

Le magazine des **infirmières libérales**

avenir, & santé

N° 529

DÉCEMBRE 2024

DOSSIER

Tout sur le projet de loi infirmière



EXPERTISE MÉTIER

Le défi de la prise en charge de la douleur à domicile

EXPERTISE MÉTIER

VIH : le point sur l'épidémiologie, le dépistage, les traitements disponibles

ORGANISATION

L'enquête qui confirme la pertinence de développer la perfusion à domicile





agatheYOU

L'ESTIME DU SOIN INFIRMIER

La solution de télétransmission & gestion de cabinet préférée des IDEL

Testez gratuitement et sans engagement

la solution jusqu'en avril 2025 ! *

Un séjour en famille en Laponie à gagner *



Tout en mobilité

Une application unique pour gérer 100% de votre administratif depuis votre mobile ou votre ordinateur.

Tout en facilité

Cotation automatisée pour éviter les erreurs de nomenclature et dossier de soins partagé pour plus de coordination.

Tout en conformité

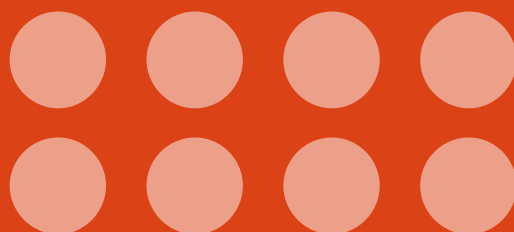
Un lecteur dernière génération pour éviter les chargements et déchargement et le module de télésanté inclus.

*Voir conditions sur agatheyou.fr

CONTACTEZ-NOUS AU **04 90 84 20 22** OU **SCANNEZ LE CODE** avant le 31/12/24 !



É D I T O



XXXXXX

XXXXX



DANIEL GUILLERM
PRÉSIDENT FÉDÉRAL

DÉCEMBRE 2024

N°529



Directeur de la publication & Rédacteur en chef : Daniel Guillerm - Secrétaire de rédaction : Valérie Hedef - Comité de relecture : J.Boehringer, C. Bourseaud, D. Guillerm, M-O. Guillon, P. Lejeune, M. Leyle, A. Raimbault, M. Vergoote - Ont contribué à ce numéro : La Touche Créative, Valérie Hedef, Abdel Iazza, Luc Leesco, Arnaud de Lavaur, Virginie Raby, et les journalistes de Presse infos + (M. Alès, G. Bouton, L. Chauveau, G.Guillemain, A. Terrini, L. Sague) Rédaction et administration : 7, rue Godot de Mauroy 75009 Paris - Tél. 01 47 42 94 13 - Mail : aveniretsante@fni.fr - Photographes : FNI/A. Benkarroum - Images sous licence de Freepik ; DIXXIT-Assurance maladie - Revue mensuelle : 10 numéros par an + 2 numéros spéciaux - Abonnement 1 an : 60 € pour les adhérents FNI - 68 € infirmiers libéraux - 80 € ARS, CPAM, IFSI - 34 € infirmiers retraités et étudiants - Édité par FNI, 7 rue Godot de Mauroy, 75009 Paris - Conception graphique et mise en page : La Touche créative - Maquette : Valérie Hedef - Publicité : Santé Promotions Medias - Directeur marketing et commercial : François Lamrani - 7 rue Godot de Mauroy 75009 Paris Tél. : 01 86 95 75 26 francois.lamrani@fni.fr - Impression : Imprimerie Moderne - 67, rue Edmond Michelet - ZAC du Breuil BP 57-54703 Pont-à-Mousson cedex - Affichage environnemental - Certification PEFC - Provenance du papier : Italie - Taux de fibres recyclées : 0 % - Eutrophisation : Ptot 0,01 kg/to de papier La direction se réserve le droit de refuser toute insertion, sans avoir à justifier sa décision. Toute reproduction totale ou partielle des articles et photos est strictement interdite sauf accord de la direction. N° Commission paritaire : 0427 G 81505 - Dépôt légal : à paraître Avenir & Santé est membre du SNPM

ÉDITO

P 3

ACTUALITÉS

P 6

GRAND TÉMOIN

P 12

Sébastien Guérard

DOSSIER

P 16

Tout sur le projet de loi infirmière

Une PPL qui change tout

p17

Entretien avec F. Valletoux

p20

Prescriptions médicales imprécises

et règles de facturation :

le début d'un terrain d'entente

avec l'Assurance maladie

p22

Ce que dit la circulaire de

nombre de l'Assurance maladie

en treize points

p23

EXPERTISE

P 28

métier/juridique/fiscal

Le défi permanent de la prise

en charge de la douleur

p28

Santé orale : attention aux caries

précoces chez les tout-petits !

p31

Journée mondiale de lutte contre

le sida : l'enjeu de la prévention

combinée

p34

La clause de non-concurrence dans

les contrats d'exercice entre Idel

p36

Règles de déductibilité sur

les cadeaux d'affaires

p38

ORGANISATION

P 40

PLFSS 2035

p40

Enquête Fedepsad perfusions

p42

Les ESI en plein mal-être

p44

Admissions aux urgences :

comment faire mieux sans les Idel

p46

Pénurie de médicaments

p48

Des mesures de l'UE pour attirer

et retenir les infirmiers dans

ses États membres

p50



ENVIE DE CHANGEMENT POUR UN NOUVEAU LOGICIEL SIMPLE, PERFORMANT & COMPLET ?



AVEC VEGA, FINI LES REJETS DE PAIEMENTS !



Cahier des charges
SESAM-Vitale
à jour



Application
carte Vitale



Datamatrix
mutuelles



SEL AMC
Services En Ligne
Assurance Maladie Complémentaire



VEGA TAB
La solution TOUT EN 1
pour votre cabinet





Pourquoi la FNI a adhéré à la coalition "A-grippe-toi !"

Certains ne mesurent toujours pas l'ampleur du coût sanitaire de la grippe : 9 000 morts par an, 20 000 hospitalisations annuelles, une augmentation par huit des risques d'AVC et par dix d'infarctus du myocarde. C'est pour faire œuvre de pédagogie et changer la donne qu'a été lancée, en juillet dernier, la coalition "A-grippe-toi !", d'initiative privée, destinée à lutter contre les infections respiratoires aiguës et la grippe. La FNI y a adhéré.

C'est parce que d'année en année, la couverture vaccinale antigrippe chute et que « cela n'évoque pas grand-chose aux yeux des pouvoirs publics, explique Olivier Mariotte, président de Nile Consulting, agence d'affaires publiques en santé à l'initiative de la création d'"A-grippe-toi !". Nous voulons être des aiguillons positifs pour une remobilisation des acteurs et des tutelles afin de retrouver une couverture vaccinale de la grippe de qualité en population générale et particulièrement chez les séniors. »

Un phénomène de lassitude générale

On aurait pu croire que l'épidémie de Covid-19 et la promotion de la vaccination, y compris grippe, aurait changé la donne. Que nenni. En cause, « un phénomène de lassitude générale à propos de la vaccination contre la grippe. Sans compter les controverses relatives à la vaccination menées par les antivax, lesquelles n'ont pas été sans effet, note Olivier Mariotte. Par ailleurs, le fait d'avoir ouvert le droit de vacciner à différentes professions, ce qui est amplement justifié sur le plan de la santé publique, a généré un sentiment de dépossesion de la part



« L'objectif est d'associer la profession à cette thématique de prévention et de faire en sorte que les infirmiers libéraux soient intégrés à part entière comme des vecteurs et des effecteurs de la vaccination saisonnière », explique Daniel Guillem.

des médecins qui se sont un peu démotivés sur ce sujet. Ils ont été un peu moins proactifs et pédagogues avec leurs patients. De même, des professionnels de santé ont rechigné à vacciner au même moment contre le Covid-19 et la grippe en invoquant de pseudo-effets secondaires, ce qui a semé le doute chez certaines personnes. Certains professionnels de santé enfin ne montrent d'ailleurs pas toujours l'exemple en la matière puisque seuls 60% des médecins et 40% des infirmières sont vaccinés contre la grippe. »

« Nous sommes là dans un combat de société »

Outre cette conjoncture délétaire, c'est aussi la méthode qui pêche : « En termes de

communication, les campagnes en faveur de la vaccination sont mauvaises. On reproduit les schémas des années 2000 en se contentant d'envoyer aux personnes à risque un bon pour se faire vacciner. Or, le message doit être plus impactant, plus altruiste. On pourrait, par exemple, mobiliser les proches et les aidants, pour qu'eux aussi se vaccinent et protègent les autres autant qu'eux-mêmes. Ils sont une cible à laquelle on ne s'adresse, hélas, pas. »

Dans ces conditions, "A-grippe-toi !", qui se veut la seule structure qui, en la matière, regroupe tous les acteurs (une quarantaine de membres issus des associations de patients et d'usagers, syndicats professionnels etc.) entend « engager une stratégie transdisciplinaire de l'aller vers et instaurer un nouveau dialogue de proximité entre patients, poli-

tiques, institutions et professionnels de santé afin de réfléchir à la problématique spécifique de la vaccination des adultes à risque et des séniors, et d'élaborer des actions concrètes qui répondent à leurs besoins. »

En creux, il s'agit de mobiliser la médecine de ville, histoire de « faire œuvre de pédagogie, de demander aux personnes si elles sont vaccinées et, le cas échéant, de les inciter à le faire en leur expliquant l'intérêt et les risques. Tout comme le font les infirmiers libéraux au domicile. C'est un travail de fourmi. On se bat contre un ennemi insidieux. Nous sommes là dans un combat de société. » Auquel la FNI entend prendre part pleinement. « L'objectif est d'associer la profession à cette thématique de prévention et de faire en sorte que les infirmiers libéraux soient intégrés à part entière comme des vecteurs et des effecteurs de la vaccination saisonnière. En somme, de remettre l'église au centre du village, ce que certains ont encore du mal à concevoir », déplore son président, Daniel Guillem.

« On a l'impression d'enfoncer des portes ouvertes »

De son côté, le groupe de travail "A-grippe-toi !" entend également changer la donne pour de bon : « Cela fait trois ans que l'on parle de la Stratégie nationale de santé. Or, elle ne comporte pas de vraie politique de prévention ni de

Coalition

A-grippeToi

vaccination, lesquelles vont de pair, déplore Olivier Mariotte. Quand on discute avec les parlementaires qui s'intéressent à la santé, et ils ne sont pas si nombreux que ça, on a l'impression d'enfoncer des portes ouvertes. Mais, au bout du compte, les décisions ne sont pas prises et les textes d'application pas écrits. »

Il convient donc, là encore, de miser sur l'aller vers mais, cette fois, en direction de ceux qui nous gouvernent : « Les politiques peuvent être d'une grande aide en véhiculant un message positif concernant la vaccination, en somme, en être les ambassadeurs. C'est pourquoi nous avons sollicité des rendez-vous avec plusieurs d'entre eux, en particulier pour leur présenter "A-grippe-toi !". De leur côté, les députés peuvent aussi se rapprocher des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) de leur circonscription pour examiner, avec elles, les modalités de mise en place des campagnes de vaccination. En somme, ils sont en capacité de donner l'impulsion, d'autant que cela ne requiert aucun financement supplémentaire. Ce sont des dispositifs faciles à élaborer. Laissons aux acteurs qui en ont envie et des idées, la possibilité de le faire. Sur le terrain, des gens ont des initiatives extraordinaires. Il faut que nos institutions les prennent en compte. » ●

Adeli, c'est fini

Les dernières professions concernées ont basculé vers le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) en octobre dernier, ce qui va mener au décommissionnement du référentiel Adeli. On le sait, le numéro Adeli (automatisation des listes) recensait les professionnels de santé réglementés par le Code de la santé publique. Il permettait de les identifier et garantissait qu'ils exercent dans les conditions légales et déontologiques prévues.

Désormais, le RPPS est la base nationale qui recense les professionnels de santé officiant dans le cadre d'une profession réglementée. Il s'agit d'un numéro unique attribué à chaque professionnel de santé, telle une identité numérique, valable pour l'ensemble de sa carrière. Il est enregistré automatiquement au RPPS, selon sa profession, lors de l'inscription auprès de son ordre ou après validation d'une autorité d'enregistrement. Depuis la bascule vers le RPPS, lorsqu'ils s'enregistrent à l'Ordre infirmier, les nouveaux diplômés obtiennent leur numéro RPPS. Ce numéro génère également un "pseudo Adeli" qui est communiqué uniquement si ce professionnel se conventionne avec l'Assurance maladie. Il est, par ailleurs, modifié lors d'un changement de département.

Pour le professionnel de santé, le RPPS induit :

- une identification des professionnels pour l'ensemble des services de publications de l'annuaire santé (<https://annuaire.sante.fr>) ;
- un renouvellement automatique – à échéance ou anticipé en cas de modification de données avant l'échéance de la carte – de la carte de professionnel de santé (CPS) Adeli par une carte CPS RPPS.

Par ailleurs, le répertoire RPPS apporte :

- des informations vérifiées et actualisées par les autorités d'enregistrement (les ordres professionnels, le service de santé des armées, les agences régionales de santé, les employeurs) ;
- des informations de santé plus accessibles via la publication des données du RPPS dans l'annuaire. ●



C'est le pourcentage d'augmentation des remboursements des soins infirmiers en octobre 2024 par rapport à octobre 2023, notamment en raison de l'ouverture du bilan de soins infirmiers (BSI) à tous les patients dépendants et de la revalorisation des indemnités de déplacement. [Source : Cnam]

7,8%



Les libéraux de santé militent pour une loi de santé ambitieuse

L'intersyndicale "les Libéraux de Santé", dont la FNI est membre, s'est réunie le 14 novembre en présence de nombreux acteurs des soins de ville, de la ministre de la Santé, Geneviève Darrieussecq et de décideurs politiques, mais aussi de représentants de l'Assurance maladie, des complémentaires santé et des patients. Au programme : la refonte du système de santé, le PLFSS pour 2025, le système conventionnel ou encore, l'Aide médicale d'État (AME).

« Les Français expriment des inquiétudes légittimes sur l'accès aux soins, que ce soit dans nos territoires ruraux ou dans certains quartiers urbains », a rappelé Philippe Besset, président des Libéraux de santé¹, le 14 novembre à Paris. S'exprimant devant un parterre d'acteurs de santé, y compris institutionnels, il a insisté sur « l'urgence à agir » et appelé, au nom des dix syndicats formant les LDS, dont la FNI, à « des actions audacieuses, cohérentes et collectives » pour « construire un système innovant, plus efficace et solidaire ».

Des propositions concrètes

Les LDS ont ainsi réitéré leur demande de refonte globale du système de santé à travers une nouvelle loi ambitieuse « repensant l'articulation entre prévention et soins », « redéfinissant les équilibres entre la ville et l'hôpital » et transformant « l'Assurance maladie en assurance santé ». Un objectif qui ne peut être atteint avec une gestion « rustine après rustine ». Présente le jour J, la ministre de la Santé et de l'Accès aux



La ministre de la Santé et de l'Accès aux soins, Geneviève Darrieussecq, et Philippe Besset, président des Libéraux de santé le 14 novembre à Paris lors de l'évènement organisé par les LDS "Santé, et maintenant ?".

soins, Geneviève Darrieussecq, a reconnu l'enjeu d'être « dans une perspective d'avenir » et s'est dite ouverte aux « propositions concrètes ». Problème, combien de temps sera-t-elle à la tête du ministère ? Elle-même s'est montrée très prudente quant à sa capacité à agir dans le temps et donc de mettre en route un tel projet de loi. Malgré les bonnes volontés et les propositions. Plusieurs ont justement été émises par les LDS. Parmi elles, sur le plan de la prévention : « renforcer les politiques d'incitation des patients » à travers, par exemple, une « rémunération sur objectifs de santé publique (Rospp) » pour valoriser l'adhésion des patients aux programmes ou encore, préserver l'Aide médicale d'État (AME). Un dispositif que



la ministre, médecin, soutient. En revanche, « nous ne pensons pas que les taxes comportementales, de type taxes soda, constituent des leviers de prévention suffisants », a réagi Daniel Guillerm, président de la FNI, alors que le sujet fait débat dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) en cours de discussion au Parlement au moment de la journée des LDS. Nous le savons tous, le levier le plus important, c'est la norme sociale. »

Un appel à la cohérence

De fait, le colloque, organisé par les LDS, a été l'occasion d'appeler à la cohérence. « Ce qui est peu cohérent est peu lisible, et ce qui est peu lisible est souvent source de déception », a glissé

Daniel Guillerm. Et d'insister sur la nécessité d'une vraie stratégie à long terme, d'une fongibilité des enveloppes budgétaires allouées à la ville, à l'hôpital et au médico-social et, de manière générale, d'un « changement de logiciel » face aux défis majeurs que sont l'explosion des maladies chroniques et le vieillissement de la population. « La seule mesure relative aux personnes âgées dans le PLFSS, actuellement, est celle de la création d'un fonds d'urgence de 500 millions d'euros pour les établissements en difficulté », a relevé le président de la FNI à titre d'exemple. Or, selon les derniers chiffres de la Drees, parmi les 18 millions de personnes de 60 ans et plus, 16,7 millions vivent à leur domicile et, parmi elles, entre 3 et 8 % sont en perte d'autonomie. Si aujourd'hui, on ne se donne pas les moyens de régler ce problème-là, demain, le déficit de l'Assurance maladie va exploser. » Un déficit qui atteint déjà des sommets : « 14,7 milliards d'euros en 2024 », a pointé Thomas Fatôme, directeur général de la Cnam, présent à la tribune. ●

¹ Il est également président de la Fédération des pharmaciens de France (FSPF).

25,5

C'est, en milliards d'euros, le montant des dépenses remboursées de médicaments par l'Assurance maladie, en 2023. Un chiffre en hausse suite au vieillissement de la population et au coût des traitements innovants. (Source : Cnam).

“Le bon traitement, c’est pas forcément un médicament”

En France, près de huit consultations médicales sur dix se concluent par une prescription de médicaments, ce qui la place parmi les plus importants consommateurs en Europe. Outre les nombreux désagréments quotidiens inhérents aux médicaments (fatigue persistante, troubles du sommeil et de la vigilance) « cette surconsommation comporte des risques importants, notamment d'interactions médicamenteuses, responsables de plus de 10 000 décès par an », insiste l'Assurance maladie qui entend « encourager un usage raisonné des médicaments et rappeler que l'enjeu de sobriété médicamenteuse est l'affaire de tous ». C'est dans ce contexte que

la Cnam a lancé, le 10 novembre, une grande campagne de sensibilisation diffusée sur tous les écrans avec comme slogan “Le bon traitement, c'est pas forcément un médicament”. Le message vise à normaliser l'idée

qu'une consultation peut se conclure sans prescription de médicaments. Ce qui implique de faire confiance aux médecins pour évaluer la nécessité d'un traitement et envisager, lorsque cela est possible, des alternatives

non médicamenteuses, voire une déprescription.

Et l'Assurance maladie d'expliquer que « contrairement aux idées reçues, un bon traitement ne repose pas forcément sur la prise de médicaments, que cela soit à partir d'une ordonnance ou en automédication. Pour certaines maladies bénignes, le corps peut guérir sans traitement médicamenteux. » Si bien que « le médecin peut aussi donner des conseils à appliquer au quotidien, prescrire des traitements non médicamenteux comme de l'activité physique ou encore, arrêter certains médicaments d'un traitement en cours. C'est particulièrement le cas pour les personnes de plus de 65 ans ou celles atteintes de maladies chroniques, qui prennent souvent plusieurs médicaments par jour, augmentant ainsi le risque d'interactions dangereuses. » On comprend mieux pourquoi l'Assurance maladie s'intéresse de très près au développement des INM, les interventions non médicamenteuses dont nous vous avons parlé dans le n°528 d'Avenir & Santé (pages 25-26). ●



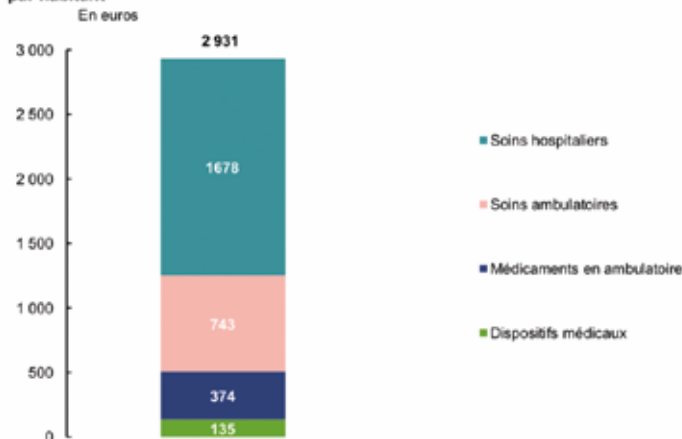
LE GRAPHIQUE DU MOIS

La Sécu, premier contributeur de la CSBM

En 2023, l'ensemble des administrations publiques (APU) financent 199,4 milliards d'euros, soit 80,1 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). La quasi-totalité du financement est assurée par la Sécurité sociale : elle contribue à hauteur de 198,0 milliards d'euros, soit 79,5 % de la CSBM. Le financement de l'État représente quant à lui 1,5 milliard d'euros (0,6 % de la CSBM) et recouvre l'Aide médicale de l'État (AME), les soins à destination des anciens combattants ainsi que le financement des hôpitaux militaires. Par ailleurs, les prestations prises en charge par les administrations publiques ont crû en 2023 : +5,3 % après +4,3 % en 2022. Elles atteignent, en moyenne, 2 931 euros par habitant. La contribution de la Sécurité sociale et de l'État aux soins hospitaliers s'élève, elle, à 114,2 milliards d'euros en 2023. Elle constitue leur premier poste de dépenses et représente plus de la moitié de l'ensemble du financement de la CSBM par la Sécurité sociale et l'État (57,3 %).

Source : Panorama de la Drees, Les dépenses de santé en 2023 – Résultats des comptes de la santé, édition 2024

Graphique 1 Montants moyens remboursés par les administrations publiques par habitant



Lecture > En 2023, le remboursement par les administrations publiques représente 93 % du total de la consommation de soins hospitaliers, ce qui représente une dépense de 1678 euros en moyenne par habitant.
Source > DREES, comptes de la santé.



87%



C'est le pourcentage de Français qui préfèrent que leur médecin leur donne des conseils pour soulager leurs symptômes plutôt que de leur prescrire des médicaments.

(Source : Cnam).

Perte d'autonomie à domicile : les seniors moins souvent concernés

D'après l'enquête "Autonomie 2022" de la Drees, en 2022, en France métropolitaine, de 3% à 8% des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à leur domicile étaient en perte d'autonomie au sens du groupe iso-ressources (GIR), soit de 500 000 à 1,3 million d'individus. Au sein de cette population, 41% étaient confrontées à des limitations fonctionnelles sévères (problèmes de vue ou d'audition malgré une correction, difficultés pour monter un escalier, trous de mémoire fréquents, difficultés à se faire comprendre des autres etc.) et 26%, à des restrictions importantes de leurs activités quotidiennes en raison d'un problème de santé. Les femmes étaient plus touchées que les hommes.

Néanmoins, fait notable, les seniors vivant à domicile en 2022 étaient moins souvent en perte d'autonomie qu'en 2015 alors même que parallèlement, la proportion de personnes âgées accueillies en établissement a, elle aussi, baissé. Par ailleurs, dans un contexte de quasi-stagnation de l'espérance de vie à 60 ans entre 2015 et 2022, l'espérance de vie sans perte d'autonomie a donc augmenté, sur la même période, de 0,8 an pour les femmes et de 0,5 an pour les hommes. ●



ABDEL IAZZA
INFIRMIER LIBÉRAL À PARIS

J'ai testé pour vous



CPS Gestion, un outil de l'ANS pour gérer votre carte CPS

CPS Gestion est une application créée par l'Agence du Numérique en Santé (ANS) pour la gestion de sa carte de professionnel de santé (CPS). Elle permet de la gérer efficacement à partir d'un ordinateur sous MacOS ou Windows. Facile à prendre en main, cette application permet par exemple de modifier un code PIN ou de débloquer une carte. Parmi ses fonctionnalités :

- la consultation des données du porteur et des situations d'exercice ;
- la modification et le déblocage du code PIN ;
- le téléchargement et la mise à jour de la carte (télémise à jour) ;
- la gestion de plusieurs cartes et lecteurs simultanément ;
- les notifications automatiques pour les mises à jour importantes ;
- l'accès à un mode démo pour tester l'application sans carte réelle.

L'application est également compatible avec les Mac équipés de processeurs Intel ou ARM (Apple Silicon). ●



On AIME :

- ✓ une gestion complète et intuitive des cartes CPS ;
- ✓ la compatibilité avec les architectures Intel et Apple Silicon.

On AIMERAIT :

- ✓ une version mobile pour une gestion encore plus flexible ;
- ✓ une interface simplifiée pour les utilisateurs moins habitués aux outils numériques.

À NOTER

Vous aimez une application et vous souhaitez la faire tester ? Envoyez un e-mail à web@fni.fr
Venez également discuter sur le groupe Entraide FNI à cette adresse : <http://bit.ly/groupeFNI>



Le dépistage de la drépanocytose désormais systématique pour tous

Depuis le 1^{er} novembre 2024, la drépanocytose a rejoint la liste des douze autres maladies rares, sévères et souvent génétiques déjà recherchées dans l'examen de dépistage néonatal. Également appelé test de Guthrie, ce dépistage, pris en charge à 100% par l'Assurance maladie, est proposé à tous les parents de nouveau-nés et est généralement réalisé au sein de la maternité ou à domicile par une sage-femme.

Cette maladie génétique héréditaire touche environ 30 000 personnes en France et se caractérise par un taux d'hémoglobine anormal dans le sang. Les symptômes (anémie aiguë, essoufflement, fatigue, douleurs osseuses, gonflement des mains et des pieds ou encore, vulnérabilité face aux infections bactériennes de type pneumonies, méningites, septicémies) apparaissent à partir de l'âge de trois mois. Le dépistage précoce et généralisé à tous les enfants dans les soixante-douze heures après leur naissance permet d'identifier la maladie et de la prendre en charge très tôt afin de trouver les traitements les mieux adaptés. ●

Pertinence des prescriptions hospitalières en ville : la Cnam veut veiller au grain

Virage ambulatoire oblige, les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) sont l'objet d'une « évolution lourde ». En clair, d'une augmentation significative. De fait, leur part parmi les dépenses remboursées en officine est passée de 32% à 45% entre 2017 et 2023 notamment en raison de l'essor des chimiothérapies orales prescrites à l'hôpital mais délivrées en officine.



Dans ces conditions et vu le coût – en hausse – que cela représente, « nous allons relancer notre accompagnement des établissements de santé, que nous n'avons pas pu faire depuis le Covid. L'Assurance maladie viendra faire une analyse des prescriptions hospitalières exécutées en ville dans l'établissement », a prévenu Marguerite Cazeneuve, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins à la Cnam. En jeu, la sécurisation de l'ordonnance et de la délivrance entre l'hôpital et la ville afin de s'assurer que le remboursement se limite bien aux indications prévues. En somme, éviter les fraudes.

Autre priorité, la lutte contre l'antibiorésistance et la polymédication. Et ce, dans l'intérêt de tous puisque, rappelle la Cnam, « s'il y a mésusage, il y a un risque de pénurie pour les patients qui en ont besoin. Si nous diminuons les volumes inappropriés, nous aurons moins de ruptures » CQFD. ●



Les hospitaliers vont mal

Une récente enquête de l'Institut Odoxa pour la Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH) et *Le Figaro Santé* confirme que la santé des soignants travaillant à l'hôpital et leur stress au travail sont toujours préoccupants même si cela va un peu mieux. Ainsi :

- les professionnels de santé sont toujours moins heureux au travail que les autres salariés. Mais, après des années de dégradation, les choses se stabilisent, voire s'améliorent.

- Les violences qu'ils subissent plus que les autres actifs expliquent un stress au travail nettement accru, sachant que 56% vivent au moins une situation de violence au travail.

- Les soignants sont moins heureux de leur équilibre vie professionnelle/vie personnelle et plus souvent malades que les autres actifs.

- Plus de six professionnels de santé sur dix ont des difficultés à dormir.

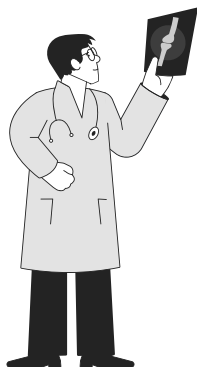
- 54% d'entre eux ont des comportements nocifs pour leur santé (alcool, tabac, cannabis, anxiolytiques).

- Les soignants sont plus nombreux que les patients à se sentir en mauvaise santé et, surtout, ils sont deux fois plus nombreux à se sentir en mauvaise santé mentale.

- En termes de prévention, les soignants sont moins sérieux que leurs patients. Par exemple, une soignante sur deux n'a jamais effectué un examen de dépistage du cancer du sein.

Il aurait été intéressant de faire cette même enquête en y ajoutant le groupe des professionnels de santé libéraux pour comparer leur ressenti à celui des hospitaliers et de la population active générale. ●

Erreurs diagnostiques : comment faire mieux ?



Dans un rapport intitulé "Les erreurs diagnostiques en médecine – état des lieux", la Haute Autorité de santé (HAS) propose des actions nationales d'amélioration de la sécurité diagnostique, sachant qu'en France, le sujet a été peu abordé. Pour la HAS, « la principale cause d'erreurs diagnostiques serait liée au fait que les médecins ne reconnaissent pas ce qu'ils ne connaissent pas ». À la clef, plusieurs préconisations :

- élaborer, par les pouvoirs publics, une stratégie nationale de lutte contre les erreurs diagnostiques, laquelle définirait précisément et concrètement le périmètre du sujet. Pour faire prendre conscience des enjeux de l'erreur diagnostique, il serait important de communiquer cette stratégie auprès des professionnels de santé, des structures de soins, des organismes professionnels et des responsables de la formation médicale ;

- renforcer, en la matière, la formation initiale et continue des professionnels ;

- encourager la recherche dans ce domaine ;

- définir les normes pour le diagnostic des maladies de chaque spécialité ainsi que pour les taux d'erreurs et les délais de diagnostic acceptables ;

- développer des outils de mesure permettant de quantifier le problème, de cibler les situations où les erreurs diagnostiques sont les plus courantes et de mettre en place des actions d'amélioration ;

- encourager les médecins, les patients et les familles à signaler les erreurs qu'ils rencontrent et centraliser les signalements (événements indésirables graves associés aux soins – EIGS, dossiers assurantiels et médico-légaux...);

- organiser, à tous les niveaux du système de santé, la rétro-information des médecins pour permettre un cercle vertueux d'apprentissage ;

- mettre à disposition des professionnels des outils de gestion des risques liés aux erreurs diagnostiques, tels que des aides au diagnostic, des formations sur les circonstances qui exposent aux erreurs diagnostiques (dont les biais cognitifs) ainsi que des outils d'auto-évaluation de la sécurité diagnostique des établissements de santé et de la performance diagnostique des médecins ;

- au niveau local, activer des systèmes d'alerte à partir d'algorithmes dans les dossiers de patients informatisés ou d'indicateurs de qualité diagnostique et ce, afin d'atténuer les erreurs diagnostiques. ●

GRAND TÉMOIN

Sébastien Guérard

Président de l'UNPS

L'Union nationale des professions de santé (UNPS) fête, cette année, ses vingt ans.

« L'UNPS est absolument essentielle pour l'organisation des soins de ville »

Créée dans la loi portant réforme de l'Assurance maladie de 2004, cette organisation « *en pleine reconquête* » regroupe désormais vingt-trois syndicats de professionnels de santé libéraux, dont la FNI. L'occasion pour Sébastien Guérard, son président depuis 2023, d'évoquer les sujets à l'ordre du jour : place de l'UNPS, rénovation du système conventionnel ou encore organisation des soins de ville.

Avenir & Santé : Comment se porte l'UNPS ?

Sébastien Guérard : Bien qu'elle ait déjà vingt ans, on peut dire qu'elle est en pleine éclosion. Rappelons-nous : en 2004, sa création avait été diversement accueillie. Certaines organisations syndicales l'ont perçue à l'époque comme une concurrente. Ce courant de pensée a longtemps affaibli l'UNPS. Mais la donne est en train de changer, et nos pratiques aussi.

A&S : C'est-à-dire ?

S.G. : Depuis quelque temps, nous avons fait le pari de travailler non plus à partir du plus petit dénominateur commun aux organisations syndicales représentées au sein de l'UNPS, mais de choisir le plus grand ! Pour cela, il a fallu changer les statuts et le règlement intérieur de l'institution. Ce qui a été fait. Désormais, les décisions ne sont plus prises à l'unanimité mais avec une majorité forte, ce qui nous permet d'avancer sur un certain nombre de sujets qui jusqu'ici étaient bloqués.

Nous sommes donc en train de reconquérir notre place. Cela implique également d'aller au-devant des acteurs politiques dont beaucoup ignoraient, il y a encore peu, l'existence et la fonction de l'UNPS. Nous le faisons avec volontarisme, car nous estimons que cette représentation interprofessionnelle est absolument essentielle pour l'organisation des soins de ville.

Il s'agit de l'intérêt des patients comme de celui des professionnels de santé libéraux : il faut prendre cette place, sans quoi les choses s'organiseront sans nous. Or nous sommes dans une période qui nécessite des transformations radicales. D'ici 2050, la population des plus de 85 ans va être multipliée par cinq pour atteindre les cinq millions. Il y aura de plus en plus de personnes âgées, des maladies chroniques, et il faudra y faire face à moyens humains et financiers constants. Il va donc falloir être inventif.

deux derniers quinquennats, la place confiée aux organisations syndicales a été déléter. Les pouvoirs publics ont certes continué à convier les syndicats à leur table, mais ils ont aussi pris l'habitude de consulter les coordinations et autres collectifs, arguant de vouloir entendre tout le monde. Nous dénonçons cette pratique qui contribue à l'affaiblissement des syndicats représentatifs. Alors que ces derniers prennent leurs responsabilités et contribuent, via la signature de conventions avec l'Assurance maladie, à l'amélioration de notre système de santé,

“Désormais, les décisions ne sont plus prises à l'unanimité mais avec une majorité forte, ce qui nous permet d'avancer sur un certain nombre de sujets qui jusqu'ici étaient bloqués.”

A&S : Avez-vous le sentiment d'être dorénavant consulté et écouté par les pouvoirs publics ?

S.G. : Les organisations syndicales ne disposent pas de tous les leviers pour transformer l'organisation des soins de ville. Prenons le sujet de la représentativité professionnelle. C'est l'un des tout premiers chantiers de l'UNPS depuis sa création. Or, au cours des

ils se voient affaiblis par des mouvements de pure contestation qui n'ont rien à perdre et n'ont pas à s'engager par leur signature. Nous estimons également que, depuis leur création, les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) contribuent à balkaniser la représentation syndicale. Nous devons proposer des réformes pour éviter d'affaiblir nos syndicats qui sont des outils de dialogue indispensables entre ●●●

●●● les autorités et les professionnels de santé libéraux au service du système de soins et de la prise en charge des patients.

A&S : Quelles sont vos pistes de réformes ? Faut-il s'orienter vers un système d'adhésion plus incitatif ?

S.G. : Cette piste n'a pas été mise sur la table des discussions au sein de l'UNPS. Mais cette possibilité, qui veut que dès lors qu'un nouveau contrat conventionnel est signé, seuls les adhérents bénéficieraient des avantages et des contraintes consenties, me semble intéressante. Elle changerait considérablement le regard des professionnels de santé sur la représentation syndicale. Pour redonner du sens au vote, il faut que les gens comprennent pour quoi ils votent.

Il faut également que les règles du jeu changent. Aujourd'hui, la représentativité s'appuie essentiellement sur les résultats d'une élection, celle des URPS : les représentants sont élus dans les régions pour travailler avec les agences régionales de santé (ARS), mais les résultats de ces élections conditionnent également le pouvoir des syndicats de signer des conventions nationales. Tout cela génère une forme d'incompréhension chez les professionnels de santé.

Il faut donc travailler sur le sujet. L'une des pistes est de calquer le mode de désignation sur ce qui se passe pour l'UNPS, à savoir que les syndicats représentatifs désignent leurs représentants au sein des URPS. Et l'on conserverait le mode électif pour les représentants au sein des commissions paritaires départementales créées dans chaque Cpam. La somme de ces élections sur le territoire permettrait de déterminer la représentativité nationale des syndicats. Je pense que cela aurait du sens, car les professionnels de santé connaissent leurs représentants auprès de la Sécurité sociale et savent que c'est là que se négocient les conventions. Ce projet largement partagé par les organisations membres de l'UNPS était en discussion avec la Direction de la Sécurité sociale. Mais l'agenda politique des derniers mois a bousculé le tempo. Je ne pense pas que nous pourrions défendre cette initiative avant l'année prochaine. L'objectif serait de voir ce projet aboutir avant les prochaines élections des URPS en 2026. Mais le moins

que l'on puisse dire est que nous ne sommes pas maîtres du calendrier !

A&S : De façon très concrète, l'UNPS a œuvré pour faire émerger le projet des équipes de soins coordonnées autour du patient (Escap). Quelle a été votre action ?

S.G. : Nous avons réussi à porter ce projet dans le giron conventionnel, à travers le dernier avenant à l'accord-cadre interprofessionnel (ACIP), afin de lancer l'expérimentation. Le projet Escap montre que les lignes bougent. Il montre aussi qu'il faut aller vers une rénovation du système conventionnel. Aujourd'hui, tout le monde s'accorde à dire qu'il faut sortir de ce mode de fonctionnement en silo. Il faut réformer pour remettre un cadre interprofessionnel plus fort, y compris sur les modes de tarification. Un même acte n'est pas rémunéré de la même manière selon le professionnel de santé qui le réalise ! Ce n'est plus acceptable et c'est un véritable frein à l'évolution de notre système de santé. Une grande majorité des membres de l'UNPS s'accordent sur ces sujets.

“Le devoir de l'UNPS est de réussir à rassembler tout le monde pour travailler sur des projets communs, notamment sur le sujet conventionnel, sans trahir ce que doit être la représentation des professionnels de santé.”

A&S : ...Y compris sur le sujet de l'évolution du périmètre de chaque profession de santé ?

S.G. : Notre séminaire annuel qui s'est déroulé début décembre portait sur ce thème. Nous nous intéressons, entre autres, à la construction juridique de nos métiers et au Code de la santé publique.

Ne faudrait-il pas repenser le monopole médical du diagnostic et du traitement ? Si nous ne réfléchissons pas à cela, la tutelle inventera de nouveaux modèles sans nous. Nous en mesurons déjà les effets indésirables avec les patients qui, faute d'avoir accès à un médecin, se tournent de plus en plus vers les médecines alternatives.

Ces réflexions nous poussent également

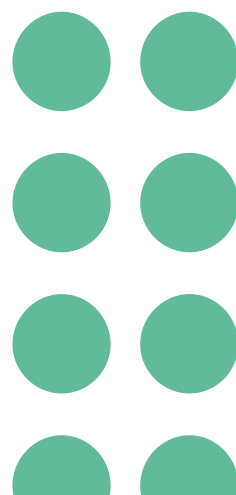
à être très attentifs sur le sujet du rapport des jeunes générations de professionnels avec l'exercice médical.

A&S : Se pose également la question des modes d'exercice. Avez-vous des propositions sur ce sujet ?

S.G. : J'ai pris contact auprès de l'ensemble des fédérations, notamment hospitalières. Car si nous souhaitons décloisonner, il faut que l'on se parle et que l'on institutionnalise nos relations. C'est notre projet pour 2025. Comment envoyer des professionnels libéraux à l'hôpital ? Comment l'hôpital peut-il sortir de ses murs ?

L'hospitalisation à domicile est une première réponse. Il faut d'ailleurs en finir avec l'opposition systématique du modèle libéral à celui des MSP, des CPTS... Tout comme il faut cesser d'ériger un rapport de force entre les fédérations qui les représentent et les syndicats. Elles ont leur mot à dire lorsqu'un accord conventionnel les impliquant est négocié. Pour autant, peuvent-elles prétendre représenter les professionnels de santé qui exercent en leur sein ? C'est un biais dangereux. Le devoir de l'UNPS est de réussir

à rassembler tout le monde pour travailler sur des projets communs, notamment sur le sujet conventionnel, sans trahir ce que doit être la représentation des professionnels de santé. ●





La médicale

assure les professionnels de santé

À vos côtés,
un réseau d'agents*
alliant **expertise**
et **proximité**

INFIRMIER

Si la réussite est une question d'assurance, optez pour La Médicale

Votre **vie professionnelle**
et votre **vie privée** méritent
la meilleure des protections.

Votre agent général **se déplace à votre
domicile** ou sur **votre lieu de travail**
pour vous faire gagner un temps précieux.

Votre agent général La Médicale **est toujours proche de vous**



N°Cristal 0 969 32 4000

APPEL NON SURTAXE



lamedicale.fr

* Réseau d'agents généraux d'assurance

La Médicale est une marque de Generali.

Document non contractuel à caractère publicitaire - Les contrats sont distribués par les agents généraux du marché « La Médicale - Professionnels de santé ».

L'Équité - Société anonyme au capital de 69 213 760 euros. Entreprise régie par le Code des assurances - 572 084 697 RCS Paris. Siège social : 2 rue Pillet-Will 75009 Paris

Generali Vie - Société anonyme au capital de 341 059 488 euros. Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris. Siège social : 2 rue Pillet-Will 75009 Paris.

N° d'identifiant unique ADEME FR232327_03PBRV. Sociétés appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Photo : Getty Image

Proposition de loi infirmière : Le point de départ d'une rénovation complète de notre profession ?

Ça y est, la proposition de loi infirmière a été déposée à l'Assemblée nationale le 15 novembre dernier, marquant le début d'un processus parlementaire qui devrait, malgré l'instabilité politique, déboucher d'ici quelque temps sur une nouvelle étape pour notre profession. Cette nouvelle donne législative n'est qu'un point de départ : elle devra être suivie d'un nouveau cadre réglementaire, de la réingénierie de notre profession puis d'une convention renouvelée avec l'Assurance maladie. En attendant, la FNI et les autres représentants cherchent à éliminer les principaux points de discordance avec les Cnam. Car il y a urgence.

INTRODUCTION

PAR ALEXANDRE TERRINI

Une PPL qui change tout

Ancien ministre de la Santé et désormais président de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, Frédéric Valletoux, et Nicole Dubré-Chirat, députée Renaissance du Maine-et-Loire, ont déposé, mi-novembre, une proposition de loi (PPL) « visant à faire évoluer les missions dévolues aux infirmiers et aux infirmières ». Le contenu est à la hauteur de l'intitulé, dans la lignée de la promesse formulée par le Premier ministre Michel Barnier d'édicter « une loi infirmières-infirmiers » qui permettra d'aller « plus loin dans la reconnaissance de leur expertise et de leurs compétences ». Cela devrait bientôt être chose faite.



Le texte introductif de la proposition de loi (PPL) est du petit-lait. On peut en effet lire à propos des infirmiers et des ID que « pour les patients, ces professionnels de santé constituent depuis toujours des figures incontournables en matière de dispensation de soins et d'accompagnement lors d'une prise en charge médicale ».

La reconnaissance de notre rôle essentiel dans les prises en charge

S'ensuit un rappel des difficultés de notre système de santé et des solutions pour y remédier. Là encore, une bénédiction : « Les difficultés d'accès aux soins et le manque de personnels soignants sont des sources d'inquiétude pour de nombreux patients et praticiens, en particulier dans les territoires ruraux où la désertification médicale est forte. Pour répondre à cette problématique, et parce qu'il s'agit de la première profession paramédicale en France, il est donc indispensable de reconnaître les missions des infirmières et infirmiers et l'évolution de leurs compétences. Cette double nécessité est d'ailleurs soutenue par une large majorité de Français. »

Et encore, histoire d'enfoncer définitivement le clou : « En outre, le service public de santé sera confronté, dans les décennies à venir, à une demande de soins toujours plus importante, en partie liée à l'accélération du vieillissement de la population. [...] La profession d'infirmier doit donc être ●●●



« C'est inédit [...] la PPL donne une définition du métier d'infirmier en énonçant en quoi il consiste. »



••• au rendez-vous des défis sanitaires à venir. C'est précisément la raison pour laquelle une évolution majeure a été initiée par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, avec la reconnaissance officielle de la pratique avancée. » Laquelle est donc « une réponse de choix en matière d'amélioration de la prise en charge qu'il convient de développer ». Sauf que cela ne suffit pas.

La fin d'une époque

Première pierre de l'édifice légal en gestation : le fait, et c'est inédit, que la PPL donne une définition du métier d'infirmier en énonçant en quoi il consiste : « Dans son exercice professionnel, l'infirmier initie, réalise, organise et évalue les soins infirmiers.

Il effectue des consultations infirmières et pose un diagnostic infirmier. Il prescrit les produits de santé et examens complémentaires nécessaires à l'exercice de sa profession. » Trois formulations cruciales sautent aux yeux et ravissent : "consultations infirmières", "diagnostic infirmier" et "il prescrit". C'est clairement la fin d'une époque, tout au long de laquelle les médecins ont fait barrage pour que de tels termes ne soient jamais applicables à notre profession ni associés à notre exercice. « Depuis des dizaines d'années, nous nous heurtons à une sorte de mur sémantique », confirme le président



de la FNI, Daniel Guillerm. Les contingences sanitaires présentes et futures – en l'occurrence le double effet kiss cool que génèrent le vieillissement de la population et la hausse exponentielle des maladies chroniques – en ont, heureusement, décidé autrement.

Quatre missions fondatrices

Découlent, fort logiquement, de ce cadre général, quatre missions fondatrices appelées à être insérées dans le Code de la santé publique [CSP] :

1. dispenser des soins infirmiers préventifs, curatifs, palliatifs, relationnels ou destinés à la surveillance clinique ainsi qu'à leur évaluation ;
2. contribuer à la coordination et à la mise en œuvre du parcours de santé de la personne ;
3. participer à la prévention, aux actions de dépistage, à la promotion de la santé et à l'éducation thérapeutique de la personne et, le cas échéant, de son entourage ;
4. concourir à la formation initiale et continue des étudiants, des pairs et des professionnels de santé placés sous leur responsabilité ainsi qu'à la recherche en sciences infirmières.

Sachant que l'IDE doit également contribuer à la mission de service public de permanence des soins.

« Ne pas se tirer une balle dans le pied »

Sur le plan pratique et pour donner corps à ce qui précède, un décret en Conseil d'État précisera nos domaines d'activités et de compétences, tandis qu'un arrêté du ministre de la Santé, pris après avis de l'Académie nationale de médecine, fixera, pour chacun desdits domaines d'activités, la liste des actes et soins que nous réalisons. Le fait que tout cela ne figure pas dans une loi est un gage de souplesse. Certains y verront le verre à moitié plein : en l'occurrence, le fait que les choses seront plus facilement détritocables puisque les domaines de compétences ne seront pas gravés dans la pierre législative. D'autres, qui s'inscrivent dans une démarche dynamique et progressiste, comme la FNI, y verront le verre plus qu'à moitié plein, conscients que les décrets et les arrêtés sont des voies de passage idoines et agiles pour agréger, au fil du temps et des

besoins naissants, de nouveaux domaines de compétences et de nouveaux actes au bénéfice de la profession.

Ce qui fait dire à Daniel Guillerm qu'il « ne faudrait pas que les Idel, qui ignorent l'architecture textuelle de la profession, soient déçus parce qu'ils s'imaginaient que cette PPL serait une sorte de fourre-tout agrégeant et mélangeant l'ensemble des dispositions d'ordre législatif, réglementaire, voire conventionnel propres à la profession. En effet, tout intégrer dans la loi l'aurait, in fine, dénaturée. Cela reviendrait à se tirer une balle dans le pied. Sans compter une perte de temps considérable lors des débats avec le dépôt probable d'une multitude d'amendements. Là, nous sommes délibérément sur une loi forcément ramassée dans la mesure où il s'agit d'une loi-cadre. » Bref, mégoter et bouder son plaisir serait ne pas mesurer le grand bond en avant que constitue indéniablement cette PPL, suggère la FNI qui se dit « bien sûr, très satisfaite de ce texte qui est conforme à nos attentes dans le cadre de la réforme globale de la profession ».

Et maintenant ?

Et maintenant, que va-t-il se passer ? Les auteurs de la PPL veulent que celle-ci soit véritablement transpartisane. Contexte politique oblige. Il est d'ailleurs plutôt bon



La pratique avancée également au programme

La PPL comporte un article 2 qui, comme le précise l'exposé des motifs, « permet de faire évoluer la pratique avancée ». Comment ? En proposant trois lieux d'exercice supplémentaires : les services de protection maternelle et infantile (PMI), de santé scolaire et d'aide sociale à l'enfance. À cela s'ajoute, dans le même but, la possibilité, pour certains infirmiers spécialisés (les infirmiers anesthésistes, de bloc opératoire et puériculteurs) désireux d'évoluer professionnellement, d'exercer en pratique avancée « sans modifier leurs conditions de diplomation ».

Concrètement, stipule la PPL, « afin de tenir compte des spécificités propres à chaque spécialité, le décret précisant les domaines d'intervention en pratique avancée opérera une distinction entre les différents domaines d'intervention des infirmiers en pratique avancée ». Enfin, pour accéder à la pratique avancée, un décret déterminera également la durée minimale d'exercice requise pour chaque spécialité ainsi que les modalités d'accès à la formation.

On l'aura compris, ce corpus ne concerne pas vraiment les Idel, mais avant tout les salariés. « On assiste à une prise de conscience que la pratique avancée a été créée pour le secteur salarié, constate Daniel Guillerm. En étendant de la sorte le champ de la pratique avancée, on offre des ressources à ces services, lesquels en manquent cruellement. » Quitte, pour cela, à faire preuve de souplesse puisque, de facto, « dès lors que le professionnel aura l'expérience requise, les spécialités infirmières en question seront tout bonnement reconnues comme de la pratique avancée ».

même pas s'il est en place au moment où paraît ce numéro d'*Avenir & Santé*). Cette proposition de loi peut même être utilisée par les parlementaires pour démontrer qu'ils sont capables de dépasser les logiques de partis pour être constructifs. D'où l'idée d'en faire un texte transpartisan.

se livrer à un travail de pédagogie pour convaincre nombre de parlementaires de cautionner, noir sur blanc, pareille évolution législative. Si tout se passe bien, il n'est pas utopique d'espérer que la loi, les décrets et les arrêtés soient publiés dans le courant du premier semestre 2025. Cela permettrait également de finaliser le travail de réingénierie de la profession et de sa formation, entamé il y a quelques mois.

Puis, cela permettrait d'ouvrir, au début de l'été, les négociations conventionnelles avec l'Assurance maladie. Celles-ci seront cruciales, dans la mesure où il s'agira de faire reconnaître, sur le plan conventionnel, un maximum de ces nouveaux éléments qui figureront dans le futur référentiel d'activités et de compétences. Avec, en toile de fond, un bémol et non des moindres : le fait que, budgétairement parlant, on est, plus que jamais, dans une période contrainte. Pour le dire clairement, toutes les avancées ne seront pas traduites de manière sonnante et trébuchante dans la convention tout de suite. Il conviendra donc de hiérarchiser et de prioriser. Ce qui, là encore, ne sera pas une mince affaire. ●

“Si tout se passe bien, il n'est pas utopique d'espérer que la loi, les décrets et les arrêtés soient publiés dans le courant du premier semestre 2025. Cela permettrait également de finaliser le travail de réingénierie de la profession et de sa formation, entamé il y a quelques mois.”

signe que ce soit une proposition de loi, c'est-à-dire émanant de parlementaires, et non un projet de loi, c'est-à-dire déposé par le gouvernement. D'habitude, c'est le contraire, mais en ce moment, cela permet de sortir le texte d'une lutte strictement politique parlement/gouvernement (dont on ne sait

Pour que cela soit le cas, Frédéric Valletoux et Nicole Dubré-Chirat sont partis à la pêche aux signatures de députés de tous bords. Si celles-ci abondent, alors les chances que la PPL soit inscrite rapidement au calendrier parlementaire seront maximisées. C'est pourquoi la FNI entend, de son côté,

LOI INFIRMIÈRE

PROPOS RECUEUILLIS PAR MARIE ALÈS

« La loi est faite pour ouvrir le champ des possibles, élargir les compétences, donner des perspectives »

Frédéric Valletoux, député de Seine-et-Marne (Horizons & Indépendants), président de la Commission des affaires sociales et ancien ministre délégué chargé de la Santé et de la Prévention, a déposé le 19 novembre 2024 une proposition de loi "Infirmiers" avec la députée Nicole Dubré-Chirat. Un texte attendu par la profession et soutenu par le gouvernement.

Avenir & Santé : Lorsque vous étiez ministre délégué en charge de la Santé et de la Prévention, vous vous étiez engagé à porter le projet de loi permettant de réformer la profession d'infirmier. Aujourd'hui, vous déposez une proposition de loi "Infirmiers" à l'Assemblée nationale. Le métier d'infirmier vous tient-il vraiment à cœur ?

Frédéric Valletoux : L'évolution du métier d'infirmier est un sujet qui a été ouvert par François Braun, alors ministre de la Santé, puis laissé en friche et inachevé. C'était dommageable car la profession avait de fortes attentes et besoin d'une reconnaissance. En tant qu'élu local, surtout ancien maire, je sais aussi à quel point c'est un métier qui a beaucoup évolué ces dernières années et dont le statut juridique et les compétences sont aujourd'hui en décalage par rapport au rôle et à la place de ces professionnels de santé dans le système de santé. Il est donc logique et normal de traiter ce sujet.

« Lorsque j'ai été ministre, je m'étais engagé à faire évoluer le métier. [...] Je voulais tenir mes engagements et que mes actes soient conformes à mes paroles », explique Frédéric Valletoux, député de Seine-et-Marne, président de la Commission des affaires sociales et ancien ministre délégué chargé de la Santé et de la Prévention.



Lorsque j'ai été ministre, je m'étais engagé à faire évoluer le métier. Les premiers syndicats que j'ai d'ailleurs reçus étaient les syndicats infirmiers car, pour moi, cela avait du sens. Je voulais tenir mes engagements et que mes actes soient conformes à mes paroles.

A&S : La proposition de loi ne comprend que deux articles. Le premier concerne les infirmiers et le second ceux en pratique avancée (IPA). Pouvez-vous nous en expliquer la teneur ? Et pourquoi n'avoir rédigé que deux articles ?

F.V. : La loi doit poser des principes clairs. Il ne s'agit pas d'entrer dans les détails des exercices, des cadres, des pathologies, cela serait bien trop complexe ! L'article premier reconnaît ainsi les quatre missions socles des infirmiers : la réalisation de soins et leur évaluation ; le suivi du parcours de santé ; la prévention ; la participation à la formation. Ce même article pose le principe de créer une consultation infirmière et ouvre aussi l'autorisation de prescription de produits de santé et d'examen médicaux, dont la liste sera fixée par décret.

“L'évolution de la profession d'infirmier fait consensus et nous n'avons pas écrit ces articles sur un coin de table.”

Quant au deuxième article, il permet de faire évoluer la pratique avancée en proposant trois lieux d'exercice supplémentaires : les services de protection maternelle et infantile (PMI), la santé scolaire et l'aide sociale à l'enfance. Il permet aussi à certains infirmiers spécialisés, par exemple les infirmiers anesthésistes, ceux de bloc opératoire (Ibode) d'exercer en pratique avancée, sans modifier leurs conditions de diplomation. Ce texte vise à ouvrir le sujet et acter de premières avancées. Il apporte des premières réponses aux attentes légitimes des infirmiers mais, j'en ai conscience, ne permet pas de répondre à tous les enjeux. Le travail se poursuivra et je suis bien entendu à la disposition de la profession.



A&S : Le gouvernement soutient-il votre proposition de loi sachant qu'il devait proposer un projet de loi ? Et qu'en est-il des autres groupes politiques ?

F.V. : Je vous confirme que le gouvernement soutient notre proposition de loi. L'évolution de la profession d'infirmier fait consensus et nous n'avons pas écrit ces articles sur un coin de table. Il y a déjà eu un travail avec l'Ordre des infirmiers et les syndicats au printemps 2024.

en charge médicale. On ne soignera jamais sans médecin ! Il faut aussi distinguer les syndicats de médecins et les médecins sur le terrain. Ce sont les médecins en premier qui demandent un changement de statut car dans leur exercice et leur pratique quotidienne, ils voient combien les infirmiers ont pris un rôle fondamental. De toutes les façons, cela sera encadré.

La loi est faite pour ouvrir le champ des possibles, élargir les compétences, donner des perspectives et dire qu'en matière de primo-prescription et de suivi des patients, il faut donner une place nouvelle aux infirmiers. Après, des discussions vont suivre avec les organisations syndicales, les médecins, le gouvernement, qui permettront de préciser les choses.

A&S : La proposition de loi peut-elle être adoptée en 2025 ? La profession attend également un nouveau décret de compétences.

F.V. : La proposition de loi pourrait être examinée au cours du premier semestre 2025, au printemps. Effectivement, il y a urgence à réécrire le décret de compétences mais cela relève de la ministre de la Santé. Les nouvelles avancées législatives vont permettre cette réécriture du décret de compétences mais aussi d'ouvrir des négociations avec l'Assurance maladie pour coter la consultation infirmière et, plus largement, d'entamer un travail d'ajustement économique des nouvelles responsabilités qui vont être confiées aux infirmiers. ●

A&S : Les médecins ne risquent-ils pas de s'opposer à cette proposition de loi ?

F.V. : Il ne s'agit pas d'organiser subrepticement une prise en charge parallèle à la prise

PRESCRIPTIONS MÉDICALES IMPRÉCISES ET RÈGLES DE FACTURATION

PAR ALEXANDRE TERRINI

Le début d'un terrain d'entente avec l'Assurance maladie

On s'en souvient, en mai dernier, un cycle de travail avait été initié entre la Cnam et les syndicats d'Idel. But de la manœuvre : trouver une porte de sortie et un consensus sur dix-huit points de blocage qui entravent sérieusement l'exercice des infirmiers libéraux au quotidien. Mission accomplie avec la publication récente, par la Cnam, d'une circulaire reprenant en grande partie les revendications de la FNI.

Comme le dit "pudiquement" la Cnam, il s'agissait « de répondre à la fois aux difficultés vécues sur le terrain par les infirmiers et de clarifier, également, certaines incompréhensions entre les infirmiers et l'Assurance maladie ». De fait, « en raison des divergences d'interprétation de la NGAP selon les territoires, source d'incompréhension entre les Idel et les CPAM, il est proposé de clarifier sans attendre certaines règles pouvant aujourd'hui donner lieu à des rejets de facturation évitables ».



Moratoire sur le temps minimal requis (TMR)

Le document négocié a permis de trouver un accord sur treize points. À cette fin, se félicite la FNI, « il homogénéise le positionnement, la gestion du risque ainsi que les méthodes de récupération d'indus par les Cpam locales. Et ce, dans la mesure où la circulaire est désormais opposable aux échelons locaux de l'Assurance maladie. Cela va simplifier la vie des Idel. » Faut-il rappeler qu'un certain nombre d'entre nous se sont retrouvés dans la panade lorsque les libellés exacts de la Nomenclature ne figuraient pas mot à mot sur les prescriptions ?

À cela s'ajoute un moratoire concernant l'épineuse question du temps minimal requis (TMR) qui consiste, de la part de la tutelle, à déterminer le temps requis par tel ou tel

acte infirmier. Et ce, à une fin pernicieuse : calculer le temps global de travail d'un Idel au regard des actes qu'il facture pour tenter de démontrer qu'il officie plus de dix-sept heures par jour. Une limite qui n'a, au demeurant, été l'objet d'aucune négociation conventionnelle en amont... Avec, en cas de volume horaire trop important, l'obligation, pour le professionnel de santé, de rembourser certains actes. Cette façon de faire de la Cnam « équivaut à remettre en place des seuils de l'activité, ce que nous récusons », prévient la FNI.

Des négociations toujours en cours sur des points épineux

On l'aura deviné, la partie est loin d'être terminée. En effet, un second cycle de discus-

sions a été initié depuis la rentrée 2024 pour avancer sur les autres chantiers problématiques, en l'occurrence cinq sujets toujours en suspens. Sont notamment concernés la cotation des perfusions et les cumuls d'actes avec les forfaits BSI. Toutefois, prévient la Cnam, encline à sortir par avance le bouclier, « la plupart nécessiteront des modifications de niveaux conventionnel, réglementaire, voire législatif pour entrer en vigueur. Ces évolutions ne dépendent pas de la seule Assurance maladie. » Soit. Mais pour la FNI, la résolution de la plupart des points "chauds" constitue une forme de prérequis pour pouvoir entamer des négociations conventionnelles en 2025, une fois le cadre législatif et réglementaire revu. ●

Ce que dit la circulaire de novembre de l'Assurance maladie en 13 points (ça porte bonheur !)

Clarifications des règles de gestion des prescriptions médicales imprécises

Décryptage, point par point, de la circulaire diffusée fin novembre par l'Assurance maladie aux CPAM et dont le contenu s'impose à elles.

« Une part non négligeable des sources d'indus vient de la gestion non uniforme sur le territoire des prestations exécutées par les Idel avec une prescription médicale imparfaite », rappelle la circulaire. Qui précise qu'un outil d'aide à la prescription des soins infirmiers destiné aux médecins sera généralisé début 2025 sachant que six modèles d'ordonnances sont d'ores et déjà disponibles sur le site www.ame.li.fr. Ce qui n'empêche évidemment pas de clarifier, dès à présent, certaines règles.



Point n°1

Possibilité de facturer un prélèvement veineux (PV) à domicile sans mention de l'IDE ou de l'acte de prélèvement.

Au sujet du chapitre 1 "soins de pratique courante", article 1^{er} "Prélèvements et injections" : pour une prescription de biologie médicale, l'acte de prélèvement est facturable par un Idel même en l'absence de mention du préleveur (exemple : "à faire par Idel") et de l'acte de prélèvement (exemples : "prélèvement", "prise de sang", "bilan sanguin"...) sur l'ordonnance. La mention "à domicile" n'est nécessaire que lorsque l'acte de prélèvement veineux est réalisé de manière isolée à domicile.

Point n°2

Possibilité de facturer un acte de pansement en l'absence du terme "pansement" mais en présence de mentions s'y référant.

Si la prescription ne stipule pas précisément le mot "pansement" mais mentionne des termes qui s'y réfèrent, la prise en charge par l'Assurance maladie est justifiée.



Point n°3

Libellés tolérés pour les pansements lourds et complexes.

L'article 3 (pansements lourds et complexes) de la NGAP détaille le périmètre de facturation de l'AMI 4 (et 5,1 en cas de pansement d'ulcère veineux avec pose d'une compression) en fonction du type de plaie. Les notions de "pansement lourd" ou de "pansement complexe" ou les mentions se référant à un type de plaie mentionné aux articles 3 ou 5 bis (pansements lourds et complexes) de la NGAP, portées sur la prescription sont suffisantes pour une prise en charge par l'Assurance maladie dès lors que la typologie de la plaie et sa superficie correspondent bien à un libellé d'acte de l'article 3 ou de l'article 5 bis. Dans ces situations, la mention du bilan de plaie n'est pas nécessaire sur la prescription pour la facturation du bilan de pansement lourd et complexe qui est réalisé lors de la première prise en charge par l'infirmier.



Point n°4

Concernant l'article 10 sur la surveillance et l'observation d'un patient à domicile.

L'acte "administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile des patients présentant des troubles psychiatriques ou cognitifs (maladies neurodégénératives ou apparentées) avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage" est coté en AMI 1,2. Il n'est pas nécessaire que la notion de troubles psychiatriques ou de troubles cognitifs soit précisée sur la prescription.

De même, l'administration d'une thérapeutique orale par sonde nasogastrique ou stomie digestive pour les patients présentant les mêmes troubles est prise en charge dans les mêmes conditions. Pour rappel, une demande d'accord préalable est nécessaire au-delà du premier mois. La mention des troubles psychiatriques ou cognitifs est à renseigner dans la partie confidentielle destinée au médecin-conseil.

Point n°5

AIS 4, AMI 1,2 et BSI.

Les AIS 4 "séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, par séance d'une demi-heure" sont remplacés par la facturation d'un forfait BSI hebdomadaire.

L'acte cité au 4e point coté AMI 1,2 est facturable selon la prescription médicale en dehors du jour de facturation du forfait BSI.

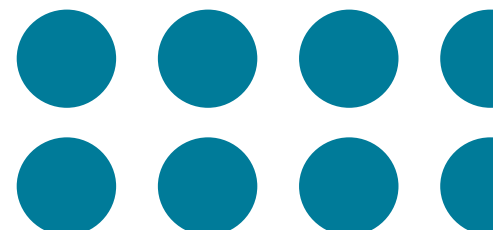
Le raisonnement est similaire dans les situations où l'état de santé du patient nécessite plusieurs passages hebdomadaires mais non quotidiens pour soins de dépendance : un BSI est facturable les jours où sont effectués les soins de dépendance et les AMI 1,2 le sont les autres jours.



Point n°6

À propos de l'article 7 de la NGAP sur les soins postopératoires à domicile selon protocole.

Il décrit la « séance de surveillance et/ou retrait de cathéter périmerveux pour analgésie postopératoire » dans le cadre de l'élaboration d'un « protocole écrit, préalablement établi par le chirurgien et/ou l'anesthésiste pour les patients dont l'éligibilité à une chirurgie ambulatoire ou à un parcours clinique de réhabilitation améliorée après chirurgie dépend d'un accompagnement infirmier ponctuel pour le retour à domicile postopératoire ». Le terme de "cathéter périarticulaire" sur la prescription est toléré pour la prise en charge de cet acte par l'Assurance maladie.



Clarifications sur les conditions de facturation

« Certaines règles de facturation justifient d'être précisées en raison de divergence d'interprétation ou d'évolution des pratiques de soins », explique le document.



Point n°7

Application de la majoration "dimanche et jours fériés" selon prescription aux actes de pansements, d'injections et de perfusions.

L'article 14 des dispositions générales de la NGAP relatif aux actes effectués la nuit ou le dimanche, indique que « lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes sont effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, ils donnent lieu, en plus des honoraires normaux et, le cas échéant, de l'indemnité de déplacement, à une majoration. »

L'article 14 B de la NGAP (spécifique des soins infirmiers) dispose, quant à lui, que « pour les actes infirmiers répétés, ces majorations ne peuvent être perçues qu'autant que la prescription du médecin indique la nécessité impérieuse d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne ».

En raison de l'évolution de la prise en charge des plaies (plus de réfection quotidienne du pansement sauf exception), la cotation d'une majoration F (dimanche ou jour férié) est justifiée si la prescription médicale indique clairement le rythme et la durée des soins, quel que soit ce rythme. Par exemple, si la prescription médicale indique "pansement un jour sur deux pendant 15 jours", alors la majoration F s'applique au pansement réalisé le dimanche de la première ou de la deuxième semaine de soins.

Par extension, la majoration F est facturable lorsque des pansements, des injections ou des perfusions sont réalisés sur la base d'une prescription mentionnant que ces actes doivent être réalisés "tous les jours" mais ne précisent pas "y compris dimanches et jours fériés". Pour rappel, la majoration de dimanche ou jour férié n'est pas facturable pour les actes suivants :

- forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion (AMI ou AMX 4 - article 3, chapitre 2, titre XVI de la NGAP) ;
- forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion pour les patients immunodéprimés ou cancéreux (AMI ou AMX 4 - article 4, chapitre 2, titre XVI de la NGAP) ;
- prise en charge spécialisée pour les séances de surveillance clinique de prévention (AMI ou AMX 5,8) article 5 ter, chapitre 2, titre XVI de la NGAP).

Les majorations de nuit et de dimanche et jour férié ne sont pas cumulables entre elles et seule celle de nuit, dont la valeur est la plus élevée, peut être facturée.

Point n°8

Article 2 de la NGAP sur les pansements courants au sujet des actes d'ablation de sutures.

L'évolution des pratiques médicales fait que les chirurgiens préconisent le plus souvent l'ablation des sutures en deux temps. Les actes d'ablation de sutures inscrits à l'article 2 (pansements courants) de la NGAP s'appliquent ainsi :

- ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel : AMI 2 ;
- ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel : AMI 4.

Il est donc possible d'avoir deux facturations (AMI 2 ou AMI 4, en fonction du nombre de fils ou d'agrafes) à quelques jours d'intervalle selon les préconisations de la prescription médicale.

Selon le nombre de fils ou d'agrafes à retirer, les cotations admises sont donc les suivantes lorsque l'ablation se fait en deux fois :

- jusqu'à 20 points de suture : AMI 2 au premier passage puis AMI 2 au second ;
- 21 points de suture : AMI 4 au premier passage puis AMI 2 au second (ou AMI 2 puis AMI 4 selon le jour où 11 points de suture sont retirés) ;
- 22 points de suture ou plus : AMI 4 au premier passage puis AMI 4 au second.

Point n°9

Adoption d'un périmètre commun des soins palliatifs pour la facturation de la majoration de coordination infirmière (MCI) accompagnant les soins palliatifs.

La MCI a pour objet de rémunérer la nécessaire interdisciplinarité de gestion de ces situations médicales souvent complexes.

L'article 23.2 des dispositions générales de la NGAP décrit les conditions de cotation de la MCI qui, pour être facturée, ne nécessite pas de prescription médicale spécifique. Il n'est donc pas nécessaire que le médecin indique la ou les pathologies dont souffre le patient ni qu'il mentionne expressément que celui-ci est en soins palliatifs. ●●●



••• Dans le cadre des soins palliatifs, il appartient à l'infirmier de vérifier, au regard de la définition de cette notion, que le patient est bien en soins palliatifs.

hjdkhdhQu'est-ce qu'une prise en charge d'un patient en soins palliatifs ? La NGAP précise que « la prise en charge en soins palliatifs est définie comme la prise en charge d'un patient ayant une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. Elle vise à soulager la douleur et l'ensemble des symptômes digestifs, respiratoires, neurologiques et autres, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. » C'est sur la base de cette définition que les facturations des Idel, en la matière, seront vérifiées et non sur la durée de prise en charge.

Point n°11

Supplément AMI 6 de l'article 3 relatif aux perfusions.

Au chapitre 2 sur les soins spécialisés, le "supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)" est cumulable à taux plein avec une perfusion courte sous surveillance continue. Le supplément forfaitaire doit être justifié par le protocole thérapeutique.

Point n°10

Possibilité de facturer un déplacement pour l'analgésie topique préalable au pansement si cette analgésie est réalisée au cours d'un déplacement spécifique.

•À l'article 3 (pansements lourds et complexes) de la NGAP, l'acte "analgésie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre" est coté en AMI ou AMX 1,1. L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie et la mise en attente. L'analgésie préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre, dans la limite de huit par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansements continus, sans intervalle supérieur à deux mois), est renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation. Lorsque l'analgésie et le pansement sont réalisés au cours de la même séance, les cotations de ces deux actes peuvent se cumuler entre eux sans application de l'article 11B des dispositions générales.

La majoration de coordination infirmier (MCI) n'est pas associable à cette cotation, réalisée isolément.

•Si l'acte d'analgésie topique est réalisé dans un temps distinct, nécessitant un deuxième passage pour la réalisation du pansement conformément à la prescription médicale ou au protocole thérapeutique rédigé par le médecin qui indique un délai d'action compatible avec la réalisation d'un soin au domicile d'un autre patient, la majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique MAU et les frais de déplacement sont facturables comme suit :

-application d'analgésie topique en premier temps = AMI1,1 + MAU + indemnités de déplacement ;

-réalisation du pansement en second temps = AMI4 + MCI + indemnités de déplacement

Dans le cas contraire, les actes d'analgésie topique et de pansement lourd et complexe sont cumulables à taux plein et la MAU ne s'applique pas. Soit AMI 1,1 + AMI4 + MCI+ indemnités de déplacement.

À noter que les pansements d'ulcère ou d'escarre, mais aussi la compression veineuse et la thérapie par pression négative (TPN) cotés AMI 5,1 et 4,6 sont également concernés.

•Par ailleurs, si l'acte de bilan de plaie coté AMI 11 comprend la réalisation d'un pansement lourd, il ne comprend pas l'éventuelle analgésie topique préalable à ce pansement. Le cas échéant, cette analgésie se cumule à taux plein avec le bilan. Soit AMI 11 + AMI 1,1 + indemnités de déplacement.

Point n°12

Clarification des consignes relatives au cumul du forfait de retrait avec une perfusion longue.

L'acte en AMI 5 de l'article 3 et 4 du chapitre 2 "Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion, y compris le pansement, la tenue du dossier de soins éventuellement la transmission d'informations nécessaires au médecin prescripteur ; ce forfait ne se cumule pas avec un forfait de perfusion sous surveillance continue" est facturable lors du retrait de la ligne principale de perfusion avec éventuel changement de valve dans les situations de dispositifs implantables chirurgicalement. Le descriptif de cet acte sera modifié lors d'une prochaine version de la NGAP.

Point n°13

Préciser que les frais de déplacement sont cotables avec l'AMI 4,1.

Le libellé de l'acte en AMI 4,1 de l'article 3 sur les perfusions de la NGAP est le suivant : "Changement de flacon(s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention pour débranchement ou déplacement du dispositif ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose".

La notion « en dehors de la séance de pose » indique bien que l'Idel se déplace une nouvelle fois, ce qui justifie la prise en charge des indemnités de déplacement. Cet acte est également facturable avec des frais de déplacement pour toute urgence sur la ligne de perfusion : occlusion sur la voie d'abord, intervention en raison d'un défaut sur la pompe volumétrique etc.

PRÊT ZÉRO DÉSERT MÉDICAL

**ÊTRE LA BANQUE DES
PROFESSIONNELS DE SANTÉ,
c'est se mobiliser pour faciliter
l'accès aux soins dans
tous les territoires.**

SCANNEZ POUR
EN SAVOIR PLUS*



TAUX 0 %⁽¹⁾

**BANQUE
POPULAIRE** 

la réussite est en vous

Document à caractère publicitaire et sans valeur contractuelle.

* Coût de connexion internet selon votre opérateur.

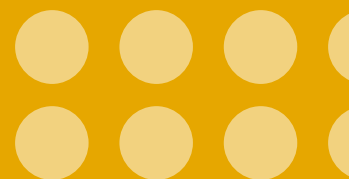
(1) Crédit au taux d'intérêt de 0% jusqu'à 20 000€ de 12 à 84 mois. Sous conditions d'éligibilité et après acceptation de votre dossier par votre Banque Populaire. Offre réservée aux nouvelles entrées en relation de moins de 12 mois détenant un compte courant dans les livres de la Banque Populaire. Valable dans les Banques Populaires adhérentes à l'offre.

BPCE, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 188 932 730 euros dont le siège social est situé 7, promenade Germaine Sablon 75013 PARIS, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 493 455 042.

Agence ID-Shop - Crédit photo : Getty Images.

ENJEUX ET BONNES PRATIQUES

PAR GERSANDE GUILLEMAIN



Le « défi permanent » de la prise en charge de la douleur

Subjective, la douleur n'est pas toujours évidente à appréhender. En ville, les infirmiers libéraux constituent un maillon essentiel de la prévention et de la prise en charge de la douleur. Entre évaluation et coordination des soins, le point sur notre champ d'action et les bonnes pratiques.

Depuis la fin des années 1990, la prise en charge de la douleur bénéficie d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics. Elle trouve même une traduction juridique à travers plusieurs textes. À commencer par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 qui reconnaît « *le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne* » et inscrit la lutte contre la douleur comme une priorité dans la loi de santé publique. Ainsi la prise en charge de la douleur est-elle devenue un devoir pour les professionnels de santé et un droit pour les patients.

Les devoirs de l'Idel

Face à la douleur du patient, l'infirmier libéral a des obligations strictement encadrées. Le décret de 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier dispose que : « *Tout infirmier évalue la douleur dans le cadre de son rôle propre, est habilité à entreprendre et à adapter les traitements*

Quelques chiffres à retenir

- **Au moins 12 millions** de Français souffrent de douleurs chroniques.
- **Plus de 20%** de la population déclarent des douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère.
- **2 patients sur 3** ne sont pas soulagés par leur traitement.
- La douleur constitue le **premier motif** de consultation, dans les services d'urgences et chez le médecin généraliste.
- **Plus de 2/3 des patients (70%)** souffrant de douleur chronique présentent des répercussions psychosociales (troubles du sommeil, anxiété, dépression, troubles cognitifs).

Source : Fondation Apicil

antalgiques selon les protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. » De plus, le Code de la santé publique (CSP) précise que les soins infirmiers ont pour objet « *de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.* »

Détecter

Selon la définition de l'International Association for the Study Pain (IASP), la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle, désagréable, associée ou ressemblant à celle associée, à une lésion tissulaire réelle ou potentielle. « *La douleur est singulière, propre à chaque patient, souligne le Dr Isabelle Chazot, médecin praticien en hospitalisation à domicile (HAD) et en équipe mobile (EMSS) au sein de l'association Soins et Santé (Auvergne Rhône-Alpes). Toute la difficulté réside*

La douleur et ses causes

Les causes possibles de la douleur répondent à une classification précise dans laquelle on retrouve notamment :

- les **douleurs nociceptives**, lesquelles surviennent lorsque l'intensité des informations transmises par les fibres de la douleur est suffisamment importante pour parvenir au cerveau. Mécanique ou inflammatoire, elle concerne généralement une zone précise du corps : chocs, coupures, brûlures, entorses, appendicite, conjonctivite, etc. ;
- les **douleurs neuropathiques**. Celles-ci sont liées au fonctionnement du système nerveux. Une lésion située dans cette zone peut donner lieu à des sensations de brûlure, de froid ou de décharges électriques ;
- la **douleur mixte**, qui est à la fois neuropathique et nociceptive ;
- la **douleur nociplastique**, laquelle est dépourvue de lésion et d'atteinte nerveuse, à l'image de la fibromyalgie ou de la migraine.

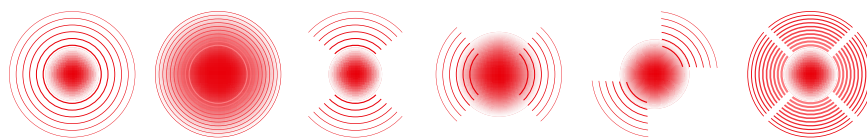


toutes des composantes sensibles, affectivo-émotionnelles, cognitives et comportementales qui vont différer d'un patient à l'autre. Certains vont taire la douleur ou, au contraire, la manifester de manière plus marquée avec une agitation. »

« Le premier traitement, c'est l'écoute, commence Yseult Arlen, infirmière libérale dans les Pyrénées-Orientales, formatrice et membre de la commission professionnelle des infirmières de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD). Présent chaque jour au domicile du patient, parfois plusieurs fois par jour, l'Idel est en première ligne pour détecter les souffrances physiques et morales. L'évaluation que nous menons est une étape-clé de la prévention et de la prise en charge du patient. »

Définir

Pour évaluer correctement la douleur, il faut pouvoir déterminer sa temporalité, son intensité et définir sa localisation et son type. Parmi les douleurs les plus courantes, la douleur aiguë (coliques, traumatismes, etc.) dure généralement moins de six semaines et sera soulagée par le traitement de l'affection causale. Plus longue, la douleur subaiguë



va nécessiter une évaluation régulière pour signaler au médecin traitant un éventuel risque de chronicisation. La douleur chronique persiste et se reproduit au-delà de trois mois. « Elle peut être spécifique à une pathologie comme le cancer ou à une maladie neuro-dégénérative comme la sclérose en plaque ou Parkinson ou sans substrat lésionnel évident », détaille le Dr Chazot.

Les soignants, Idel y compris, peuvent également réaliser des soins pourvoyeurs de douleurs. Mobiliser un patient alité en permanence peut majorer sa douleur, de même que la réalisation d'une simple prise de sang ou des soins basiques. « Dans ce cas de figure, l'évaluation et l'anticipation sont décisives pour soulager le patient, souligne Yseult Arlen. Toutefois, notre champ d'action est limité car nous ne pouvons pas prescrire. Dans le meilleur des cas, le médecin traitant a prévu une thérapeutique pour soulager cette douleur. Sinon il faut faire remonter l'information. Il faudra anticiper la prise du traitement et son délai d'action avant d'intervenir. »

Mesurer

Pour mesurer l'intensité, l'Idel dispose de divers outils dont les échelles d'autoévaluation. Les plus usitées restent l'échelle numérique (EN) avec laquelle le patient

évalue sa douleur de 0 à 10. L'échelle visuelle analogique (EVA) permet de faire évaluer l'intensité de la douleur par le patient grâce à une règle. L'échelle verbale simple (EVS) qui consiste à faire évaluer la douleur verbalement selon quatre niveaux : pas de douleur, douleur faible, douleur modérée ou douleur intense. « Si le patient n'est pas en mesure de parler, l'hétéroévaluation s'impose, explique le Dr Chazot. Celle-ci repose sur l'observation de signes comme les expressions faciales, le regard, les mouvements corporels ou le comportement ».

Algoplus, Doloplus, DN4... « Il existe une grande variété d'échelles validées pour la pratique courante, il ne faut pas hésiter à aller chercher les plus précises pour chaque cas », souligne Yseult Arlen. Par exemple, dans les cas de douleurs neuropathiques (cancer, zona, diabète, etc.), le questionnaire DN4 d'aide au diagnostic sera indiqué. Pour les patients dyscommunicants qui présentent des troubles de la compréhension ou du langage, Algoplus pourra être utilisé pour évaluer une douleur aiguë et Doloplus en cas de douleur chronique. »

Au-delà de l'évaluation

« Les infirmiers libéraux peuvent recourir à des approches non-médicamenteuses ●●●

« Les soignants, Idel y compris, peuvent [...] réaliser des soins pourvoyeurs de douleurs. »

Douleur : quid des plans nationaux ?

De 1998 à 2010, trois plans nationaux de lutte contre la douleur se sont succédé permettant, entre autres, une amélioration de la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé sur ce sujet, une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques, le renforcement du rôle infirmier dans la prise en charge de la douleur provoquée, etc.

Ces plans "douleur" ont notamment permis la mise en place de structures spécialisées de la douleur chronique (SDC) dans les années 2000. Aujourd'hui, elles sont au nombre de 274, labellisées par les agences régionales de santé (ARS) et hébergées en établissement de santé. Elles se déclinent en consultations où sont assurées des prises en charge pluriprofessionnelles, et en centres pour une prise en charge médicale pluridisciplinaire. « Leurs moyens sont insuffisants, relève Yseult Arlen. Moins de 3% des patients douloureux chroniques bénéficient d'une prise en charge dans une structure spécialisée douleur chronique de recours. Selon son lieu de vie, les temps d'attente pour accéder à une consultation ou à un centre peuvent aller jusqu'à deux ans ! »

Le gouvernement qui a lancé au printemps 2024 une stratégie décennale sur les soins d'accompagnement, incluant le dépistage, l'évaluation et la prise en charge de la douleur chronique voire réfractaire à tout traitement, a annoncé la création de vingt-sept nouvelles structures de prise en charge de la douleur dont quinze en cancérologie et douze pour les personnes mineures.

••• pour essayer de détourner le patient de sa douleur, souligne Yseult Arlen. Les Idel sont nombreux à se former à des méthodes psychocorporelles comme l'hypnose, au toucher-détente... »

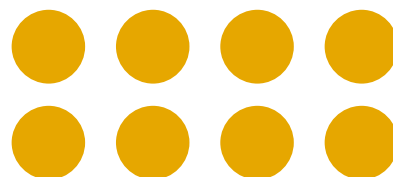
L'autre grand rôle de l'infirmier libéral est de faire remonter l'information aux autres professionnels de santé. « Si la douleur aiguë peut générer de l'anxiété, la douleur chronique peut conduire à des troubles dépressifs, indique le Dr Chazot. Dans ce cas, une approche pluridisciplinaire est indispensable. »

Dans les cas complexes et dans le cadre d'un exercice coordonné, le médecin traitant peut

désigner un pilote référent de parcours en douleur chronique, membre de l'équipe de soins primaires. Ce rôle incombe souvent à l'infirmier libéral, alors missionné pour s'assurer de la mise en place et du suivi d'un projet personnalisé de coordination en santé pour le patient et les autres professionnels de santé du parcours de santé.

« Une approche pluriprofessionnelle permet bien souvent d'optimiser la prise en charge et d'être soutenu tout au long du parcours de soins, estime Yseult Arlen évoquant la grande souffrance des soignants face à un constat d'impuissance. Certaines douleurs ne peuvent être soulagées. Là encore, il ne

faut pas rester seul et se tourner vers les ressources présentes sur son territoire comme, par exemple, les dispositifs d'appui à la coordination, les structures dédiées à la douleur. » ●



Ressources

- La Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) réunit tous les professionnels de santé pour favoriser les soins, l'enseignement, la recherche en matière de douleur. Son ambition est de privilégier la pluriprofessionnalité, la pluridisciplinarité et de créer une interface entre les chercheurs fondamentalistes et les cliniciens.
- Le Centre national de ressources de lutte contre la douleur (CNRD) a pour mission de promouvoir, auprès du grand public et des professionnels de santé, la prévention et l'amélioration de la prise en charge de la douleur du patient sur toutes ses dimensions, qu'elle soit aiguë, chronique ou provoquée par les soins.
- "Parcours d'une personne présentant une douleur chronique", Guide de bonnes pratiques, HAS, SFETD, CMG, février 2023



Pour essayer de détourner le patient de sa douleur, «les Idel sont nombreux à se former à des méthodes psychocorporelles comme l'hypnose, au toucher-détente... » souligne Yseult Arlen, Idel dans les Pyrénées-Orientales, formatrice et membre de la commission professionnelle des infirmières de la SFETD.

Attention aux caries précoces chez les tout-petits !

Il n'est désormais plus rare de voir des enfants de moins de six ans polycariés. Un véritable enjeu de santé publique, qui nécessite de renforcer la prévention bucco-dentaire et la sensibilisation des parents. Explications.

On les surnomme les "bébés Coca". Une « expression médiatique pour désigner les enfants de zéro à six ans porteurs de caries », explique le Dr Angeline Leblanc, chirurgien-dentiste à Houplines (Nord) qui a consacré sa thèse d'exercice à ce sujet en 2020¹. Une formule qui prête à sourire... mais derrière laquelle se cache une réelle problématique de santé publique : la présence d'une, voire plusieurs dents cariées (ou dents obturées ou absentes pour raisons carieuses) chez un enfant d'âge préscolaire. On parle alors de carie(s) précoce(s). Et celles-ci se développent extrêmement rapidement pour la simple raison qu'« une dent de lait est moins résistante qu'une dent définitive », précise le Dr Leblanc.

Addiction au sucre

On estime, en France, la prévalence des caries dentaires entre 10 et 15%, ce qui représente « environ 150 000 à 200 000 enfants touchés entre un et trois ans », détaille le Dr Amélie Reibel-Domergue, chirurgien-dentiste en exercice libéral à Paris ainsi qu'en exercice hospitalo-universitaire à Strasbourg. Et elle constate qu'en effet, « il n'est pas rare, aujourd'hui, de soigner des enfants en bas âge souffrant non pas d'une, mais de multiples caries ». Un phénomène



Les enfants qui ont des caries précoces ont tendance à avoir plus de caries à l'âge adulte.

assez nouveau mais dévastateur sur la dentition, sans compter qu'il s'accompagne souvent d'une addiction des enfants au sucre dès le plus jeune âge. Et tous ne sont pas égaux face à la maladie carieuse : « Environ 20 % des enfants, toutes tranches d'âge confondues, regroupent 80 % des caries ».

Le "syndrome du biberon"

« Généralement, cette maladie va toucher les enfants qui ont une forte consommation de produits sucrés – aliments comme boissons, associée à une absence ou un défaut de brossage des dents, par exemple sans dentifrice ou avec un dentifrice sans fluor », pointe le Dr Leblanc. Et ce, à tous les âges. « Certains parents laissent leurs enfants s'endormir avec un biberon de lait ou une tétine enrobée de miel, par exemple, pour les apaiser », déplore le Dr Reibel-Domergue, évoquant le « syndrome du biberon ». L'arrivée en maternelle et la multiplication des goûters sucrés à base de bonbons, gâteaux, jus etc. accroît également le risque carieux. « Celui-ci est d'autant plus grand que les caries se développent généralement à bas bruit chez les enfants, c'est-à-dire sans

« Il y a, à mon sens, chez de nombreux parents, une méconnaissance de l'enjeu de l'hygiène bucco-dentaire chez les tout-petits »

douleur jusqu'à des stades très avancés », complète la dentiste parisienne. Les parents arrivent alors dans le cabinet du dentiste en urgence, lorsque la douleur s'est installée... et qu'il est parfois trop tard. L'extraction des dents est alors la seule solution.

Des conséquences à court et long termes

« Il y a, à mon sens, chez de nombreux parents, une méconnaissance de l'enjeu de l'hygiène bucco-dentaire chez les tout-petits et une sous-estimation de la consommation de sucre chez les enfants. Le sucre est présent partout même dans les aliments salés et c'est le premier facteur de risque. Le brossage des dents ne compense pas l'effet délétère des apports sucrés », estime le Dr Reibel-Domergue. Certains ●●●

●●● minimisent également les risques en se disant que les dents temporaires finiront par tomber, "réglant" ainsi le problème. Or, « les germes des dents de lait sont les guides des dents définitives, ajoute le Dr Leblanc. Si elles sont cariées, elles peuvent causer des problèmes d'éruption par la suite avec d'importants besoins en soins d'orthodontie, voire carrément carier les dents définitives ». Et, sans surprise, « les enfants qui ont des caries précoces ont tendance à avoir plus de caries à l'âge adulte ».

De plus, ajoute le Dr Reibel-Domergue, « si les premières incisives mandibulaires tombent vers six ans, les molaires de lait tombent, elles, vers dix-douze ans... » Le risque que les bactéries, si les caries ne sont pas traitées rapidement, atteignent les dents avoisinantes, qu'elles soient temporaires ou définitives, est donc réel. Sans compter que cela entraîne des gênes esthétiques et fonctionnelles, avec des difficultés pour s'alimenter, à parler et/ou à dormir...

Éducation par tous les professionnels

D'où l'enjeu, pour tous les professionnels de santé en contact avec de jeunes parents, infirmiers libéraux compris, de sensibiliser... et de rappeler l'importance de visites régulières

Les bonnes habitudes d'hygiène dentaire

• **Dès la naissance**, le nettoyage des gencives s'effectue à l'aide d'une compresse humide ou d'une brosse "premier âge" afin d'éliminer la plaque et les débris alimentaires.

• **À l'apparition des premières dents**, vers six mois, l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) recommande un brossage le soir.

• **À partir de deux ans**, un brossage matin et soir, réalisé par l'adulte, pendant deux minutes.

• Ce n'est qu'à **partir de quatre ans** que l'enfant va pouvoir commencer à se brosser les dents lui-même tout en étant supervisé par un adulte.

« La brosse à dents (manuelle ou électrique) doit être adaptée à la taille de l'enfant, note le Dr Leblanc. Le dentifrice doit aussi être adapté aux besoins de l'enfant, c'est-à-dire avec une teneur en fluor de 1000 ppm de l'âge de six mois à six ans et de 1450 ppm au-delà¹. Et, bien sûr, pas d'autre boisson que de l'eau après le brossage !

Concernant les produits sucrés (aliments comme boissons), « il faut rappeler aux parents que leur consommation n'est pas interdite mais qu'elle doit rester une exception, par exemple lors des repas de famille, pour les anniversaires etc. », insiste le Dr Leblanc. Et prendre garde au grignotage.

¹ Une revue Cochrane, publiée le 4 mars 2019, a montré que les dentifrices fluorés réduisaient la formation de caries d'environ 24 %, en moyenne, par rapport à un dentifrice sans fluor.

chez le chirurgien-dentiste dès l'apparition des premières dents des enfants. « Il est en effet encore trop fréquent de voir des enfants qui, avant six ans, n'ont jamais consulté un chirurgien-dentiste, même si l'extension du programme M'T dents aux enfants de trois ans en 2019 a quelque peu amélioré les choses »,

évoque le Dr Reibel-Domergue. Les bonnes habitudes d'hygiène dentaire sont également essentielles (lire ci-dessus) et doivent être portées à la connaissance des parents. ●

¹ Thèse intitulée "Profil des enfants porteurs de caries précoces reçus dans le service d'odontologie du CHU de Lille en 2019/2020 : étude ancillaire".

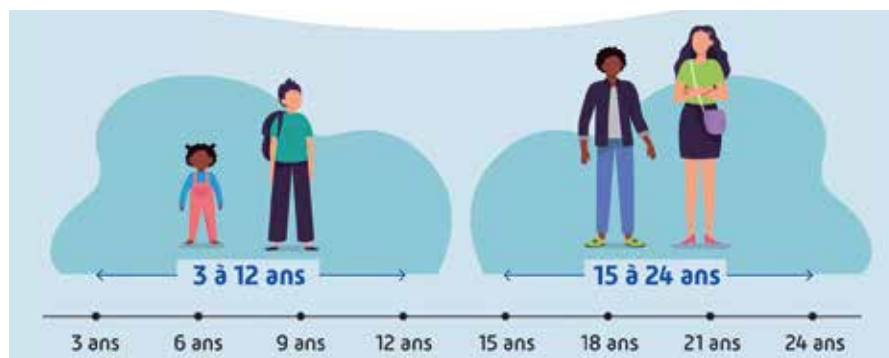
M'T dents, bientôt tous les ans, de trois à vingt-quatre ans !



100 % pris en charge par l'Assurance maladie, le programme M'T dents propose un examen de prévention bucco-dentaire tous les trois ans aux enfants de trois ans à vingt-quatre ans. Il sera, dès avril 2025, proposé tous les ans aux enfants de cette tranche d'âge, selon le même modus operandi : un mois avant la date d'anniversaire du jeune concerné, les familles reçoivent un bon de prise en charge par le biais d'un courrier.

Les parents peuvent prendre rendez-vous auprès du chirurgien-dentiste de leur choix. Celui-ci contrôle l'évolution des dents de l'enfant ou du jeune et repère d'éventuels besoins de soins.

À noter que les femmes enceintes bénéficient également d'un examen de prévention bucco-dentaire 100 % pris en charge par la Cnam, à compter du premier jour du 4^e mois de grossesse jusqu'au dernier jour du 6^e mois après l'accouchement.





FreeStyle Libre 2 le standard de prise en charge de vos patients traités par insuline^{1,2,3}

EXTENSION D'INDICATION PRISE EN CHARGE

Extension du remboursement du Système FreeStyle Libre 2 chez les **patients diabétiques de type 2** (âgés d'au moins 4 ans) **traités par insulinothérapie non intensifiée (< 3 injections par jour)** dont l'équilibre glycémique est insuffisant ($HbA1c \geq 8\%$).



Savoir Pour Agir



Consultez
les informations produits
en flashant ce QR Code

Abbott
life. to the fullest.®

1. JORF n°0135 du 13 juin 2023. 2. Le capteur de mesure en continu du glucose le plus vendu en France à date, données internes Abbott. 3. Manuel d'utilisation FreeStyle Libre 2

L'application FreeStyle LibreLink et le lecteur FreeStyle Libre 2 ont des fonctionnalités similaires mais non identiques. L'usage de l'application FreeStyle LibreLink nécessite de disposer d'un lecteur de glycémie : lorsque les symptômes ne correspondent pas aux résultats du capteur, ou lorsque le patient suspecte que le résultat pourrait être inexact, la réalisation d'un test par prélèvement au bout du doigt à l'aide d'un lecteur de glycémie est nécessaire.

Images et données utilisées uniquement à des fins d'illustration. Il ne s'agit pas de vrais patients, ni de vraies données. Document promotionnel à destination des professionnels de santé.

© 2024 Abbott. Le boîtier du capteur, FreeStyle, Libre, et les marques associées sont des marques d'Abbott. PDS-ADC-70212 V2 09/24. Abbott France S.A.S. - Abbott Diabetes Care - 40/48 rue d'Arcueil - CP 10457 - 94593 Rungis Cedex - France - 602 950 206 RCS Créteil.

L'enjeu de la prévention combinée

Décembre, c'est traditionnellement le mois de la journée mondiale de lutte contre le sida (le 1^{er} décembre). L'occasion de faire le point sur l'épidémiologie, le dépistage, les traitements disponibles ainsi que l'état de la recherche. À ce jour, la prévention combinée reste le meilleur moyen de lutter contre le VIH, rappelle le ministère de la Santé.

On estime qu'environ 200 000 personnes vivent aujourd'hui avec le VIH en France, selon l'association Aides. Pour une photographie plus précise de la circulation du virus, Santé Publique France (SPF) a, à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida, dévoilé de nouveaux chiffres¹. En 2023, on estime ainsi que 3 650 personnes ont été contaminées par le VIH dans l'Hexagone. Un chiffre stable depuis 2021.

43 % des infections découvertes « à un stade tardif »

Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2023 a, lui, été estimé à près de 5 500. Parmi elles, 55 % sont des hétérosexuels, 40 % sont des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, 2 % des personnes trans contaminées par rapports sexuels et 1 % des usagers de drogues injectables. Moins de 1 % sont



des enfants de moins de 15 ans, en majorité nés en Afrique subsaharienne. Problème, la moitié de ces personnes ont été contaminées plus de deux ans auparavant, précise Santé Publique France. Au total, 43 % des infections ont été découvertes « à un stade tardif », même si cette proportion « diminue depuis 2020 ».

Le nombre de personnes vivant avec le virus sans être diagnostiquées est quant à lui estimé à 10 756. Et ce, malgré un nombre croissant de dépistages, « atteignant en 2023 son plus haut niveau avec près de 7,5 millions de sérologies ».

« Éradiquer l'épidémie » d'ici 2030

« La prévention combinée », qui allie port du préservatif, PrEP, TPE, TasP3 et dépistage, « doit être connue et accessible à tous », a insisté la ministre de la Santé et de l'Accès aux soins, Geneviève Darrieusecq, fin novembre. De fait, « si des progrès sont visibles », du chemin reste à parcourir pour « atteindre toutes les personnes concernées, lever les freins au dépistage et garantir un accompagnement adapté pour chacun ». Une « mobilisation collective est essentielle » pour « éradiquer l'épidémie » d'ici 2030, objectif fixé dans le cadre du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (Onusida).

Pour rappel, le dépistage « repose sur la recherche des anticorps contre le VIH-1 et le VIH-2 et de l'antigène P24 du virus, pointe l'Assurance maladie. Un examen sanguin de dépistage, en laboratoire de biologie médicale, sans ordonnance, sans rendez-vous et sans avance de frais est possible. Un test rapide d'orientation diagnostique (TroD VIH) et un autotest VIH sont également disponibles. »

Tri voire quadri-thérapies

Le traitement de l'infection par le VIH s'appuie quant à lui sur une association de plusieurs médicaments antirétroviraux à prendre tous les jours, en général trois (mais cela peut aller jusqu'à quatre), visant à inhiber la réplication du virus et réduire la charge virale à des niveaux indétectables (moins de 20 ou 40 virus par millilitres de sang), améliorant ainsi la qualité de vie des patients et diminuant le risque de transmission⁴. Ceci étant, il ne permet toujours pas, à ce jour, l'élimination du virus, donc la guérison.

Il doit être pris « à vie, sans interruption » et nécessite « une surveillance clinique et biologique régulière », précise l'Assurance maladie. De plus, « la mise en route du traitement à un stade tardif, alors que le système immunitaire est déjà défaillant (taux de lymphocytes T CD4 inférieur à 250/mm³), ne permet pas toujours de restaurer les défenses immunitaires ».

Il peut, enfin, engendrer des effets secondaires, dans les premières semaines (allergies, en particulier éruptions cutanées ; fatigue, mal de tête, perte d'appétit ; nausées, vomissements, diarrhée ; hépatite médicamenteuse) ou au long cours

Chiffres

• **200 000 personnes vivent aujourd'hui avec le VIH en France.**

(source : Aides)

• **3 650 personnes ont été contaminées par le VIH dans l'Hexagone en 2023.**

(source : SPF)

• **43 % des infections sont découvertes « à un stade tardif ».**

(source : SPF)

• **10 756 personnes vivent avec le virus sans être diagnostiquées.**

(source : SPF)



Les cas d'infections chez les soignants

Après plus de trente ans de surveillance, au 31 décembre 2021, le nombre total de cas de séroconversions VIH documentées parmi les soignants est de 14. L'accident d'exposition au sang (AES) était majoritairement causé par une piqûre avec une aiguille creuse (13/14), chez des infirmiers (12/14) lors de prélèvements veineux (10/14). Le dernier cas déclaré date de 2004. Il concernait un secouriste exposé à du sang de façon massive au niveau du visage. Au moins huit accidents auraient pu être évités par l'application des précautions standard. Durant cette même période, le nombre d'infections présumées est de 36 chez les professionnels de santé. Ils étaient liés à 19 piqûres, 7 coupures et 3 contacts sanguins prolongés sur peau lésée ; les circonstances étaient inconnues dans sept cas.

Source : Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants (GERES) et Santé Publique France.

“Après plus de trente ans de surveillance, au 31 décembre 2021, le nombre total de cas de séroconversions VIH documentées parmi les soignants est de 14. [...] Durant cette même période, le nombre d'infections présumées est de 36 chez les professionnels de santé.”



(lipodystrophie ; augmentation du risque cardio-vasculaire ; atteinte hépatique, rénale ou osseuse de type ostéoporose). Enfin, « plusieurs antirétroviraux sont source d'interactions médicamenteuses », alerte la Cnam. C'est le cas avec certains antibiotiques comme la rifampicine, les contraceptifs œstroprogestatifs, les inhibiteurs de la pompe à protons utilisés par exemple en cas de reflux gastro-œsophagien, d'ulcère gastroduodéal, etc. ●

1. "VIH et IST bactériennes en France, Bilan 2023", Santé Publique France, octobre 2024.
2. Dans le monde, 39,9 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2023, selon l'ONU (chiffres 2023).
3. La PrEP, pour "prophylaxie préexposition", associe deux molécules, l'emtricitabine et le ténofovir disoproxil. Elle s'adresse aux personnes séronégatives et se prend en prévision d'une exposition au VIH (avant un rapport sexuel, par exemple). Le TPE, ou traitement post-exposition, doit être pris pendant 28 jours, de préférence moins de 4 heures après le risque de transmission du VIH et au plus tard dans les 48 heures. Le TasP (ou "traitement comme prévention", en français) permet, après un à six mois de traitement (souvent une trithérapie), de réduire la charge virale à tel point qu'elle devient indétectable par un test classique.
4. À noter que des travaux se poursuivent concernant le développement de traitements injectables à action prolongée, permettant des administrations mensuelles, bimensuelles voire bisannuelles.

De nouvelles recommandations

La HAS, l'ANRS/Maladies infectieuses émergentes et le Conseil national du sida (CNS) viennent de publier de nouvelles "recommandations pour la prise en charge thérapeutique, curative et préventive des personnes vivant avec le VIH et des personnes exposées au VIH". Disponibles sur le site www.has-sante.fr, elles incluent les nouveaux traitements préventifs pré et post-exposition, les aspects gynéco-obstétricaux et pédiatriques, les spécificités des traitements antirétroviraux et les complications infectieuses associées à l'infection par le VIH. La prise en charge de l'enfant et de l'adolescent vivant avec le VIH a fait l'objet d'une recommandation spécifique.



CONTRATS

MAÎTRES VIRGINIE RABY ET ARNAUD DE LAVAUR,
AVOCATS AU BARREAU DE PARIS, CABINET PEACOCK AVOCATS



La clause de non-concurrence dans les contrats d'exercice entre Idel

La clause de non-concurrence est un élément crucial des contrats entre Idel, qu'il s'agisse de ceux de remplacement ou de ceux de collaboration. Cette disposition vise à protéger les intérêts légitimes des professionnels de santé tout en préservant l'équilibre entre la liberté d'exercice et la loyauté contractuelle. Explications.

Le principe de la clause de non-concurrence

- La clause de non-concurrence est un engagement contractuel par lequel un Idel s'interdit d'exercer une activité professionnelle concurrente pendant une période déterminée et dans une zone géographique spécifique après la fin de sa relation contractuelle avec un autre Idel. Son objectif principal est de protéger la patientèle de l'Idel titulaire en empêchant son ancien collaborateur ou remplaçant d'exercer à proximité immédiate et de potentiellement détourner la patientèle
- La validité des clauses de non-concurrence est encadrée par la jurisprudence et le Code de déontologie des infirmiers. L'article R. 4312-87 du Code de la santé publique (CSP) prévoit spécifiquement cette clause pour les contrats de remplacement. Cependant, son application s'étend également aux contrats de collaboration. Pour être valable, une clause de non-concurrence doit répondre à plusieurs critères stricts.

1. Limitation dans le temps : la durée d'ap-

plication de la clause doit être raisonnable et proportionnée.

2. Limitation dans l'espace : le périmètre géographique concerné doit correspondre à la zone d'activité réelle de l'infirmier bénéficiaire.

3. Proportionnalité : la clause doit être justifiée par les intérêts légitimes à protéger et ne pas porter une atteinte excessive à la liberté d'exercice du professionnel.

Dans les contrats de remplacement

Le contrat de remplacement est par nature temporaire et vise à assurer la continuité des soins pendant l'absence du titulaire. La clause de non-concurrence y est particulièrement importante pour protéger la patientèle du remplacé. Cette clause :

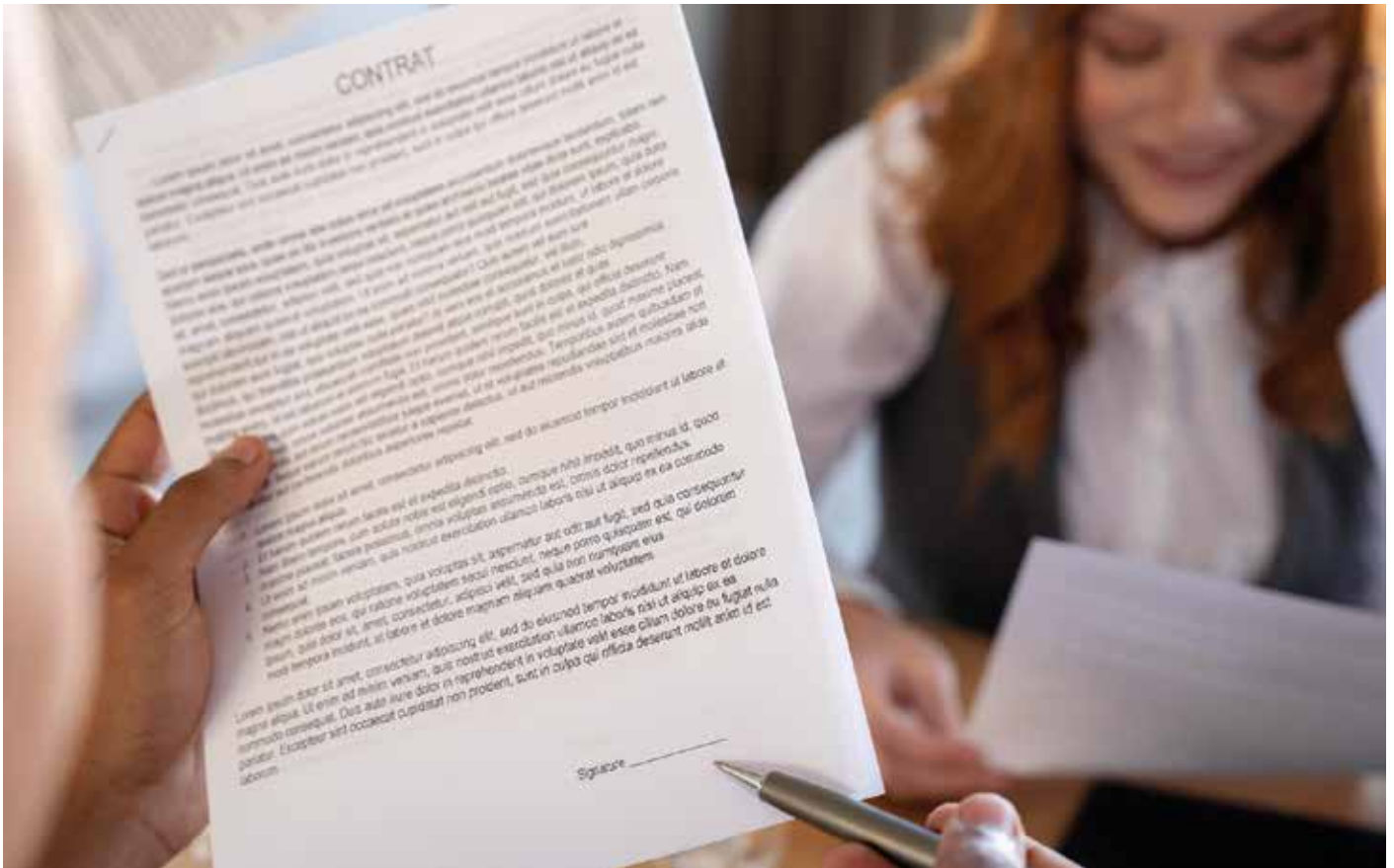
- est prévue explicitement par le Code de déontologie ;
- s'applique de plein droit même en l'absence de clause spécifique dans le contrat ;
- a une durée généralement plus courte que dans les contrats de collaboration.

Dans les contrats de collaboration

La collaboration libérale implique une relation

plus durable et permet au collaborateur de se constituer sa propre patientèle. La clause de non-concurrence doit donc être équilibrée pour protéger les intérêts du titulaire sans entraver excessivement la liberté d'installation du collaborateur. La clause :

- doit être expressément prévue dans le contrat ;
- a une durée et un périmètre généralement plus étendus que dans les contrats de remplacement. La durée de la clause doit être raisonnable et proportionnée à la durée de la collaboration ou du remplacement. Elle varie généralement entre six mois et deux ans. Une durée excessive peut entraîner l'invalidation de la clause par un juge. Le périmètre doit correspondre à la zone d'activité réelle de l'infirmier bénéficiaire. Il est généralement exprimé en kilomètres à vol d'oiseau autour du cabinet ou en termes de communes. Un rayon de cinq à dix kilomètres est courant, mais doit être adapté au contexte local (zone urbaine ou rurale) ;
- doit tenir compte de la patientèle personnelle constituée par le collaborateur.



Une rédaction soignée, tenant compte des spécificités de chaque situation et des évolutions jurisprudentielles, est cruciale pour garantir la validité et l'applicabilité de la clause de non-concurrence dans les contrats entre Idel.

La clause ne doit pas empêcher totalement l'exercice professionnel de l'infirmier soumis à la restriction. Elle doit trouver un équilibre entre la protection légitime de la patientèle de l'Idel titulaire et la liberté d'installation de l'Idel collaborateur.

Le cas de la clause de loyauté

Dans les contrats de collaboration libérale, il est souvent préféré à la clause de non-concurrence celle de loyauté. La clause de loyauté, également appelée "clause d'absence de concurrence déloyale", a pour but de maintenir une relation de confiance entre les parties tout en permettant au collaborateur de développer sa propre patientèle.

Elle s'inscrit dans le principe général de bonne foi contractuelle et vise à prévenir les comportements déloyaux qui pourraient nuire à l'activité du titulaire. Typiquement, une clause de loyauté dans un contrat de collaboration entre infirmiers libéraux peut inclure les éléments suivants :

1. l'engagement du collaborateur à ne pas détourner la patientèle du titulaire ,
2. l'obligation d'informer le titulaire de toute activité professionnelle parallèle ,
3. le respect du secret professionnel

et la non-divulgence d'informations confidentielles ,

4. l'interdiction de dénigrer le titulaire ou le cabinet auprès des patients ou des confrères.

L'Idel soumis à la clause doit respecter ses engagements sous peine de sanctions. Le non-respect peut entraîner des dommages et intérêts, voire une astreinte financière par jour d'infraction.

“Dans les contrats de collaboration libérale, il est souvent préféré à la clause de non-concurrence celle de loyauté.”

En cas de litige

Les tribunaux peuvent être amenés à se prononcer sur la validité et l'application de la clause. Les juges examineront alors :

- la proportionnalité de la clause ;
- l'existence d'un intérêt légitime à protéger ;
- l'impact sur la liberté d'exercice du professionnel.

La clause ne doit pas compromettre la continuité des soins, particulièrement dans

les zones sous-dotées en professionnels de santé.

En résumé

La clause de non-concurrence dans les contrats entre Idel est un outil juridique complexe mais essentiel pour protéger les intérêts légitimes de chacun. Son efficacité repose sur un équilibre délicat entre protection de l'activité et respect de la liberté d'exercice. Une rédaction soignée,

tenant compte des spécificités de chaque situation et des évolutions jurisprudentielles, est cruciale pour garantir sa validité et son applicabilité. Dans un contexte de transformation des modes d'exercice en santé, la réflexion sur ces clauses doit intégrer les enjeux éthiques et déontologiques propres à la profession infirmière, tout en s'adaptant aux réalités économiques et territoriales de l'exercice libéral. ●

RÈGLES DE DÉDUCTIBILITÉ

LUC LEESCO, EXPERT-COMPTABLE,
PARTENAIRE DE FNI COMPTA



Cadeaux d'affaires, mode d'emploi

Il y a bien des occasions d'offrir des cadeaux : mariage, naissance, décès, rencontre etc. Un cadeau marque l'attention que vous portez à votre client, fournisseur ou salarié. Cela fait plaisir et scelle les liens qui garantissent une relation agréable. C'est bon pour les affaires et à ce titre, l'administration nous accorde la possibilité de déduire ces frais de nos résultats. Voyons les libertés qui nous sont accordées par le fisc.

Si vous ne souhaitez pas payer le cadeau de votre poche mais sur le compte de l'entreprise, en "professionnel consciencieux", prenez la peine de mettre à jour vos connaissances sur les déductibilités fiscales en vous posant les bonnes questions : est ce déductible, à quelles conditions, dans quelles proportions, comment les comptabiliser et les traiter sur le plan fiscal ? Autant de points à connaître pour offrir vos cadeaux le cœur léger, le portefeuille moins lourd... et en sécurité. Examinons trois cas : les cadeaux faits aux partenaires de votre "entreprise", ceux faits à vos salariés, enfin ceux que vous pouvez vous faire à vous-même.

Les cadeaux aux partenaires

Un cadeau d'affaires, ça sert à quoi ? Le cadeau ne vise pas à "acheter" la fidélité de votre patient, client ou partenaire, mais plutôt à marquer son esprit à un moment clé pour renforcer vos liens dans le temps. Vous souhaitez rester présent dans son esprit de telle sorte que vous soyez choisi(e) lors d'une prochaine relation, non pour le cadeau, mais pour la prestation que vous pouvez lui offrir. Alors toutes les occasions sont bonnes à l'envoi d'une petite attention : fêtes de fin



d'année, mariage, naissance, anniversaire... Le cadeau sera en rapport avec l'événement : fleurs, chocolats, layette, livres... Vous chercherez à faire plaisir mais aussi à marquer le souvenir avec si possible un cadeau qui surprenne et/ou qui dure.

Les cadeaux aux salariés

Les cadeaux aux salariés suivent des règles spécifiques au droit social.

Les cadeaux et bons d'achat sont exonérés de charges sociales lorsque le montant global ne dépasse pas 5 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, par salarié et par an (193 € en 2024 et 196 € en 2025). Ce plafond peut être dépassé si les trois conditions cumulatives suivantes sont remplies.

Première condition · l'attribution est en lien avec des événements précis de la vie des salariés ·

- naissance, adoption ;
- mariage, Pacs ;
- départ à la retraite ;
- fête des mères, des pères ;
- Saint-Nicolas ;
- Noël pour les salariés et les enfants jusqu'à 16 ans révolus dans l'année civile ;
- rentrée scolaire pour les salariés ayant des enfants âgés de moins de 26 ans dans l'année d'attribution du bon d'achat (sous réserve de la justification du suivi de scolarité).

Le salarié bénéficiaire doit être concerné par l'événement.

Seconde condition · la valeur est conforme aux usages et ne dépasse pas les 5 % par événement, année et salarié.

Troisième condition · l'utilisation du bon doit être en lien avec l'événement pour lequel il est attribué (exemple rayon jouets pour Noël).

Dans les autres cas, le bon cadeau serait considéré comme un avantage en nature. Le donateur supporterait les cotisations sociales et le bénéficiaire devrait le déclarer à l'impôt sur le revenu.

Les cadeaux à soi-même

On n'est jamais aussi bien servi que par soi-même dit on ! Sauf que cela risque fort de ressembler à une rémunération déguisée. On se doute déjà que les cadeaux à soi-même seront considérés comme un complément de

rémunération pour le dirigeant. Dans ce cas, la dépense sera à porter en compte 108000 "dépenses de l'exploitant" ou en "compte courant d'associé" dans le cas d'un exercice en société. Malgré tout, il vous est loisible de profiter des fêtes pour "vous offrir", ou plutôt offrir légalement à "votre activité" les outils dont vous serez fier et qui vont simplifier votre pratique professionnelle, sans craindre les foudres de l'administration (smartphone, ordinateur, imprimante, scanner, mobilier et objet de décoration pour le cabinet, musique, machine à café, abonnement aux magazines pour votre salle d'attente...). Alors aucune raison de se priver, mais n'oubliez pas que la dépense doit être : utile pour votre activité, payée, appuyée par une facture justificative, enregistrée dans le compte de charges adéquat ou dans un compte d'immobilisation si le montant de la dépense est supérieur à 600 € TTC.

Comment déclarer ?

La comptabilisation des cadeaux à la clientèle sera portée au compte 623400 "cadeaux à la clientèle". Vous les porterez sur la ligne 30 "autres frais divers de gestion" de votre 2035 ou sur la ligne 242 "autres charges externes" de votre 2033 selon votre cas.

La déclaration 2067 "relevé des frais généraux" sera à remplir si vos dépenses dépassent 3 000 €/an à ce titre. Ne sont pas à retenir celles concernant les objets conçus pour la publicité et dont la valeur unitaire est inférieure à 65 €.

Le contrôle fiscal

Dans tous les cas, le contribuable devra fournir la "facture" et le nom des bénéficiaires. La déduction d'un montant forfaitaire n'est pas acceptée. Il appartiendra au service des impôts d'apprécier la situation, sous le contrôle du juge de l'impôt, au regard des

“L'administration reconnaît l'utilité des cadeaux d'affaire en leur accordant une certaine déductibilité.”

Qu'avez-vous le droit de déduire ?

Le cadeau au partenaire de l'entreprise peut être fait à vos patients, fournisseurs, avocat... Mais ce geste doit être effectué pour les besoins de votre activité et non pour convenance personnelle. L'administration fiscale ajoute une autre condition pour accepter la déduction des dépenses "cadeaux" : la dépense doit être "raisonnable" eu égard au bénéfice attendu, à la nature de l'activité et aux habitudes professionnelles. Aucune limite de montant n'est fixée.

L'article 39 4 du Code général des impôts (CGI) exclut expressément des charges déductibles pour l'établissement de l'impôt sur le revenu et de l'impôt sur les sociétés "les dépenses somptuaires" que sont les frais concernant le yacht, la chasse, la pêche...

justifications apportées par le contribuable concernant l'intérêt professionnel, d'accepter ou de rejeter la déductibilité de cette dépense.

Conclusion

Certains chefs d'entreprise pourraient être tentés de bénéficier d'avantages en franchise d'impôts et de charges sociales. Aussi l'administration sait se montrer pointilleuse sur les abus. Loin d'en être dupe, elle est rompue à détecter ces pratiques. Cependant, comme les cadeaux d'affaires sont essentiels pour maintenir de bons liens dans les relations professionnelles, l'administration reconnaît leur utilité en leur accordant une certaine déductibilité. En restant raisonnable, il n'y a pas de raison de se priver du plaisir de faire plaisir. Noël en est une excellente occasion ! ●

PLFSS 2025

PAR MARIE ALÈS

Sécurité sociale : une loi de financement entre économies drastiques et crise politique

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025 est placé sous le signe de la crise : budgétaire eu égard au montant de la dette française, et politique avec la menace d'une censure du gouvernement. Le point sur les intentions initiales du PLFSS et sur les éléments de désaccord voire de polémique, dans l'attente d'une adoption ou non du texte avant la fin de l'année... on l'espère.

Le contexte est grave. Le Premier ministre, Michel Barnier, n'a cessé de le répéter. En effet, le déficit pourrait atteindre 7 % du produit intérieur brut (PIB) en 2025 si aucune mesure de redressement des comptes publics n'est prise. D'où l'objectif du gouvernement de réaliser au total 60 milliards d'euros, dont près de 15 Mds€ pour la protection sociale (10,1 Mds€ au titre du « freinage de la dépense sociale » et 4,7 Mds€ de réduction des dépenses socio-fiscales profitant aux entreprises). Malgré ces économies, le gouvernement affiche sa volonté de « préserver notre modèle de protection sociale par un budget de responsabilité », comme il est écrit dans le dossier de presse de présentation du PLFSS pour 2025.

Économiser à tout prix

Pour ce faire, le projet de loi initial, transmis à l'Assemblée nationale, comprend de nombreux articles pour réduire les dépenses. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) doit pro-

gresser de +2,8 % pour atteindre près de 264 Mds€, soit (à périmètre constant) une hausse de 60 Mds€ par rapport à 2019 et de 7 Mds€ par rapport à son niveau rectifié pour 2024. Selon le gouvernement, cette évolution est un point au-dessus de l'inflation.

Pour les dépenses de ville, la progression de l'Ondam est fixée à +2 %. En outre, cette augmentation prend en compte les effets des engagements conventionnels pris par l'Assurance maladie dont notamment la nouvelle convention médicale signée en juin 2024, qui a cependant des impacts sur les dépenses de soins de ville. Le gouvernement prévoit que « cette modération des dépenses sera notamment obtenue grâce à plusieurs mesures » dont notamment le relèvement du ticket modérateur sur les médecins et sage-femmes (1,1 Md€), la baisse du plafond de prise en charge des indemnités journalières (0,6 Md€), les plans de maîtrise du prix des produits de santé (1,2 Md€) et de sobriété des usages (0,4 Md€). Car, il ne faut jamais l'oublier, si l'Ondam progresse

tous les ans, il ne le fait que très rarement à hauteur de l'augmentation dite "naturelle" des dépenses qui est évaluée par les économistes entre 4 et 5 % par an. Pour n'augmenter "que" de 2 ou 2,8 %, il est donc nécessaire de faire des économies.

À la recherche de la fameuse efficacité

Des mesures d'efficacité sont aussi au programme. L'article 15 du PLFSS prévoit ainsi que, faute d'un accord conventionnel pour maîtriser les dépenses pour les actes d'imagerie médicale et de biologie médicale, les ministres peuvent adopter par arrêté des mesures de baisses des tarifs pendant une durée de quatre mois. De plus, en l'absence de l'accord sur les dépenses d'imagerie médicale au 30 juin 2025¹, le directeur général de l'Assurance maladie peut procéder jusqu'au 31 juillet 2025¹ à des baisses de tarifs d'imagerie permettant d'atteindre le montant d'économies prescrit, à savoir 300 millions d'euros sur les années 2025 à 2027. Idem pour les transports sanitaires et ceux

effectués par une entreprise de taxi permettant de réaliser un montant d'au moins 300 M€ d'économies entre 2025 et 2027. Quant à l'article 16, il vise à conditionner le remboursement d'un produit de santé et de ses prestations associées, d'un examen de biologie médicale, d'un acte d'imagerie ou d'un transport de patient à la présentation d'un document établi par le prescripteur indiquant que la prestation respecte les indications ouvrant droit au remboursement ou les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). Le gouvernement table aussi sur la poursuite en 2025 du relèvement du montant des franchises et des contributions forfaitaires pour 300 millions d'euros supplémentaires.

Autre mesure portée par le gouvernement : la date de revalorisation des pensions de retraite, indexées sur l'inflation, est décalée du 1^{er} janvier 2025 au 1^{er} juillet 2025. La lutte contre les fraudes doit également être intensifiée. Le gouvernement s'attaque aussi aux niches fiscales et aux cotisations sociales des entreprises. L'article 20 porte ainsi sur une réforme de la réduction générale des cotisations patronales en 2024, 2025 et 2026. Elle permettra de dégager une économie nette de 4 Md€ dès 2025.

Un texte critiqué...

Les différentes mesures sont vivement critiquées par divers acteurs. Les biologistes sont notamment montés au créneau concernant l'article 15 et les médecins se sont arc-boutés contre l'article 16. Ils s'inquiètent d'une remise en cause de la vie conventionnelle avec des décisions unilatérales de l'Assurance maladie en cas de désaccord. Le montant de l'Ondam crispe la Fédération hospitalière de France (FHF) qui estime qu'il est trop bas. La progression de l'Ondam "ville", jugée insuffisante, est aussi pointée du doigt par les professionnels de santé libéraux. Quant à la réduction des allègements pour les entreprises, elle divise les députés, certains

estimant qu'elle va augmenter le coût du travail. Des députés qui ont d'ailleurs voté de nouvelles recettes pour un montant estimé entre 17 et 20 milliards d'euros. Mais qui n'ont pas pu finir d'examiner, faute de temps, l'ensemble du PLFSS. La conséquence ? Le texte a été transmis au Sénat sans vote à l'Assemblée nationale, et dans sa version initiale, complétée par des mesures introduites par le gouvernement.

... et amendé par le gouvernement...

Par exemple, l'article 15 quinquies prévoit un bilan de la mise en œuvre des articles 33 et 36 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2023. Le rapport devra analyser la pertinence ou non de mettre en place un mécanisme d'indexation automatique du tarif des actes infirmiers sur l'inflation. Une disposition qui inquiète la FNI, celle-ci jugeant qu'un tel « rapport sur l'ajustement des tarifs à l'inflation risque de retarder davantage ces négociations » avec l'Assurance maladie en particulier dans le cadre de la refonte du métier. Pour la Fédération, rien non plus ne garantit que ce rapport serait favorable aux infirmiers. Pire encore : « Il pourrait introduire de nouvelles contraintes ou conditions supplémentaires, et il n'est pas certain qu'il mènera à des changements concrets ». Sur un tout autre sujet, l'article 16 bis permet d'étendre les compétences des infirmiers pour l'établissement du certificat de décès

nécessaire à la délivrance de l'autorisation de fermeture du cercueil.

...et le Sénat

Les sénateurs ont de leur côté ajouté de nombreux articles. On peut notamment citer l'incitation des professionnels de santé à consulter et alimenter davantage le dossier médical partagé (DMP) afin de réduire le nombre d'actes redondants, l'accélération de la généralisation de l'application sécurisée "Carte vitale", le renforcement de la coordination et la coopération entre Assurance maladie et complémentaires santé en matière de lutte contre la fraude et la responsabilisation des patients, par la création d'une "taxe lapin" pour les rendez-vous non honorés. Ils ont également revu à la baisse les ambitions de la réforme des cotisations sociales pour les entreprises.

Le texte ainsi amendé a été voté par les sénateurs le 26 novembre 2024, mais une commission mixte paritaire devait, dès le lendemain, trouver un consensus. Si ce n'est pas le cas, le gouvernement pourrait user du 49.3 pour faire adopter définitivement le PLFSS 2025. Reste que la menace d'une motion de censure est forte. Si le gouvernement était renversé, le texte serait alors revu. Le résultat des courses devrait être connu au moment où vous lirez cet article. ●

1 Ces dates ont été modifiées et fixées par le gouvernement lors de la transmission du texte au Sénat.



Perfusions : le domicile, il n'y a pas mieux, ce sont les chiffres qui le disent

La Fédération des prestataires de santé à domicile (Fedepsad) a présenté, début novembre, deux études médico-économiques. Leurs résultats sont loin d'être anodins pour la profession puisqu'ils confirment la pertinence de développer la perfusion à domicile en antibiothérapie et en immunothérapie oncologique.

« Afin de fournir aux pouvoirs publics des données médico-économiques sur la pertinence des parcours actuels et sur l'opportunité de développer de nouveaux parcours de perfusion en ville », la Fedepsad a lancé deux études : l'une sur le parcours de cinq patients sous antibiothérapie et l'autre sur celui de deux patients sous immunothérapie. Plus précisément, les deux mini-cohortes se décomposent comme suit :

- des parcours de ville existants concernant trois patients sous antibiothérapie pour diverses pathologies [endocardite infectieuse traitée par Amoxicilline (en ville) ; infection urinaire traitée par Témocilline (rétrocession) ; infection du pied diabétique traitée par Ertapénem (rétrocession)] ;

- des parcours de ville simulés concernant quatre patients pour lesquels les molécules sont en réserve hospitalière (autrement dit, non disponibles en ville) et, à ce titre, ne peuvent donc être dispensés qu'à l'hôpital ou en hospitalisation à domicile (HAD) en raison du statut juridique du médicament. Ces quatre malades sont respectivement atteints d'une endocardite infectieuse traitée par Daptomycine ; d'une infection sur prothèse ostéoarticulaire également traitée par Daptomycine ; d'un mélanome cutané impliquant l'administration de Pembrolizumab ; d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) métastatique nécessitant aussi l'administration de Pembrolizumab.

Des prises en charge par les Psad et les Idel moins onéreuses

Si bien que la modélisation a été effectuée soit à partir de parcours de soins déjà effectifs, soit sur la base de parcours dérogatoires au droit commun en se basant sur la nomenclature actuelle. Le tout afin de déterminer, à chaque fois, l'impact que représenterait le développement de ces prises en charge à domicile. But de la manœuvre : comparer la prise en charge en ville des patients perfusés grâce aux prestataires de santé à domicile (Psad) avec les prises en charge hospitalières traditionnelles, que ce soit en séjour hospitalier complet, en HAD ou en hospitalisation de jour (HDJ). Et ce, à l'aune de deux paramètres majeurs : d'une part, la faisabilité médicale des parcours en

Les résultats de deux études médico-économiques inédites menées par la Fedepsad sont convaincants : le binôme Idel/Psad est systématiquement moins coûteux.



ville ; d'autre part, leur impact budgétaire à cinq ans.

Le verdict est sans appel. En effet, affirme la Fedepsad, « les deux études mettent en évidence l'absence de contre-indication des prises en charge étudiées en ville, avec des parcours validés médicalement par les experts au regard des exigences de qualité et de sécurité et dans un cadre adapté ». Mais ce n'est pas tout : « Elles mettent en exergue également leur pertinence économique, que cela soit pour les parcours existants ou pour les parcours aujourd'hui inaccessibles à la ville. Les prises en charge par les Psad et les Idel sont systématiquement moins onéreuses que le parcours hospitalier. » Avec, à la clef, « une fongibilité importante des économies réalisées ».

• Pour ce qui est des **cinq antibiothérapies**, le parcours de ville via les Psad et les Idel est non seulement le plus efficient et génère systématiquement des économies allant de 13 % à 44 % comparé aux prises en charge hospitalières. Soit une économie de 45 à 107 millions d'euros au bout de cinq ans, en fonction du type de traitements.

• Le constat est identique à propos de l'**immunothérapie** puisque l'impact budgétaire pour l'Assurance maladie est de 39 % d'économies par rapport à l'hôpital et de -12 % par rapport à l'HAD pour le cas de mélanome cutané traité par Pembrolizumab. Par ailleurs, il est de -26 % [hôpital] et de -9 % [HAD] pour le traitement du cancer bronchique non à petites cellules métastatique.

Au total, ce seraient plus de 38 millions d'euros d'économies cumulées qui pourraient ainsi potentiellement être générées sur cinq ans grâce au développement de ces deux traitements d'immunothérapie à domicile.

On comprend, dès lors, que la Fedepsad plaide en faveur de la « levée des obstacles réglementaires afin que ces traitements soient délivrés et administrés en ville et de répondre à la demande des patients de pouvoir être pris en charge à leur domicile ainsi qu'à la saturation hospitalière et aux difficultés d'accès aux soins ». Toujours sur le plan organisationnel, « le développement



des parcours de perfusion étudiés en ville permettrait, au-delà du confort apporté au patient d'être traité chez lui, des écono-

-l'augmentation, par récurrence, des capacités d'accueil des hôpitaux.

Et la Fedepsad de conclure que « face à l'aug-

“Ces études démontrent qu'il existe des solutions pertinentes, sûres et de qualité pour le patient en misant sur la ville.”

mies importantes pour l'Assurance maladie ».

Déverrouiller les parcours de soins au domicile

Sans compter un gain qualitatif et d'efficacité : « L'organisation des Psad et leur réactivité, en lien avec les Idel et les prescripteurs, améliorent le service rendu à la population et garantissent un niveau de suivi et de sécurité comparable aux modèles hospitaliers et en HAD », insiste la Fedepsad. Et ce dans la mesure où le binôme Psad/infirmiers libéraux permet :

-la coordination des prises en charge et la garantie de la sécurité des patients ;
-l'amélioration de la qualité de vie des patients en leur évitant des déplacements à l'hôpital et des séjours prolongés tout en étant soignés chez eux, dans un cadre sécurisé ;

mentation des besoins de soins, à la crise des hôpitaux, à la désertification médicale et à des ressources contraintes de la collectivité, il est nécessaire de déverrouiller les parcours de soins au domicile des patients et de mettre en place de nouveaux modèles de prises en charge, plus adaptés aux besoins et aux aspirations des patients, plus efficaces et moins hospitalo-centrés ». Un constat auquel souscrit, évidemment, pleinement la FNI, laquelle rappelle qu'à « l'heure où les pouvoirs publics sont à la recherche de solutions pour soulager les tensions hospitalières tout en remédiant aux déficits, ces études démontrent qu'il existe des solutions pertinentes, sûres et de qualité pour le patient en misant sur la ville ». Dont acte. ●



38 M€

Les étudiants en soins infirmiers en plein mal-être

Réussis ton IFSI (RTI), plateforme d'apprentissage en ligne dédiée aux étudiants en soins infirmiers (ESI), et l'association SPS, qui a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des professionnels et des étudiants en santé, ont réalisé et publié une enquête sur les conditions de formation des ESI. Verdict : le mal-être est là.



Du désir d'aider les autres...

Et pourtant les étudiants en soins infirmiers (ESI) ont la foi ! En effet, ils se sont engagés dans cette voie l'âme chevillée au corps. « Ils sont avant tout motivés par des raisons intrinsèques, ce qui atteste d'un fort attachement aux valeurs de la profession », énonce l'étude. En effet, 81 % ont choisi cette filière par désir d'aider les autres tandis que 59 % expriment un intérêt marqué pour les sciences et la santé. Et, notent les auteurs, « malgré les défis, 75 % des répondants se déclarent satisfaits ou très satisfaits de leur choix de formation », tandis que 10 % expriment leur insatisfaction.

... à la désillusion face aux difficultés

Toutefois les difficultés s'amoncellent. Tout d'abord, 63 % des sondés se sont plaints de difficultés professionnelles, principalement liées aux stages et aux relations avec le personnel encadrant. Par ailleurs, 57 % ont également évoqué des difficultés institutionnelles, telles que la gestion des cours et des examens tandis que 33 % ont mentionné des difficultés personnelles dont des problèmes de santé, familiaux ou financiers. Au final, seuls 9 % ont

déclaré n'éprouver aucune difficulté. En clair, « la majorité des étudiants font face à des défis notables au cours de leur formation ».

Des velléités récurrentes d'abandonner la formation

Un état des lieux qui explique que 77 % des sondés aient envisagé d'abandonner la formation pour différentes raisons : anxiété liée aux stages (55 %), épuisement (44 %), charge de travail institutionnelle élevée (29 %), manque de soutien social ou institutionnel (17 %), difficultés financières (14 %), conditions de travail (13 %) et anxiété liée à l'avenir professionnel (12 %).

Toujours est-il que ce taux de 77 % est en hausse par rapport à l'enquête de la Fédération nationale des étudiant(es) en sciences infirmières (Fnesi) de 2022 (59,2 %).

Ce sont les étudiants en troisième année qui sont particulièrement touchés par cette tendance avec une hausse notable (+14 %) de la tentation d'abandonner par rapport à leurs coreligionnaires de première année. « Ce constat interpelle car il souligne que les tensions et les désillusions ne diminuent pas avec le temps mais tendent à augmenter

« L'intention d'abandon [de la formation] reste un indicateur important de la vulnérabilité des étudiants. »

à mesure que les étudiants approchent de la fin de leur formation », s'inquiètent les auteurs.

Surtout, « l'intention d'abandon reste un indicateur important de la vulnérabilité des étudiants ». En cause, notamment, une année trop dense, des encadrements durant les stages jugés médiocres avec une trop grande corvéabilité des étudiants ou encore, le fait que « Parcoursup oriente des étudiants mal informés ».

Les idées suicidaires sont fréquentes

Pire, les idées suicidaires sont fréquentes puisque 27 % des sondés ont affirmé avoir eu des pensées en ce sens au cours de l'année. Un chiffre, là encore, en augmentation comparé à 2022 (16,4 %).

Parmi les étudiant(e)s en proie à cette funeste tentation, 76 % ont rapporté des

difficultés professionnelles, 60 % des difficultés institutionnelles et 49 % évoquent des difficultés personnelles.

Par ailleurs, 81 % des étudiants qui ont eu des pensées suicidaires ont subi des violences durant leurs études ou leurs stages. À cet égard, les violences psychiques sont les plus fréquemment citées (39 %).

Les violences, un fléau endémique

De fait, les violences sont un fléau endémique puisque plus de la moitié des personnes interrogées avouent en avoir subies. Qu'il s'agisse de violences verbales (22,6 %), psychiques (18 %), physiques (3,6 %), socio-économiques (3,3 %) et sexistes ou sexuelles (2,6 %).

Le phénomène est suffisamment prégnant pour que parmi ceux ayant été victimes de violences, 85 % aient songé à quitter la formation. D'ailleurs, pour RTI et SPS, « *il est possible que les violences soient devenues un phénomène systémique au sein de la formation et qu'elles touchent sans distinction les hommes et les femmes. D'autre part, on pourrait envisager que les femmes, plus fréquemment exposées à des situations de harcèlement ou d'intimidation dans le secteur de la santé, aient tendance à banaliser certains actes de violence en raison d'une normalisation progressive, ce qui rend la reconnaissance explicite de ces agressions plus difficile.* »



L'urgence de changer la donne

Ces résultats peu glorieux invitent à impulser des changements notables, suggère la FNI qui insiste sur le caractère multifactoriel de ce triste bilan. Tout d'abord, regrette la Fédération, « *le mode de sélection via Parcoursup favorise le choix par défaut, ce qui n'est pas envisageable concernant un métier comme le nôtre. Parcoursup ne devrait seulement servir qu'à recueillir les candidatures. Parallèlement, il conviendrait de réintroduire les tests psychotechniques ainsi que les entretiens individuels de motivation à l'entrée de chaque Ifsi.* »

Par ailleurs, déplore la FNI, « *les pouvoirs publics préfèrent éponger des robinets ouverts plutôt que de les fermer et retenir les professionnels. Cela signifie qu'il est indispensable d'offrir aux étudiants des conditions favorables pour qu'ils puissent se former comme il se doit dans la quête de sens à laquelle ils aspirent et... aller au bout de leur cursus.* »

Cela passe par des tutorats qui en soient vraiment et qui soient épanouissants mais aussi par le fait de permettre à chacun de subvenir à ses besoins. Il est également essentiel que les étudiants aient une véritable connaissance de l'écosystème de santé publique dans lequel ils ont vocation à exercer et de la place qu'ils sont appelés à y occuper. Or, pointe la FNI, « *la quasi-totalité des enseignements se focalisent sur la relation soignant-soigné sans prendre en compte l'évolution du système de santé.* » Enfin, il convient de renforcer l'attractivité du métier tant en secteur hospitalier que libéral.

Le stress affecte la majorité des ESI

Corollaire de la violence, le stress qui affecte la majorité des étudiants en soins infirmiers. Ils ressentent une pression excessive ou de l'anxiété essentiellement liée aux stages – par exemple, le sentiment d'être humilié par son tuteur devant les patients – mais aussi aux cours. Le tout selon une fréquence variable allant de parfois à tout le temps.

Une précarité financière qui est monnaie courante

Pour couronner le tout, les défis financiers et la précarité sont monnaie courante. De fait, ce ne sont pas moins de 65 % des étudiants qui sont confrontés à des difficultés financières tandis que 49 % jugent leurs ressources insuffisantes.

Si bien qu'environ 34 % doivent travailler pour couvrir leurs besoins essentiels et, plus généralement, 72 % exercent une activité professionnelle parallèlement à leurs études. Quant aux indemnités de stage (de 36 à 60 euros/semaine, soit un euro par heure en première année en période de stage), si elles ont le mérite d'exister, elles sont bien insuffisantes.

L'isolement social, un autre défi

Confronté à un rythme soutenu, « *l'isolement social représente un autre défi pour les ESI* », insistent les auteurs. De fait, la majorité d'entre eux (53 %) se sentent isolés.

Un sentiment aggravé par un manque d'information sur les services de santé mentale : 61 % des étudiants ne savent pas où trouver une aide psychologique. Ils s'appuient principalement sur leur famille (85 %) et leurs amis (76 %) pour obtenir du soutien. Seulement 0,7 % ont recours aux services de soutien de l'établissement. ●

Admission aux urgences : comment faire mieux... sans les Idel

Le récent rapport de la Cour des comptes sur l'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital se propose, entre autres, d'explorer les voies pour « diminuer les hospitalisations en favorisant la prise en charge des patients à leur domicile ». Dont acte sauf que, nous, Idel, ne sommes dans la boucle qu'à la marge. Édifiant.



Selon les Sages de la rue Cambon l'hôpital est le point d'ancrage d'où tout part et... tout arrive.

La Cour évoque, statistiques à l'appui, un dysfonctionnement dont on connaît depuis belle lurette la teneur : sur 1,2 million de personnes âgées de plus de 80 ans passées dans les structures de médecine d'urgence en 2021, 44 % n'ont pas été hospitalisées et sont retournées dans leur lieu de résidence. Par ailleurs, 265 000 hospitalisations pour des pathologies chroniques auraient pu être évitées en 2017. Elles concernaient majoritairement des sujets âgés. « Ces chiffres attestent de passages aux urgences et d'hospitalisations qui auraient pu être évités par une action préventive plus efficace, permettant notamment une prise en charge du patient à son domicile ou en établissement médico-social », assure la Cour.

Faiblesse de l'accès aux soins de premier recours

Pour cette dernière, « la sollicitation excessive des structures des urgences reflète d'abord la faiblesse des mesures destinées à développer l'accès aux soins de premier recours, en priorité en direction des patients âgés, ou les hésitations dans leur application malgré la diminution du nombre de médecins. Sans une action plus énergique sur cette offre de soins de premier recours (conventionnement contre exercice partiel en zone sous-dense, protocoles de coordination et délégation d'actes, exercice coordonné, infirmier en pratique avancée, transfert d'actes, assistants médicaux, etc.), les autres mesures touchant aux structures des urgences elles-mêmes n'auront qu'un effet positif marginal. » Vrai.

« Sur 1,2 million de personnes âgées de plus de 80 ans passées dans les structures de médecine d'urgence en 2021, 44 % n'ont pas été hospitalisées et sont retournées dans leur lieu de résidence. »

Idem en ce qui concerne, la régulation : « Les mesures adoptées produisent de premiers résultats positifs mais leur plein effet reste suspendu à la possibilité de n'orienter vers les urgences que les patients qui en relèvent vraiment, c'est-à-dire de proposer

“Pourquoi ne pas avoir évoqué et préconisé le recours aux infirmiers correspondants du Samu ?”

aux autres une consultation en ville, quelle qu'en soit la forme [médecin, structure de soins coordonnés, maison médicale de garde, infirmier en pratique avancée, etc.]. » À la lecture de ce préambule, on pouvait légitimement espérer que le reste serait à l'unisson et que les infirmiers libéraux seraient considérés comme des acteurs à bien plus solliciter.

Les équipes mobiles de gériatrie, un alpha et oméga à toutes les sauces

Erreur car là où le bât blesse, c'est concernant les solutions préconisées. Toutes viscéralement structuro-centrées : « Pour prévenir les hospitalisations non indispensables de personnes âgées qui s'effectuent bien souvent via les urgences, l'hôpital peut instituer des collaborations, certes, avec la ville, désormais facilitées au sein des CPTS, mais, plus encore, avec les Ehpad de son territoire d'attraction », peut-on lire.

Autre piste, la constitution d'équipes mobiles de gériatrie, intervenant auprès des patients âgés et installées au sein d'un établissement siège d'une unité de court séjour gériatrique, doit être confortée. Elles sont présentes dans 76 % des hôpitaux, pointe la Cour. Suffisant pour en faire quasiment un alpha et oméga à toutes les sauces ou presque. Sauf que les Sages de la rue Cambon déplorent que les équipes mobiles de gériatrie soient trop peu nombreuses (23 %) à intervenir directement au domicile du patient ou en Ehpad...

L'infirmier correspondant du Samu (ICS) ignoré

On l'a compris, l'hôpital est le point d'ancrage d'où tout part et... tout arrive. Un puits de science infuse aussi : « Les établissements de santé offrent aux Ehpad et aux professionnels de santé en ville une expertise gériatrique, souvent mobilisable par téléphone (ligne gériatrique). » Dont les finalités sont multiples : délivrance d'un avis spécialisé, d'un

diagnostic thérapeutique ou d'orientation ; organisation de consultations spécialisées immédiates ou des admissions directes en hospitalisation.

À ce stade, donc, pas un mot sur les Idel qui, rappelons-le, sont les derniers professionnels de santé à intervenir au domicile des patients et connaissent mieux que quiconque les personnes âgées susceptibles d'être admises aux urgences. Sauf pour jouer les bouche-trous dans les Ehpad (infirmier de nuit) ou dans les structures d'hospitalisation à domicile (HAD).

Même son de cloche en ce qui concerne l'appui de la télérégulation pour mieux évaluer les situations d'urgence par le Samu et son usage plus important en Ehpad qui « peuvent contribuer à réduire les transferts aux urgences ». Là, la Cour suggère « la possibilité, pour un infirmier de garde en Ehpad, voire un aide-soignant, de solliciter l'avis d'un médecin du service d'accès aux soins (SAS) ou du Samu à l'aide de matériel de consultation à distance ». Et pourquoi la chose ne serait pas duplicable au domicile avec le concours des Idel ?

Mais au-delà, pourquoi ne pas avoir évoqué et préconisé le recours aux infirmiers correspondants du Samu (ICS) ? Rappelons que depuis début 2024, les infirmiers libéraux peuvent intégrer le réseau des correspondants du Samu au même titre que les médecins. L'ICS est « un infirmier de premier recours volontaire, formé et équipé pour répondre à l'urgence. Il participe à la mission de service public de l'aide médicale urgente (AMU). Il est déclenché par la régulation médicale du Samu-SAS, puis supervisé ou encadré par un médecin lors du déroulement de ses interventions », énonce le référentiel élaboré par la Société française de médecine d'urgence, l'Association nationale des centres d'enseignement des soins d'urgences, le Samu-Urgences de France, l'Association

des médecins correspondants de Samu en France ainsi que les URPS infirmiers du Grand-Est et d'Occitanie. Mais cela n'a pas dû arriver aux oreilles de la Cour des comptes.

L'infirmier référent, l'oublié du retour à domicile

Comme en amont, en aval aussi, la Cour poursuit dans la même logique consistant à ignorer gaillardement les Idel comme solution phare. Là encore, tout commence par un constat aux allures de truisme : « La bonne préparation de la sortie est particulièrement nécessaire pour les patients fragiles du fait de leur grand âge, de leur isolement ou de leur précarité sociale. Or, une sortie précipitée et non coordonnée, notamment avec les professionnels de ville, de ce type de patients augmente le risque de réhospitalisation. »

Nouveau hic : l'Idel du patient ni, a fortiori, le futur infirmier référent ne sont jamais cités intuitu personae comme acteurs incontournables à l'heure d'anticiper et d'organiser le retour chez eux des patients. Là, ce sont toujours les structures qui ont les faveurs des magistrats financiers : « L'hôpital doit s'engager dans une collaboration avec les différents acteurs de son territoire : dispositif d'appui à la coordination, communauté professionnelle territoriale de santé, hospitalisation à domicile, Ehpad, services du département et centres de ressources territoriaux. Les équipes mobiles de gériatrie sont également utiles. » La place et le rôle des Idel ne sont envisagés qu'intégrés dans des dispositifs comme les CPTS ou dans des structures où ils sont placés sous l'autorité de et, en quelque sorte, utilisés comme main d'œuvre. En effet, « le déploiement de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) par les hôpitaux doit être encouragé de même que le recours au service d'aide au retour à domicile mis en place par l'Assurance maladie (Prado). » Moralité : alors que la proposition de loi infirmiers-infirmières fait ses premiers pas, mue par le souhait de faire évoluer les missions qui leur sont dévolues, les mentalités tardent parfois à épouser l'ère du temps. ●

Le gouvernement sort l'artillerie lourde

Suite à une gestion inédite du nombre de ruptures de stocks de médicaments au cours de l'année 2023, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a infligé, en septembre dernier, huit millions d'euros de sanctions financières à l'encontre de onze laboratoires pharmaceutiques qui ont manqué à leur obligation de constituer un stock de quatre mois pour certains médicaments destinés au marché national. L'Agence et les tutelles entendent enrayer la fréquence des pénuries de médicaments en se montrant plus coercitives et en aggravant les sanctions contre les fabricants.

La règle du jeu

Depuis septembre 2021, la loi prévoit que les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) font l'objet d'un stock de sécurité de quatre mois minimum s'ils ont été l'objet de rupture(s) ou risqué de l'être au cours des deux années précédentes. Si tel n'a pas été le cas, le stock est de deux mois pour les autres MITM.

Une mesure de précaution qui concerne 748 médicaments. Cela implique qu'à tout moment, un laboratoire soumis à cette obligation doit pouvoir justifier d'un stock de sécurité de quatre mois pour le MITM concerné. Comme le précise l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

(ANSM), « ce stock de sécurité est vivant : sans cesse renouvelé, il peut être mobilisé à tout moment pour couvrir les besoins des patients ».

Par ailleurs, tous les deux ans, l'ANSM procède à un toilettage de la liste des MITM en vue d'identifier ceux pour lesquels le seuil du stock de sécurité doit passer à quatre mois. À chaque fois, les laboratoires pharmaceutiques concernés ont six mois à compter de la réception de sa décision pour constituer les réserves mentionnées. On constate une augmentation significative du nombre de MITM en raison de la progression constante, depuis 2018, des déclarations de rupture ou de risque de rupture.

748

Anticiper les pénuries

Toujours pour les MITM, les laboratoires pharmaceutiques sont tenus d'élaborer et de mettre en œuvre des plans de gestion des pénuries dont l'objet est de prévenir et de pallier les ruptures. Évidemment, tout risque ou toute rupture de stock d'un MITM doit être déclaré à l'ANSM. Parallèlement, les laboratoires pharmaceutiques doivent déployer, en accord avec l'Agence, des actions destinées à éviter ou, à tout le moins, à réduire la période de pénurie et ses incidences. Il s'agit notamment d'informer les professionnels de santé et les patients, d'instaurer un contingentement quantitatif et/ou qualitatif (priorisation de l'utilisation pour certains patients...) ou encore, d'adapter les circuits de distribution.

Si ces inflexions ne peuvent être mises en œuvre ou s'avèrent insuffisantes, d'autres, complémentaires, sont envisageables après évaluation et autorisation de l'ANSM. En particulier, l'importation ou l'adaptation des conditions de fabrication.

À noter que l'Agence est également habilitée à effectuer des inspections auprès des laboratoires pharmaceutiques afin de vérifier



Depuis septembre 2021, la loi prévoit que les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) font l'objet d'un stock de sécurité de quatre mois minimum s'ils ont été l'objet de rupture(s) ou risqué de l'être au cours des deux années précédentes. Si tel n'a pas été le cas, le stock est de deux mois pour les autres MITM.

qu'ils sont dotés de systèmes de détection des ruptures et des risques de rupture ainsi que d'une procédure de gestion et de suivi des stocks.

L'ANSM à la manœuvre

La finalité de cet arsenal législatif est évidente : sécuriser l'approvisionnement des MITM et permettre aux acteurs de la chaîne du médicament d'avoir plus de temps pour se retourner et prendre leurs dispositions si une rupture se profile. C'est pourquoi, au regard de cet enjeu de santé publique crucial, les laboratoires qui ne respectent pas ces injonctions encourent des sanctions financières loin d'être marginales. Celles-ci sont décidées et infligées par l'ANSM, laquelle exerce, en la matière, une mission de contrôle et de police sanitaire. Pour ce faire, l'Agence interroge l'ensemble des laboratoires concernés et vérifie l'état de leurs stocks de sécurité. La procédure est contradictoire et les laboratoires peuvent présenter des arguments de défense (pénurie mondiale d'une substance active par exemple).

Les montants des amendes sont proportionnels à la gravité des manquements constatés. Depuis le 1^{er} octobre 2022, ils ont été durcis et donc revus à la hausse. Ainsi, actuellement, le maximum légal, spécifié dans les articles L.5471-1 et R.5471-1 du Code de la santé publique, s'élève, selon la nature du manquement :

- de 15 000 ou 150 000 euros pour une personne physique ;
- à 30 % du chiffre d'affaires du produit ou du groupe de produits concernés réalisé lors du dernier exercice clos dans la limite d'un million d'euros pour une personne morale.

Vers des sanctions plus dures ?

Comme le rappelle l'ANSM, « si le prononcé d'une sanction financière répond au double objectif d'effectivité et de répression, ce dernier lui confère également un caractère dissuasif à la fois individuel et général vis-à-vis de l'ensemble des opérateurs ». Une logique reprise dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2025, actuellement débattu au Parlement. C'est que les parlementaires et le gouvernement veulent porter le plafond de la pénalité à 50 % du

chiffre d'affaires du produit ou du groupe de produits concernés réalisé lors du dernier exercice clos dans la limite de cinq millions d'euros pour les laboratoires fautifs.

Sachant que le tout est susceptible d'être assorti d'astreintes journalières pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté. Lesquelles peuvent atteindre 20 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé, en France, par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré puis 30 % (dans la limite d'un million d'euros) en cas de récurrence. Là encore, le PLFSS suggère un sérieux tour de vis en passant à 50 % du chiffre d'affaires journalier.

Une logique de sanction cache-misère ?

« Le problème, c'est que les textes ne contiennent pas de mesure particulière nouvelle pour améliorer la gestion

“Les parlementaires et le gouvernement veulent porter le plafond de la pénalité à 50 % du chiffre d'affaires du produit ou du groupe de produits concernés réalisé lors du dernier exercice clos dans la limite de cinq millions d'euros pour les laboratoires fautifs”

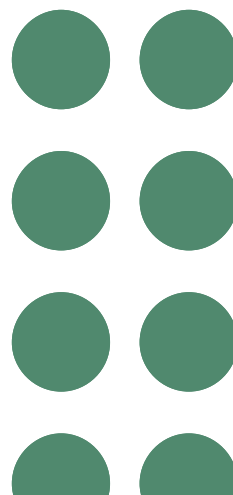
des flux et prévenir les ruptures, déplore Maître Aude Vidal, avocate associée au sein du cabinet ELSI Avocats, spécialisé dans le secteur de la santé humaine et vétérinaire. Encore une fois, nous ne sommes que dans le durcissement des sanctions, ce qui pose la question de leur proportionnalité. La coercition ne résoudra pas le problème. L'origine de l'augmentation constante du nombre de ruptures de stocks a des causes multiples et mondiales, qu'il s'agisse de la pénurie de matières premières ou de dysfonctionnements dans les chaînes de production. »

Alors, quelles seraient les pistes à exploiter ? « Instaurer une large concertation interministérielle, notamment entre les ministères de l'Économie et de la Santé afin de coconstruire une logique de gestion de crise, répond Maître Aude Vidal. Se focaliser exclusivement sur la responsabilité indus-



trielle des laboratoires n'est pas la solution et il eut été préférable d'activer tous les mécanismes d'incitation, en particulier de fabrication en France, de diversification des sources mais également d'adaptation des prix. Il conviendrait de revaloriser celui des produits matures, de type Amoxicilline ou Paracétamol, qui sont depuis longtemps sur le marché afin de les rendre plus attractifs et

d'éviter que des firmes privilégient l'approvisionnement de territoires où le prix de vente des médicaments est plus élevé et permet une rentabilité minimale. Le renforcement et l'amélioration des flux d'information avec les autorités afin d'anticiper le plus en amont possible les risques de ruptures de stocks n'est pas non plus au programme de cette loi de finances. » ●



L'Union européenne veut aider à attirer et retenir les infirmiers dans ses États membres

La santé est, selon les propres mots de la Commission européenne, « une priorité » pour l'Union européenne (UE). Entre autres actions, la Commission vient d'ailleurs tout juste d'annoncer une série de mesures pour « attirer et retenir » les infirmiers en Europe.



chargée de la santé et de la sécurité alimentaire¹, « le personnel infirmier est l'épine dorsale de nos systèmes de santé et joue un rôle essentiel pour garantir que les patients reçoivent des soins professionnels de qualité lorsqu'ils en ont besoin ».

Un projet de 36 mois

Elle s'était ainsi dite « ravie de travailler avec l'OMS Europe sur cette importante initiative », qui s'étendra sur une période de 36 mois et devrait participer à « résoudre les graves problèmes de personnel de santé auxquels sont confrontés de nombreux États membres » tout en améliorant « la résilience des systèmes de santé dans l'ensemble de l'Union européenne ».

Le projet, qui s'adaptera aux besoins locaux et nationaux sur le territoire de l'UE, prévoit « la création de plans d'actions de recrutement », des « programmes de mentorat pour attirer une nouvelle génération d'infirmières », la « rédaction d'évaluations d'impact » pour « comprendre les problèmes derrière les pénuries structurelles » de personnel infirmier, « des stratégies pour améliorer la santé et le bien-être des infirmières », ainsi que « la mise en œuvre d'opportunités de formations et d'actions pour garantir que le personnel de santé puisse bénéficier des avantages de la transformation numérique ».

recherche, innovation, lutte coordonnée contre les pandémies... les décisions et les crédits débloqués pour renforcer la santé des Européens se multiplient et ce, d'autant plus depuis la crise Covid avec l'adoption de ce fameux programme EU4Health. « La pandémie a mis en évidence la fragilité des systèmes de santé nationaux. Le programme contribuera à relever les défis sanitaires à long terme en construisant des systèmes de santé plus solides, plus résilients et plus accessibles », nous détaille une porte-parole de la Commission.

5,3 milliards d'euros pour 2021-2027

Au-delà de la gestion des crises sanitaires, la « santé publique est une priorité pour l'UE », qui souhaite bâtir une véritable « Union européenne de la santé », complète la porte-parole de la Commission européenne. Pour atteindre cet objectif, le programme EU4Health (« L'UE pour la santé ») a été établi par un règlement européen en date du 24 mars 2022. Il a été doté d'un budget de 5,3 milliards d'euros pour la période 2021-2027, afin de financer des actions dans différents domaines : la réduction du nombre d'infections résistantes aux antimicrobiens, l'amélioration des taux de vaccination sur le sol européen (contre le HPV et l'hépatite B, par exemple), la lutte contre la consommation nocive d'alcool ainsi que l'exposition des jeunes à la vente de spiritueux, la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique à travers la campagne « HealthyLifestyle4All » (un mode de vie sain pour tous)... ●

La Commission européenne a signé, le 2 septembre, un accord avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. L'enjeu : aider les États membres de l'Union européenne à retenir les infirmiers dans leurs systèmes de santé et rendre la profession plus attrayante. Un budget de 1,3 million d'euros a été débloqué en ce sens, dans le cadre du programme EU4Health. Comme l'a rappelé Stella Kyriakides, qui, il y a encore peu, était commissaire européenne



La chypriote Stella Kyriakides, commissaire à la Santé et à la Sécurité alimentaire pour la période 2019-2024 et son successeur, le Hongrois Olivér Várhelyi, nommé commissaire pour la Santé et le Bien-être animal pour la période 2024-2029.



«L'UE pour la santé»

Le projet est ambitieux... et ce n'est pas la première fois que l'Union européenne s'empare de sujets «santé». De fait, si elle n'a, en soi, que peu de compétences en la matière, elle n'hésite pas à intervenir de plus en plus dans des domaines liés à la prévention,

¹ Dans la foulée des élections législatives européennes, le Parlement européen a réélu, le 18 juillet, Ursula von der Leyen à la présidence de la Commission européenne jusqu'en 2029. Les postes de commissaires européens ont eux aussi été remaniés, après approbation du Parlement. Ainsi, le Hongrois Olivér Várhelyi a été nommé commissaire pour la santé et le bien-être animal.

² Règlement (UE) 2021/522 du Parlement européen et du Conseil du 24 mars 2021 établissant un programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (programme «L'UE pour la santé») pour la période 2021-2027.

Sérénité toute l'année !

fni
COMPTA

pour
les infirmiers
libéraux

Ne restez pas seul !

Rejoignez la communauté d'utilisateurs FNI COMPTA pour bénéficier de la force du collectif.

FNI Compta a pris la mesure des difficultés et les risques que représente l'exercice libéral en particulier pour les nouvelles installées et les remplaçantes. Pour permettre aux entrepreneurs libéraux d'exercer sereinement, **FNI Compta** a conçu une offre adaptée :

- Accueil et formation
- Protection fiscale
- Formalités d'installation
- Etablissement de la 2035
- Avantage fiscal des 25 % sans recours à une AGA
- Budget prévisionnel
- Conseils d'experts spécialisés

PACK
DE DÉMARRAGE

15 € / mois

pour bénéficier de tous
les avantages
de ViteMaCompta.

Une offre FNI
en partenariat
avec le groupe



LEESCO
SOLUTIONS COMPTABLES

POUR TOUT SAVOIR, RENDEZ-VOUS SUR

vitemacompta.fr

fni.fr

(rubrique services)

02 98 15 39 77



L'OUTIL INDISPENSABLE
POUR VOS TOURNÉES AU QUOTIDIEN

SEULEMENT
15€ HT/MOIS

Avec 1 mois d'essai gratuit



Récoltez, analysez et diffusez toutes vos données grâce aux dossiers digitalisés.



My Kiffe facilite le travail en équipe. Transmettez et partagez vos données de manière instantanée ou à vos collègues infirmiers.



Terminé les feuilles volantes. Avec My Kiffe, vous disposez d'un carnet de suivi intégré et consultable à tout moment de la journée. Grâce à son système programmé pour le vocabulaire médical, il simplifie la saisie de données.



Grâce au service de géolocalisation intégré, My Kiffe vous propose une organisation de vos tournées optimisée, afin de passer plus de temps avec vos patients.



Un dictaphone performant, adapté au vocabulaire médical. Vous pourrez ainsi facilement retranscrire vos visites de manière rapide et efficace.



Travailler l'esprit tranquille ! My Kiffe vous assure la sécurité et la confidentialité de vos données. Toutes les informations collectées auprès des patients respectent les règles du secret médical et professionnel. Respect des normes RGPD. Des serveurs labellisés par l'Agence Numérique en Santé.

scannez moi!



www.mykiffe.com