



# SANTÉ EN DANGER

## CONCLUSIONS DES TRAVAUX DU COMITÉ DÉDIÉ AUX INFIRMIERS LIBÉRAUX 09/02/2021

Groupe formé en janvier 2021 pour réfléchir sur les demandes à formuler concernant la reconnaissance du travail infirmier libéral.

Il est composé d'infirmier-e-s libéraux-les (IDEL) originaires de toute la France et dont les activités diffèrent en fonction du lieu d'exercice (ville, campagne, banlieue, montagne).

Il est intéressant de souligner la richesse du savoir-faire infirmier, ainsi que son adaptation à chaque région ou localité pour être au plus près des demandes de soins spécifiques de chaque population.

En effet, si les « libéraux » forment un groupe au sein de la communauté infirmière, il est évident que chacun-une ne rencontre pas les mêmes contraintes selon le territoire où il travaille.

Ville : stationnement, zone d'intervention restreinte

Appartement : souvent inadapté, escalier et étage à monter sans ascenseur

Campagne : éloignement entre 2 patients, multiplication des km et fatigue routière

Accessibilité

Montagne : accessibilité, équipement spécifique neige

Banlieue : stationnement, embouteillages et donc perte de temps sur un trajet peu indemnisé, accessibilité des résidences, risques liés aux communautés diverses

En dehors de ces paramètres, nous pouvons rajouter la météo qui oblige à adapter le mode de déplacement, les véhicules choisis (le vélo en ville n'est pas vraiment adapté sous la neige ou la pluie...)

**Un phénomène majeur ressort pour l'ensemble de la communauté :**

Le manque de médecins et paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste), ainsi qu'un véritable problème de visites à domicile de plus en plus restreintes pour des patients de plus en plus dépendants et isolés (que ce soit en ville ou à la campagne, les familles sont de plus en plus « éclatées »).

Les infirmier·e·s libéraux·les sont les seul·e·s présent·e·s sur l'ensemble du territoire et au domicile du patient.

**A partir de ce constat, notre groupe de travail s'est orienté vers :**

1/ La **reconnaissance d'une consultation infirmière (rôle préventif et éducatif)** (qui n'est pas une téléconsultation médicale)

Une première visite à domicile afin d'effectuer un pré-bilan :

- Médical : à partir de nos connaissances et formation sur les divers risques et pathologies,
- Social : visite et évaluation du domicile, entourage, personnes de soutien.
- Financier (revenu, aides, prise en charge)

Cette consultation permettrait de faire un « pré-tri » pour soulager le manque de médecin traitant ainsi qu'une meilleure orientation vers les professionnels compétents.

Cette consultation ne peut se mettre en place qu'avec l'aide des collectivités locales et un appui sur une plateforme régionale hospitalière.

2/ La **consultation de suivi de maladie chronique, de prévention et d'éducation thérapeutique : addiction, diabète, maladies sexuellement transmissibles, accompagnement souffrance adolescent etc.**

Renforcement et reconnaissance de l'expertise des infirmier·e·s spécialisé·e·s en pratique avancées et/ou titulaire d'un diplôme universitaire (DU).

Accessibilité aux formations diplômantes et financement de ces formations.

Possibilité pour certaines formations d'une validation des acquis et de l'expérience (VAE).

Intégration et codification financière de ces nouvelles compétences professionnelles.

3/ **Une vraie collaboration hôpital-Ville**

À la suite de cette « consultation infirmière », la collaboration avec une plateforme hospitalière semble essentielle.

Il faut pouvoir, avec le médecin traitant, diriger le patient vers des services spécifiques de prise en charge et surtout maintenir un lien de formation et de disponibilité face à des questions médicales ou paramédicales (accès au compte-rendu, personne ressource joignable par les IDEL, formation sur place par un professionnel etc.).

Mise en place du dossier médical partagé (DMP) de façon obligatoire avec un accès simplifié Par carte professionnelle de santé (CPS). Consultation du DMP consultable chez le patient pour une prise en charge plus efficace et plus rapide du patient.

Anticipation/ Suivi hospitalisation/ Collaboration hôpital-ville :

Patient hospitalisé déjà suivi en ville : l'hôpital doit prendre contact avec l'infirmier·e pour l'historique de ce patient, son type de prise en charge, son mode de vie et de son entourage. L'hôpital doit alors travailler en collaboration avec l'infirmier·e référent·e tout au long du séjour hospitalier, afin d'aménager au mieux la sortie ou la réorientation du patient.

Patient hospitalisé non suivi : l'hôpital doit prendre contact en amont de la sortie avec les infirmier·e·s du secteur d'habitation du patient afin de préparer au mieux la prise en charge.

#### **4/ Le tandem infirmier·e / aide-soignant·e**

Une très forte demande d'une population vieillissante et dépendante existe aujourd'hui et le nombre d'infirmier·ères libéraux ne peut pas toujours y répondre.

Les solutions « privées » ne sont pas accessibles à la majorité de cette population souvent contrainte de « laisser tomber sa santé » et donc d'arriver en service d'urgences avec des pathologies aggravées.

Les aides-soignant·e·s sont formé·s spécifiquement à ce travail de prévention et de maintien d'hygiène et de qualité de vie et peuvent être, par leur expérience hospitalière, un premier niveau d'alerte.

Il est donc très envisageable de favoriser la mise en place d'aide-soignant·e·s en soutien et collaboration avec les infirmier·e·s libéraux·les au sein de leur cabinet.

#### **5/ Formation dans les instituts de soins infirmiers (IFSI) et nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)**

Améliorer l'accès aux IFSI : petites structures de formation en lien avec un CHU et géographiquement réparties sur l'ensemble du territoire afin, de ne pas concentrer les étudiants.

Possibilité, avec hébergement ou prise en charge des frais d'hébergement, de faire des stages infirmiers sur l'ensemble du territoire : meilleure connaissance des différents problèmes des populations et découverte de nouvelles zones où s'installer.

Echanges entre IFSI.

Formation au « libéral » : connaissances sur la NGAP, ainsi que sur les différentes règles d'installation et la maîtrise des bases comptables.

Concernant l'exercice en ville : changement de dénomination "Infirmier·e libéral·e" ou "auxiliaire médical" en praticien de santé avec une définition spécifique à la pratique des soins infirmiers en ville.

#### **6/ NGAP) et rédaction des ordonnances médicales**

Avenant 6 et rôle propre infirmier :

Amélioration du « bilan de soins infirmier » (BSI) : accès à la discussion sur la valeur des cotations des différents Items afin, que le « médical » ne surplombe pas la prise en charge globale et humaine.

Revoir la tarification au forfait journalier : un forfait pourquoi pas ? Mais ajout d'un supplément par passage ! (En dehors des frais de déplacements.)

Les cotations « médicales » : une information à mener auprès des médecins pour les prescriptions prise en charge par la CPAM ou non (genre instillation de collyre ...)

Information du patient par courrier CPAM visant à expliquer que tous les soins prescrits ne sont pas remboursables.

Intégration des Infirmier·e·s libéraux·les lors de la discussion sur la prise en charge ou non des actes.

Reconnaissance du terme "praticien de santé" à la place « d'auxiliaire médical" et définition de son rôle indépendant du "médecin".

Rédaction des ordonnances et rôle infirmier sur prescription :

Facturation de tous les actes médicaux à taux plein !

**Généralisation des ordonnances électroniques** pour éviter toutes erreurs de lectures (mise en danger du patient) ainsi qu'une perte de temps !

Formation par les caisses des mentions obligatoires (date, identification patient et prescripteur, prescription qualitative et quantitative...). Libellé automatique pour les soins infirmiers correspondant à la NGAP pour non contestation par la CPAM.

Forfait déplacement

Médecin = 10 euros Infirmier-e = 2,50 euros

Pourquoi un tel décalage ? Le prix du déplacement doit être identique pour chaque profession soignante. Il s'agit d'un coût et non d'un honoraire.

Les multiples déplacements ne sont pas de notre fait mais de l'impossibilité de faire des soins de nursing ou autres au cabinet...

Revalorisation des frais kilométriques.

#### **7 / Remplacement infirmier-e**

Simplification des demandes d'autorisation de remplacement, pas de conditions de temps. Possibilité d'avoir le ou la même remplaçant sur le long terme (meilleure connaissance des patients) sans forcément avoir une collaboration (statut de remplaçant au long cours)

#### **8 / Plan « dépendance »**

Intégrer la communauté infirmière libérale dans les réflexions sur la prise en charge de la dépendance car nous sommes les premiers intervenants.