers le métier socle, et la prescription en autonomie de certains actes et examens permettraient de faciliter l'accompagnement thérapeutique global du patient sur les champs de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, en facilitant de manière élargie l'accès aux soins dans la population, dans un contexte de démographie médicale tendu.

Certaines compétences seront partagées avec les infirmières en pratique avancée et les infirmières incluses dans les programmes ASALEE.

« L'évolution vers un décret de compétences pourrait permettre certaines de ces pratiques, sous conditions, et sous la responsabilité médicale, sans passer par un dispositif article 51 » (HAS, synthèse du bilan des protocoles de coopération Mars 2016)

Suivi des maladies chroniques, éléments de l'expérimentation Asalée et autres

Les maladies chroniques sont responsables de 15 millions de morts prématurées par an dans le monde.

L'enjeu de santé publique pour prévenir cette mortalité prématurée, mais aussi les souffrances et les coûts engendrés par les complications de ces maladies est majeur.

Les infirmières libérales suivent les patients tout au long de leur vie, connaissent leur environnement, et pratiquent l'ETP selon la définition de la HAS : " L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient."

Diabète : suivi du patient diabétique de type 2 avéré.

Constat : le glucagon en stock chez le patient est souvent périmé ou inexistant.

Propositions

- Rédaction et signature de prescriptions des examens HbA1c, micro-albuminurie, dosage du HDL Cholestérol, créatinémie.
- Prescription de GLUCAGON chez les patients insulino dépendants et éducation à son utilisation par le patient ou son entourage, en cas d'hypoglycémie sévère.

La proposition est la même pour les stylos auto-injecteur d'adrénaline pour les patients atteints d'une maladie qui requiert ce traitement. Dans ce cas, il s'agit d'urgence vitale.

Insuffisance cardiaque : suivi du patient sous anticoagulants (AVK)

L'enquête ENEIS 1 et 2 a mis en évidence que les anticoagulants, dont les AVK, arrivent en France au premier rang des médicaments responsables d'accidents iatrogènes graves (37 % en 2004 et 31 % en 2009 des événements indésirables graves rapportés liés au médicament).

L'étude EMIR en 2007¹ avait montré que les AVK correspondaient toujours à la plus forte incidence d'hospitalisation pour effets indésirables (12,3 %).

On estime à environ 5 000 le nombre d'accidents mortels liés aux hémorragies₂ sous AVK par an.

Constat : un grand nombre de ces accidents seraient évitables : ETP sur le traitement, suivi de l'observance, examens biologiques réguliers et lors d'événements particulier comme l'antibiothérapie.

¹ http://www.omedit-centre.fr/AVK/co/Le_Never_Event_AVK_dans_le_monde.html

² <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/EMIR.pdf>

³ Source : Anticoagulants en France Avril 2014 <http://ansm.sante.fr/Dossiers/Les-anticoagulants/Les-anticoagulants-en-France>

Propositions

- Prescription directe des biologies INR de suivi de traitement.
- Adaptation des doses d'AVK selon un protocole établi pour prévenir les accidents, assurer une dose thérapeutique et éviter des hospitalisations liées à l'iatrogénie médicamenteuse.

Lutte contre la douleur : un mésusage des antalgiques de palier 1 par automédication peut avoir des conséquences graves sur la santé.

Constat : Un concours photos lancé par la FNI auprès de ses adhérents en 2019 a mis en lumière des stocks de médicaments non utilisés et notamment le paracétamol. Les prescriptions chez les patients chroniques sont renouvelées automatiquement sans que le stock soit vérifié, ce qui représente un problème sécuritaire et économique.

Propositions

- Prescription des antalgiques de palier 1 par l'infirmière pour coller au plus près aux besoins des patients grâce à l'évaluation de la douleur par des outils validés et de l'éducation thérapeutique.

Repérage des fragilités chez les personnes âgées

Le vieillissement de la population en France progresse : 1 personne sur 5 est âgée de plus de 65 ans en 2021 (INSEE), en 2030 environ 1 personne sur 4.

Plus de 11 millions d'ALD ont été prises en charge par l'assurance maladie en 2019. majoritairement chez les plus de 60 ans.

D'autre part , 900 000 personnes souffrent de la maladie d'Alzheimer et autres démences aujourd'hui.

En 2040 le nombre de malades est estimé à 2,1 millions chez les plus de 65 ans.⁵

On estime une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes à 2,6 millions d'ici 2060.⁶

La prévention de la perte d'autonomie est une priorité de santé publique.

Constat : Les Idel, qui par leur exercice à domicile connaissent l'environnement et les habitudes de vie de leur patient, sont en première ligne pour repérer les fragilités chez les personnes âgées afin de participer à la prévention ou retarder l'entrée dans la dépendance, d'améliorer la qualité de vie, favoriser le maintien à domicile et limiter les hospitalisations.

De nombreux protocoles de coopération existent sur le sujet depuis quelques années.

- Consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées (ASALEE).
- Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé.

⁴ Source : assurance maladie

⁵ Source : fondation recherche médicale

⁶ Source : santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age-/la-sante-a-tout-age/bien-veillir

Propositions

- Réalisation d'une évaluation cognitive : Mini Mental Status, test de l'horloge, test des 5 mots.
- Évaluation de l'humeur : échelle de Raskin
- Évaluation nutritionnelle : Mini Nutritional Assessment, courbe du poids, troubles dysphagiques.
- Évaluation des capacités physiques et de l'autonomie fonctionnelle.
- Prescription d'examens biologiques : albuminémie, ionogramme, créatinine.
- Refonte de l'arrêté du 20 mai 2012 sur la prescription des dispositifs médicaux :

Ajouter la prescription de déambulateur, cannes, chaise percée, table adaptable.

Supprimer la mention : renouvellement à l'identique.

- Prescription de compléments alimentaires.
- Dépistage précoce de la déshydratation , prescription éventuelle de perfusion d'hydratation.

Constat : les personnes âgées dépendantes sont souvent victimes de plaies, à la suite de chutes ou victime de complications de décubitus.

Propositions

- Accès direct à l'infirmier pour la prise en charge des plaies par dérogation de l'article 5 des Dispositions générales de la NGAP.

Cancérologie

Depuis les années 2000 la chimiothérapie par voie orale se développe. Elle représentait 757 millions d'euros en 2013 dans les dépenses de ville.⁷

La bonne observance de la prise de ces médicaments est cruciale, or ils ont des conditions d'utilisation et des effets indésirables spécifiques, ainsi que des interactions médicamenteuses ou avec des plantes qui accentuent la toxicité ou diminuent l'efficacité.

La sécurisation de la prise en charge des patients traités par chimiothérapies orales est une priorité identifiée dans le plan cancer 2014-2019.

Les OMEDIT et Réseaux régionaux de cancérologie ont développé des outils d'information et de coordination à l'usage des patients et des professionnels de santé.

Constat : les Idels, par leur proximité avec les patients sont un maillon essentiel pour répondre à cet enjeu.

⁷ Source Institut National du Cancer

Propositions

- Accompagner spécifiquement les patients sous chimiothérapies orales : ETP , aide à la prise de traitement, dépistage précoce des effets indésirables qui peuvent conduire à un abandon du traitement par le patient.

Prévention

Couverture vaccinale

La vaccination est un élément clé des soins de santé primaires.

Constat : depuis les années 2000, on observe une baisse de l'adhésion à la vaccination dans la population.⁸

Les IDEL sont autorisées à pratiquer en autonomie la vaccination antigrippale depuis 2017, (arrêté du 14 novembre 2017) et depuis 2021, la vaccination anti-Covid 19.

Propositions

- Afin d'augmenter les portes d'accès à la vaccination et donc la couverture vaccinale, les IDEL pourraient vacciner en autonomie les adultes pour les rappels des vaccins recommandés sur le calendrier vaccinal établi chaque année par la HAS.

Santé sexuelle

La stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 préconise dans son axe II « d'améliorer le parcours de santé en matière d'IST dont le VIH et les Hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge » avec pour objectifs de « renforcer et diversifier la prévention des IST et du VIH et d'augmenter la couverture vaccinale des IST à prévention vaccinale, améliorer les dépistages des infections sexuellement transmissibles dans une approche globale de santé sexuelle ».

Le ministère de la santé a lancé une expérimentation sur les centres de santé sexuelle d'approche communautaire ;(Arrêté du 27/11/2020 et JO du 29/11/2020)

Offrir un accueil et un accompagnement communautaire qui vise à permettre, sur un même site et dans un temps court, de faciliter les dépistages des IST, traiter les personnes les plus exposées et in fine d'évaluer l'impact de cette offre spécifique sur l'incidence des infections virales (VIH, VHB, VHC) et des infections sexuellement transmissibles (IST).

Dans ce dernier objectif, il est préconisé : «d'étudier la possibilité d'étendre les délégations de compétences en matière de dépistage».

Constat : On recense 6000 découvertes de séropositivité au VIH chaque année.⁹

Depuis le 1er juin 2021 l'accès à la prophylaxie pré exposition au VIH (prEP) a été simplifié et peut être initié par tout médecin.

⁸ Source : baromètre santé/santé publique France

⁹ Source : santé publique France

Propositions

- Prescription et réalisation en direct des sérologies VIH, VHB, VHC, syphilis. Le patient sera ensuite dirigé vers un médecin.
- ETP sur les différents moyens de prévention et notamment la prEP accessible chez les médecins généralistes
- Rattrapage de la vaccination contre l'hépatite B

L'axe III de la stratégie Nationale de santé sexuelle a dans son objectif 2 de « réduire les grossesses non prévues et non désirées ». ¹⁰

Propositions

- Prescrire et réaliser en accès direct la biologie BHCG.
- Prescrire la contraception et réaliser l'IVG médicamenteux.
- Étudier la délégation de compétence en matière de contraception et d'IVG médicamenteuse pour les IDE et les conseillères conjugales et familiales formées sous la responsabilité d'un médecin dans le cadre d'un protocole validé ». ¹¹

Constat de décès

La proposition de loi relative aux certificats de décès enregistrée le 21 juin 2017 expose un problème récurrent de manque de médecins pour dresser le constat de décès dans certaines zones et «qu'il devient très difficile, notamment dans certaines zones, qu'un médecin se déplace dans un délai raisonnable, ce qui n'est acceptable ni d'un point de vue administratif ni sur le plan humain.»

Constat : selon les disponibilités des médecins, ce certificat peut être établi plusieurs heures après l'appel du professionnel, notamment le matin tôt, le soir, le week-end et les jours fériés.

Propositions

- Autoriser les idel à constater le décès si le décès était prévisible et le patient suivi par l'infirmière, selon un protocole établi.

Cet acte permettrait de prévenir la famille et d'enclencher les procédures administratives et le transfert du corps par les pompes funèbres, et d'ainsi, respecter la dignité du patient, même après son décès.

¹⁰ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf

¹¹ Proposition 50 dans l'Objectif 2 de la stratégie nationale de santé sexuelle



II. Place et modalité de collaboration des AS en ville

La FNI partage les éléments d'analyse qui confirment que le métier d'aide-soignant offre aujourd'hui peu d'évolution de carrière. Cette faible évolution de carrière, également financière, mais aussi les conditions d'exercice difficiles et parfois très difficiles rendent le métier peu attractif et se traduit par une baisse significative des candidatures au concours d'accès. Cette baisse est de l'ordre de 25% en 6 ans comme le note le rapport ASSERAF de 2009. Cette perte d'appétence peut en partie s'expliquer par les faibles perspectives d'évolution professionnelle et de mode d'exercice qu'offre le diplôme d'aide-soignant.

Le rapport El khomri de 2019 montre que ces conditions d'exercice difficiles et cette perte d'attractivité conduisent à des manques d'effectifs mais également un coût financier très important pour la collectivité du fait du nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles 3 fois supérieur à la moyenne nationale.

Par ailleurs, le métier est mal connu et peu considéré.

Devant ces constats, la FNI se dit prête à travailler à l'intervention des aides-soignants à domicile et se propose d'explorer des pistes de travail afin d'ouvrir des perspectives pour ces professionnels indispensables aux défis que le système de santé devra surmonter dans les années à venir en termes d'évolution du nombre de personnes dépendantes.

1. Sur l'hypothèse de création d'un statut libéral d'aide-soignant.

Les aides-soignants (AS) exercent déjà leur activité et leurs compétences à domicile depuis 40 ans cette année, à la suite de la création des SSIAD en 1981.¹² Cependant cette activité ne constitue pas une activité de travailleur indépendant que caractérise l'exercice libéral. Il s'agit là d'une activité salariée effectuée sous la responsabilité d'une infirmière coordinatrice. Pour étudier la faisabilité d'un exercice libéral aide-soignant, il faut d'abord se pencher sur les modifications réglementaires nécessaires ainsi que sur ses conséquences sur l'écosystème actuel des intervenants à domicile.

a. La profession libérale

L'unique définition d'une profession libérale repose sur l'article 29 de la Loi n° 2012-387 du 22 mars 2012.¹³

« Les professions libérales groupent les personnes exerçant à titre habituel, de manière indépendante et sous leur responsabilité, une activité de nature généralement civile ayant pour objet d'assurer, dans l'intérêt du client ou du public, des prestations principalement intellectuelles, techniques ou de soins mises en œuvre au moyen de qualifications professionnelles appropriées et dans le respect de principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle, sans préjudice des dispositions législatives applicables aux autres formes de travail indépendant. »

Le nouveau référentiel de formation des aides-soignants qui entrera en vigueur à compter de la rentrée de septembre 2021 conforte le fait qu'un aide-soignant exerce ses activités sous la responsabilité d'un infirmier.¹⁴ En conséquence l'aide-soignant ne dispose pas d'une responsabilité pleine et entière des actes ou des missions qu'il réalise. En cela il ne répond pas aux deux premiers critères de cette définition « de manière indépendante et sous sa propre responsabilité ».

Si les AS réalisent bien « une activité civile ayant pour objet d'assurer des prestations (.) de soins » ; ils ne répondent pas au dernier critère « dans le respect de principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle ». En effet, les AS ne disposent pas d'une déontologie propre et leur activité n'existe qu'à travers le Décret infirmier de 2004 et plus précisément les seuls actes relevant du rôle propre. Le Code de Santé Publique se bornant à définir le contour de leur formation.

Enfin, le statut libéral impose la mise en place de structures dédiées ou d'adapter les structures existantes de l'environnement du travailleur indépendant : Caisse de Retraite, Caisse de Prévoyance etc.

¹² Décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées ; circulaire n°81-8 du 1er octobre 1981 relative aux services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées.

¹³ LOI n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives ; https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000025555060/

¹⁴ Article R4311-4 du Code de Santé Publique : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913891

b. Une prise en charge par l'Assurance Maladie

Le statut libéral de l'aide-soignant devrait s'accompagner de la mise en place d'actes remboursables inscrits à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) qui seraient en confrontation directe avec les actes déjà inscrits pour les infirmiers. En effet, le secteur libéral infirmier est très impliqué dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile, la moitié (4M€/an) de son enveloppe est consacrée à ces prises en charge. Il demeure néanmoins que ces actes ne seraient pas assurés dans le cadre d'une responsabilité pleine de l'Aide-Soignant.

c. Sur la sécurité des soins

S'il est une évidence que plus le niveau de formation des professionnels est élevé, plus la sécurité des soins est assurée, cette notion est aujourd'hui démontrée par plusieurs études convergentes et qui nous amènent à considérer avec prudence la possibilité d'intervention en totale indépendance des aides-soignants.

Chaque remplacement d'un infirmier par un aide-soignant pour 25 patients, augmente le risque de décès des patients de 21%.¹⁵

D'autres références ont apporté la preuve que la présence d'infirmiers réduit la mortalité ou encore que là où le niveau de formation des soignants est le plus bas, le taux de mortalité augmente de manière très significative.^{16 17}

Enfin une étude¹⁸ publiée le mois dernier dans *The Lancet* montre qu'un ratio d'infirmière est nécessaire pour sauver des vies, prévenir les réadmissions hospitalières et réduire les coûts de santé.

d. Risque de fuite dans les structures de soins

La crise sanitaire a mis en évidence les conditions de travail pénibles des soignants et particulièrement des soignants salariés de structure.

Le premier risque selon nous de la création d'un statut libéral de l'AS réside dans la fuite des professionnels actuellement en poste salarié.

En effet, on observe déjà une fuite du personnel infirmier sur l'ensemble du territoire. Les conditions de travail, la perte de sens à l'hôpital et le sous-effectif constant en sont le plus souvent à l'origine. Ce point est à recouper avec une inégalité des effectifs salariés comme libéraux sur le territoire.¹⁹

Depuis plusieurs années, l'immense majorité de ces professionnels quitte l'exercice salarié pour le libéral, à tel point qu'on observe une croissance démographique des infirmières libérales de 5% par an depuis 12 ans. Cette croissance exceptionnelle a contraint les partenaires conventionnels à mettre en place dès 2009 des mesures de régulation démographique, renforcées dernièrement par l'Avenant 6.

¹⁵ Aiken LH, Sloane D, Griffiths P For the RN4CAST Consortium, et al Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care *BMJ Quality & Safety* 2017;26:559-568.

¹⁶ Griffiths P, Ball J, Bloor K et al. Nurse staffing levels, missed vital signs and mortality in hospitals: retrospective longitudinal observational study. *Health Serv Deliv Res*. 2018;6(38).

¹⁷ Griffiths P, Maruotti A, Recio Saucedo A, et al. Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Qual Saf*. 2019;28(8):609-617

¹⁸ McHugh MD, Aiken LH, Sloane DM, et al. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *Lancet* (London, England). 2021 May; 397(10288):1905-1913. DOI: 10.1016/s0140-6736(21)00768-6.

¹⁹ DRESS, Études et résultats, N°759, La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles.

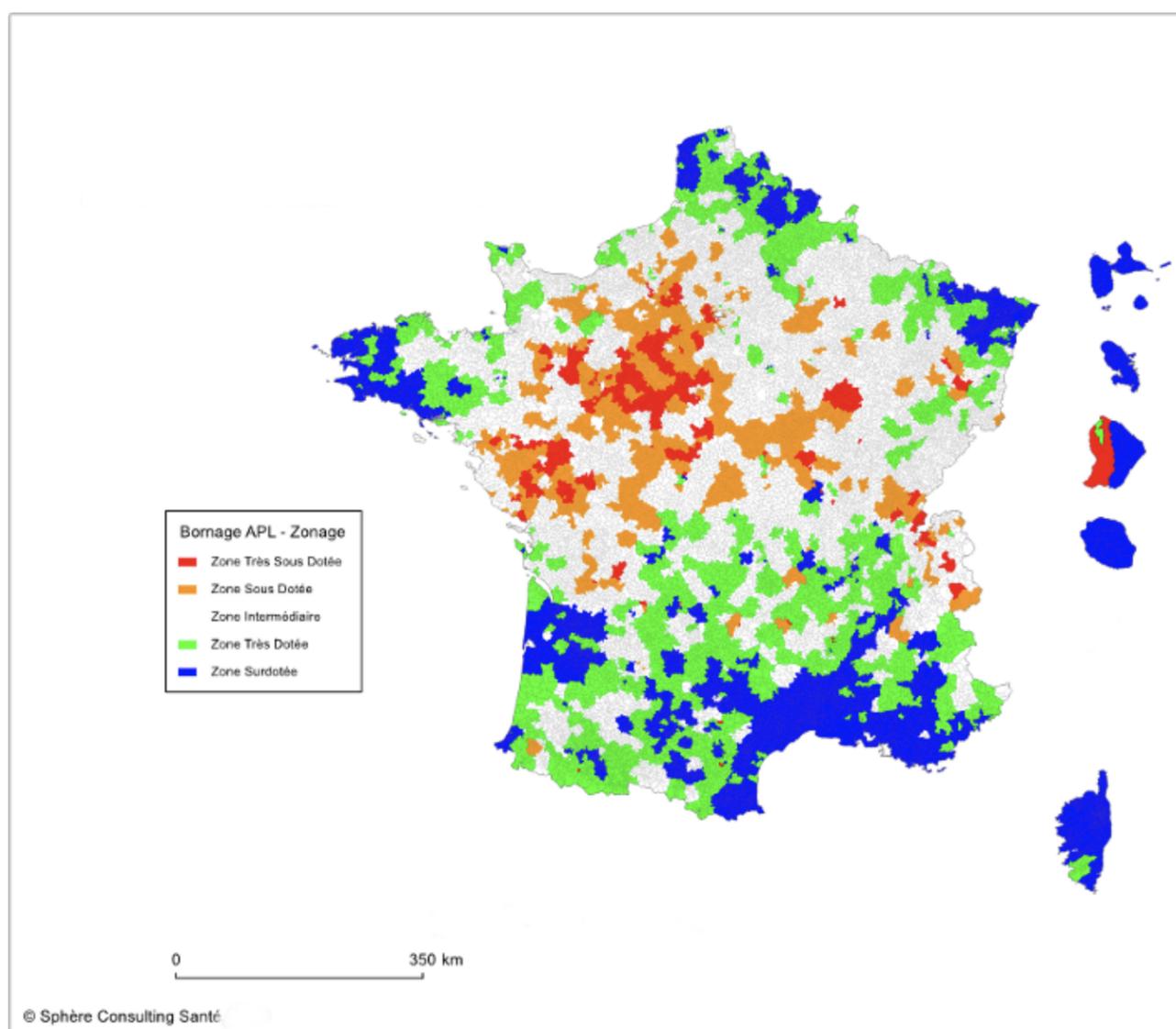
Par mimétisme, il n'est pas incohérent de penser que les AS auront la même attitude avec une différence notable : l'appel d'air créé provoquera un « effet falaise » d'installation en ville qui en plus de vider les structures de soins, notamment les EPHAD et les hôpitaux, risque fort de créer un choc frontal avec l'ensemble des intervenants du soin à domicile.

e. Risque de déstabilisation forte des professionnels du secteur

Comme nous l'avons évoqué plus haut, environ la moitié des dépenses de soins infirmiers le sont sur le seul segment de la dépendance. Seulement cette donnée brute, qui ne constitue qu'une moyenne, mérite d'être affinée car toutes les infirmières libérales ne disposent pas de 50% de leur activité liée à la prise en charge des personnes dépendantes. Il y a en effet une forte corrélation entre la densité d'infirmiers sur un territoire et la prise en charge des patients dépendants par les infirmiers libéraux. Ainsi plus la densité infirmière est forte plus l'activité liée à la dépendance l'est aussi. A contrario, plus la densité d'infirmières libérales sur un territoire est faible plus cette activité devient marginale. Pour exemple, dans les 3 régions Pays de la Loire, Centre Val-de-Loire et Bourgogne Franche-Comté, où la densité est la plus faible, les soins de dépendance n'excèdent pas 15% et l'activité infirmière est concentrée à 85% sur les actes médicotéchniques. Dans certains départements du sud de la France, ces chiffres sont complètement inversés.

Dans les faits, 45,9% des IDEL installées exercent dans une zone à forte densité dite « surdotée ». C'est donc autant de professionnels qui risquent d'être impactés fortement sur leur activité par une arrivée des AS à domicile.

Carte du zonage infirmier en 2021



Par ailleurs, les infirmières libérales ne sont pas les seules intervenantes de la prise en charge de la dépendance. Il existe en effet tout un écosystème très implanté dans les territoires. Il fait appel à des structures publiques, privées ou associatives qui emploient déjà des aides-soignants : il s'agit des SSIAD et des HAD. L'arrivée des AS à domicile risque donc de créer un déséquilibre de l'offre qu'il faut anticiper et cadrer. A notre sens, au lieu de poser une nouvelle offre en face de ces structures, l'intérêt de tous réside dans une bonne articulation des acteurs entre eux.

2. Sur l'hypothèse de l'Aide-Soignante salariée d'une infirmière libérale

De la même manière qu'il existe d'autres professions libérales qui salarient des professionnels comme les assistantes pour les dentistes ou les préparateurs pour les pharmaciens, on pourrait calquer ce modèle à l'exercice libéral infirmier. L'infirmière libérale devient employeur et travaille en collaboration avec un ou des aides-soignants salariés et leur relation s'exerce dans le cadre légal déjà existant détaillé plus haut. Le chiffre d'affaires généré par l'activité supplémentaire créée permettrait alors d'assurer un salaire à l'aide-soignant.

Selon nous, ce modèle économique n'est pas viable et risque de fragiliser grandement les infirmières libérales employeurs et peut-être l'économie locale par effet domino, car elles sont, en qualité d'entreprises libérales des acteurs économiques importants.

La première raison de notre positionnement réside dans le Code de Santé Publique à l'article R4312-12. Cet article contraint les infirmières libérales à une obligation de continuité des soins, c'est-à-dire que dès lors qu'elles ont accepté une prise en charge, elles sont tenues d'assurer les soins nécessités par le patient, 24h/24 et 7j/7. Les IDEL sont aujourd'hui les seuls professionnels de santé libéraux à y être soumis. Cette contrainte réglementaire, liée à la nature des prises en charges (diabète, cancers, perfusions etc.) a permis au secteur libéral de s'organiser et de se structurer. C'est ainsi qu'il n'existe pas d'infirmière exerçant seule son activité. Il faut à minima avoir recours à une remplaçante pour se reposer et se former. Dans les faits, les infirmiers sont en moyenne structurés en cabinet mono-professionnels composés de 4 praticiens partageant une clientèle.

Dans ces conditions, la continuité des soins se heurte aux droits du salarié et notamment au volume horaire légal en France. Une seule infirmière devrait employer non pas un mais au moins deux AS pour satisfaire ses obligations déontologiques.

La seconde raison est bien sûre économique : le tarif des actes infirmiers sont négociés au plus juste et à enveloppes fermées depuis longtemps. Or, pour un salaire d'aide-soignant à 1500€²⁰, les charges patronales s'évaluent à 1058€. L'obligation de continuité des soins imposera bien sûr des primes de nuit et de week-end. Le coût d'un seul salaire chargé est donc impossible à supporter pour un cabinet d'infirmiers, là où nous avons vu qu'il en faudrait plusieurs.

²⁰ Salaire moyen en fin de carrière d'une AS salariée.

L'alternative dans ce cas serait de mettre en place au niveau des cabinets infirmiers les aides octroyées aux médecins pour l'emploi d'une assistante médicale. Par analogie, le gain de temps infirmier serait de nature à améliorer l'accès aux soins à domicile pour les patients les plus lourds et renforcerait l'approche domiciliaire voulue par le gouvernement.

3. Sur l'hypothèse d'une collaboration renforcée avec les structures existantes.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont aujourd'hui financés indirectement par l'Assurance Maladie. En effet, c'est à l'ARS que revient l'allocation et le contrôle des financements. Les frais relatifs aux soins prodigués sont pris en charge dans le cadre d'une dotation globale de soins qui inclut l'éventuelle participation des professionnels libéraux. Si depuis 1981, les SSIAD se sont inscrits profondément dans l'offre de soins, certaines difficultés augmentent avec le temps de manière corrélée au vieillissement de la population.

a) Un modèle de financement décalé des besoins

En 2030, 21 millions de seniors de 60 ans ou plus vivront en France, soit 3 millions de plus qu'en 2019. Devant ce défi que devra relever notre système de santé, il est fondamental de poser dès aujourd'hui les bases du modèle de prise en charge de nos aînés en cohérence avec les principes moraux de notre pays.

Force est de constater qu'aujourd'hui, et depuis plusieurs années nous observons une sélectivité des patients pris en charge dans la quasi-totalité des SSIAD. En effet, dès lors qu'un patient nécessite des soins importants, la dotation ne suffit plus pour les prendre en charge. Ainsi dès l'entrée du patient en SSIAD, la notion des besoins en soins et notamment en soins infirmiers est investiguée. Cette investigation n'a pas pour objet d'évaluer la situation afin de proposer la meilleure prise en charge comme on pourrait le supposer mais bien d'estimer les coûts. Il est important à ce stade que l'on ne se méprenne pas sur notre propos. Aujourd'hui, nombreux sont les SSIAD qui ne sont pas en mesure d'assurer de manière éthique et déontologique les missions que leur impose le Code de l'Action Sociale et des Familles (Article D312-1). Ainsi, faute de moyens, il s'opère une discrimination basée sur le type de pathologie dont souffre le patient. Les soins les plus discriminés sont les soins liés au diabète, les perfusions et les pansements complexes.

Focus sur une proposition de réforme des modalités de financement de l'activité des infirmiers libéraux dans les prises en charges réalisées par les SSIAD.

Cette proposition a été présentée par la FNI dans le cadre du Ségur de la Santé.

Les effets pervers des modalités de financement des soins réalisés dans le cadre de la perte d'autonomie à l'échelle des territoires ne sont plus à démontrer.

Le financement des soins infirmiers réalisés dans le cadre de la prise en charge de la dépendance sont effectués selon deux modalités :

- Soit par convention sous seing privé avec des structures de type SSIAD. Dans ce cadre, c'est la convention qui détermine les modalités de facturation des prestations effectuées par l'infirmier signataire qui les facture à la structure SSIAD. Le montant des actes réalisés dans ce cadre sont donc imputés sur les dotations financières du SSIAD.
- Soit à l'acte et sous le régime de la convention nationale des infirmiers aux tarifs négociés. Les actes sont dans ce cadre directement facturés à l'assurance maladie.

Dans le premier cas, l'inclusion des actes infirmiers dans les dotations SSIAD amène une sélectivité des patients pris en charge dans ces structures. Les patients ayant des charges récurrentes en soins infirmiers sont très souvent écartés des files actives de patients par les SSIAD (Comme par exemple les patients diabétiques, les patients nécessitant des soins pluriquotidiens.). De plus l'aménagement hétérogène des conventions sous seing privé par les directions locales des SSIAD crée des distorsions en termes d'accès aux soins.

Dans ce contexte et dans de très nombreux territoires, les SSIAD et les infirmiers libéraux interagissent en concurrence plus qu'en complémentarité.

La FNI propose l'externalisation du financement des soins infirmiers réalisés par le secteur libéral dans le cadre de prise en charge conjointe avec les SSIAD et la possibilité de les facturer directement à l'assurance maladie. Cette mesure a fait l'objet d'une dérogation du 06 mars au 10 juin dans le cadre de la pandémie.

Elle a été exposée durant les travaux du HCAAM portant sur la réforme de l'ONDAM et qui visent à produire un rapport durant l'été prochain. Cette proposition a également fait l'objet d'un dépôt d'amendement à la PPL Rist qui n'a pas été retenue. De même la FNI a déposé un amendement dans le cadre du PLFSS 2020 qui s'est heurté à l'article 40 de la Constitution.

Cette externalisation ne relève, de notre point de vue, que du « bon sens » et est de nature à éviter un bon nombre d'hospitalisations inappropriées pour des personnes âgées fragiles. Ces hospitalisations inopportunes par défaut de collaboration optimales entre les SSIAD et le secteur libéral conduisent à une potentialisation des dépenses et à un encombrement des files actives hospitalières.

Le surcoût engendré par une telle mesure (La CNAM nous dit qu'elle n'est pas disposée à payer deux fois : une fois le SSIAD et une fois les infirmiers libéraux) sera largement compensé par le maintien à domicile de ces patients âgés et fragiles qui éviteront de plus les complications iatrogéniques liées à ces hospitalisations intempestives par défaut de réponse coordonnée à l'échelle des territoires.

Pour une pleine montée en charge du dispositif, l'infirmière libérale doit pouvoir dans le cadre du Bilan de Soins Infirmiers (BSI), après évaluation de la charge en soins du patient, demander l'intervention du SSIAD et permettre des passages d'aides-soignants à distance ou au même moment que ses interventions, notamment pour les patients les plus lourds.

Ainsi on observerait spontanément un recentrage de l'activité de chacun, les soins infirmiers d'un côté et les actes de la vie courante de l'autre. Ce recentrage des activités est accompagné d'un recentrage des circuits financiers : à l'Assurance Maladie les soins et au budget SSIAD l'accompagnement des personnes âgées. Dans des rôles définis et distincts, une vraie collaboration au service de l'utilisateur pourrait naître.

Selon nous cette solution a l'avantage de ne pas perturber l'offre de soins existante car, on observerait une auto-régulation à l'échelle des territoires : là où la profession infirmière est très présente sur le champ de la dépendance, ce levier serait peu utilisé. Cependant dans les territoires où les infirmières sont très accaparées par les actes médico-infirmiers, on observerait un vrai besoin d'aides-soignants qui interviendraient en collaboration avec l'IDEL.

Une autre alternative serait de permettre et de faciliter la création de groupement d'employeurs, au niveau des territoires, à travers lesquels les infirmières solliciteraient les AS. Cette dernière solution offre les mêmes avantages que l'externalisation des soins infirmiers des budgets SSIAD en termes de déploiement des aides-soignants à domicile et de collaboration IDEL/AS.

En conclusion la FNI n'est absolument pas favorable à un statut libéral de l'aide-soignant qui en plus de perturber l'offre de soins actuelle ne faciliterait pas l'accès aux soins de la population.

L'heure n'est pas au morcellement des prises en charge et à la création de secteurs concurrentiels au regard des défis à relever.

La FNI propose que les acteurs déjà en présence soient accompagnés par le législateur pour lever les freins qui aujourd'hui limitent profondément la prise en charge en ville des personnes âgées dépendantes ayant une prise en charge lourde, phénomène qui ne cessera d'augmenter au regard de la démographie de ces personnes dans les années à venir. Les aides-soignants ont toute leur place dans cette perspective. L'externalisation des soins infirmiers du budget des SSIAD permettrait à ces derniers d'assurer pleinement leurs missions en collaboration avec des infirmiers libéraux.

Un exemple type de problèmes conjoints SSIAD/secteur libéral qui remontent à la FNI de manière récurrente.

Union des Mutuelles de Vaucluse
Services de Soins Infirmiers à Domicile

Union des Mutuelles de Vaucluse

16 Rue Alexandre blanc

84000 Avignon

Avignon, le jeudi 24 septembre 2020

Objet : Collaboration infirmier libéral et SSIAD

Chers consœurs et confrères

Le SSIAD de Sorgues traverse une période économique délicate.

En effet nos patients sont de plus en plus lourds et présentent de plus en plus de pathologies chroniques nécessitant plusieurs passages par jours et de nombreux soins prescrits...

Comme vous le savez peut-être nous disposons d'une enveloppe de 35 euros environ par jour et par patient ce qui est relativement faible ...

L'explosion des soins infirmiers prescrits a entraîné entre autre des frais de sous-traitances d'infirmiers libéraux exponentielles.

Au vue de ce constat l'ARS, nous a demandé de réfléchir à une nouvelle organisation du temps infirmier dans nos structures et en particulier pour le SSIAD de Sorgues, afin de limiter la sous-traitance.

Cette réflexion a abouti à une nouvelle organisation du temps infirmier au SSIAD de Sorgues.

pôle de gériatrie
6 rue Alexandre Blanc - 84000 Avignon
tel : 04 90 82 74 09 - Fax : 04 90 82 80 28 - contact@solidairementvotre.fr
N° SIRET : 349 118 141 00051 - Code APE 8810 A - Agrément qualité

Union des Mutuelles de Vaucluse
Services de Soins Infirmiers à Domicile

A partir du 26 octobre 2020, il y aura la présence d'une IDE 7 jours sur 7 qui assumera les soins sur prescription médicale.

Ceci nous permettra de mieux suivre nos patients et de mieux maîtriser nos coûts.

Je vous invite à revenir vers nous concernant vos interrogations et la mise en place des modalités de notre future collaboration.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Le Directeur du pôle de gériatrie
Monsieur Marc Dos Santos,



pôle de gériatrie
6 rue Alexandre Blanc - 84000 Avignon
tel : 04 90 82 74 09 - Fax : 04 90 82 80 28 - contact@solidairementvotre.fr
N° SIRET : 349 118 141 00051 - Code APE 8810 A - Agrément qualité



JUIN 2021



Fédération Nationale des Infirmiers
7, rue Godot de Mauroy - 75009 Paris
01.47.42.94.13
www.fni.fr