

Le magazine des infirmières libérales

# avenir & santé

N°511

MARS 2023



## DOSSIER

Les Idel et la fin de vie  
à domicile



### EXPERTISE MÉTIER

Cancer colorectal :  
tout faire pour promouvoir  
le dépistage

### ORGANISATION

Actes infirmiers : nouveaux  
actes télésoin, téléexpertise  
et vaccination

### ORGANISATION

Les centres de santé  
infirmiers dans l'impasse

# Vous effectuez le suivi d'une plaie au domicile d'un patient ?

Vous souhaitez favoriser le partage des informations sur cette plaie avec les autres professionnels de santé du patient ?



*Découvrez un outil pratique, pour aller plus loin dans la prise en charge des plaies à domicile. Cette fiche d'évaluation et de suivi d'une plaie est à télécharger gratuitement en scannant ce QR code.*

**Fiche d'évaluation et suivi d'une plaie**

Identification IDEL  
Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

Identification du patient  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Etiologie de la plaie : \_\_\_\_\_ Facteurs de risque : \_\_\_\_\_  
Localisation de la plaie : \_\_\_\_\_ Ancienneté de la plaie : \_\_\_\_\_  
Date de la dernière vaccination anti-tétanique : \_\_\_\_\_ Concomitance : \_\_\_\_\_

Evaluation de la plaie en date du : \_\_\_\_\_

| Taille de la plaie |       |
|--------------------|-------|
| Longueur en cm     | _____ |
| Largeur en cm      | _____ |
| Profondeur en cm   | _____ |
| Volume en ml       | _____ |

| Evaluation colorielle de la plaie |  | Cochez                   | Commentaires |
|-----------------------------------|--|--------------------------|--------------|
| Nécrose                           |  | <input type="checkbox"/> |              |
| Fibrine                           |  | <input type="checkbox"/> |              |
| Bourgeonnement                    |  | <input type="checkbox"/> |              |
| Epidémisation                     |  | <input type="checkbox"/> |              |
| Infection                         |  | <input type="checkbox"/> |              |

plane  cavitaire  contact osseux  autre : \_\_\_\_\_

berges :  saines  macérées  hyperkératosiques  nécrotiques  inflammatoires  décollées

autre : \_\_\_\_\_

Peau péri-lésionnelle :  saine  inflammatoire  eczéma  suintante  œdème  sèche  hyperkératosée

macérée  autre, notamment coloration : \_\_\_\_\_

Exsudat :  absent  faible  modéré  abondant  séreux  hémorragique  suspect

Pansement :  propre  légèrement taché  saturé  malodorant  retrait difficile

Douleur :  non  en permanence  pendant le soin  après le soin Antalgique : \_\_\_\_\_

Contention, si oui type : \_\_\_\_\_

Evolution de la plaie depuis la visite du : \_\_\_\_\_  aggravation  stagnation  amélioration

Produits employés, examen complémentaire, remarques IDEL, à ce jour : \_\_\_\_\_

Aide après consultation : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

BIOGARAN

Document destiné aux professionnels de santé. Pour télécharger utiliser le QR Code.

PO-0187

Conçue pour être au plus proche de votre pratique, vous pouvez **imprimer cette fiche ou l'utiliser directement sur votre ordinateur\***.

Vous avez même la possibilité **de télécharger vos photos** de plaies au verso de la fiche.

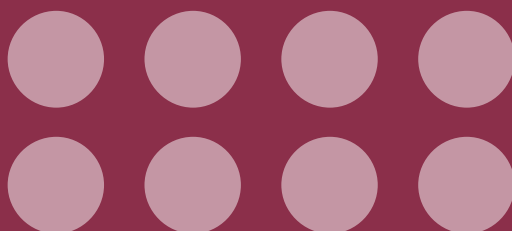
\* Assurez-vous au préalable d'avoir téléchargé Acrobat Reader sur votre ordinateur

**CHAQUE JOUR, AGIR POUR LA SANTÉ.**



**BIOGARAN**

# É D I T O



## Fin de vie : les soins ultimes

*C'était l'une des promesses d'Emmanuel Macron pour son second quinquennat : rouvrir le dossier de la fin de vie pour envisager une révision de la loi "Claeys-Leonetti". Cette loi de 2016 autorise dans certains cas le recours à une sédation profonde. 185 citoyennes et citoyens tirés au sort ont été réunis pour une nouvelle convention citoyenne chargée de construire une réflexion sur ce sujet. Leurs travaux s'achèvent le 19 mars et, en avril, le président de la République devrait dévoiler les orientations qu'il compte prendre.*

*Les débats menés dans le cadre de la convention citoyenne, mais aussi chez les soignants, ont permis de rappeler la place des soins palliatifs, certains évoquant même un droit « opposable » à ces soins de la fin de vie.*

*L'augmentation du nombre de patients âgés va se poursuivre en raison de la démographie de la population française qui voit arriver dans le grand âge les classes d'âges nombreuses du babyboom. Les besoins sur la prise en charge de la fin de vie vont croître de concert et ne pourront pas tous être réalisés en structure. Ainsi, il est devenu urgent de développer les soins palliatifs à domicile comme l'un des axes importants du virage domiciliaire.*

*Aujourd'hui, de nombreux acteurs revendiquent ce champ d'intervention. Si certaines prises en charge très lourdes nécessitent un cadre hospitalier, d'autres peuvent se faire en collaboration avec les prestataires de santé à domicile. Ces prises en charge doivent s'inscrire dans une gradation. En tout état de cause et quelles que soient les modalités du cadre d'intervention, les Idel sont et resteront la clef de voûte opérationnelle de ces prises en charge. D'autant que ces derniers n'ont pas attendu le développement de structures ad hoc pour jouer un rôle essentiel pour accompagner leurs patients et leur prodiguer les soins ultimes.*

*Nous ne nous limiterons pas à être des prestataires de services pour le compte des structures. Tout l'enjeu des mois à venir sera de faire reconnaître, organiser et valoriser la mission des Idel sur la fin de vie et les soins palliatifs. ●*



**DANIEL GUILLERM**  
PRÉSIDENT FÉDÉRAL

MARS 2023

N°511



Directeur de la publication & Rédacteur en chef : Daniel Guillerm -  
Secrétaire de rédaction : Valérie Hedef - Comité de relecture :  
J. Boehringer, C. Bourseaud, J. Francazal, D. Guillerm,  
M-O. Guillon, C. Lamotte, P. Lejeune, A. Raimbault, M. Reynet,  
M. Sorroldoni, M. Vergoote - Ont contribué à ce numéro :  
La Touche Créative, Valérie Hedef, Abdel lazza, Luc Leesco,  
Arnaud de Lavour, Virginie Raby, M. Fuks, et les journalistes  
de Presse infos + (L. Chauveau, L. Dobel, L. Guyon, L. Sague,  
A. Terrini) Rédaction et administration : 7, rue Godot de Mauroy  
75009 Paris - Tél. 01 47 42 94 13 - Mail : [aveniretsante@fni.fr](mailto:aveniretsante@fni.fr) -  
Photographes : FNI/A. Benkarroum, DR, Élysée - Images sous  
licence de Shutterstock.com ; Freepik - 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

 PORTRAIT P 12  
 Jean-Marc Aubert

 DOSSIER P 14  
 Fin de vie à domicile, quelle réalité ?

La fin de vie à domicile,  
une fin en soi P15  
Le CCNE à la pointe du combat P17  
Convention citoyenne P19  
Entretien avec le Pr Aubry P20  
Une nécessaire complémentarité  
entre les acteurs à domicile P22  
Regards croisés P25  
Le travail avec des bénévoles P26  
Quel rôle pour les Idel ? P27  
Témoignages d'Idel P29

 EXPERTISE P 32  
 métier/juridique/fiscal

Dépistage du cancer colorectal p32  
Plaies très exsudatives p34  
La procédure disciplinaire p36  
Déclaration 2035 p38

ORGANISATION P 40

Télésoin, télé-expertise, vaccins :  
déploiement de l'avenant n°9 p40  
Les centres de santé infirmiers  
dans l'impasse p42  
Indemnités kilométriques p44  
Pénurie de médicaments p46  
Prise de conscience européenne  
sur le risque de pénurie  
de dispositifs médicaux p50

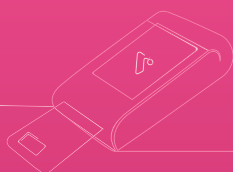




Pour gérer votre cabinet AUX PETITS SOINS,

# c'est simple...

nous avons tout mis dedans !



le logiciel idéal  
qui va vous faire gagner du temps



SESAM Vitale



Complet  
& performant



Simple & intuitif



Hotline 6/7



VEGA mobile 3



CLICKDOC Pro  
agenda en ligne

## Covid-19 : l'obligation vaccinale pour les soignants bientôt supprimée ?

La Haute Autorité de santé (HAS), dont l'avis est en général suivi par le gouvernement, a ouvert, le 20 février, la voie à la fin de la vaccination obligatoire anti-Covid chez les soignants, réservant toutefois son avis définitif pour fin mars. « Dans le contexte actuel, l'obligation vaccinale contre la Covid-19 pourrait être levée pour tous les professionnels visés », estime la HAS, dans un projet d'avis rendu public sur son site. Cette vaccination devrait toutefois rester fortement recommandée, en particulier pour les professions pour lesquelles une recommandation de vaccination est actuellement en vigueur pour la grippe », prévient-elle. Mais il ne s'agit pas là d'une position définitive. L'institution va maintenant, au vu de « l'importance sociétale » du sujet, mener pendant un mois une consultation publique, avant de rendre un avis final fin mars. Pour justifier son inflexion, la HAS invoque « une diminution de la circulation du virus observée depuis plusieurs semaines ». Sans compter le fait que « l'ampleur des vagues épidémiques [...] semble s'atténuer au fur et à mesure du temps » et les « indicateurs sanitaires (hospitalisations, réanimation et décès) suivent la même tendance », à l'exception de la dernière vague de 2022 qui a connu « un nombre plus important d'hospitalisations (conventionnelles et réanimations) et de décès proportionnellement au nombre de personnes infectées ». Enfin, la HAS rappelle que la couverture vaccinale est élevée chez les professionnels de santé dans la mesure où elle « varie de 86,2% en Ehpad à 88,3% pour les libéraux ». ●

## Études en soins infirmiers Qui ? Où ? Quand ? Comment ?

Le Comité d'entente des formations infirmières et cadres (Cefiec) a pour mission d'être une force de questionnement, de proposition et de représentativité des formations en soins infirmiers et cadres de santé. Et ce, en vue de promouvoir une formation professionnelle de qualité. Le Cefiec a récemment publié son enquête annuelle "suivi de cohortes des étudiants infirmiers". Ses résultats sont édifiants.

L'enquête du Cefiec met en lumière, pour la cohorte 2021/2024, une déperdition d'étudiants entre la première et la deuxième année de 18,15%. Soit 12,95% de suspensions auxquelles il faut ajouter 5,20% de redoublements. La répartition des déperditions varie selon le parcours de formation antérieur. Ainsi les suspensions concernent principalement les bacs professionnels (28,11%) et les bacs généraux (27,11%) tandis que les redoublements sont majoritairement le fait de titulaires de bacs technologiques (33,49%) et de bacs professionnels (29,33%).

### « Conforter les parcours d'accompagnement personnalisés »

Par ailleurs, « la cohorte 2022/2025 confirme la mixité des parcours des nouveaux apprenants en soins infirmiers lorsqu'ils entrent en première année. Elle témoigne également de la nécessité de poursuivre le développement d'ingénieries pédagogiques individuelles et collectives dans le but de faciliter le développement des compétences des futurs professionnels », note le Cefiec. L'admission en formation initiale infirmière se fait à 77,38% via Parcoursup et à 22,62% hors Parcoursup. « Ce constat renforce la nécessité de conforter les parcours d'accompagnement personnalisés », insiste le Cefiec. Pour ce qui est du taux de réussite de la cohorte 2019/2022, c'est-à-dire l'ensemble des étudiants en soins infirmiers entrés en formation en 2019, 60,90% ont été diplômés en juillet 2022. À ce chiffre, il convient d'ajouter 2,32%



d'étudiants issus de cohortes précédentes (redoublement, césure...). In fine, on obtient un ratio total de 63,21% de réussite au jury final en juillet 2022. Plus précisément, l'enquête montre qu'une grande majorité (93%) des étudiants dont les dossiers sont présentés au jury final sont diplômés.

### Professionnaliser et valoriser la fonction de tutorat

Enfin, le Comité suggère des pistes d'évolution des formations en soins infirmiers. À savoir :

- travailler l'orientation des futurs étudiants en soins infirmiers dès le secondaire ;
- favoriser une réflexion commune entre le corps enseignant et les formateurs d'instituts pour accompagner le projet d'orientation à destination des métiers du soin ;
- intensifier l'information concernant les passerelles possibles pour les étudiants ;
- promouvoir les portes ouvertes des Ifsi en les consolidant par des séances partenariat avec enseignants des classes de terminales ;

- faire des étudiants en soins infirmiers des ambassadeurs auprès des futurs étudiants ;
- prévoir des dispositifs type "cordées de la réussite" pour favoriser la transmission de pair à pair entre apprenants ;
- prévenir l'obstacle du niveau scolaire insuffisant en organisant un dispositif de pré-rentree pour une remise à niveau ;
- soutenir l'accompagnement des étudiants vers la réussite en créant des ateliers de "Persévérance scolaire" ;
- professionnaliser et valoriser la fonction de tutorat sachant que 50% de la formation est réalisée en stage ;
- accompagner la vie étudiante, la qualité de vie des étudiants et au bien vivre ensemble ;
- faciliter l'accès aux besoins primaires des étudiants : lutter contre la précarité, favoriser l'accès au soin ;
- réduire les délais de prise en charge financière pour les candidats bénéficiant d'une formation professionnelle continue afin de prévenir des changements de projet professionnel. ●

## Covid-19 : la HAS recommande un rappel cet automne pour les personnes à risques

La Haute Autorité de santé (HAS) a publié le 24 février ses recommandations au sujet de la stratégie vaccinale pour 2023 contre le Covid-19.



Elle recommande « de prévoir une campagne de rappel à l'automne pour les personnes à risque de forme sévère (les personnes atteintes de certaines comorbidités quel que soit leur âge, les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que les femmes enceintes), en même temps que la campagne de vaccination contre la grippe ». Cette recommandation s'étend aux « personnes de leur entourage ou en contact

régulier avec elles (dont les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social) ». La HAS préconise également « que, dans l'intervalle, les personnes à très haut risque puissent bénéficier d'une dose supplémentaire si leur état de santé et leur niveau de protection vaccinale le nécessitent ». Pour la HAS, la nouvelle dose est « recommandée dans un délai d'au moins six mois depuis la dernière dose ou infection,

et ce, quel que soit l'âge de la personne ou le nombre de rappels précédents ». En matière de choix du vaccin, la HAS recommande « préférentiellement l'utilisation des vaccins à ARNm bivalents adaptés à Omicron quel(s) que soi(en)t le(s) vaccin(s) administré(s) précédemment ». ●

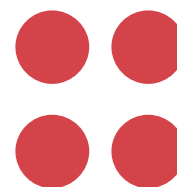


Voir les recommandations vaccinales de la HAS.

C'est, en millions d'euros, le montant de majoration de l'Objectif national de dépenses d'Assurance maladie (Ondam) pour 2023 que prévoit le gouvernement. Dont 600 millions d'euros pour les établissements de santé afin de « financer la prolongation des mesures d'urgence concernant la rémunération du temps de travail de nuit »...

**750 M€**

**7,9 M**



C'est, en millions, le nombre d'utilisateurs qui ont activé le service "Mon espace santé". Parmi eux, 40% ont ajouté au moins une mesure à leur profil médical.

Sources : Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS), Assurance maladie et Agence du numérique en santé (ANS).

## Le virage ambulatoire vire au tout droit

Dans son rapport édité en février et intitulé "Soins ambulatoires et à domicile : un virage essentiel", l'Institut Montaigne note que « malgré le développement de nouvelles modalités de prises en charge, la France peine encore à amorcer les virages ambulatoire comme domiciliaire ». Plusieurs freins expliquent ce retard à l'allumage. Citons, pêle-mêle, le manque de coordination entre les acteurs de l'hôpital, de la ville et du domicile ; une formation des professionnels de santé médicaux et paramédicaux insuffisamment tournée vers l'ambulatoire ; des patients pourtant de plus en plus experts de leur maladie mais en retrait des nouvelles organisations de parcours et rarement considérés comme des acteurs à part entière ; ou encore, des modèles de financement et de tarification, en particulier à l'acte, peu incitatifs.

Pour remédier à ces carences et « engager notre système de santé dans de nouveaux parcours de soins », l'Institut Montaigne énonce six propositions :

1. construire des espaces d'exercice coordonné entre professionnels des secteurs médical, paramédical et social adaptés à l'offre et aux besoins locaux de santé ;
2. faciliter la coordination entre les professionnels de santé exerçant à l'hôpital, en ville et à domicile en protocolisant les sorties d'hospitalisation selon les pathologies et les parcours de santé associés ;
3. inclure dans la formation initiale et continue des professionnels de santé les enjeux de la coordination, du travail en équipe et du management ;



4. définir des indicateurs de qualité des soins adaptés aux pathologies suivies en ambulatoire tout en équipant les lieux de soins (hôpital, ville, domicile, médico-social) en applications numériques capables de recueillir et d'analyser ces indicateurs ;
5. développer de nouveaux modèles de financements capables de soutenir à la fois la coordination des professionnels de santé et l'innovation organisationnelle ;
6. créer des modèles d'éducation thérapeutique du patient (ETP) personnalisés, en ville et à domicile. ●



**ABDEL IAZZA**  
INFIRMIER LIBÉRAL À PARIS

## J'ai testé pour vous



### L'appli Univadis



Univadis est une application qui offre un accès facilité aux actualités et à des outils essentiels pour les professionnels de santé :

- revue de l'actualité socio-professionnelle, avec les dernières dépêches des congrès ainsi que l'actualité des médicaments ;
- infos clés et monographies de près de 12 000 médicaments actuellement commercialisés ;
- recherche par nom commercial ou par dénomination commune internationale (DCI) ;
- accès rapide aux dosages, indications et contre-indications ;
- base de données des médicaments installée en mode hors ligne lors du premier lancement de l'application ;
- recherche facile d'un équivalent générique à partir du nom commercial de son référent ou par substance. ●

**ON AIME** : la gratuité de l'appli ; l'existence sur iPhone et Android ; le fait que certains des outils de l'appli puissent fonctionner hors réseau

**À NOTER** : vous aimez une application et vous souhaitez la faire tester ?

Envoyez un e-mail à [web@fni.fr](mailto:web@fni.fr)

Venez également discuter sur le groupe Entraide FNI à cette adresse : <http://bit.ly/groupeFNI>



## Décès : l'annonce faite aux proches

Le Centre national de ressources et de résilience (Cn2r) publie sur son site internet ([www.cn2r.fr](http://www.cn2r.fr)) un guide sur la manière d'informer les proches de la mort d'un patient. « **Professionnel de santé en établissement de soins ou en libéral, vous pouvez avoir la charge d'annoncer un décès. C'est un moment sensible pour les endeuillés, mais aussi pour vous. [...] S'il n'y a pas de bonnes façons d'annoncer une mauvaise nouvelle, des repères permettent que l'annonce puisse se faire avec professionnalisme, empathie et respect** », peut-on lire en introduction du document. ●

## Covid 19, ce n'est pas fini

Depuis le 1<sup>er</sup> février dernier, les règles applicables à une personne testée positive au Covid-19 se sont encore allégées. Ainsi, leur isolement systématique n'est plus obligatoire et l'Assurance maladie ne contacte plus les personnes testées positives au Covid-19 ni leurs cas contacts dans le cadre du contact tracing. De même, les tests de dépistage ne sont plus obligatoires pour les cas contacts. Par ailleurs, le système Si-DEP, qui centralise les remontées des résultats de tests, évolue. S'il reste en place jusqu'au 30 juin prochain, son usage est désormais « **conditionné au recueil préalable du consentement des personnes concernées au partage de leurs données personnelles** », selon la Direction générale de la Santé (DGS). Enfin, les arrêts de travail dérogatoires, sans jour de carence pour les personnes testées positives au Covid-19, ne sont plus possibles.

Pour autant, la fin des mesures spécifiques au Covid ne veut pas dire fin de la présence du virus. L'Assurance maladie préconise donc toujours, en cas de tests positifs, que la personne concernée se comporte de manière responsable en évitant le contact avec les personnes fragiles, en prévenant son entourage, et donc aussi ses soignants, et en contactant son médecin traitant et en surveillant son état de santé.



De même, les gestes barrières de base sont toujours recommandés : se laver les mains régulièrement ou utiliser une solution hydroalcoolique, porter un masque de protection maximale (exemple : un masque chirurgical de catégorie 1 ou un masque FFP2) dans certaines circonstances etc. ●

## IPA et fin de vie

Dans un livret intitulé "Fin de vie - La voie française de l'accompagnement", la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap) détaille les pistes pour renforcer la prise en charge de la fin de vie. Tout d'abord, « mieux impliquer les libéraux dans les prises en charge palliatives à domicile » en « donnant du temps et du financement pour les prises en charge palliatives aux soignants libéraux » et en « faisant apparaître un volet prise en charge palliative dans les attendus contractuels des CPTS ». Autre recommandation, créer un statut d'IPA en soins palliatifs, dans un premier temps en ouvrant un master IPA, mention "soins



palliatifs", dans au moins quatre régions d'ici septembre prochain. La Sfap y voit là « une possibilité d'évolution de carrière attractive pour les IDE - une prise en charge du patient plus globale et financièrement significativement valorisée - et des compétences renforcées pour soutenir les médecins ». À ce jour, seuls cinq domaines d'intervention ont été ouverts par décret aux IPA : les pathologies chroniques, l'oncologie, la maladie rénale chronique, la psychiatrie et les urgences. (lire également sur ce sujet le dossier page 14) ●



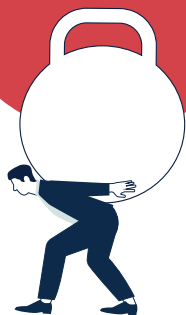
## Retraite et pénibilité : pour qui la douloureuse ?



Le projet de réforme des retraites, actuellement examiné par les parlementaires, prévoit diverses mesures visant à une meilleure reconnaissance de la pénibilité. Avec une question loin d'être accessoire : comment la chose sera-t-elle financée ? Il est question de créer un fonds d'investissement dans la prévention et l'usure professionnelle tandis qu'un suivi médical renforcé sera proposé à partir de la mi-carrière pour les salariés. La réforme prévoit également le maintien d'un dispositif relatif aux carrières longues. Si le dispositif de ces dernières sera, en quelque sorte, autofinancé grâce à une durée de cotisation plus longue des personnes concernées, le flou demeure concernant la reconnaissance de la pénibilité. Comment seront financées ces charges supplémentaires ?

Cette mesure pourrait avoir des répercussions sur le montant des cotisations que payent les infirmiers libéraux à la caisse de retraite des paramédicaux libéraux, la Carpimko. C'est pourquoi la FNI reste plus que jamais attentive aux conséquences des dispositions qui seront, en la matière, entérinées par les parlementaires. ●

400 M€



C'est le montant que pourrait atteindre, en 2023, le déficit de l'AP-HP.

Source : Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

## Grippe : ouvrir la vaccination aux enfants

La Haute Autorité de santé (HAS) recommande que la vaccination contre la grippe saisonnière puisse être proposée, chaque année, aux enfants sans comorbidité âgés de 2 à 17 ans révolus, sans qu'elle ne soit pour autant rendue obligatoire. Les études montrent en effet de bonnes efficacité et tolérance des vaccins contre la grippe. Chacun des cinq vaccins qui dispose d'une autorisation de mise sur le marché chez l'enfant (Fluarix Tetra®, Vaxigrip Tetra®, Influvac Tetra®,

Fluenz Tetra®, Flucelvax®) peut être utilisé, néanmoins la HAS émet une recommandation préférentielle pour le vaccin par voie intranasale Fluenz Tetra®. Ce mode d'administration plus simple (pulvérisation dans le nez) devrait en effet être mieux accepté par les enfants et leurs parents.

Les enfants âgés de moins de 15 ans, et plus particulièrement ceux qui sont âgés de 2 à 5 ans, sont surreprésentés parmi les cas



de syndrome grippal examinés en consultation de médecine de ville et aux urgences. C'est pourquoi la HAS préconise également le remboursement des vaccins contre la grippe saisonnière pour les enfants de 2 à 17 ans afin que tout parent qui le souhaite puisse faire vacciner sa progéniture contre la grippe sans frein financier. Par ailleurs, pour favoriser ladite vaccination antigrippale chez les plus jeunes, la HAS souligne la nécessité d'accompagner cette recommandation d'un dispositif d'information des professionnels de santé et des parents. ●

## Mieux prendre en charge la douleur chronique

Afin d'améliorer la qualité de vie des patients souffrant de douleur chronique, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié un guide sur le parcours de santé en matière de douleur chronique. L'objectif est de renforcer la prévention, d'améliorer les délais et de favoriser la coordination de l'ensemble des acteurs impliqués dans cette prise en charge. Ce parcours consacre la place prépondérante à la médecine de ville, sa collaboration avec les structures douleurs chroniques ainsi que la juste mobilisation des services hospitaliers de spécialité. « Si les trois plans nationaux de lutte contre la douleur (1998 à 2010) ont permis de progresser, la prise en charge de la douleur chronique et la formation des professionnels sont encore à améliorer », justifie la HAS. En effet, les délais de prise en charge demeurent trop importants. Sans compter des inégalités territoriales d'accès aux soins spécialisés persistantes, notamment pour les populations les plus vulnérables.

Dans ce guide, la HAS préconise une prise en charge graduée en trois niveaux, selon la complexité de la situation du patient. Chaque niveau propose des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. À cet égard, les professionnels de santé de premier et second recours en ville constituent le premier niveau de prise en charge de la douleur chronique. Dans ce cadre,

le médecin traitant est le coordonnateur et responsable de ce parcours. Il s'appuie sur une équipe de soins primaires qui comporte idéalement, outre le médecin traitant, un infirmier, un masseur-kinésithérapeute, un pharmacien et un psychologue. Elle mobilise si nécessaire des médecins spécialistes de ville. Pour les patients souffrant de douleurs chroniques rebelles qui ne répondent pas aux traitements bien conduits en niveau 1, le médecin fait appel au deuxième niveau de prise en charge. Là, la personne est l'objet d'un adressage pour un diagnostic, une évaluation ou une prise en charge spécifique. Et ce, soit sous la forme d'une consultation d'évaluation de traitement de la douleur chronique, soit vers un service hospitalier de spécialité selon le type de douleur chronique.

Enfin, les patients présentant des situations trop complexes pour une prise en charge de deuxième niveau sont orientés vers un Centre d'évaluation et de traitement de la douleur chronique pour une réunion de concertation pluridisciplinaire, une évaluation complémentaire ou un acte technique spécifique réalisable ou une hospitalisation. Ces centres sont des structures de soutien de la médecine de ville qui s'appuient notamment sur les services de télésanté. ●

## GRAND TÉMOIN

### Jean-Marc Aubert

Actuel vice-président de IQVIA France<sup>1</sup>, Jean-Marc Aubert a également officié pendant deux ans à la tête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). En 2019, l'instance a publié un rapport sur les modes de financement et de régulation<sup>2</sup>, plaidant l'intérêt d'une tarification mixte pour les professionnels de santé. Ces recommandations sont-elles toujours d'actualité ? Jean-Marc Aubert partage avec *Avenir & Santé*, sa réflexion sur le sujet.

avenir  
& santé

## ACTUALITÉS

PROPOS RECUEILLIS PAR LOUISE GUYON

# “ Si le mode de financement n’accompagne pas les évolutions des prises en charge, cela peut conduire à des absurdités ”

**Avenir & Santé : Vous avez travaillé sur les modes de financement des acteurs de santé. Quelle est, selon vous, la meilleure formule de financement du premier recours en ville ?**

**Jean-Marc Aubert** : Il n'existe pas de modèle idéal. Tout repose sur ce que nous attendons de chaque profession. Néanmoins, comme nous l'avons expliqué dans le rapport de la Taskforce sur le financement en 2019, aujourd'hui, l'ensemble des pays s'accordent sur l'intérêt des modes de financement mixte avec une part à l'acte, une part forfaitaire et une part à la qualité. Autre point de consensus : ces modes de financement doivent s'appuyer sur des indicateurs de qualité. En France, les parties prenantes ont parfois un point de vue quelque peu extrême sur cette question. Elles souhaiteraient l'existence exclusive d'indicateurs de qualité "parfaits", permettant de mesurer correctement la bonne réalisation de l'acte. Or, l'élaboration de tels indicateurs reste complexe. Il faut être davantage pragmatique et avancer malgré la conception d'indicateurs perfectibles. Il existe déjà un certain nombre d'indicateurs de qualité, indirects notamment à la suite d'une prise en charge. Les PROMs (les résultats concrets) et les PREMs (le ressenti) permettent aux usagers de

partager leur évaluation de la qualité des soins. Il est possible de créer de nombreux autres indicateurs, sur des thématiques variées, en fonction du type de patients pris en charge. À ces indicateurs peuvent être associés des montants en fonction de l'atteinte d'objectifs.

**A&S : Quels sont les désavantages d'un paiement à l'acte exclusif ?**

**J-M.A.** : Pour commencer, la tarification à l'acte a pour avantage de s'assurer que les actes sont bien réalisés. C'est d'ailleurs un choix du système de santé actuel. Mais à l'inverse, elle pousse à effectuer toujours plus d'actes et conduit à une organisation de la prise en charge des patients, avec une multiplication des actes dont certains sont inutiles. De fait, les professionnels peuvent, dans certains cas, mal s'adapter aux besoins du patient. Cette situation peut conduire les autorités à ne plus vouloir les rémunérer à leur juste valeur.

par la Taskforce sur le financement. À titre d'exemple, nous avons constaté que des infirmiers libéraux pouvaient être amenés à multiplier des visites chez les patients afin de coter davantage d'actes à taux plein et ainsi être mieux rémunérés.

Ce financement exclusif peut donc modifier les organisations. Il faut alors réfléchir à des solutions permettant de mieux organiser des séquences de soins.

Contrairement à ce que pensent les détracteurs du forfait, ce n'est pas le mécanisme de financement qui fixe la rémunération des professionnels de santé, mais le niveau de financement. La crainte du forfait s'explique beaucoup par la peur du changement.

**A&S : Comment mettre en place ce type de financement mixte ?**

**J-M.A.** : Il faut déterminer les attentes de la collectivité vis-à-vis d'une profession. Par exemple, si l'on souhaite mettre en place

## “La crainte du forfait s’explique beaucoup par la peur du changement.”

Un tel financement peut aussi conduire à des aberrations, qui ont d'ailleurs été observées

une permanence des soins par les infirmiers, la rémunération peut se faire au forfait.

Ensuite, pour certaines prises en charge, par exemple les actes techniques, le paiement à l'acte semble le mieux adapté. Et dans les deux cas, il faut introduire la mesure de la qualité pour éviter sa dégradation. On peut également penser à des forfaits intégrant la rémunération d'un ou plusieurs professionnels impliqués dans la prise en charge. Tout va dépendre de l'organisation mise en place. Bien entendu, il ne faut pas introduire tous ces changements instantanément mais plutôt adopter une logique d'évolution progressive. Ce qui nous paraissait intéressant, ce sont les sorties d'épisodes aigus, avec des financements mixtes entre les professionnels afin de permettre plus de fluidité dans la prise en charge proposée.

**A&S : Une réflexion est en cours pour faire évoluer le décret d'actes infirmier vers un décret de compétences. Cela pourrait-il influencer le système de rémunération des infirmiers libéraux ?**

**J-M.A. :** Il est difficile de savoir si une telle évolution pourrait avoir un impact sur la rémunération. Il faut principalement s'interroger sur l'opportunité que cela représente. La mise en place d'un tel décret pourrait être l'occasion de ne plus découper la prise en charge des patients en plusieurs actes et de s'orienter vers un suivi holistique. C'est déjà le cas dans la prise en charge de la dépendance et la mise en place du bilan de soins infirmiers (BSI). Mais cela peut être pensé pour d'autres prises en charge, par exemple les soins post-opératoires. Dans tous les cas, il faut définir ce pour quoi les infirmiers sont payés et les attentes afin de définir au mieux le mode de rémunération associé.

**A&S : Qu'est ce qui empêche la généralisation d'un mode de rémunération mixte en France ?**

**J-M.A. :** Tout d'abord, la culture française ! Le système de santé s'est forgé autour de l'acte, considéré comme un indicateur, même s'il est médiocre. Les systèmes de qualité sont nés dans des pays aux forfaits. Notre système de tarification est très conservateur. Les réformes du financement se comptent sur les doigts d'une main. La situation évolue progressivement avec les expéri-

*« Le mode de financement n'est pas le principal levier [de transformation de notre système de santé, Ndlr] ; en revanche, il s'agit d'un instrument indispensable. »*

mentations article 51. Mais cela implique aussi de se questionner sur une refonte des différentes nomenclatures. Elles sont inutilement complexes et inadaptées aux pratiques professionnelles. Nous sommes les champions du monde du nombre d'actes. Par ailleurs, il faut pointer du doigt notre retard sur le sujet. La Haute Autorité de santé (HAS) a créé il y a seulement trois ans, une cellule data. Or, les indicateurs ne doivent pas être seulement comptables. Dans certains pays, les autorités disposent

*“ Il faut définir ce pour quoi les infirmiers sont payés et les attentes afin de définir au mieux le mode de rémunération. ”*

d'experts depuis de nombreuses années, et les indicateurs de qualité sont intégrés depuis une vingtaine d'années. En France, c'est seulement depuis 2007 que les indicateurs qualité ont été intégrés, et ce, uniquement pour les médecins. Pour les autres professionnels, c'est beaucoup plus lent. Nous avons besoin de disposer d'un certain nombre de personnes capables de travailler sur le sujet.

**A&S : Pensez-vous que le mode de financement soit le principal levier de transformation de notre système de santé ?**

**J-M.A. :** Il n'est pas le principal levier, en revanche, il s'agit d'un instrument indispensable. Un exemple concret : l'un des principaux reproches effectués aux acteurs de ville est l'insuffisance de dialogue et de coordination entre les professionnels. S'ils

restent payés à l'acte, avec une nomenclature technique, la situation ne va pas évoluer. D'autant plus que la coordination n'est pas financée. Les modes de financement induisent les comportements. De fait, en ville, faute de coordination par les libéraux, on déploie l'hospitalisation à domicile (HAD) qui, elle, assure la coordination et est rémunérée pour le faire. Ce n'est pas logique. L'instrument essentiel de la transformation de notre système de santé est d'expliquer aux infirmiers les attentes de la collectivité

vis-à-vis d'eux. Mais il est certain que si le mode de financement n'accompagne pas les évolutions des prises en charge, cela peut conduire à des absurdités. ●

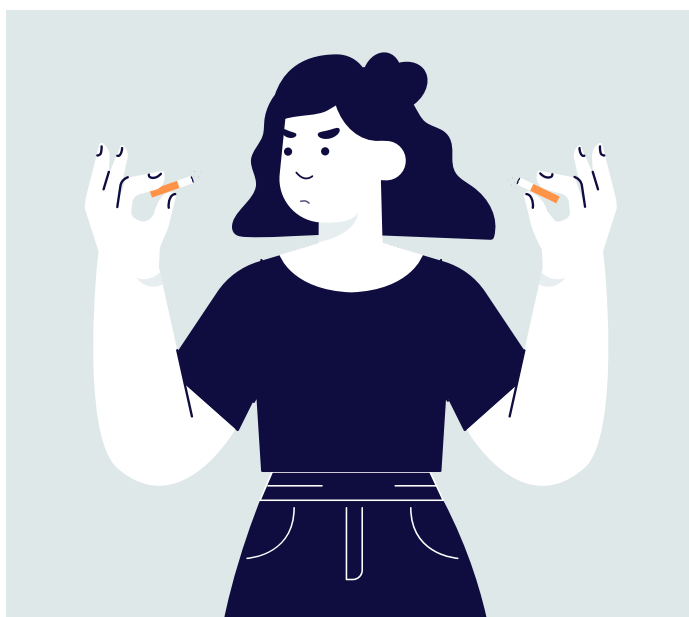
<sup>1</sup> IQVIA est le leader mondial de la recherche clinique et de la donnée de santé.

<sup>2</sup> "Modes de financement et de régulation", 2019 - [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_financement\\_et\\_regulation.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf)

## Le cancer, un sujet à idées reçues

Début février, l'Institut national du cancer (InCa) a dévoilé le 4<sup>e</sup> Baromètre cancer, lequel permet d'appréhender les attitudes et les comportements des Français face au cancer. Si ces derniers « *se sentent bien informés sur les cancers, [...] lorsque l'on s'intéresse plus spécifiquement aux facteurs de risques, et notamment aux facteurs de risques évitables, leurs perceptions ne s'appuient pas vraiment sur les connaissances scientifiques* ». Exemple, le lien entre facteurs psychologiques (c'est-à-dire le stress de la vie moderne, les expériences traumatiques) et le cancer est souvent cité alors qu'il n'existe, en la matière, aucune preuve scientifique avérée. Par ailleurs, pointe l'InCa, on « *constate une forme de mise à distance du*

*risque individuel en fonction de son propre comportement* ». Ainsi, pour le tabac, premier facteur de risque évitable de cancer, un fumeur sur deux place au moins l'un des seuils de dangerosité (c'est-à-dire le nombre de cigarettes fumées par jour ou le nombre d'années de tabagisme) au-dessus de sa propre consommation. S'ajoutent à cela les différences de perception, de croyance et d'attitude à la fois en fonction du niveau de diplôme mais aussi de celui de revenus des Français. Ainsi, en matière de dépistage, les femmes qui ont les revenus les plus faibles déclarent moins participer au dépistage du cancer du col de l'utérus. Enfin, les idées reçues persistent, voire augmentent comme celle qui voudrait que le cancer soit héréditaire. ●



## Système national des données de santé, mode d'emploi

Le Health data hub a mis en ligne un nouveau guide d'initiation au Système national des données de santé (SNDS). Disponible dans la documentation collaborative ([https://documentation-snds.health-data-hub.fr/snds/formation\\_snds/initiation/](https://documentation-snds.health-data-hub.fr/snds/formation_snds/initiation/)) du SNDS, ce document se divise en trois grandes parties :

- une présentation générale du système de santé et des données disponibles ;
- une présentation du schéma relationnel ;

### LA COURBE DU MOIS



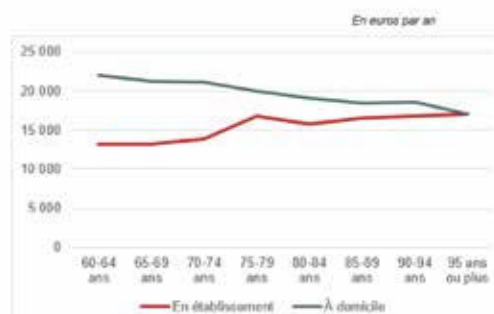
#### Des résidents en Ehpad plus fragiles socialement qu'à domicile

Parmi les seniors de 75 ans ou plus, près d'un sur dix vit en établissement d'hébergement. Les résidents d'établissement ont 86 ans en moyenne et les trois quarts sont des femmes. Un senior sur quatre en établissement n'a aucun enfant en vie, contre un sur dix à domicile. En somme, les personnes en établissement, surtout les plus jeunes, sont plus isolées sur le plan familial que celles à domicile. Elles sont également socialement plus défavorisées. Les différences sont beaucoup plus marquées parmi les moins de 80 ans. À la clef, une plus grande vulnérabilité sociale de ces résidents les plus jeunes. Ces écarts se retrouvent, au demeurant, dans la distribution des revenus et des niveaux de vie.

Pour la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), ces résultats interrogent les conditions d'un virage domiciliaire. Dans cette optique, les conditions économiques et sociales du soutien à l'autonomie des seniors vivant en établissement doivent être anticipées au regard de ces caractéristiques. Cela implique, en particulier, l'existence et la viabilité économique d'un important secteur de l'aide à domicile, entendue au sens large : aide-ménagère, au repas, à la toilette, etc. mais aussi prise en charge médicale et paramédicale à domicile. En somme, ce qui correspond aux tâches assurées aujourd'hui par le personnel sanitaire des Ehpad.

Source : Les dossier de la Drees n°104, "Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? – Une comparaison à partir des enquêtes Care-Ménages et Care-Institutions"

Graphique A - Niveau de vie annuel médian selon l'âge et le lieu de vie



Lecture : Le niveau de vie annuel médian des personnes de 60 à 84 ans vivant en établissement est de 13 270 euros en établissement, contre 21 290 euros à domicile.  
Champ : France métropolitaine, personnes de 60 ans et plus vivant en logement ordinaire ou en institution dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont le personne de référence n'est pas étudiant.  
Source : Insee-DORIS/INAF-CHAV/CCSISA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2016, DREES, enquête Care-Institutions 2016, traitement Insee.

- une présentation des étapes à suivre pour réaliser une étude utilisant les données.

L'objectif est de favoriser « *une première prise en main de ces données massive* » en « *abordant les principaux concepts de notre système de santé pour introduire les différentes sources de données et le fonctionnement des systèmes d'informations qui en découlent* ». ●

# Fin de vie et soins palliatifs : avant tout un travail d'équipe

Alors que la consultation citoyenne menée sous la houlette du Conseil économique social et environnemental (Cese) rend son avis en ce mois de mars, nous revenons dans ce dossier sur l'organisation de l'accompagnement à domicile de la fin de vie et de son corolaire, les soins palliatifs. Une prise en charge à laquelle les Idel sont parties prenantes et qui est avant tout une histoire de travail en équipe.

# La fin de vie à domicile, une fin en soi

Si, du point de vue infirmier, la fin de vie à domicile comprend aussi des actes infirmiers classiques, elle est, par essence, à envisager sous le double prisme de l'accompagnement médical jusqu'à la mort et de la nécessité de concourir à l'aspiration de l'immense majorité de nos concitoyens : celle de vivre leurs derniers instants chez eux, là où cela fait sens. Les Idel sont, là comme souvent, un maillon incontournable d'un processus qui nécessite plus que jamais d'être strictement protocolisé pour s'assurer de sa faisabilité.

Une précision loin d'être tautologique s'impose en préambule : tous les décès ne correspondent pas nécessairement à des situations de fin de vie. « *La fin de vie correspond à une période où le décès est relativement prévisible et dont la survenue n'a pas été une surprise pour l'équipe soignante et pour les proches aidants* », prend soin de préciser l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) dans son recueil de recommandations intitulé "Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile". Laquelle parle de « *décès non soudain* » à propos de « *patients à la fois atteints d'une maladie grave en phase avancée ou terminale et pour lesquels il serait possible de dire : "Je ne serais pas surpris s'il décède au cours des six prochains mois."* » De même, la question de la durée de la fin de vie est, elle, appréciée différemment selon qui on est. Tandis que « *les professionnels de santé et les pouvoirs publics raisonnent le plus souvent autour d'une temporalité comprise entre trois mois et un an, les personnes âgées et leurs proches aidants associent la notion de fin de vie aux jours qui précèdent le décès, voire à l'agonie* », pointe l'Agence. Conséquence : « *L'accompagnement de la fin de vie ne se réduit pas à la toute fin de vie et peut faire irruption dès l'annonce d'une maladie grave.* »

### « Accompagner la mort de la façon la plus digne possible »

Sur le plan médical, la question de la fin de



vie à domicile doit être envisagée sous le prisme d'un enjeu fondateur : « *Permettre aux professionnels d'aide et de soins intervenant à domicile d'accompagner la mort dans le grand âge de la façon la plus digne possible quel que soit l'état de santé de la personne, sans abandon ni obstination déraisonnable* ». Ce qui, en creux, augure des « *principes fondamentaux d'une démarche concourant à la bienveillance* » à laquelle les infirmiers libéraux se doivent d'être pleinement associés. À savoir :

- le respect de la personne, de son histoire, de sa dignité et de sa singularité ,
- l'ajustement des pratiques à chaque situation ,
- le savoir être des professionnels au-delà d'une série d'actes à réaliser (savoir-faire) ,
- la construction d'un cadre d'intervention

favorisant le questionnement éthique et la pérennisation de la dynamique entre penser et agir ,

- la valorisation de l'expression des personnes accompagnées.

En ligne de mire, ici, la réalisation de l'article 8 de la Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée : « *Vous avez le droit de mourir dans la dignité, dans des conditions conformes à vos souhaits et dans les limites de la législation nationale du pays où vous résidez.* »

### À quelles conditions ?

Encore faut-il, pour espérer pouvoir mourir à domicile, que trois paramètres cruciaux soient réunis :

•••

••• **la présence et la bonne santé de l'entourage**, lesquelles sont essentielles dans l'optique d'un retour à domicile après une hospitalisation. En effet, dans ce cas, les patients bénéficient d'un entourage familial dans 99 % des cas. Ce qui fait dire à l'Anesm « *qu'accompagner la fin de vie à domicile concerne autant les personnes, leur entourage que les professionnels* » ;

• **le type de pathologie**. Ainsi, les personnes atteintes d'une maladie cardio-vasculaire restent, par exemple, davantage à domicile (sans transfert à l'hôpital) au cours du mois qui précède le décès. Une configuration moins fréquente chez celles atteintes de cancer, de maladies infectieuses ou encore, de pathologies de l'appareil respiratoire ou digestif ;

• **la survenue de symptômes d'inconfort** dont l'existence (ou pas) n'est pas sans lien avec le maintien à domicile ou, au contraire, le transfert vers l'hôpital dans les dernières semaines de vie.

Par ailleurs, rappelle l'Anesm, trois éléments agissent sur la qualité de l'accompagnement de fin de vie sui generis. D'une part, la cohérence du parcours de fin de vie et des objectifs thérapeutiques. Ensuite, la personnalisation de l'accompagnement et la prise en compte des caractéristiques culturelles, de l'histoire de vie de la personne, de son état cognitif, de ses douleurs et d'autres symptômes. Enfin, la qualité du lien entre les professionnels de l'aide et du soin, la personne et son entourage.

Plus largement, il convient, selon l'Anesm, de penser la fin de vie sous forme de trajectoires afin d'identifier des besoins différents au fil du processus, toujours en appréhendant la personne dans sa globalité. Trois types de trajectoire sont recensés : le déclin rapide (cancer agressif etc.), le déclin graduel (défaillances d'organes) et le déclin lent (troubles cognitifs etc.).

### Les professionnels de santé au cœur du réacteur

« Si les soins palliatifs et le recours à une sédation sont possibles à domicile, ils nécessitent, le plus souvent, l'appui d'une équipe spécialisée en soins palliatifs, dans les conditions définies s'agissant des modalités d'administration, d'adaptation et de surveillance des

médicaments, ainsi que d'accompagnement des proches et des professionnels » énonce le Plan national 2021-2024 - Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie. Qui explique que les spécificités ne sont pas tant médicamenteuses que de l'ordre des compétences et de la dimension organisationnelle. Ne serait-ce qu'afin de garantir la disponibilité de professionnels formés en soins palliatifs vingt-quatre heures sur vingt-quatre. « Ainsi, faciliter l'accès aux traitements palliatifs et la mise en œuvre des pratiques sédatives, à domicile, dans les conditions éthiques et collégiales requises, nécessite de doter les professionnels de l'appui requis, de moyens adaptés et d'un cadre de pratiques révisé pour accélérer l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles », peut-on lire dans le plan.

À l'heure où l'on constate « un déploiement

ou en cas de nécessité d'une technicité ou d'une intensité de soins. Elle est positionnée comme une structure de recours dont les équipes sont formées en soins palliatifs, offrant un accès aux médicaments de la réserve hospitalière, et mettant à disposition une équipe effectrice pluri-professionnelle avec une capacité d'intervention vingt-quatre heures sur vingt-quatre et disposant d'une régulation médicalisée. » Toutefois, « son articulation avec le médecin traitant et l'équipe de premier recours souvent antérieurement constituée [...] est à renforcer. »

### Un savoir-faire pour bien faire

Qu'importe qui est à la manœuvre, il est bien évidemment crucial que les professionnels de santé soient parfaitement rodés. Dans cette optique, l'Anesm entend leur assurer un soutien accru. Comment ? En les sensibilisant et en les formant à la démarche

**“ Les professionnels de l'ambulatoire doivent être encouragés à poursuivre les efforts effectués ces dernières années pour intégrer la démarche palliative dans leurs pratiques. ”**

insuffisant de la sédation profonde et continue jusqu'au décès à domicile et dans les établissements médico-sociaux », il importe donc d'inverser la tendance en collaboration avec les médecins généralistes et les infirmiers, « dont il convient de reconnaître le rôle pivot dans la prise en charge des situations palliatives à domicile ». Et l'Agence d'enfoncer le clou en insistant sur le fait que « les professionnels de l'ambulatoire doivent être encouragés à poursuivre les efforts effectués ces dernières années pour intégrer la démarche palliative dans leurs pratiques. » Parce qu'ils sont un rouage essentiel du dispositif, le Plan commande « d'accompagner la montée en compétence des IDE à domicile, notamment pour garantir la continuité de l'administration des thérapeutiques ». Soit, mais c'est bien l'HAD qui reste la pièce maîtresse de l'ensemble : « Son intervention se justifie autour des situations complexes, à risque de décompensation ou de transfert hospitalier,

palliative et à ses différentes facettes (droits des personnes, repérage des principaux symptômes d'inconfort, connaissance des acteurs intervenant dans les situations de fin de vie, gestion du stress émotionnel etc.) en particulier dans le cadre de leur formation continue.

Il est également question d'instaurer des échanges pluridisciplinaires consacrés à l'analyse des situations de fin de vie et incitant les professionnels à se questionner sur le respect des droits et des souhaits de la personne ainsi que sur les modalités de son accompagnement individualisé. Autre piste, élaborer des procédures (repérage des situations d'aggravation, prescriptions anticipées en lien avec les médecins traitants etc.) à activer au gré des besoins. ●





# DOSSIER

## RECOMMANDATIONS

PAR ALEXANDRE TERRINI

# Le CCNE à la pointe du combat

Dans son avis 139 intitulé “Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité”, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) se montre progressiste. À condition que les avancées suggérées s'effectuent dans un contexte préalablement aménagé pour cela.



Dans son avis 139, le CCNE dresse toute une série de propositions qui concernent les Idel au même titre, d'ailleurs, que l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge à domicile des patients en fin de vie.

Le CCNE affirme d'emblée qu'il « existe une voie pour une application éthique d'une aide active à mourir, à certaines conditions strictes, avec lesquelles il apparaît inacceptable de transiger ». Et d'enfoncer le clou sur la nécessité d'aller plus loin : « Le CCNE ne comprendrait ni l'absence d'engagement des acteurs politiques en faveur de mesures de santé publique dans

le domaine des soins palliatifs, ni la limitation du débat à celles-ci. » Et ce, à l'aune d'un impératif intangible : concilier le devoir de solidarité avec les personnes les plus fragiles et le respect de l'autonomie de la personne. À la clef, toute une série de propositions qui concernent les Idel au même titre, d'ailleurs, que l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge à domicile des patients en fin de vie. L'idée est, à chaque fois, d'infléchir et de renforcer les pratiques afin de créer un environnement qui assure une plus grande efficacité et améliore le déroulé de cette ultime période de l'existence. À cet égard, les principales recommandations du Comité constituent un véritable corpus que les Idel doivent s'approprier :

priorités des politiques de santé publique. Le CCNE recommande une politique résolument volontariste qui n'appelle pas de réforme législative mais engage des mesures permettant d'aboutir dans les meilleurs délais à une intégration des soins palliatifs dans la pratique de tous les professionnels de santé et en tous lieux de soins.

- Assurer le développement effectif d'une discipline universitaire, idéalement interdisciplinaire, consacrée aux soins palliatifs avec la nomination d'un universitaire dans chaque faculté de santé. Renforcer la formation initiale et continue aux soins palliatifs, à l'accompagnement des malades, à la relation et à la communication, à la construction du questionnement éthique et à la délibération.

### En 2019 :

- 27513 patients sont décédés en HAD, soit 5% de l'ensemble des décès.
- 89% de ces patients ont reçu des soins palliatifs lors de leur séjour de décès.
- La durée moyenne du séjour de décès était de 30,6 jours.
- Ces patients sont, en moyenne, décédés à l'âge de 80 ans, plus des deux tiers étant âgés de 75 ans et plus.
- 64% des décès lors d'une prise en HAD ont eu lieu à domicile.

Source : Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France, 2023.

- Imposer les soins palliatifs parmi les



## “Renforcer les soins palliatifs à domicile et dans les établissements médico-sociaux.”

- -Soutenir la recherche interdisciplinaire sur la fin de la vie.
- Valoriser les soins relationnels, l'accompagnement des personnes malades et de leurs proches, les pratiques respectueuses des droits des patients dans les temporalités requises, dans des lieux dédiés, avec des ressources humaines effectives, interdisciplinaires. Mettre en place et valoriser les

processus délibératifs nécessaires pour aboutir à des décisions justes lorsque des questions éthiques majeures se posent. Ces mesures supposent une réforme de la tarification en milieu hospitalier, médico-social ou libéral.

- Renforcer les soins palliatifs à domicile et dans les établissements médico-sociaux. À ce titre, il convient de reconnaître et de

valoriser la place des bénévoles, des aidants familiaux et professionnels mais également de développer le congé d'accompagnement ainsi que le droit au répit pour les accompagnants familiaux.

- Inscrire les soins palliatifs dans le cadre de Programmes régionaux de santé (PRS) et dans les projets médicaux des établissements de santé et médico-sociaux. Le tout sans omettre de faire obligation aux professionnels de santé (publics et privés) de chaque département de s'organiser pour mettre en place une équipe de soins palliatifs dans un délai rapproché.

- Procéder dans les meilleurs délais à une évaluation rigoureuse de la loi du 2 février 2016 afin de préciser l'ampleur des besoins cités aux points suivants et d'engager les mesures destinées à y répondre.

- Soutenir l'expression anticipée de la volonté notamment en incitant les Français à désigner une personne de confiance dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et à domicile (et) en incluant la rédaction des directives anticipées dans le processus d'accompagnement des patients qui s'apprêtent à vivre leur fin de vie.

- Favoriser le caractère interprofessionnel de la procédure collégiale, incluant si nécessaire la consultation d'experts, lors de toute décision d'arrêt de traitements.

- Rendre plus effectif l'accès à la sédation profonde et continue jusqu'au décès, à l'hôpital, dans l'ensemble des établissements médico-sociaux et à domicile.

- Encourager la sensibilisation de l'ensemble des professionnels de santé aux questions relatives à la fin de vie pour fluidifier et apaiser leur rapport à la mort, en somme, pour les aider à cesser de la confondre avec l'échec.

Et le CCNE de conclure son propos en martelant que « les mesures de santé publique citées précédemment doivent impérativement être prises. En effet, la très grande majorité des situations de fin de vie pénibles, voire inacceptables, résultent d'une mise en œuvre insuffisante, voire défailante, des dispositions législatives et réglementaires en vigueur. » ●



### Sédation profonde à domicile, mode d'emploi

La loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie dispose que la sédation profonde et continue jusqu'au décès peut être mise en œuvre, à la demande du patient, non seulement en milieu hospitalier mais aussi en établissement médico-social ou à son domicile.

Quel que soit le lieu privilégié, cette faculté concerne tout patient majeur ou mineur (ayant la maturité et les capacités de discernement et avec consentement des titulaires de l'autorité parentale) atteint d'une maladie grave et incurable. Ce dernier a le droit de demander une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMD) pour éviter la souffrance et ne pas subir une obstination déraisonnable. Sa demande en ce sens est examinée dans le cadre d'une procédure collégiale avec le médecin qui suit le patient, les membres présents de l'équipe soignante et au moins un médecin extérieur. Si la situation du patient est conforme aux dispositions de la loi, et à l'issue de la procédure collégiale, le médecin du patient met en place une SPCMD.

Pour ce qui est des modalités à domicile, « la mise en place d'une SPCMD nécessite de pouvoir joindre vingt-quatre heures sur vingt-quatre un médecin, un infirmier devant pouvoir se déplacer, précise la Haute Autorité de santé (HAS). À défaut, une hospitalisation à domicile peut être envisagée. Il faut aussi pouvoir s'assurer de la présence continue auprès du malade de membres de l'entourage capables d'alerter. Mettre en place une SPCMD à domicile ou en Ehpad nécessite d'avoir un lit de repli réservé dans un établissement de santé. Enfin, les consignes en cas d'évènement inattendu ou

d'urgence doivent être laissées par écrit. » Par ailleurs, les injections de midazolam – le médicament recommandé ici en première intention – sont poursuivies tout au long de la SPCMD. L'équipe de soins contrôle le pouls et le rythme respiratoire et assure l'évaluation clinique (profondeur de la sédation, degré de soulagement, surveillance des effets indésirables) deux fois par jour à domicile.



## DÉBAT

PAR LUCIEN SAGUE

# La Convention citoyenne ouvre la porte à l'aide active à mourir

**La fin de vie fait l'objet en ce moment d'un débat citoyen dont le résultat définitif doit bientôt être rendu public. Les premières tendances ont d'ores et déjà été publiées par le Cese, organisateur de la Convention citoyenne sur le sujet.**

Comme l'a annoncé le Conseil économique, social et environnemental (Cese) sur le site créé pour l'occasion, la Convention citoyenne sur la fin de vie a achevé le 19 février sa phase de délibération. Elle doit travailler sur son avis définitif durant ce mois de mars (jusqu'au 19). En attendant, 169 des 185 citoyens membres de la convention ont donc voté sur de premières grandes orientations. Il s'agissait pour eux de répondre à la question initiale posée par la Première ministre : "Le cadre d'accompagnement de la fin de vie répond-il aux différentes situations rencontrées ou d'éventuels changements doivent-ils être introduits ?".

Lors de ce premier vote :

- 83 % estiment que le cadre d'accompagnement de la fin de vie ne répond pas aux différentes situations rencontrées (21 oui, 140 non, 6 abstentions) ;
- 74 % estiment que l'accès à l'aide active à mourir doit être ouvert (125 oui, 32 non, 10 abstentions) ;
- 72 % estiment que l'accès à l'aide active à mourir sous la forme du suicide assisté devrait être ouvert (121 oui, 33 non, 13 abstentions).

## Rappel : ce que dit la loi Claeys-Leonetti

La loi, adoptée en février 2016, encadre la fin de vie des malades incurables et vise au « meilleur apaisement possible de la souffrance ». Elle permet, pour rappel, une « sédation profonde et continue jusqu'au décès » pour des patients en grande souffrance dont la mort est irrémédiable, et ce à brève échéance. Elle n'autorise pas, en revanche, l'« aide active » à mourir. D'aucuns estiment qu'il est surtout urgent de permettre à chacun, en établissement comme à domicile, de bénéficier réellement d'une prise en charge de la douleur et de la sédation profonde.



L'orientation de la Convention est claire et penche pour une évolution de la loi.

### Un travail entamé en décembre dernier

Pour rappel, le 13 septembre dernier, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) rendait un avis envisageant, lui aussi, l'introduction dans le droit français d'une « aide active à mourir » strictement encadrée. Le jour même, le président de la République annonçait le lancement d'une Convention citoyenne sur la fin de vie. Pilotée par le Cese, elle a officiellement démarré en décembre.

Lors de sessions de travail qui se déroulent le plus souvent le week-end, la Convention a auditionné de nombreuses personnalités :

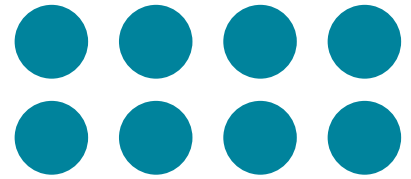
l'ancien député Alain Claeys, la présidente de l'Assemblée nationale, les représentants des principales confessions religieuses et spiritualités non-religieuses, des philosophes, des proches de personnes ayant eu recours à l'aide médicale à mourir...

### Vers une évolution de la loi d'ici fin 2023

En parallèle des travaux de la Convention citoyenne sur la fin de vie, une mission d'évaluation de la loi Claeys-Leonetti a été créée (en novembre 2022) et a démarré ses travaux. Composée de dix-neuf députés issus des différents groupes représentés à l'Assemblée nationale, elle a pour but, elle aussi, « de nourrir la réflexion préalable à la discussion d'un texte législatif », a précisé Fadila Khattabi, députée Renaissance de Côte-d'Or et présidente de la commission des Affaires sociales. L'ensemble de ces travaux devrait permettre de faire évoluer, le cas échéant, le cadre légal sur la fin de vie d'ici la fin de l'année 2023. ●



Voir le site de la Convention citoyenne sur la fin de vie  
<https://conventioncitoyenne-surlafindevie.lecese.fr/>



ENTRETIEN

PROPOS RECUEILLIS PAR ALEXANDRE TERRINI

# « Nous vivons comme des immortels »

**Régis Aubry, chef du département douleurs-soins palliatifs du CHU de Besançon, président de l'Observatoire national de la fin de vie et membre du Comité consultatif national d'éthique (CCNE), repositionne les défis que recèle la fin de vie, en particulier à domicile, à l'aune des exigences déontologiques qui lui sont consubstantielles.**

**Avenir & Santé : Quels sont les enjeux éthiques de la fin de vie à domicile ?**

Régis Aubry • L'enjeu principal est d'abord le respect de la volonté d'une personne qui est à la fin de son existence et a exprimé le souhait de vivre dans un lieu qui est le sien, qui fait sens. L'autre enjeu est la question de l'excès de médicalisation de la fin de vie. Depuis trente ans, on assiste, en effet, à une médicalisation croissante de cette dernière, ce qui est parfois discutable et qui, en tout cas, devrait être discuté. Et ce, dans la mesure où prolonger la vie n'est pas forcément l'objectif principal alors que l'on est atteint d'une maladie incurable. Or, parfois, la médecine contribue à maintenir artificiellement la vie alors que la volonté de la personne n'est pas celle-là mais de conférer de la valeur, du sens et de la qualité à ses derniers moments. On en vient là, pour

moi, au troisième enjeu, en l'occurrence, la priorisation, à la fin de l'existence, des liens socio-familiaux plutôt que de la dimension médicale. La fin de vie est souvent un temps de grande intensité émotionnelle et relationnelle. En cela, le domicile, bien plus que l'hôpital, facilite ce cheminement ultime.

**A&S : Cela signifie-t-il que l'on doit aller plus loin dans la reconnaissance du droit à mourir dans la dignité, autrement dit, doit-on consacrer le suicide assisté dans la loi ?**

R.A. • Le CCNE a rappelé, à ce sujet, que la condition intangible est de s'être donné, en amont, les moyens de garantir le respect de la personne en fin de vie. C'est là une attente très forte du CCNE à l'intention de nos décideurs pour qu'ils expriment clairement les priorités en matière de santé. Le devoir de solidarité vis-à-vis des personnes en

*« Une société qui protège les personnes les plus vulnérables est une société qui a un avenir dans la mesure où chacun d'entre nous est ou sera un jour vulnérable. »*

situation de vulnérabilité est d'abord un devoir d'accompagnement. C'est la priorité et nous devrions nous donner les moyens de cette ambition, par exemple, en valorisant les métiers de l'aide à domicile, la place des proches ou encore, le développement de la culture palliative et les alternatives à l'hospitalisation. Or, cela n'est pas le cas aujourd'hui. On en est encore à concevoir des plans sur ces sujets, ce qui signifie,



*Le Pr Régis Aubry, chef du département douleurs-soins palliatifs du CHU de Besançon, président de l'Observatoire national de la fin de vie et membre du CCNE.*

en creux, que nous n'avons pas déployé de politique aboutie. Ce n'est pas acceptable. Quant à l'assistance au suicide, elle doit être pensée dans le cadre d'une réflexion à la fois sur le respect de la volonté du patient et sur la nécessaire solidarité vis-à-vis de ces personnes. Si l'une d'elles exprime le désir de mourir, il ne faut, bien entendu, pas lui rétorquer que ce n'est pas légal mais analyser cette demande qui est toujours signifiante et qui souvent, d'ailleurs, n'exprime pas le souhait de mourir mais de ne pas souffrir, de ne pas être déconsidéré, etc. Ceci étant, lorsque l'on a vérifié que la demande correspond bien à la volonté de la personne, il convient peut-être de faire avancer le droit en direction de l'assistance au suicide. Mais, encore une fois, avant cela, il y a un devoir politique de prioriser les politiques d'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité. Une société qui protège les personnes les plus vulnérables est une société qui a un avenir dans la mesure où chacun d'entre nous est ou sera un jour vulnérable. Cette solidarité est, au demeurant, la raison d'être des sociétés même si l'on a tendance à l'oublier.

#### **A&S : L'état du droit sur ces questions-là est-il insatisfaisant ?**

R.A. • La fonction du droit n'est pas de répondre à toutes les questions. D'autant qu'il n'est pas fait pour gérer les situations exceptionnelles mais celles qui touchent le plus grand nombre. La loi de Claeys-Leonetti de 2016 ne répond pas à toutes les questions. Il est donc effectivement concevable d'envisager une évolution pour être en capacité de faire face à des situations qui, jusque-là, ne se posaient peut-être pas de cette manière. Mais, quand bien même le droit serait modifié, il ne faudrait pas imaginer, pour autant, qu'il résoudrait tous les problèmes. Néanmoins, il importe d'être pragmatique et de reconnaître qu'aujourd'hui, on est confronté, d'une part, aux limites du droit et, d'autre part, à l'évolution des situations générées par la médecine. Dans ces conditions, pourquoi le droit n'évoluerait-il pas ? Mais à condition que cela soit strictement encadré et précédé d'engagements politiques majeurs en matière d'accompagnement du vieillissement, de développement des soins palliatifs etc.

#### **A&S : Comment expliquez-vous le retard général sur ce sujet, qu'il s'agisse du**

#### **manque de formation des professionnels de santé, de la non-prise en charge des proches ou encore, de l'absence fréquente des directives anticipées ?**

R.A. • Je crois que l'on est probablement dans une forme de déni collectif autour de la question de la fin de vie. On ne veut pas regarder en face la réalité de notre société, laquelle est une société qui vieillit. Nous vivons comme des immortels en se tournant vers la médecine pour renforcer ce déni et en faisant mine de penser qu'elle pourrait, en quelque sorte, empêcher que les gens meurent. Si bien que la formation des professionnels de santé est exclusivement tournée vers un objectif de traitement et de guérison et non plus aussi vers une réflexion éthique, en particulier celle des limites de la vie. On peut être étonné du décalage entre ce constat et la demande des Français de faire modifier le droit en faveur de l'aide à mourir. Mais cette aspiration de nos concitoyens ne traduit-elle pas aussi, finalement, une peur de la mort ? En somme, de ce qui nous attend dans une société moderne qui valorise la jeunesse, la performance, l'absence de maladie, la rentabilité et qui, par ailleurs, produit, grâce à sa médecine, des personnes qui ne sont plus en capacité de satisfaire ces critères car elles sont malades, vieillissent et ont perdu leur indépen-

**“Seule [une] approche collective et interprofessionnelle est susceptible de générer les meilleures solutions en appréhendant au mieux la complexité de ces situations.”**

dance. Comme si, dans l'inconscient collectif, on voulait maîtriser ce qui n'est pas maîtrisable. Il faut donc faire attention à l'interprétation que l'on fait de la volonté exprimée par les citoyens.

#### **A&S : Comment concilier les volontés du patient relatives à sa fin de vie, notamment de l'abréger, et les convictions éthiques du professionnel de santé, en particulier de ville ?**

R.A. • Il est impératif d'entendre cette ambiguïté qu'il peut y avoir, pour le professionnel de santé, à être celui à qui l'on demanderait, d'un côté, de guérir les patients et, de l'autre, d'abréger leurs souffrances en leur administrant un produit létal. En revanche, aucun professionnel ne devrait affirmer haut et fort que ses convictions morales puissent s'imposer à autrui. S'il est empêché par sa conscience, il doit orienter le patient vers un autre confrère. Plus largement, cette question en induit une autre : en l'occurrence, ce que veut dire soigner sur le plan éthique. Administrer un produit létal est-il un soin ? Je ne le crois pas. Peut-on réfuter l'obligation d'écouter la demande d'une aide active à mourir ou d'une assistance au suicide ? Dans tous les cas, il convient d'accompagner, d'entendre et même d'accepter la demande du patient d'absorber un produit létal si l'on a préalablement acquis la conviction que sa requête correspond effectivement à sa volonté.

#### **A&S : Comment résumeriez-vous le rôle des infirmiers dans la prise en charge de la fin de vie à domicile ?**

R.A. • Il convient d'envisager la fin de vie à domicile avant tout comme le fruit d'un travail collectif qui inclut aussi les aides-soignants, les aides à domicile etc. Tout ce monde doit travailler

ensemble. Seule cette approche collective et interprofessionnelle est susceptible de générer les meilleures solutions en appréhendant au mieux la complexité de ces situations. Le rôle de l'infirmier est majeur mais, encore une fois, il est à concevoir au sein d'un collectif. Il est dans le cure et dans le care car soigner signifie à la fois être accompagné et être traité. ●

COORDINATION

PAR LOUISE DOBEL

# Une nécessaire complémentarité entre les acteurs de soins palliatifs et de fin de vie à domicile

Plus de 80% de la population souhaitent terminer leur vie chez eux. Pourtant, en 2019, seulement 23% des décès ont eu lieu au domicile personnel. À ce paradoxe s'ajoutent le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques qui entraînent une explosion des besoins en soins palliatifs, notamment à domicile. Y accompagner un patient en fin de vie qui le souhaite nécessite en effet de pouvoir prodiguer à domicile tous les soins médicaux et paramédicaux nécessaires tout en apportant un soutien relationnel et social à ses proches. C'est là la mission des différents acteurs qui interviennent au domicile, dans une démarche de coordination et de complémentarité.

Être chez soi améliore considérablement la qualité de vie d'une personne gravement malade. La condition ? Bénéficier de soins palliatifs... qui ne sont pas à confondre avec la fin de vie, comme le souligne Gwenaëlle Thual, présidente de l'Association française des aidants : « Il faut vraiment distinguer les deux. L'une



Les soins palliatifs à domicile ne peuvent être mis en place que si le médecin traitant estime que les soins peuvent être poursuivis à domicile, avec l'accord du patient et de ses proches et si les conditions du domicile le permettent.

désigne une période de vie, l'autre des soins. Traditionnellement, on entend par fin de vie les dernières semaines de vie là où les soins palliatifs peuvent parfois durer plusieurs années, voire décennies, comme en dialyse par exemple ». Les soins palliatifs ont en effet pour objectif de soulager les douleurs physiques mais aussi la souffrance psychologique (angoisse, dépression, inquiétude...), sociale (aspect financier) et spirituelle. Par conséquent, ils concernent toutes les personnes – quel que soit leur âge – atteintes d'une pathologie grave dont le pronostic est sombre et peuvent être proposés en complément des soins curatifs afin de préserver la qualité de vie du

patient et de ses proches. Ils peuvent être mis en place à tous les stades de la maladie (précoce, avancé ou terminal) et font l'objet d'une évaluation régulière par les différents intervenants qui les prodiguent. La fin de vie, elle, désigne les moments qui précèdent le décès d'une personne « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable quelle qu'en soit la cause » (code de la santé publique).

## Une équipe pluridisciplinaire pour des soins adaptés

Mais en pratique, deux tiers des personnes qui devraient bénéficier de soins palliatifs n'y ont pas accès. Et de fait, certaines conditions



sont nécessaires à cet accompagnement « afin que la personne reçoive effectivement les soins requis par sa situation », rappelle Gwenaëlle Thual. Ainsi, les soins palliatifs à domicile ne peuvent être mis en place que si le médecin traitant estime que les soins peuvent être poursuivis à domicile, avec l'accord du patient et de ses proches et si les conditions du domicile le permettent. Les soins palliatifs sont obligatoirement prodigués par une équipe pluridisciplinaire spécialisée : médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologues, diététiciens, kinés, pharmaciens... Le domicile doit donc être situé dans une zone géographique couverte par des professionnels de santé libéraux mais aussi un établissement d'hospitalisation à domicile (HAD) – ce qui est le cas dans tous les départements – ou une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).

Les différents intervenants se coordonnent afin d'aider à réaliser la volonté du patient d'être soigné dans son lieu de vie habituel. « Nous ne sommes pas en concurrence, insiste le Dr Élisabeth Hubert, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad). Avec les Idel, les soins palliatifs sont au contraire des situations où nous travaillons tous en très bonne intelligence puisque nous regardons dans la même direction. Nous ne nous posons pas de question ; nous travaillons ensemble. Et dans la plupart des cas, cela se passe très bien ! »

### Sous le sceau d'un continuum des soins

La réussite des soins palliatifs, surtout en fin de vie, repose sur la bonne coordination des différents acteurs pour que les bonnes ressources soient mobilisées au bon moment dans une logique de complémentarité. « Dans les situations palliatives, ●●●

**« C'est bien l'Idel qui, au regard de sa connaissance du patient et de son histoire – reste le professionnel référent du domicile, y compris en situation de fin de vie. »**

## Verbatims

**« Beaucoup n'imaginent même pas que l'on puisse maintenir à leur domicile des patients avec des soins de confort et de support et, a fortiori, en soins palliatifs » – Élisabeth Hubert, présidente de la Fnehad**



Dr Élisabeth Hubert

« L'HAD est un acteur important mais insuffisamment utilisé car une méconnaissance de son possible rôle dans les soins palliatifs et de la fin de vie à domicile persiste. Même si cela progresse, les médecins traitants estiment encore trop souvent ne pas avoir la compétence pour alléger la souffrance de cette période. Si bien que l'hospitalisation conventionnelle est souvent décidée alors que c'est justement ce qu'il faut éviter à tout prix pour les patients qui veulent finir leurs jours chez eux. Il est vrai que les professionnels des établissements de santé avec hébergement connaissent très mal le domicile et son champ des possibles. Beaucoup n'imaginent même pas que l'on puisse y maintenir des patients avec des soins de confort et de support, et, a fortiori pratiquer des soins palliatifs, si complexes soient-ils. C'est aussi notre rôle que d'aller leur expliquer ce que l'on peut faire et la place que peut avoir l'HAD en complément des acteurs du domicile traditionnels. Nous travaillons également à gagner en réactivité, même face aux situations complexes (patients et/ou aidants âgés, domicile isolé et/ou inadapté, etc.). Lors de la mise en place de soins complexes, un temps de préparation, d'évaluation (situation des patients, des projets de soins et de vie) et d'explication est évidemment nécessaire mais, dans ces situations extrêmes que sont les soins palliatifs, il faut pouvoir réduire au maximum ce temps. Une telle organisation relève de la dentelle : à domicile, il faut tout prévoir, y compris l'imprévisible ».

**« Dans les faits, l'équipe formée par le médecin généraliste, l'Idel et le PSAD fonctionne » – Louis Champion, président de la Fédération des PSAD**

« La fin de vie et les soins palliatifs à domicile sont un sujet de santé publique colossal et il nous faut y faire face avec réalisme – la mort à un coût et ce que l'on dépense pour la mort, on ne le dépense pas pour les vivants – et humanisme – dans la dignité et selon le désir des personnes. Et justement, un certain nombre de personnes veulent pouvoir mourir chez elles, dans la quiétude, sans être surmédicalisées. La plupart des médecins avec qui j'échange le souhaitent également pour leurs patients. De même,



Dr Louis Champion

on ne saurait concevoir la fin de vie sans Idel. Et s'il se pose un problème réel de temps médical, cela peut néanmoins s'imaginer à plus grande échelle. Dans les faits, l'équipe formée par le médecin généraliste, l'Idel et le PSAD fonctionne : ils se parlent, la dimension humaine de proximité existe. Ce n'est pas une solution pour tout le monde mais elle existe et elle est économiquement performante. Il nous faut donc recréer ce trinôme-socle pour cette période. Nous en parlons d'ailleurs avec les représentants d'Idel et espérons très rapidement des propositions très concrètes pour les tutelles. »

••• les temps de soins sont longs et multiples, et demandent un investissement en temps et modalités dont ne disposent souvent pas les Idel parce que certains besoins sont hors du champ du soin, rappelle le Dr Hubert. La plupart perçoivent donc l'intérêt d'un appui de l'HAD pour les soins de nursing, le soutien psychologique, les démarches sociales et administratives, etc. » D'autant que l'HAD dispose de médecins et d'infirmières coordinatrices d'astreinte 24h/24 « vers qui se tourner en cas de difficulté. Ils vont également avoir un rôle de filtrage des appels du patient ou des proches afin de s'assurer que le déplacement de l'Idel est effectivement nécessaire ». Car c'est bien ce dernier qui, au regard de sa connaissance du patient et de son histoire – reste le professionnel référent du domicile, y compris en situation de fin de

vie : « Quand l'organisation en soins palliatifs est faite comme elle doit l'être, les relations sont harmonieuses, selon Élisabeth Hubert. Lorsque les situations deviennent trop complexes, elles font même appel à nous pour gérer ensemble et pouvoir se concentrer sur leurs actes infirmiers. La HAD est vue pour ce qu'elle est et l'Idel ne se sent ni menacé ni écarté. Il y a alors ce véritable continuum des soins qui a permis de dépassionner, au fil du temps, nos difficultés. »

### **Un accompagnement humain, efficace et pertinent**

Autres acteurs privilégiés de la prise en charge à domicile : les prestataires de services en santé (PSAD). Le patient doit en effet bénéficier de tout le matériel médical

nécessaire et adapté à sa situation et ses traitements. « Cette période nécessite des soins qui demandent beaucoup de consommables », rappelle le Dr Louis Champion, président de la Fédération des prestataires de santé à domicile (Fedepsad). Les PSAD ont donc un rôle majeur de support et cela d'autant que, comme les Idel et l'HAD, leur maillage territorial est fort : « Acteurs de terrain, nous avons en commun de couvrir l'ensemble du territoire et de nous rendre au domicile des patients. Nous travaillons en binôme avec les Idel dans une médecine de proximité. Nous ne faisons pas le même job mais nous avons besoin les uns des autres et nous nous faisons réciproquement gagner du temps ». Et, en pratique, cela fonctionne parfaitement, souligne encore le Dr Champion pour qui la question de la coordination est « une fausse question. Cela relève du bon sens et nous sommes capables de travailler ensemble. Nous n'avons pas besoin qu'on nous explique comment faire. Dans les faits, chacun comprend et connaît sa mission. Et, en travaillant ensemble, les acteurs du domicile sont parfaitement capables d'apporter la réponse adéquate ». À condition, bien sûr, que la situation soit envisagée de manière à la fois humaine, efficace et économiquement pertinente... ●

**“Nous travaillons [les Psad, Ndlr] en binôme avec les Idel dans une médecine de proximité. Nous ne faisons pas le même job mais nous avons besoin les uns des autres et nous nous faisons réciproquement gagner du temps.”**





# DOSSIER

## REGARDS CROISÉS

PAR LOUISE DOBEL

# Sortir de l'aidance pour retrouver sa place de proche

Déjà accablé par la dégradation de l'état de santé de son parent (à prendre au sens large), voire par la fin annoncée de sa vie et donc, de leur relation, le proche endosse le rôle d'aidant, souvent malgré lui et au prix de sa propre santé, mentale comme physique. Et de fait, si les retentissements délétères de l'accompagnement en soins palliatifs et en fin de vie sur la santé des aidants sont désormais connus, les chiffres restent alarmants : près de 3 Français sur 10 âgés de 18 ans et plus sont considérés comme aidants. Près d'un quart d'entre eux intervient seul, sans accompagnement, et près d'un aidant sur deux fait le constat d'un impact négatif sur sa vie sociale et familiale. 50% se sentent parfois seuls et 62% se sont déjà retrouvés dans un état d'épuisement intense ou surmenés... Il est donc plus que jamais nécessaire d'aider les aidants, comme le révèlent les regards croisés de Gwenaëlle Thual, présidente de l'Association française des aidants, et François Génin, fondateur de Visitatio – Voisins & Soins, un dispositif d'accompagnement bénévole à la fin de vie à domicile à l'échelle du quartier (voir p26).

### Avenir & Santé : À quelles difficultés se trouvent confrontés les aidants durant la période de la fin de vie ?

**Gwenaëlle Thual** • L'une des principales difficultés qui nous est remontée réside dans la pléthore des dispositifs existants. À titre d'exemple, il existe un congé de solidarité familiale que l'on peut prendre pour l'accompagnement en fin de vie. Mais comment savoir quand le déclencher ? Et quel congé prendre entre celui-ci et le congé de proche aidant ? C'est extrêmement méandreux... Il y a également un profond désarroi quant à la technicité des informations, très accrue au domicile.

L'essentiel des besoins exprimés porte en effet sur la demande de reprendre ou de conserver une place de proche avant d'être dans un rôle d'aidant. Et pour cela, nombre de proches sont en demande d'un soutien psychologique et d'une qualité de dialogue avec les équipes intervenant au domicile, dont les Idel. Il faut également tenir compte du fait qu'il n'y a pas une identité-type de proche aidant mais, au contraire, une myriade de nuances et de complexités de situations

de vie. Cela a réellement un impact sur le vécu de l'accompagnement, y compris dans le processus de deuil.

**François Génin** • Et, il y a bien sûr la problématique de l'épuisement des aidants. S'il est enfin cerné et pris en compte, ce problème reste une réalité très grave. En effet, un tiers des aidants meurent avant la personne aidée, le plus souvent à cause de l'épuisement.

### A&S : De quoi ont-ils besoin face à ces difficultés ?

**F.G.** • Tout d'abord, qu'on prenne soin d'eux ! Il suffit de s'asseoir en face d'eux et de les regarder dans les yeux en leur posant la question : « *Et vous, comment allez-vous ?* ». En effet, tout tourne autour de la personne malade et les proches ont un très fort degré d'abnégation. Pour prévenir leur burn-out, il faut leur donner la possibilité de redevenir un conjoint, un fils, une fille... plutôt que de se transformer en auxiliaire de vie ou en soignant. Il s'agit de leur redonner la disponibilité nécessaire pour reprendre leur place de proche et certains aspects de leur vie "normale".



Gwenaëlle Thual

### A&S : Les proches doivent-ils être formés à la fin de vie ?

**G. T.** • C'est en effet quelque chose dont on entend parler. Mais les retours d'expérience et une étude l'ont démontré : les aidants ne souhaitent pas une formation pour avoir des compétences techniques. Cela n'a aucune incidence sur le plan psychique ! Ils ne veulent pas d'un savoir-faire technique mais des éléments de savoir être durant cette période difficile qu'est la fin de vie. ●

## Travailler avec des bénévoles, la solution ?

S'il est difficile d'avoir une estimation précise du nombre de bénévoles en soins palliatifs, on dispose cependant d'autres données. Ainsi, en France aujourd'hui, environ 400 000 personnes auraient potentiellement besoin de soins palliatifs. L'offre en la matière permet d'accompagner actuellement 100 000 personnes (dont 90 % à l'hôpital). Et si 20 à 25% des décès ne pourront jamais survenir ailleurs qu'à l'hôpital, le domicile est possible pour les 75 à 80% des situations restantes et moins critiques sur le plan médical. Et si le bénévolat était une partie de la solution ?



François Génin

« Dans de nombreux pays, la mort n'est pas un problème médical mais d'abord un problème humain, explique François Génin, fondateur de Visitatio – Voisins & Soins. L'approche repose alors sur une mobilisation forte des habitants du quartier ». Cette organisation à l'échelle des quartiers s'articule autour d'équipes composées de soignants spécialisés (médecins, infirmiers, psychologues, diététiciens...) et des bénévoles qui entourent les personnes afin de pallier l'isolement social, d'accompagner les malades, de soutenir les proches et d'entraîner des voisins et amis qui peuvent se rendre disponibles pour rendre de petits services. »

### Un exemple français en pratique

Et c'est dans cette inspiration que l'association Visitatio – Voisins & Soins trouve son origine : « Nous avons voulu adapter cette approche en tenant compte de la culture, de l'organisation, du cadre juridique et financier français pour que, à moyen terme, chaque quartier puisse se lancer et avoir une équipe formée pour les situations de fin de vie ou de maladies chroniques où la vie est en jeu sans que toutefois la mort soit inéluctable ».



Élisabeth Coquand

Chaque équipe compte environ sept bénévoles autour d'un référent, d'un médecin et d'une infirmière (chacun s'impliquant entre ¼ et 1,5 jour par semaine en moyenne). Chaque équipe accompagne environ cinq personnes pour une durée moyenne de trois mois. Les bénévoles sont évidemment accompagnés par des soignants formés aux soins palliatifs (et rémunérés par Visitatio – Voisins & Soins soit en salariat soit avec facturation pour les libéraux) et formés initialement puis de manière continue pour rester alertes sur toutes questions de fin de vie et de soins palliatifs.

### Une complémentarité entre bénévoles et soignants

« Nous avons des réunions hebdomadaires avec chaque équipe, précise Élisabeth Coquand, infirmière chez Visitatio – Voisins & Soins après y avoir été bénévole. C'est essentiel pour aider les bénévoles et leur apporter les bonnes réponses face à une situation difficile ». Et comme tous sont soumis au secret dans le cadre des visites et de leurs comptes-rendus, ces réunions sont

aussi l'occasion d'évoquer des questions qui ne peuvent être partagées autrement et de renforcer les liens d'équipe. « En ce qu'ils passent beaucoup de temps auprès des patients et de leurs proches, le regard des bénévoles est essentiel, poursuit Élisabeth Coquand. De mon côté, en tant qu'infirmière, je suis là pour les rassurer, les orienter, entendre ce qu'ils ont à partager après leurs visites et assurer un suivi régulier de l'évolution des situations et des questions des aidants ». Et cette complémentarité au sein de l'association est également de mise avec les professionnels de santé intervenant au domicile : « Nous sommes en lien mais nous ne nous substituons pas, insiste Élisabeth Coquand. Nous ne faisons pas de soins : ce temps de Visitatio – Voisins & Soins est un temps de vigilance, de réassurance et de conseils. La fin de vie est une période anxiogène pour tout le monde. En tant qu'infirmière Visitatio – Voisins & Soins, je suis libérée de toute contrainte horaire, de soins, etc. »

### De l'importance d'une démarche désintéressée

Et cette absence de contrainte est l'un des ingrédients clés de la démarche de Visitatio – Voisins & Soins, tout comme le total désintéressement comme l'explique François Génin : « La gratuité de la visite des bénévoles est essentielle car il n'y a pas d'autre motif que d'entourer la personne. Cela donne une dimension très humaine et aide les personnes accompagnées comme les proches à se décrire des paramètres médicaux pour entrer sereinement dans le cheminement personnel de la fin de vie, la réconciliation avec soi-même, sa vie, ses proches jusqu'au point de consentir à la mort... »

## Quel rôle pour les Idel ?

**Les infirmiers libéraux sont, bien sûr, aux premières loges lorsqu'il s'agit de prendre en charge la fin de vie au domicile. Si leur contribution a davantage trait au care qu'au cure, elle s'inscrit dans un collectif et dépasse de loin le domaine du soin.**

### Une intervention encadrée

On l'a dit, les Idel n'interviennent évidemment pas seuls dans le cas de soins palliatifs dispensés à domicile mais dans un cadre interprofessionnel, souvent en partenariat avec l'hospitalisation à domicile (HAD) ou plus rarement via les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad). Dans tous les cas, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) recommande de définir un cadre d'intervention de l'équipe de soins sous la forme d'un projet qui précise noir sur blanc la stratégie d'accompagnement de la fin de vie. « Il définit des objectifs stratégiques en matière de qualité des prestations. Il rend lisibles les modes d'organisation et de fonctionnement du service au regard des missions remplies et des valeurs respectées. Il devient ainsi un support pour garantir le respect des droits des personnes accompagnées. Son élaboration et sa révision s'appuient sur une dynamique participative associant autant que possible professionnels, personnes accompagnées, proches aidants et partenaires. Il est un document de référence », résume l'Anesm. Sont ainsi spécifiées les possibilités d'accompagnement au domicile ainsi que ses limites. En clair, les situations cliniques pouvant être assumées par les intervenants au domicile et celles pour lesquelles un relais ou un transfert vers l'hôpital doivent être envisagés, les décisions en la matière étant prises en accord avec le médecin traitant. Par



*Dans tous les cas, l'Anesm recommande de définir un cadre d'intervention de l'équipe de soins sous la forme d'un projet qui précise noir sur blanc la stratégie d'accompagnement de la fin de vie.*

- les droits des personnes en fin de vie soient respectés et que la continuité de l'accompagnement soit garantie ;
- le projet de service énonce clairement les axes stratégiques de l'accompagnement du patient ;
- l'organisation mise en place réponde aux besoins et aux attentes de ce dernier et de ses proches ;
- le rôle de chaque professionnel, dont le médecin traitant, et des autres intervenants, y compris les bénévoles, soit clairement défini ;
- la place des proches aidants soit identifiée ;
- tous les professionnels intervenants (soignants ou non soignants) participent, selon leurs compétences et attributions, à l'accompagnement de fin de vie dans le respect des souhaits de la personne ;

**“Les Idel n'interviennent pas seuls dans le cas de soins palliatifs dispensés à domicile mais dans un cadre interprofessionnel, souvent en partenariat avec l'HAD ou plus rarement via les Ssiad.”**

ailleurs, ledit projet décline les modalités des coopérations prévues entre les différents acteurs (HAD, réseau de soins palliatifs, associations de bénévoles d'accompagnement en soins palliatifs, services de soins palliatifs, etc.), ce qui commande d'identifier en amont les ressources du territoire sur lesquelles s'appuyer. Des conventions de partenariat peuvent, au demeurant être inscrites, dans le projet en tant qu'objectifs à atteindre. Enfin, le projet est l'occasion d'élaborer des procédures d'échange et de transmission des informations en interne et avec les autres parties.

En somme, comme le rappelle l'Anesm, ce document est le meilleur moyen que :

- la communication entre les différents intervenants soit organisée et la confiance installée.

### Interprofessionnalité et coordination, les maîtres-mots

En outre, l'Anesm suggère que les acteurs, dont les Idel, qui supervisent la démarche palliative :

- s'équipent d'outils (plan d'actions, tableau de bord...) permettant de suivre l'avancement des actions prévues et l'atteinte des objectifs ;
- organisent régulièrement une réflexion en équipe sur le suivi des données renseignées par les outils (plan d'actions et tableau de

- bord], en y associant les partenaires extérieurs participant à l'accompagnement de la fin de vie. Et ce, pour analyser les évolutions observées et si nécessaire adapter les moyens ou redéfinir les objectifs ;
- déclenchent systématiquement cette réflexion collective lors de la survenue d'un événement indésirable lié à une situation de fin de vie.**

Les Idel ont, ici, toute leur place sachant, insiste l'Anesm, que « *l'intervention de professionnels extérieurs nécessite des liens formalisés et s'appuie surtout sur des relations de confiance qui se tissent dans le temps à partir d'expériences partenariales réussies. L'objectif est de garantir un accompagnement harmonieux, c'est-à-dire parfaitement coordonné afin de limiter toute rupture dans l'accompagnement de la personne et de limiter les hospitalisations évitables, voire les décès dans le couloir des urgences.* »

Néanmoins, même si c'est le scénario qu'il convient absolument d'éviter, il est indispensable d'anticiper les situations pour lesquelles le recours à des ressources extérieures et/ou une hospitalisation devront être programmés : complexité des symptômes et/ou des traitements ; nécessité de dispositifs médicaux spécifiques (pompe à morphine, chimiothérapie, etc.) ; insuffisance de moyens ; épuisement des proches aidants ; environnement non adapté... À cet égard, trois situations clés sont susceptibles de mettre en péril la continuité de l'accompagnement : la nuit et les fins de semaine (absence du médecin traitant, pharmacie de garde éloignée du domicile etc.), les sorties d'hospitalisation et l'épuisement des proches aidants.

**« Trois situations clés sont susceptibles de mettre en péril la continuité de l'accompagnement : la nuit et les fins de semaine, les sorties d'hospitalisation et l'épuisement des proches aidants. »**

## La perfusion sous-cutanée en situation palliative

Même si le rôle des Idel en matière fin de vie à domicile, a fortiori en cas de soins palliatifs, incite, pour l'essentiel, à privilégier les soins de support et non pas tant à effectuer des actes techniques, la perfusion sous-cutanée en situation palliative mérite un éclairage particulier.

### Indications

- Difficulté ou impossibilité d'absorption par voie orale (troubles de la déglutition, de la conscience, de la vigilance, vomissements, occlusions...).
- Difficultés d'administration par voie intraveineuse ou abord veineux non indispensable.
- Apport hydrique minimal.

Il s'agit d'une technique simple et efficace, visant à administrer de façon continue (par perfusion, seringue électrique...) ou discontinue des médicaments par voie sous-cutanée.

### Avantages

- Confort :**
- moins traumatisant que la voie intraveineuse ;
  - préservation du capital veineux ;
  - liberté de mouvement du patient conservé ;
  - simplicité facilitant le maintien à domicile.
- Sécurité :**
- risque infectieux limité ;
  - simplicité de pose et de manipulation.

### À savoir

- Un léger gonflement en début de perfusion est normal.
- Ne pas piquer dans une zone lésée, indurée ou œdématisée.
- Le site de perfusion peut être maintenu plusieurs jours puis laissé au repos et réutilisé.
- Changer de site en cas de ponction (sang dans l'aiguille) d'un vaisseau, d'inconfort, de douleur, de rougeur...
- Pour des injections sous-cutanées répétées, sans perfusion continue, on peut laisser en place le cathéter. Après chaque injection, rincer la tubulure et l'aiguille avec du sérum physiologique afin que la totalité du produit injecté soit administrée.

Source : [www.palliaquitaine.org](http://www.palliaquitaine.org)

## Un rôle pédagogique

Les Idel concourent à l'information des patients et de leurs proches aidants quant à leurs droits. Notamment en leur remettant, quand il existe, un support didactique sur le sujet et en en décryptant avec eux le contenu lors d'entretiens. Les infirmiers libéraux sont aussi en capacité de recueillir les volontés et les souhaits des patients concernant leur fin de vie (organisation des funérailles, don d'organes...). Et ce dès le début de la prise en charge de la personne en fin de vie ou encore lors de la réévaluation du projet personnalisé suite à un épisode aigu de la maladie.

Les Idel peuvent, en outre, s'assurer, lors de la période d'accueil, auprès de la personne ou de ses proches aidants si le patient n'est plus en capacité de s'exprimer, que des directives anticipées ont bel et bien été rédigées, qu'une personne de confiance a été désignée voire qu'un mandat de protection future a été établi. Plus largement, il s'agit aussi d'identifier les préférences de la personne en fin de vie, voire, si cela n'a pas été fait, de procéder au recueil de ses souhaits sur les conditions de sa fin de vie (relations sociales et familiales, prise en charge de la vie spirituelle, préférences sur le lieu du décès etc.). ●

Source : "Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile", Anesm.

## DOSSIER

### TÉMOIGNAGES

PROPOS RECUEILLIS PAR ALEXANDRE TERRINI

## Des mots sur des maux

Deux Idel rompus aux prises en charge de fins de vie à domicile racontent, chacun à leur manière mais en partageant de nombreux points, ce délicat équilibre qu'il convient de maintenir afin que ce projet collectif soit mené à bien jusqu'à son terme.

**« Quelque chose qu'il faut sentir »**

**David Boyer, Idel à Pont-Sainte-Maxence (Oise)**

« J'ai commencé ma carrière dans un service d'oncologie au sein duquel nous étions donc rodés aux soins palliatifs. Il est évident que le fait d'avoir déjà une expérience à l'hôpital et d'avoir été confronté à des situations très diverses et à de nombreux décès m'aide beaucoup. Néanmoins, de prime abord, la prise en charge de la fin de vie a toujours été, pour moi, quelque chose de difficile. Et ce, non

pas forcément en ce qui concerne le patient lui-même mais plutôt son entourage. Si bien que pour aborder les choses avec davantage d'efficacité, j'ai décidé de passer un diplôme universitaire (DU en soins palliatifs). Cette formation ne donne pas toutes les solutions mais des bases théoriques solides. Au point qu'aujourd'hui, cela me semble indispensable à mon exercice, ne serait-ce que pour arriver à avoir le recul nécessaire. »

**« Si l'on n'a pas les épaules, il ne faut pas le faire »**

« Ce qui est extrêmement important lors des prises en charge de fin de vie en libéral, c'est, à la fois, d'avoir beaucoup de connaissances sur le sujet et de pouvoir s'appuyer sur un bon réseau de proximité spécialisé dans les soins palliatifs. La cohésion est fondamentale tout comme la cohérence car il faut que chacun des professionnels de l'équipe de soins ait le même discours et adopte la même ligne de conduite. On travaille plus que jamais en

de palier 3 ou des hypnotiques alors que dans une situation de fin de vie, ce qui prime avant tout, c'est que le patient soit soulagé.

À mes yeux, il ne faut pas se lancer dans l'accompagnement de la fin de vie si l'on n'a pas les acquis nécessaires, en particulier théoriques. Ensuite, c'est quelque chose qu'il faut sentir. Si ce n'est pas le cas, que l'on n'a pas les épaules ou que l'on ne se sent pas capable, il ne faut pas le faire. Il est important de savoir prendre du recul pour se protéger, de ne pas se laisser submerger par ses émotions au point de ne pas effectuer les soins comme il conviendrait. Quand on mesure l'empathie et l'investissement que ces situations demandent, on comprend aisément que tout cela n'est pas simple. Les premières fois, on y laisse des plumes et l'on apprend de nos erreurs. Puis, au fil du temps, on est de plus en plus professionnel, ne serait-ce qu'en prenant ses distances. Le reste est affaire de feeling. En ce qui me concerne, je n'ai pas de problème

**“ Il faut que chacun des professionnels de l'équipe de soins ait le même discours et adopte la même ligne de conduite. ”**

équipe sachant que le principal problème auquel nous sommes confrontés est les prescriptions. En effet, il est indispensable que la majorité d'entre elles soient anticipées pour que nous puissions faire face aux symptômes qui surviennent parfois de manière imprévue, au fil des semaines. Or, souvent, les médecins traitants sont très peu formés aux soins palliatifs et aux spécificités de la fin de vie. Si bien que dans la plupart des cas, ils n'osent pas trop prescrire des antalgiques

en la matière. Je me dis, à chaque fois, que c'est mon travail et j'opère une distinction avec ma vie personnelle. »

**« Instaurer au préalable une grande relation de confiance avec les proches »**

« Les soins palliatifs, c'est tout ce qu'il y a à faire quand il n'y a plus rien à faire. Pour autant, ce type de prise en charge, c'est vraiment du 100%. Cela nécessite ●●●



David Boyer

••• de se donner à fond car on est avant tout dans l'accompagnement. On est parfois appelé en plein milieu de la nuit parce que c'est la fin... Dans ces cas-là, on est au chevet du patient avec la famille. Cela nécessite d'avoir instauré, au préalable et dès les premiers rendez-vous, une grande relation de confiance avec les proches en les rassurant constamment par notre présence et en leur montrant que l'on peut être réactif. Ils doivent bien avoir conscience que l'on est là et d'abord, en cas de problème. En effet, ce qu'il faut surtout éviter, c'est que dans un mouvement de panique, les gens appellent le 15 et que la personne soit transférée à l'hôpital et décède sur un brancard. Cela ferait perdre tout son sens à la démarche initiale qui privilégiait le domicile. Par ailleurs, nous ne pouvons pas nous permettre d'être évasifs dans les réponses aux questions que l'on nous pose. On prépare les gens au regard de ce qu'ils sont capables d'entendre tout en s'efforçant de les rassurer au maximum. Pour cela, on procède étape par étape.

C'est un travail de longue haleine qui demande, de surcroît, beaucoup de temps sans que l'on puisse toujours évaluer ce dernier au préalable. Toujours est-il qu'il faut le prendre et se montrer toujours disponible. On ne peut pas être pressé et gérer les choses entre deux consultations. C'est pour cela que très souvent, au cabinet, quand nous avons affaire à une prise en charge de ce type, nous détachons un confrère exprès pour cela. À chaque fois, le défi est le même : ne pas avoir de regrets en ce qui concerne la prise en charge du patient. En somme, ne pas se dire que l'on aurait pu faire quelque chose et que l'on ne l'a pas fait. »

### « On est dans l'observation et l'écoute active »

**Isabelle Varlet, Idel à Parthenay (Deux-Sèvres)**

« Le rôle des Idel en matière de soins palliatifs ne consiste pas tant à effectuer des actes techniques – changement de la cassette de la perfusion des antidouleurs ou leur administration sous forme de comprimés, injection d'anticoagulants etc. –, lesquels sont très allégés, mais à être dans l'accompagnement et à privilégier les soins de support. En l'occurrence, la prise des constantes, l'évalua-

tion clinique quotidienne en particulier de la douleur, l'écoute et l'orientation du patient, la surveillance de son poids, veiller à sa bonne alimentation au besoin en lui délivrant des conseils etc. En effet, à ce stade, l'objectif numéro un est le confort du patient. Pour cela, on intervient dans divers domaines comme le positionnement optimal dans le lit mais aussi pour s'assurer que des directives anticipées ont bien été rédigées et que la personne de confiance a été désignée. En somme, on est beaucoup dans l'observation et l'écoute active. »

### « L'infirmier libéral est là en sentinelle, au quotidien »

« Les Idel sont mobilisés dans un cadre de pluridisciplinarité, sachant que quand le patient est déjà au domicile et que l'on s'aperçoit que son état atteint certaines limites, on sollicite alors le médecin traitant pour qu'il prescrive

« Il est essentiel que les Idel se forment aux soins palliatifs d'autant que nous n'avons pas tous la même sensibilité ni la même relation à la fin de vie et à la mort. »

des soins palliatifs, le plus souvent en faisant appel à l'HAD. Par la suite, notre rôle consiste, entre autres, à alerter cette dernière et le médecin traitant lorsque certains facteurs se dégradent. En revanche, ce n'est jamais nous qui décidons unilatéralement de modifier la posologie, en particulier d'augmenter les doses d'antalgiques.

Toujours est-il que l'infirmier libéral est là en sentinelle, au quotidien, au chevet du patient. Il accompagne, au demeurant, autant ce dernier que ses proches. Cet aspect est essentiel car si ces derniers se sentent désemparés, ils auront tendance à faire hospitaliser le patient au moindre problème. »

### « Conserver jusqu'au bout la posture du soignant »

« Enfin, il est essentiel que les Idel se forment aux soins palliatifs d'autant que nous n'avons pas tous la même sensibilité ni la même relation à la fin de vie et à la mort.



Isabelle Varlet

Or, il est sûr qu'il est plus facile d'appréhender ce genre de situations qui nous bousculent quand on dispose des outils pour ce faire. D'autant qu'il faut souvent agir auprès de gens que l'on connaît depuis longtemps pour les avoir déjà pris en charge. Cependant, il est essentiel de conserver jusqu'au bout la posture du soignant. Il ne faut pas verser dans l'émotionnel sinon, on ne s'en remet pas. Au contraire, il est impératif de conserver une certaine distance pour ne pas être démolie même si l'on est forcément affecté et qu'il y a toujours un temps de latence après le décès avant d'être en capacité de tourner la page. D'ailleurs, lorsque la personne décède, nous n'assistons pas à l'enterrement mais nous faisons systématiquement porter des fleurs. Le plus dur, c'est quand cela se passe mal, en l'occurrence quand la volonté du patient n'est plus respectée et qu'il retourne à l'hôpital pour y mourir parce que la famille n'arrive plus à gérer ou parce que l'on ne parvient plus à compenser le dysfonctionnement de plusieurs organes vitaux. Par ailleurs, ce type de prise en charge nous conduit aussi à réfléchir à notre rapport à notre propre mort. » ●



Voir la formation Afccopil "Soins palliatifs et fin de vie"



BIOGARAN

# LE PANSEMENT SUPERABSORBANT PAR BIOGARAN, TOUT SIMPLEMENT

## DOUX<sup>1</sup>

pour la peau et la plaie grâce à la couche en non tissé doux recouvrant toute la surface du pansement.



## TRÈS ABSORBANT<sup>1</sup>

Capacité élevée d'absorption et de rétention des liquides grâce à la couche superabsorbante en cellulose et en polyacrylate superabsorbant = minimise le risque de macération.



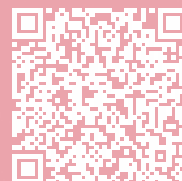
## IMPERMÉABLE<sup>1</sup>

Couche externe perméable à l'air et étanche à l'eau en polypropylène.



Le pansement superabsorbant stérile Biogaran® Super existe en 5 formats pour prendre soin des plaies très exsudatives.

Pour plus d'informations, scannez ce QR code



BIOGARAN

**CHAQUE JOUR, AGIR POUR LA SANTÉ.**

Pansement superabsorbant stérile Biogaran® Super est un Dispositif Médical de classe IIb destiné aux plaies modérément à fortement exsudatives incluant : ulcères de jambe, escarres, plaies du pied diabétique, plaies chirurgicales déhiscentes. Fabricant : Huizhou Foryou Medical Device Co. Ltd., 516005 Huizhou, Chine - organisme notifié : CE0123. Distributeur : Biogaran, 15 bd Charles de Gaulle, 92700 Colombes. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice d'emploi et/ou étiquetage du pansement superabsorbant stérile Biogaran® Super.

Date de création : Février 2023.

Remboursé par les organismes d'Assurance maladie dans certaines situations : consultez les modalités sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr).

(1) Se référer à la notice du Pansement superabsorbant stérile Biogaran® Super

PO 01070-02/23 - Février 2023

## CANCER COLORECTAL

PROPOS RECUEILLIS PAR LOUISE GUYON



# Un dépistage à promouvoir auprès des patients

Le mois de mars, avec l'opération Mars bleu, est traditionnellement le mois dédié à la promotion de la prévention et au dépistage du cancer colorectal en France. Rappelons que ce cancer est la deuxième cause de mortalité par cancer en France alors même que s'il est détecté tôt, il se guérit dans neuf cas sur dix. Le dépistage joue donc un rôle essentiel. Entretien pour Avenir et Santé avec le Dr Catherine Grenier, Directrice des assurés à la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des Soins de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie.

### Avenir & Santé : Quels sont les enjeux de la campagne de dépistage du cancer colorectal ?

**Dr Catherine Grenier** - Le programme national de dépistage du cancer colorectal s'adresse aux femmes et aux hommes âgés de 50 à 74 ans sans symptôme ni antécédent de maladies touchant le côlon ou le rectum.

Avec environ 43 000 nouveaux cas (dont environ 23 000 hommes et 20 000 femmes) et plus de 17 000 décès par an, le cancer colorectal est la deuxième cause de décès par cancer en France, ce cancer évoluant souvent dans un premier temps, sans symptôme, ni signe perceptible.

Dans le cadre de la campagne, tous les deux ans, la population de 50 à 74 ans concernée est invitée, par courrier du Centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC), à réaliser un test de dépistage. S'il est positif, et après

avoir été complété par la réalisation d'une coloscopie, il permet de repérer un polype avant qu'il n'évolue en cancer et de détecter un cancer à un stade très précoce, ce qui augmente les chances de guérison.

En cas de dépistage dans ce cadre, le cancer peut être guéri dans 9 cas sur 10. Détecté à un stade plus avancé, le traitement sera plus lourd et plus contraignant avec des résultats incertains.

Le test, non invasif et simple d'utilisation par la personne elle-même, s'effectue à domicile. Il est pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie sans avance de frais.

### A&S : Quels sont les résultats de la campagne de prévention ?

**Dr C.G.** - La participation à ce dépistage demeure faible par rapport aux standards européens de 45 % et aux recommandations européennes de 65 %, puisqu'en 2020-2021, il était de 34,6 %.

Afin d'augmenter le taux de participation, plusieurs actions ont été progressivement mises en place au niveau national depuis 2018 avec tout d'abord un élargissement de la remise des kits aux gynécologues, gastro-entérologues et aux médecins de centres d'examen de santé, et depuis le 7 mai 2022 aux pharmaciens.

Le kit de dépistage est également directement envoyé à domicile, par voie postale, lors de la seconde relance (en moyenne dix mois après l'invitation) pour les personnes ayant déjà participé à une des trois campagnes de dépistage précédentes. Enfin, le 1<sup>er</sup> mars 2022, un site de commande en ligne a été mis en place, à destination des assurés (<https://monkit.depistage-colorectal.fr>).

Par ailleurs, l'Assurance maladie prépare pour 2024 la reprise des invitations au dépistage, actuellement organisées par les CRCDC, comme annoncé par le ministre de la Santé et de la Prévention et le ministre de l'Enseignement supé- ●●●

43 000



••• rieur, de la Recherche et de l'Innovation le 5 décembre 2022 à l'occasion du premier Comité de suivi de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.

### A&S : En cas de test positif, quelles sont les étapes suivantes de la prise en charge ?

Dr C.G. • Dans 4 % des cas, les tests sont positifs, ce qui ne signifie pas pour autant que le patient a un cancer mais que du sang a été détecté dans ses selles (ce qui peut avoir plusieurs causes). Un protocole est alors respecté. Le laboratoire en charge de l'analyse informe le patient, le CRCDC et le médecin (ou les médecins si deux médecins ont été renseignés sur la fiche d'identification adressée au laboratoire en même temps que le tube contenant les selles). Le médecin traitant oriente alors le patient vers un gastro-entérologue pour la réalisation d'une coloscopie, examen de diagnostic permettant d'identifier l'origine du saignement. Effectué sous anesthésie, cet examen permet de visualiser l'intérieur du

## “Les Idel ont une place grandissante pour accélérer le virage préventif, notamment s'agissant du dépistage du cancer colorectal”

colôn et du rectum pour déceler la présence éventuelle de polypes et de les retirer avant qu'ils ne se transforment en cancer. Dans plus de la moitié des cas, la coloscopie ne décèle aucune anomalie. Elle détecte un polype dans 30 à 40 % des cas et un cancer dans 8 % des cas.

### A&S : Existe-t-il d'autres techniques de prévention ?

Dr C.G. • Le risque de développer un cancer colorectal n'est pas le même pour tout le monde. Il dépend de l'âge du patient et de son histoire personnelle et familiale, ainsi que de son mode de vie. Il est important de connaître le niveau de risque du patient afin de déterminer les modalités de dépistage ou de surveillance les mieux adaptées. Trois niveaux de risque ont ainsi été définis.



Le mois de mars, avec l'opération Mars bleu, est traditionnellement le mois dédié à la promotion de la prévention et au dépistage du cancer colorectal en France.

Tout d'abord “moyen” (80 % des cancers) : pour ces personnes, la Haute Autorité de santé (HAS) recommande le test immunologique de dépistage utilisé dans le cadre du programme national de “dépistage organisé”.

Puis “élevé” (15 à 20 % des cancers) ou “très élevé” (1 à 3 % des cancers) : pour ces personnes, il n'est pas nécessaire de réaliser le test immunologique de dépistage. C'est à leur médecin de les orienter vers un gastro-entérologue et/ou un spécialiste en oncogénétique afin de déterminer les modalités de dépistage ou de surveillance adaptées à leur situation.

### A&S : Quel rôle les infirmiers libéraux peuvent-ils jouer dans le cadre de cette campagne ?

Dr C.G. • Ils ont une place grandissante pour accélérer le virage préventif. Concernant le dépistage du cancer colorectal plus précisément, ils peuvent à ce jour sensibiliser les assurés de la tranche d'âge concernée au programme national de dépistage du cancer

colorectal. Ils peuvent aussi les orienter vers les professionnels de santé susceptibles de leur remettre un kit ou les encourager à le commander directement sur le site après vérification de leur éligibilité.

L'orientation vers le dépistage organisé de la population qui y est éligible repose sur la mobilisation de tous les professionnels de santé. ●

### Plus d'information sur le dépistage du cancer colorectal

• Sur Ameli - <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-colorectal/depistage-gratuit-cancer-colorectal50-74-ans>

• Sur la page de l'Institut national du cancer - <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal>



Mon kit dépistage colorectal

Le site de commande en ligne du kit de dépistage à destination des assurés [<https://monkit.depistage-colorectal.fr>]

## PLAIES TRÈS EXSUDATIVES

PAR LAURA CHAUVEAU

# Quel(s) pansement(s) approprié(s) ?

**Une gestion efficace des exsudats est indispensable pour assurer une cicatrisation sans retard ni complications. Petit récapitulatif des dispositifs recommandés en cas de plaies hyper-productives.**

**P**our rappel, en cas de plaies très exsudatives, deux types de pansements sont recommandés : les hydrofibres et les hydrocellulaires superabsorbants.

### Principe d'action

Les pansements hydrofibres sont indiqués quelle que soit la phase de cicatrisation et sont à renouveler tous les 2 à 5 jours jusqu'à la cicatrisation. Composés de plus de 50 % de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC), ils se transforment au contact des exsudats en gel cohésif et se présentent sous forme de compresses ou de mèches. Les pansements hydrocellulaires super-ab-

sorbants, utilisables dans les phases de déterction et de bourgeonnement, sont à renouveler tous les 2 à 3 jours jusqu'à la phase de bourgeonnement. Ils absorbent au moins deux fois plus que les pansements absorbants classiques dits "américains". Ils s'en distinguent également par leur composition intégrant des polymères superabsorbants caractérisés par leur forte capacité d'absorption et de rétention des exsudats, y compris lors d'un traitement compressif associé. Cela leur permet de minimiser le relargage d'humidité dans la plaie et la peau péri-lésionnelle, et donc de protéger contre le risque de macération.

Pris en charge par l'Assurance maladie depuis 2016, ils peuvent être utilisés comme pansements primaires ou secondaires et améliorent considérablement la vie de certains patients souffrant, par exemple, d'ulcères veineux ou artériels ou encore, d'escarres. À noter toutefois que les hydrofibres et les hydrocellulaires superabsorbants n'ont aucune propriété hémostatique. En cas de plaies dont l'exsudat indique un saignement,

### Les risques liés à la mauvaise gestion de l'exsudat

- Plaies malodorantes
- Macération de la peau péri-lésionnelle et agrandissement de la plaie
- Risque accru d'infection
- Perte de protéines et exposition du patient à un déséquilibre électrolytique
- Douleur et inconfort

il est donc recommandé d'utiliser des pansements alginates.

### L'enjeu d'évaluer l'exsudat

Comme vous le savez, la quantité d'exsudat évolue selon le stade de la plaie : quasi inexistante en phase de nécrose sèche, elle est très abondante en phase détersivo-inflammatoire, pour se raréfier en phase de bourgeonnement et d'épidermisation. Elle est, bien souvent, d'autant plus importante que la surface de la plaie est grande. Ainsi, les brûlures étendues, les ulcères veineux de jambe ou ulcères inflammatoires produisent une quantité d'exsudat plus élevée.



*Les brûlures étendues, les ulcères veineux de jambe ou ulcères inflammatoires produisent une quantité d'exsudat plus élevée.*

La nature et la consistance de l'exsudat peuvent également varier :

- **l'exsudat le plus clair**, que l'on appelle séreux, est l'exsudat "normal" ou physiologique, signe de bonne santé de la plaie ;
- **l'exsudat teinté de rouge** (allant du rose très clair au rouge sang), dit "séro-sanglant" voire "hémorragique" ;
- **l'exsudat teinté de vert**, qui indique une infection bactérienne<sup>1</sup> ; auquel cas les pansements modernes sont contre-indiqués : il faut revenir aux compresses et aux bandes "classiques" ;
- et enfin, lorsque les tissus meurent, un **exsudat plutôt jaune-orangé**, tirant vers le brun.

L'exsudat blanc trouble, un peu épais, peut signaler une infection purulente, avec présence de bactéries. Une odeur désagréable indique par ailleurs une prolifération bactérienne ou une infection, mais également la présence de tissus nécrosés.

### Les règles et unités de mesure

Pour évaluer la quantité de l'exsudat d'une plaie, on peut utiliser l'évolution du nombre de mèches ou de compresses utilisées comme repère. L'important est simplement de conserver, tout au long de la cicatrisation, les mêmes règles et unités de mesure.

## "L'idéal, pour s'assurer de la bonne gestion de l'exsudat, est de se fier à l'extérieur du pansement secondaire"

La quantité d'exsudat peut être qualifiée de plusieurs manières :

- **absent** : les tissus de la plaie sont secs ;
- **très faible** : les tissus sont humides et aucun suintement n'est visible ;
- **faible** : les tissus sont très humides, le pansement est imbibé et l'exsudat imprègne moins de 25 % du pansement ;
- **modéré** : les tissus sont mouillés et l'exsudat imprègne de 25 à 80 % du pansement ;
- **abondant** : les tissus sont détrempés et l'exsudat a imprégné plus de 80 % du pansement.

25%

L'idéal, pour s'assurer de la bonne gestion de l'exsudat, est de se fier à l'extérieur du pansement secondaire : celui-ci doit être propre lorsque l'on revient, c'est-à-dire qu'il ne doit pas y avoir de tâche visible, sauf à l'intérieur du pansement. Si plus de 25 % du pansement est taché, cela signifie que les tissus sont mouillés et que l'exsudat est mal contrôlé. ●

<sup>1</sup> Il faut bien faire la différence entre une véritable infection et une colonisation bactérienne : un exsudat trouble est le signe d'une colonisation bactérienne, qu'il faut surveiller de près ; une infection, elle, se repère à cinq critères spécifiques : une douleur, une chaleur, une rougeur, un œdème et de la fièvre. En l'absence de ces cinq éléments, on ne peut parler d'infection, sauf chez les patients diabétiques, pour lesquels l'infection est bien souvent très vicieuse. S'ils sont réunis, les pansements modernes sont alors contre-indiqués. Il faut revenir aux compresses et aux bandes "classiques".

## Liste (non exhaustive) des pansements hydrocellulaires superabsorbants présents sur le marché en France

- Biogaran : Biogaran® Super
- BSN-Radiante : Cutimed Sorbion®
- Convatec : ConvaMax® Superabsorber
- DTF : Curea®
- Hartmann : RespoSorb® Super
- Inresa : DryMax® Extra Easy, Sorbact® Superabsorbant
- KCI Medical/3M : Kerramax® Care, Tegaderm® Superabsorber



-Lohmann & Rauscher : Vliwasorb® Pro, Vliwasorb Sensitive (version siliconée du pansement Vliwasorb Pro)

-Marque Verte : AbsorSorb®

-Mölnlycke Healthcare : Mextra® Superabsorbent nouveau pansement "exufiber"



-Smth & Nephew : Duramax S (composé de six couches)

### Ressources

- "Aide à la prescription du pansement primaire pour plaie chronique", Mémo, Assurance maladie, février 2016.
- "Wound exudate: effective assessment and management", Document de consensus, World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), 2019.
- "Principes de bonne pratique : l'exsudat et rôle des pansements", Document de consensus, World union of Wound Healing Societies 2007.

PROCÉDURE

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



## La procédure disciplinaire infirmière

**Au fil des années, l'exercice infirmier s'est largement diversifié et par là, complexifié. De l'hôpital au libéral, les différents types de pratiques et soins apportés aux patients ne sont pas sans conséquences juridiques et procédurales. En effet, l'infirmier est soumis à un code de déontologie strict qu'il se doit de respecter en toutes circonstances, ce à quoi veillent les instances ordinales. Rappel des règles et procédures induites par l'exercice infirmier.**

Pour mémoire, la pratique infirmière est encadrée par un code de déontologie, dont le respect est assuré par un Ordre. La déontologie infirmière se définit comme l'ensemble des règles, principes et normes éthiques qui régissent la pratique professionnelle des infirmiers. Cette déontologie est la pierre angulaire de toute la relation de soins entre l'infirmier et son patient,

La déontologie infirmière vise à garantir la qualité des soins, la sécurité des patients ainsi que le respect de la dignité et des droits des personnes prises en charge.

Ainsi, les principes cardinaux en matière de déontologie infirmière incluent notamment, *vis-à-vis des patients* :

- le respect de la dignité et des droits des patients, dont ceux à l'autonomie, à l'information, au consentement éclairé et à la confidentialité de leurs données de santé ;
  - l'obligation de compétence de l'infirmier et de mise à jour des connaissances afin de permettre une qualité des soins, l'obligation de formation ;
  - le respect de la vie humaine ;
  - la responsabilité de ses actes et décisions.
- Vis-à-vis des autres professionnels de santé*

et notamment de ses confrères, l'infirmier est également tenu au respect d'un bon nombre de règles dont les plus importantes sont l'obligation de bonne confraternité ainsi que l'interdiction du détournement ou captation de patientèle entre infirmiers. Du devoir de bonne confraternité entre infirmiers

aux règles déontologiques par les infirmiers. Plusieurs étapes sont comprises dans le processus de règlement disciplinaire des différends en droit infirmier.

### Étape 1 – La plainte ordinale

La plainte ordinale est l'acte permettant la saisine du Conseil de l'Ordre infirmier (COI)

**“ En cas de non-respect de la déontologie infirmière, une procédure disciplinaire peut être enclenchée à l'initiative des patients ou de celle d'autres infirmiers lésés. ”**

découle un nombre considérable d'autres règles telles que les devoirs de probité, de loyauté, de moralité, ou encore d'humanité. En cas de non-respect de la déontologie infirmière, une procédure disciplinaire peut être enclenchée à l'initiative des patients ou de celle d'autres infirmiers lésés.

### Les quatre étapes de la procédure disciplinaire en droit infirmier

En droit infirmier, la procédure disciplinaire vise à traiter les manquements et violations

dont relève l'exercice des infirmiers parties au litige.

Une plainte ordinale peut être déposée par un patient ou par un infirmier, mettant en cause les agissements reprochés au praticien. Il convient de dire que la plainte ordinale doit être fondée en droit ainsi qu'en fait. En d'autres termes, elle ne doit pas s'apparenter à un simple signalement, ce dernier ne permettant pas d'enclencher la procédure disciplinaire. Une fois la plainte reçue par le COI, ce dernier en fait alors parvenir une copie

à l'infirmier mis en cause, lequel dispose d'un délai pour faire valoir ses observations à l'Ordre, en réponse aux faits qui lui sont reprochés. Cette notification est importante sans quoi la procédure ne pourrait se tenir.

### Étape 2 - La conciliation ordinale

Une fois les parties valablement informées des arguments réciproques, de part et d'autre, le COI convoque les infirmiers à une réunion de conciliation ordinale. Il s'agit d'un préalable à toute poursuite disciplinaire, les parties étant invitées à parvenir à un règlement amiable de leurs différends. Ces dernières ont la possibilité de se faire assister par un avocat aux fins de défense de leurs intérêts. Les règles s'étant diversifiées et complexifiées, il est donc hautement recommandé que l'infirmier soit accompagné d'un avocat en la matière.

Lors de la réunion de conciliation, la partie étant à l'origine de la plainte est invitée à s'exprimer en premier. Par la suite, la partie en défense, contre laquelle la plainte a été initiée, est à son tour amenée à s'exprimer et faire valoir son point de vue.

Une fois ces préalables entrepris, le COI peut être amené à poser des questions à l'une ou l'autre des parties afin de clarifier certains points et/ou donner son point de vue sur la situation (rappelons tout de même que les membres du Conseil de l'Ordre doivent respecter un devoir d'impartialité vis-à-vis des parties et ne doivent pas se retrouver dans une situation de conflit d'intérêts à leur égard). Les avocats, lorsque les parties sont assistées par un avocat, recentrent ensuite les débats sur les questions purement juridiques qui nécessitent un éclaircissement et sur lesquelles il convient de protéger les intérêts de l'infirmier concerné et d'anticiper ainsi au mieux la suite des événements.

L'objectif principal de la conciliation ordinale est de trouver une solution équitable

et satisfaisante pour toutes les parties impliquées.

À l'issue de la réunion de conciliation ordinale, quatre types de procès-verbaux peuvent être dressés :

- **un procès-verbal de conciliation totale** : les parties ont trouvé un accord sur l'ensemble de leurs différends ;
- **un procès-verbal de conciliation partielle** : les parties ont trouvé un accord sur une partie seulement de leurs différends ;
- **un procès-verbal de non-conciliation** : les parties ne sont pas parvenues à un accord ;
- **un procès-verbal de carence** : une ou l'ensemble des parties ne se sont pas présentées à la réunion de conciliation.

En cas de non-accord entre les parties, la plainte est ensuite transmise à la chambre disciplinaire de première instance, le COI ayant la possibilité de se joindre ou non à la plainte ordinale.

### Étape 3 - La chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre infirmier

Si la partie à l'origine de la plainte ordinale souhaite maintenir la procédure, la plainte est alors transmise à la chambre disciplinaire de première instance qui envoie alors une notification à la partie en défense afin de lui adresser copie de la plainte et plus généralement, copie de la procédure incluant notamment le procès-verbal de délibération du COI.

La partie en défense est donc amenée à constituer un mémoire en défense afin de répondre valablement à ce qui lui est reproché. Là encore, il est important que les parties puissent être valablement accompagnées par un avocat spécialisé en la matière et ce, afin d'assurer efficacement la défense de leurs intérêts.

Une audience a lieu par devant la chambre disciplinaire de première instance laquelle est composée d'infirmiers inscrits au tableau de l'Ordre ainsi que d'un magistrat.

Les sanctions disciplinaires peuvent aller de l'avertissement à la radiation du tableau de l'Ordre, en passant par la suspension temporaire du droit d'exercer.

Les décisions de la chambre disciplinaire de première instance peuvent par la suite être contestées devant la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre infirmier.

### Étape 4 - La chambre disciplinaire nationale de l'Ordre infirmier



*Nous ne saurions que trop recommander aux infirmiers de se faire assister par un avocat spécialisé en la matière et ce, dès le stade de la réunion de conciliation.*

L'appel de la décision rendue par la chambre disciplinaire de première instance est porté devant la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre infirmier. Celle-ci est composée d'infirmiers assesseurs et est présidée par un magistrat membre du Conseil d'État.

Le délai d'appel de la décision de première instance est de trente jours à compter de la notification de la décision. Toutefois, ce délai est porté à deux mois si la notification de la décision ne fait pas mention des voies et délais de recours.

Par la suite, et après audience, les parties ont la possibilité de se pourvoir en cassation à l'encontre de la décision rendue par la chambre nationale, le délai étant de deux mois à compter de la notification de la décision nationale. Le pourvoi en cassation est porté devant le Conseil d'État.

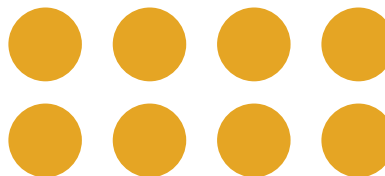
En conclusion, nous ne saurions que trop recommander aux infirmiers de se faire assister par un avocat spécialisé en la matière et ce, dès le stade de la réunion de conciliation. En effet, un dossier en apparence "léger" peut faire encourir de lourdes conséquences à l'infirmier qui ne le traiterait pas avec sérieux et ce, dès le commencement de la procédure. Par ailleurs, il convient de préciser que la procédure disciplinaire infirmière ne fait aucunement obstacle aux actions suivantes, qui peuvent être engagées et menées en parallèle, à savoir :

- *des actions civiles* par devant les juridictions judiciaires ;
- *des actions pénales* initiées par le ministère public ou par toute personne ayant un intérêt à agir ;
- *des procédures en cas d'erreur ou d'abus de cotation* dans le cadre de l'exercice infirmier. ●

**« Un dossier en apparence "léger" peut faire encourir de lourdes conséquences à l'infirmier qui ne le traiterait pas avec sérieux et ce, dès le commencement de la procédure. »**

## DÉCLARATION 2035

LUC LEESCO, EXPERT-COMPTABLE,  
PARTENAIRE DE FNI COMPTA



# De la méthode pour une déclaration réussie

Y a-t-il une méthode précise pour établir la 2035 ? Existe-il des applications spécialisées ? Le recours à un expert-comptable est-il utile ou indispensable ?

**V**ous exercez une profession libérale et avez réalisé en 2022 un chiffre d'affaires (CA) supérieur à 72 600 € ? Vous êtes donc concerné par la déclaration 2035. Vous pourrez vous libérer de cette obligation dès le mois de mars à réception de vos attestations Madelin. Voyons comment préparer ce document.

### Une comptabilité "au fil de l'eau"

Le statut de professionnel libéral induit une comptabilité de type "recettes-dépenses". Les sommes perçues en banque doivent être "ventilées" chronologiquement. Si vous avez attendu cette échéance pour saisir vos informations, il va falloir vous armer de patience et produire toute la comptabilité de l'année précédente.

Certains ont bien compris l'intérêt d'une application comptable dédiée permettant une collecte directe auprès de la banque, "au fil de l'eau". Une telle application va ventiler ces chiffres pour la clôture fiscale évitant les reports manuels, sources d'erreur et de stress. Le jour de l'échéance, tout est prêt pour la déclaration 2035.

### Le dépose-minute

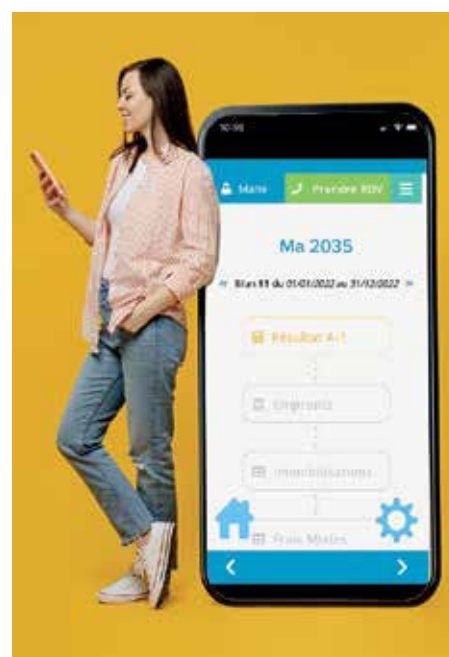
Ne commencez jamais votre déclaration 2035 avant de disposer de tous les éléments requis. Pour ne rien oublier, rien de mieux qu'une check-list ainsi qu'un emplacement pour stocker tous vos documents au fur et à mesure de leur réception, sous forme de "dépose-minute". Vous pourrez y entreposer :

- le dernier relevé de banque de l'année ,
- les factures d'acquisition d'immobilisation ,
- le tableau d'amortissement d'un nouvel emprunt ,
- le relevé détaillé de vos kilomètres professionnels et la carte grise ,
- les avis d'appel de cotisations ,
- les attestations de déductibilité de vos contrats Madelin...

Lorsque vous êtes certain que tout est bien là, c'est le moment de vous lancer !

### La révision des comptes

À ce stade et avant la clôture, il faut examiner chaque compte du grand livre pour détecter



les anomalies (intrus ou omission). C'est la première étape, celle indispensable de la révision. Là encore, une bonne application peut vous assister mais elle ne remplacera jamais l'œil aguerri d'un expert-comptable, attentif aux exigences de l'administration fiscale.

### Les étapes de la 2035

Vous devez passer ensuite des écritures, dites "écritures d'inventaire". Mais cela n'est

« À noter : si votre CA est inférieur à 72 600 € mais que vos frais réels sont supérieurs à l'abattement forfaitaire de 34% de vos recettes, vous pourriez avoir intérêt à opter pour le régime de la déclaration contrôlée 2035. »



## Quelques erreurs à éviter

Bien que le droit à l'erreur permette d'envoyer des déclarations rectificatives, il vaut mieux les éviter.

**Frais de véhicules** : en début d'année, vous avez dû choisir entre indemnités kilométriques (IK) et frais réels. Attention à ne jamais cumuler les deux.

**Immobilisations** : tenir à jour le registre des immobilisations, aussi bien pour les entrées que pour les sorties, sous peine de contrôle fiscal. Par exemple, une vente d'immobilisation peut générer des plus-values.

**Impôts déductibles** : seuls certains impôts sont déductibles. Ce n'est

pas le cas de la taxe d'habitation, de l'impôt sur le revenu ou d'une partie de la CSG.

**Encaissements "en liquide"** : ne pas oublier de tenir un livre de caisse pour y enregistrer les recettes et les dépenses ainsi que les opérations recettes et dépenses qui auraient transité par votre "poche".

**Dépôt tardif** : c'est l'erreur la plus grave. Il vous manque une information, vous ne savez pas comment faire, vous traînez et ne déposez pas dans les délais ? Notre conseil : déposez et profitez du droit à l'erreur. Vous déposerez un rectificatif dès que vous aurez les informations nécessaires.

pas si simple quand on n'est pas comptable ! Une bonne application va vous guider étape par étape et préparera ces écritures pour vous simplifier la vie. En voici un aperçu :

• **rapprochement bancaire** : cette action n'est pas indispensable en cours d'année mais obligatoire fin décembre afin de rattacher à l'exercice les chèques émis et non encore débités, les chèques reçus et non crédités ;

• **membre d'une SCM** : il faut prendre en compte votre quote-part de frais engagés dans le cadre d'une SCM ;

• **ventilation fiscale du décompte Urssaf** : les sommes payées à l'Urssaf doivent être comptabilisées dans des comptes distincts car elles sont à porter sur des lignes différentes de la 2035. Elles doivent donc être ventilées correctement : charges sociales obligatoires, CFP, CURPS, CSG déductible et CSG non déductible ;

• **frais de voiture** : calculer et comptabiliser vos indemnités kilométriques éventuelles. Attention à ne pas déduire de frais réels en plus ! ;

• **blanchissage** : déduire vos frais de blanchissage effectués à la maison ;

• **remboursements d'emprunt** : ventiler le remboursement du capital et la charge des intérêts ;

• **traitement des acquisitions et cessions d'immobilisations** : ventiler l'achat ou la vente de patientèle, de matériel ou de véhicule avec traitement des plus-values éventuels ;

• **frais mixtes** : ventiler la quote-part des frais mixtes entre l'usage professionnel et l'usage privé (téléphone, loyer, chauffage etc.). Attention à bien vérifier leur déductibilité et leur cohérence avec votre activité ;

• **cotisations Madelin** : ventiler à partir des attestations fournies par les assurances la quote-part déductible et non déductible. Un expert-comptable ira plus loin en passant pour vous toutes les écritures sous sa responsabilité.

### L'étape finale : la télédéclaration

Vous pouvez désormais confectionner votre 2035. Ceux qui ont opté pour une application dédiée auront le plaisir de découvrir des écrans préremplis. Les autres devront reporter manuellement les chiffres issus de la balance. Dans tous les cas, il vous revient d'examiner attentivement les différentes pages et de les compléter le cas échéant.

La 2035 prête, voici le grand moment, celui où il vous suffit d'appuyer sur le bouton "télétransmission" de votre application et c'est parti. Vous n'avez plus qu'à attendre l'accusé de réception qui vous confirmera l'acceptation ou non de votre déclaration. Mission accomplie !

Pour ceux qui ne disposent pas d'application permettant la télétransmission, la 2035 peut être saisie manuellement sur votre espace professionnel des impôts.

### Bravo, vous avez terminé votre déclaration 2035 !

Méthode, rigueur et ordre chronologique sont les facteurs de réussite d'une bonne déclara-

**“Une bonne appli peut vous assister mais elle ne remplacera jamais l'œil aguerrri d'un expert-comptable.”**

tion. Il ne faut jamais sauter les étapes. Il faut savoir qu'il y a un report automatique des informations sur le prochain rendez-vous fiscal, à savoir la déclaration d'impôt sur les revenus 2042. Cela vous confortera dans l'idée qu'une bonne organisation vous fait gagner du temps !

Une application spécialisée vous permettra de préparer efficacement votre 2035. En pré-remplissant les déclarations, elle est le plus souvent suffisante pour effectuer la formalité. Mais il ne vous a pas échappé non plus que réviser les comptes et passer les écritures d'inventaire sont souvent des opérations complexes. Alors, l'assistance d'un expert-comptable est plus que bienvenue ; elle est même parfois indispensable. ●

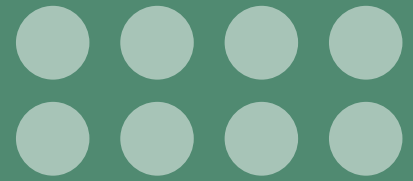
### L'ECF : une bonne idée ?

Si vous voulez éviter de fournir des pièces justificatives tirées au sort dans le cadre d'un examen périodique de sincérité (EPS), vous pouvez confier une mission d'examen de conformité fiscale (ECF) à un prestataire. Il vous suffira ensuite de cocher la case "ECF" sur votre 2035.

# ORGANISATION

## TÉLÉSOIN, TÉLÉ-EXPERTISE, VACCINS

PAR ALEXANDRE TERRINI



# Le déploiement de l'avenant 9 se poursuit

Comme prévu au moment de sa conclusion, ce texte connaît une application progressive. Ce mois de mars verra de nouveaux actes entrer officiellement dans le champ de compétences des Idel et ce, dans trois domaines : le télésoin, la téléexpertise et la vaccination.

### Le télésoin

• À compter du 23 mars 2023, un nouvel acte est réalisable dans le cadre du télésoin. Pour cela, il figure désormais dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). En l'occurrence, l'acte de suivi de pansement à distance est valorisé à hauteur d'un TMI 1,6 (le TMI est au même tarif que l'AMI, soit 3,15 €). Il est facturable à trois conditions :

-tout d'abord, il faut que l'acte de suivi d'un pansement à distance soit réalisé sur un patient ayant déjà bénéficié de la réalisation d'un acte de pansement en présentiel ;

-ensuite, il convient que le patient n'ait pas bénéficié, le même jour, de la réalisation d'un acte de pansement ;

-la facturation de cet acte de suivi est limitée à quatre actes par mois et par patient.

• Par ailleurs, depuis septembre dernier, trois actes, au demeurant déjà inscrits dans la Nomenclature, peuvent être réalisés à distance par un infirmier libéral :

-la séance, à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une



*À compter du 23 mars 2023, un nouvel acte est réalisable dans le cadre du télésoin, en l'occurrence, celui de suivi de pansement à distance valorisé à hauteur d'un TMI 1,6.*

insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ;

-l'acte d'accompagnement à la prise médicamenteuse ;

-la surveillance et observation d'un patient insulino-traité.

• Il convient de rappeler qu'aucune situation de soin ne peut être, a priori, exclue du télésoin à l'exception des actes requérant :

-un contact direct en présentiel avec le patient. À ce titre, sont donc notam-

ment réputés hors du champ du télésoin les actes de prélèvement, d'injection, de vaccination, de perfusion, de pansement (à l'exception de l'acte de suivi d'un pansement à distance détaillé ci-après) mais également les bilans, les séances de soins infirmiers et les actes réalisés en rapport avec la dépendance ainsi que les actes d'accompagnement à la téléconsultation nécessitant une réalisation en présentiel ;

-un équipement spécifique non disponible auprès du patient. ●●●



••• • Plus largement, le télésoin est régi par trois règles intangibles : l'indispensable connaissance du patient ; l'interdiction d'une activité infirmière exclusive à distance, celle-ci étant plafonnée à 20% du total de l'exercice ; le principe de territorialité de la réponse à la demande de soins.

• En outre, la confidentialité des échanges ainsi que la sécurisation des données et la traçabilité de la facturation sont plus que jamais de mise. Sans compter l'obligation de compte-rendu de l'acte réalisé en télésoin, d'archivage dans le dossier patient et d'intégration dans "Mon Espace Santé" du patient.

• À cela s'ajoutent des règles de non-cumul. En effet, les actes de télésoin ne peuvent être cumulés avec :

-les frais de déplacements [prévus à l'article 13 des dispositions générales de la Nomenclature générale des actes professionnels] ;

-la Majoration de coordination infirmière [MCI] facturable uniquement lors des passages au domicile du patient ;

-les actes et forfaits en rapport avec la dépendance [forfaits BSA, BSB ou BSC, actes en AIS, actes en AMX, bilan ou démarche de soins infirmiers en DI] ;

-les actes de prélèvement, d'injection, de vaccination, de perfusion, de pansement [à l'exception de l'acte de suivi de pansement] ainsi que les actes d'accompagnement à la téléconsultation.

En revanche, les majorations et les compléments de nuit, dimanche, jours fériés ainsi que la Majoration jeune enfant [MIE] et la Majoration d'acte unique [MAU] sont cumulables avec les actes de télésoin.

### La télé-expertise

• Elle aussi entre en vigueur, pour les Idel, à partir du 23 mars 2023. Elle a pour objet de permettre à un professionnel de santé de solliciter, à distance, l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux qui, en raison de leur formation ou de leurs compétences particulières, sont susceptibles de répondre à la question posée, sur la base d'informations de santé liées à la prise en charge d'un patient.

L'avis donné par le professionnel médical requis peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation com-



*« Au 23 mars 2023, les infirmiers libéraux peuvent, selon les types de vaccins, vacciner avec ou sans prescription médicale préalable réalisée par un médecin. »*

plexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel de santé requérant.

• À noter que le recours à la téléexpertise, pour un infirmier, n'est pas soumis à prescription médicale préalable.

**“Le recours à la téléexpertise, pour un infirmier, n'est pas soumis à prescription médicale préalable.”**

• L'ensemble des patients peuvent bénéficier de la téléexpertise. Et ce, à la condition qu'eux ou leurs représentants légaux soient préalablement informés des conditions de sa réalisation et qu'elle soit, de leur part, l'objet d'un consentement.

• Là encore, la confidentialité des échanges entre requérant et requis est la règle tout comme la sécurisation des données transmises et la traçabilité de la facturation des actes réalisés. Ce qui induit le strict respect des référentiels de sécurité et d'interopérabilité et, pour ce faire, que les professionnels de santé se dotent d'équipements adaptés et utilisent une messagerie sécurisée.

• À cela, s'ajoute l'obligation de compte-rendu de l'acte de téléexpertise, d'archivage

dans le dossier patient et d'intégration dans "Mon Espace Santé" du patient.

• Quant aux modalités de rémunération, elles stipulent que :

-l'acte de demande de téléexpertise est valorisé à hauteur de 10 euros par téléexpertise ;  
-dans la limite de quatre actes par an, par infirmier, pour un même patient ;

-ces actes sont facturés avec la lettre-clé RQD.

### Administration des vaccins par les infirmiers

• Au 23 mars 2023, les infirmiers libéraux peuvent, selon les types de vaccins, vacciner avec ou sans prescription médicale préalable réalisée par un médecin.

• Pour ce qui est de la facturation :

-lorsque l'administration, par l'infirmier libéral, concerne des vaccins pour lesquels le patient dispose d'une prescription médicale d'un autre professionnel de santé ou des vaccins sans prescription médicale obligatoire, la cotation est AMI 2,4 [soit 7,56 euros].

-lorsque l'administration, par l'infirmier libéral, concerne des vaccins à prescription médicale obligatoire pour lesquels le patient ne dispose pas de la prescription médicale

préalable d'un autre professionnel de santé, la cotation est AMI 3,05 [soit 9,61 euros].

Ce barème a pour conséquence la suppression du supplément grippe [AMI 1] mis en place pour la vaccination.

• Dans le cadre de la valorisation des actes de vaccination à domicile, il est possible de facturer à taux plein l'acte de vaccination réalisé à domicile quel que soit le nombre d'actes auxquels il est associé. En effet, lorsqu'ils sont réalisés à domicile, ces actes de vaccination dérogent aux dispositions de l'article 11B des dispositions générales de la NGAP : ils peuvent donc être cumulés à taux plein quel que soit le coefficient du ou des actes éventuellement associés. ●

# Les Centres de santé infirmiers dans l'impasse

**Les quatre principales fédérations de centres de soins infirmiers (Adedom, ADMR, C3SI, Uba) tirent le signal d'alarme sonnante et trébuchante dans un communiqué commun publié début février. Ces structures, créées alors que rien ne le justifiait, sont en effet au bord du gouffre sur le plan comptable. L'heure des (mauvais) comptes approche.**

Les quatre principales fédérations de centres de soins infirmiers (CSI) réclament que l'État mette la main à la poche pour que soit appliqué l'avenant 43 signé le 1<sup>er</sup> octobre 2021 par les partenaires sociaux et agréé par le gouvernement, lequel octroie un ajustement du salaire des professionnels qui officient au sein des CSI. Or, visiblement, la tutelle n'est pas encline à bourse délier.

Sûrement parce qu'elle a d'autres priorités pour maintenir à flots le système de santé. En attendant, les fédérations haussent le ton : « Les financements publics attendus ne leur parvenant pas, ces structures associatives, qui doivent être à l'équilibre pour remplir leur vocation d'intérêt général au service de tous, ont été contraintes de puiser sur leurs fonds propres pour revaloriser les salaires et maintenir ainsi les professionnels en activité. Une solution dictée par l'urgence, intenable sur le long cours. Aujourd'hui, ces 300 centres de santé infirmiers qui emploient plus de 4 000 professionnels sont menacés de fermeture s'ils ne reçoivent pas un montant annuel de 11 millions d'euros, une somme qui compensera les fonds avancés par les associations pour la revalorisation des salaires. » Les Fédérations enjoignent le gouvernement « de respecter ses engagements et de verser en urgence le montant dû depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2021 aux 300 CSI. Elles demandent aussi que les pouvoirs publics améliorent le circuit de

financement et travaillent sur une clarification du fléchage des fonds, de sorte à assurer un financement pérenne, sécurisant le fonctionnement des CSI. »

## Les tutelles paient à au prix fort leur aveuglement

En attendant, le centre de soins infirmiers ADN Santé de Ferrière-la-Grande dans le Nord a récemment annoncé sa fermeture par liquidation judiciaire. Ce qui laisse, comme on pouvait le craindre, non seulement de nombreux patients en rupture de prise en charge mais également des infirmiers salariés sans emploi. Cerise sur le gâteau, la FNI a reçu un courrier du mandataire judiciaire demandant le reclassement du personnel. Mieux vaut en rire de peur d'avoir à en pleurer...

Plus largement, les tutelles paient à au prix fort leur aveuglement et leur manque de discernement. Comment les agences régionales de santé (ARS) ont-elles pu autoriser, même à titre expérimental, l'installation de ces centres alors même que l'offre de soins infirmiers était suffisante à l'échelon local ? En l'espèce, l'Union régionale Fédération nationale des infirmiers (URFNI), dont Bastien Dudzik est vice-président pour les Hauts-de-France, n'avait pas manqué d'alerter sur l'implantation de ces groupes associatifs et privés. De fait, un bras de fer opposait, depuis plusieurs années, les Idel, soutenus par des élus locaux, et le réseau ADN Santé, les premiers ayant, à juste titre, dénoncé ces implantations jugées « déloyales » et, encore une fois, ne répondant pas à des besoins avérés. Sans compter des opacités dans la gestion d'ADN Santé, des démissions nombreuses et des salaires non payés. Au point qu'une dizaine de salariés du groupe, réunis sous le collectif "Victimes d'ADN Santé", avaient décidé de porter l'affaire devant la justice, début 2021.

## À l'origine de la proposition de loi sur les centres de santé

Comme le rappelle la page du site du Sénat consacrée à la proposition de loi de la députée Fadila Khattabi, « dans leur très grande majorité, les centres de santé qu'ils soient communaux, mutualistes ou associatifs, effectuent un travail de qualité ». Mais, en 2009, « pour favoriser leur développement, notamment dans les zones sous-denses, l'obligation d'obtenir un agrément de l'administration avant toute ouverture a été supprimée et remplacée par une simple déclaration de conformité ». Résultat : plusieurs scandales, en particulier dans le dentaire « avec les affaires Dentexia et Proxidentaire en 2015 et 2021, ont révélé de graves dérives (patients mutilés, ruinés et désocialisés, fraudes à l'Assurance maladie...) ». « Des acteurs peu scrupuleux, qui ont profité de la suppression de l'agrément préalable et de la souplesse permise par la forme associative pour détourner le modèle des centres de santé, sont à l'origine de ces dérives ». Votée en première lecture par l'Assemblée nationale et le Sénat (après modification du texte de l'Assemblée), le texte doit encore, à l'heure où nous écrivons, faire l'objet d'un vote en seconde lecture. À suivre.



Far West des centres de santé infirmiers : le début de la fin ?

### Une loi pour mieux encadrer les centres de santé

« Ce dossier illustre toute la nécessité de mettre un terme au Far West des centres de santé afin de garantir l'accès aux soins et des conditions d'exercice convenables pour les professionnels de santé qui y exercent dans le respect des dispositions réglementaires, martèle la FNI. Il est évident que la notion d'expérimentation était un leurre : comment le gouvernement aurait-il pu demander

ensuite à ces centres de fermer après avoir investi des millions d'euros pour les créer et embaucher des centaines de salariés ? » La classe politique commence, au demeurant, à prendre conscience de l'ampleur des dégâts [lire ci-contre]. Ainsi, la présidente

du centre. Outre un renforcement des obligations envers les patients [lire ci-contre], une transparence est imposée aux gestionnaires qui doivent soumettre les contrats de travail et les diplômes des professionnels de santé qu'ils recrutent aux ARS. Ils sont également

## “La classe politique commence [...] à prendre conscience de l'ampleur des dégâts”

### Plus de garanties pour les patients

La proposition de loi, telle qu'issue de la première lecture par les deux assemblées, prévoit que les centres de santé devront mieux informer leurs patients des noms et qualités de leurs praticiens et ce dès la prise de rendez-vous. Ils auront également l'interdiction de demander aux patients le paiement intégral des soins avant leur réalisation. Les centres de santé devront par ailleurs conserver les dossiers médicaux pour permettre, en cas de fermeture, à d'autres praticiens de reprendre les patients.

de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, Fadila Khattabi, a-t-elle déposé, en octobre dernier, une proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé. Le texte [adopté le 30 novembre en première lecture par l'Assemblée nationale et par le Sénat le 14 février dernier], instaure un agrément obligatoire préalablement à l'ouverture des centres, laquelle se faisait jusque-là sur simple déclaration. Désormais, un professionnel de santé doit, par ailleurs, être nommé en tant que référent. Il est le garant de la qualité des soins et des actes au sein

tenus de publier leurs comptes. Et, en cas de sanction appliquée à l'un des centres de santé qu'ils gèrent, ils se verront refuser, par les ARS, l'ouverture ou la création d'une nouvelle entité. Enfin, et c'est là un point crucial, le dirigeant d'un centre de santé ne pourra pas exercer de fonction dirigeante au sein de la structure gestionnaire s'il a un intérêt commun, direct ou indirect, avec des entreprises privées délivrant des prestations rémunérées à cette dernière. Histoire d'éviter tout mélange des genres. ●

# Ça ne roule pas partout pour les Idel

Dans une vingtaine de départements, les protocoles locaux n'ont pas tous abouti, la plupart du temps pour cause de positionnements des échelons locaux de l'Assurance maladie préjudiciables aux Idel.

On se souvient que l'avenant conventionnel n°6, signé en 2019, instaure un processus d'écèlement avec, comme ligne rouge, l'impossibilité de facturer plus de kilomètres qu'il n'est possible d'en parcourir au cours d'une tournée. Ses dispositions, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020, énoncent que :

- jusqu'à 299 kilomètres cumulés facturés par jour, aucun abattement n'est appliqué ,
- à partir de 300 kilomètres et jusqu'à 399, un abattement de 50 % du tarif de remboursement des indemnités kilométriques est activé ,
- celui-ci passe à 100 % au-delà de 400 kilomètres.

Ce qui signifie qu'un Idel peut facturer, chaque année, au maximum 44 000 euros d'indemnités kilométriques à l'Assurance maladie. Surtout, le principe d'une facturation en étoile est maintenu.

## Spécifier la notion d'agglomération

Cependant, tout n'avait pas été résolu par ledit avenant. Ainsi, un moratoire sur la

*La FNI a entériné les accords locaux qui spécifient que la limite de l'agglomération est fixée par les panneaux routiers de sortie d'agglomération. Quant aux distances entre le cabinet et le domicile du patient, elles sont déterminées à l'aide d'une application de type Google Maps sur la base du trajet le plus court.*

notion d'agglomération avait été instauré à compter du 30 mars 2019, le temps que la Cnam tranche sur le sujet. En effet, plusieurs caisses avaient pris la fâcheuse habitude de réclamer la rétrocession d'indus en adoptant une définition restrictive de l'agglomération non plus fondée sur le code de la route (avec les panneaux d'entrée et de sortie d'agglomération) mais sur les critères de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et/ou de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

44 000 €



Pour en finir avec ces anicroches récurrentes, un groupe de travail réunissant les partenaires conventionnels et chargé de plancher sur les modalités de facturation des indemnités kilométriques a été mis en place. Les discussions ont débouché sur un projet prévoyant la conclusion d'accords locaux en matière d'indemnités kilométriques. Ce qui impliquait le lancement de négociations, toujours à l'échelon local, entre l'Assurance maladie et les syndicats représentatifs, au premier rang desquels la FNI. Et ce, dès avant le 1<sup>er</sup> septembre 2021. Ces accords locaux devaient être négociés et non imposés par la Cnam. Leur raison d'être ? Spécifier les règles applicables aux modalités de facturation des indemnités kilométriques dans le département, c'est-à-dire :

- la notion de domiciliation professionnelle ,
- la notion d'agglomération et les règles afférentes dans le cadre des regroupements administratifs de communes ,
- les dérogations à la règle du professionnel le plus proche ,
- une liste des zones (communes, cantons...)

## Un lourd impact pour IFD : sus aux fake news

Les réseaux sociaux voient fleurir toutes sortes d'inepties et de contre-vérités. L'une des dernières en date consiste à affirmer que l'indemnité de frais de déplacement (IFD) des Idel – de 2,50 euros – est inférieure à celles des masseurs-kinésithérapeutes (4 euros) alors que le coût du carburant est le même pour tout le monde. Faux. L'IFD de ces derniers est strictement la même que celle des Idel ou encore, que celle des orthophonistes. Simplement, les kinés bénéficient d'autres indemnités spécifiques à certains de leurs actes (indemnité forfaitaire orthopédique et rhumatologique – IFO, indemnité forfaitaire neurologique – IFN etc.) toutes d'un montant de 4 euros.

« Là où aucun compromis n'a été trouvé avec la caisse, c'est le texte de la NGAP relatif aux IHK qui fait foi. Lequel ne spécifie pas le concept d'agglomération. »

ou une cartographie qui indiquera les territoires avec autorisation de facturation d'IHK et la définition de l'agglomération correspondante ou une liste des zones sans possibilité de facturation d'IHK.

### Certaines caisses n'ont reculé devant rien

Où en est-on aujourd'hui ? Certains protocoles locaux ont été signés en bonne et due forme, d'autres toujours pas. Dans le second cas, le point d'achoppement demeure plus que jamais la notion d'agglomération. La FNI a entériné les accords locaux qui spécifient que la limite de l'agglomération est fixée par les panneaux routiers de sortie d'agglomération. Quant aux distances entre le cabinet et le domicile du patient, elles sont déterminées à l'aide d'une application de type Google Maps sur la base du trajet le plus court.

En revanche, quand les caisses ont persisté à vouloir dicter unilatéralement le contenu des accords en les rendant trop restrictifs pour les Idel et parfois, en sus, insuffisamment précis, la FNI a logiquement refusé de les parapher. Certaines caisses n'ont, au demeurant, reculé devant rien pour limiter la facturation d'IHK. Par exemple, en proposant de ne rembourser des indemnités kilométriques qu'aux Idel déjà installés mais pas aux nouveaux ! Ou encore, en voulant définir l'agglomération comme une unité urbaine et en décrétant que dans le département en question, il n'y a pas d'unité urbaine et donc, par récurrence, aucune possibilité, pour les Idel, de percevoir des IHK...

Là où aucun compromis n'a été trouvé avec la caisse, c'est le texte de la NGAP relatif aux IHK qui fait foi. Lequel ne spécifie pas le concept d'agglomération. Ce qui accroît les risques de contestation en cas de réclamation d'indus par les caisses. Avec, toutefois, un bémol,

## Des aides pour faire face au renchérissement du coût de l'essence ?

Pour ce qui est de l'aide financière instaurée par l'Assurance maladie et équivalente à la remise carburant faite par le gouvernement, elle s'appliquait sur la même période que l'aide gouvernementale. Toutes deux ont donc pris fin au 31 décembre dernier. En d'autres termes, les Idel ne peuvent plus prétendre bénéficier de la valorisation des indemnités de frais de déplacements (IFD) ni de celle des IHK depuis le 1<sup>er</sup> janvier. Néanmoins, il a été question d'inclure les infirmiers libéraux dans le dispositif d'aides ciblées à l'intention des "gros rouleurs". À ceci près que l'Exécutif a choisi comme critère d'inclusion le revenu de référence par foyer fiscal, ce qui a exclu de facto la profession dont les revenus se situent au-dessus du seuil d'admissibilité.

Toutes ces précisions sont l'occasion, enfin, de revenir sur les revendications hors-sol de certains qui réclament tout bonnement le retrait du plafonnement des IHK. Faut-il rappeler qu'ils versent dans la surenchère démagogique dans la mesure où, on l'a dit, le plafonnement des IHK n'est pas arrivé par hasard et qu'il est la contrepartie d'un gain majeur obtenu par la profession ? En effet, par le passé, les gouvernements successifs avaient tenté d'imposer un calcul aux kilomètres réels ainsi que la suppression de la facturation en étoile. Celle-ci a finalement été maintenue avec, précisément, comme garde-fou ledit plafonnement. Un donnant-donnant avec les tutelles qui demeure largement favorable à la profession.

Les velléités jusqu'au-boutistes auxquelles on assiste aujourd'hui ne sont pas sans rappeler l'affaire dite des "IK de Savoie", en 2015. La colère locale avait été attisée par un syndicat depuis non représentatif qui avait braqué la tutelle en interpellant directement les députés locaux et le ministère. Lequel ne s'était pas privé de demander alors de supprimer les IHK à tous les Idel de France, de surcroît, en dehors de toute négociation conventionnelle. La FNI avait alors dû monter au front pour que la ministre de la Santé, Marisol Touraine, finisse par accepter un moratoire lequel a, par la suite, débouché sur la signature en bonne et due forme de l'avenant 6 qui consacre donc la réintégration des IHK en étoile pour l'ensemble des Idel. Puissent les leçons du passé être retenues.



pointe Patrice Thoraval, vice-président de la FNI et en charge du dossier : « Les accords validés nous serviront de corpus pour faire valoir la notion d'agglomération telle qu'elle y est énoncée. Nous ferons constater aux

magistrats que c'est bel et bien cette règle-là qui s'impose ailleurs et que la caisse locale en question refuse de s'y conformer en voulant imposer une autre définition qui ne permet pas aux Idel de facturer comme ailleurs. » ●

## L'urgence d'agir

Depuis plusieurs mois, l'accès à certains médicaments d'usage courant comme l'amoxicilline, le paracétamol et la cortisone, ainsi qu'à certains traitements au long cours, est particulièrement complexe. Le ministre de la Santé a promis une sortie de crise en ce début d'année... assortie, d'ici le mois de mai, d'une nouvelle stratégie nationale en matière de prévention et de gestion des pénuries, de plus en plus fréquentes. Explications.

Depuis fin 2022, l'amoxicilline fait l'objet de fortes tensions d'approvisionnement en France. Et ce, dans un contexte de triple épidémie Covid-grippe-bronchiolite et de réquisition, par la Chine, de ses usines afin de faire face à l'épidémie de coronavirus qui sévit sur son sol. L'ensemble des produits contenant cette substance active, tels que le Clamoxyl® ou l'Augmentin®, est concerné. Malgré un retour à la normale annoncé « avant l'hiver » par le gouvernement, les fortes tensions ont perduré... Idem pour le paracétamol ou encore, certains anti-inflammatoires, ce qui n'a pas été sans causer de difficultés pour les patients.

De fait, Sam, 40 ans, issue de la région lyonnaise, se souvient avoir peiné à trouver du Doliprane®, mais aussi du Zomig®, un

« J'ai pu remplacer le Doliprane par un générique, mais pour le Zomig, je n'ai pas trouvé de solution de repli », explique Sam, tout en ajoutant que « cela dure depuis décembre. »

vasoconstricteur indiqué en cas de migraine. « J'ai pu remplacer le Doliprane par un générique, mais pour le Zomig, je n'ai pas trouvé de solution de repli », détaille-t-elle, tout en ajoutant que « cela dure depuis décembre ». Du côté de Nantes, Isabelle a, en janvier, eu du mal à dénicher du sirop à l'amoxicilline



Depuis fin 2022, l'amoxicilline fait l'objet de fortes tensions d'approvisionnement en France.

## Plus de 3 000 médicaments ont manqué en France en 2022



L'ANSM a reçu, en 2019, 1 504 signalements de ruptures de stock ou de risque de ruptures de stock, pour les seuls médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM). Ce chiffre a bondi à 2 446 en 2020 : une hausse majeure concomitante à la crise Covid... mais essentiellement attribuée « à la demande de l'ANSM aux laboratoires de déclarer les risques de ruptures et ruptures de stock le plus en amont possible », ainsi qu'au renforcement des sanctions financières en cas de manquement, précise l'agence. Resté à peu près au même niveau en 2021, le nombre de signalements a dépassé les 3 000 en 2022, a estimé l'ANSM. À titre de comparaison... seuls 44 signalements avaient été recensés en 2008.

pour son fils ainsi que du paracétamol, quelle que soit la marque... « Les pharmaciens n'en reçoivent que de petites quantités à chaque fois de la part des centrales ». Quant à Camille, enseignant-chercheur en Ile-de-France, elle a été obligée de se rabattre sur des gélules d'amoxicilline non dosées poids et, en conséquence, « de les ouvrir et de les administrer comme elle pouvait » à son bébé.

### Le bout du tunnel ?

À l'heure où nous écrivons ces lignes, mi-février, la situation n'est pas totalement rétablie mais commence « à s'améliorer un peu » pour ce qui est de l'amoxicilline et du paracétamol, confirme Philippe Besset, président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF). En effet, les pharmacies disposant d'un laboratoire ont été autorisées, à titre exceptionnel et temporaire, à produire elles-mêmes de l'amoxicilline pédiatrique et à les délivrer à d'autres officines pour pallier les manques. La vente en ligne de produits à base de paracétamol a, quant à elle, été interdite en janvier. Enfin, la répartition des médicaments sur le territoire français, pour diminuer les inégalités d'accès, a été harmonisée. La livraison s'effectue « uniquement par les grossistes répartiteurs, ce qui permet une meilleure capillarité de la distribution dans les officines, indiquait déjà M. Besset, le 29 décembre dernier, dans les colonnes de Francetvinfo.fr. Toutes les pharmacies françaises sont logées à la même enseigne. » Cela leur permet, en cas de rupture de stock d'un médicament, « de pouvoir en avoir même en petite quantité le lendemain, le surlendemain ou trois jours plus tard ».

Au micro d'Europe 1, François Braun a par ail-

leurs salué le « travail fait par les industriels, qui ont activé toute la chaîne de production » pour accroître les stocks d'amoxicilline et assurer la livraison, courant février, de plus d'un million de flacons dans les pharmacies. « Nous avons récupéré des stocks de paracétamol », a-t-il par ailleurs ajouté, tout en promettant un retour à la normale dans le mois.

### Un Comité de pilotage "Médicaments"

Néanmoins, dans l'attente, « d'énormes manques de médicaments persistent sur le territoire », évoque Philippe Besset, pointant, désormais, des pénuries de cortisone (Solupred®, Cortancy®...). Sur son site, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) alerte également sur une rupture de stock de Xylocaïne ou encore, d'Actilyse 2 mg (poudre pour solution injec-

des industriels et des grossistes répartiteurs, mais aussi de l'ANSM et de la Direction générale de la santé (DGS). Le ministère de la Santé et celui de l'Industrie ont également mis en place un comité de pilotage « pour identifier des solutions à moyen terme afin de sortir de cette crise et d'éviter de retomber dans une situation similaire l'hiver prochain », développe M. Besset. Réuni pour la première fois le 2 février<sup>1</sup>, il vise en effet « à poser les premiers jalons d'une nouvelle stratégie en matière de prévention et de gestion des pénuries », précise le gouvernement.

### Une stratégie à long terme

À l'issue de ce comité de pilotage "Médicaments", François Braun et Roland Lescure, ministre délégué chargé de l'Industrie, ont d'ores et déjà annoncé que les mesures prises jusqu'ici - contingentement

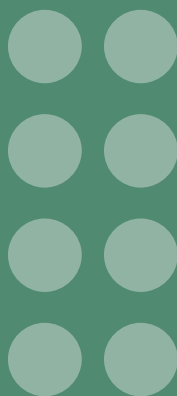
## “Le gouvernement a [...] appelé à plus de transparence sur la disponibilité des produits de santé”

table et perfusion indiqué dans le traitement thrombolytique des cathéters veineux centraux occlus y compris ceux utilisés dans l'hémodialyse], par exemple... Une « liste à la Prévert » qui, aux yeux de Philippe Besset, est « plus longue » que d'ordinaire.

Lancées en décembre, les réunions hebdomadaires au sein du ministère de la Santé se poursuivent donc, en présence des syndicats représentatifs de pharmaciens d'officine (dont la FSPF), des représentants

des stocks, interdiction des exportations par les grossistes, préparations magistrales par les pharmaciens ou encore, informations régulières aux prescripteurs – seront maintenues « jusqu'à ce que la situation s'améliore de façon pérenne ». À plus long terme, ils ont annoncé la construction d'une « nouvelle feuille de route pluriannuelle » de lutte « contre les pénuries de produits de santé » qui sera présentée « au plus tard en juin 2023 »<sup>2</sup> ainsi que le lancement « de ●●●

## Une problématique européenne



Au-delà de la France, c'est toute l'Union européenne (UE) qui est touchée par les difficultés d'approvisionnements voire les ruptures de stocks de médicaments. Entre 2000 et 2018, les pénuries dans l'UE ont été multipliées par vingt. « *Les médicaments pour traiter les cancers, les infections et les troubles du système nerveux (épilepsie, maladie de Parkinson) représentent plus de la moitié de ceux dont la quantité est insuffisante* », pointait le Parlement européen en 2020. Les causes sont multiples : hausse de la demande mondiale de médicaments, hausse des coûts des matières premières, difficultés d'approvisionnements, vente privilégiée de médicaments dans les pays où les prix sont le plus élevés...

En mars prochain, la Commission européenne devrait donc présenter une révision de la stratégie pharmaceutique de l'UE, pour un renforcement des obligations sur l'approvisionnement, des notifications plus rapides des pénuries et une transparence accrue sur les stocks disponibles ou non. Pour aller plus loin, le Parlement européen propose par ailleurs de maintenir ou relocaliser les sites de production en Europe grâce à des incitations financières et fiscales. Pour rappel, près de 40 % des médicaments commercialisés dans l'UE proviennent de pays tiers, notamment la Chine et l'Inde, et 80 % des fabricants de substances pharmaceutiques actives utilisées pour des médicaments disponibles en Europe sont établis en dehors de l'Union, selon l'Agence européenne des médicaments. Les députés européens suggèrent par ailleurs de créer une « réserve » au niveau de l'UE pour servir de « *pharmacie d'urgence européenne* », de faciliter les échanges de bonnes pratiques sur la gestion des réserves nationales, ou encore, de favoriser la circulation de médicaments entre États membres. Un rapport du Sénat français sur la stratégie pharmaceutique européenne paru en octobre 2022 propose même, en prime, de favoriser la production publique sur des marchés délaissés par les industriels. ●





●●● *trois chantiers majeurs pour renforcer les capacités d'anticipation de notre pays* ». En particulier, « *d'ici à la fin du mois de mai, la liste des médicaments dits "critiques" car stratégiques pour la santé* » sera établie « *sur la base des recommandations des autorités scientifiques* », pour guider « *la stratégie menée par le Gouvernement* ». À cette liste seront attachées une analyse des risques en matière d'approvisionnement et « *des solutions correctrices nécessaires* ».

Le gouvernement a par ailleurs appelé à plus de transparence sur la disponibilité des produits de santé, « *de la production à la distribution en officine* » et à l' « *amélioration de l'information des Français sur la situation, y compris territorialisée* ». Philippe Besset abonde. « *J'ai besoin, en tant que pharmacien d'officine, au-delà de savoir si un médicament est en rupture de stock ou non, de savoir combien de pharmacies disposent ou non*



## Une commission d'enquête au Sénat

En dix ans, les signalements de rupture de stock de médicaments en France ont été multipliés par dix, a déploré le Sénat, qui a créé, le 1<sup>er</sup> février, une commission d'enquête sur le sujet. L'enjeu : « *faire toute la lumière sur les causes de ces pénuries* » et « *proposer des solutions concrètes pour y remédier* ». La commission s'intéressera également « *au modèle économique de l'industrie du médicament* », précise le Sénat. La commission rendra ses conclusions à la mi-juillet. Une intention louable qui, espère Philippe Besset, fera bouger les choses. « *Les constats sont connus. L'heure est désormais à la mise en œuvre de solutions.* »

*bilité pour les pharmaciens de modifier les prescriptions au profit d'équivalents thérapeutiques... sachant que l'ANSM doit préciser ces équivalences... il y a encore beaucoup de travail.* »

*ments des industriels sur une sécurisation de l'approvisionnement du marché français* ». Enfin, un « *travail spécifique sera conduit sur les enjeux attachés au bon usage des médicaments, alors que la France affiche des niveaux de consommation de médicaments tout à fait inédits par rapport à ses partenaires européens* », a complété l'Exécutif. ●

## “Le gouvernement promet de poursuivre ses efforts en faveur de la relocalisation en France, voire en Europe, de la production de certains médicaments stratégiques ainsi que de leurs principes actifs”

*de ce médicament, et où, par exemple* », souligne-t-il. Autre priorité, « *sous trois mois, l'ANSM en lien avec la DGS sera chargée d'établir un plan de préparation des épidémies hivernales (sécurisation des stocks, amélioration de la mise à disposition des données, responsabilisation de l'ensemble des acteurs du soin et des patients, etc.) pour anticiper d'éventuelles tensions et renforcer notre capacité à faire face à des pics saisonniers de consommation de médicaments* ».

### Un “Plan blanc Médicaments”

Pour aller plus loin, « *un “Plan blanc Médicaments” activable en cas de situation exceptionnelle, nécessitant de prendre des mesures fortes pour sécuriser la prise en charge de nos concitoyens, sera préparé* ». Philippe Besset, sur ce point, reste prudent : « *Il faut voir ce que l'on mettra dans ce plan, quant à la fabrication de médicaments par les pharmacies préparatoires, quant aux possi-*

À noter que le gouvernement promet de poursuivre ses efforts en faveur de la relocalisation en France, voire en Europe, de la production de certains médicaments stratégiques ainsi que de leurs principes actifs<sup>3</sup>, et d'œuvrer en faveur d'une plus grande coopération européenne pour « *mieux structurer la réponse collaborative aux enjeux d'approvisionnement* ». Côté prix, sensibles aux arguments des entreprises du médicament, les ministres ont consenti un moratoire sur les baisses de prix des génériques, voire des « *hausse de prix ciblées* » sur certains d'entre eux « *produits en Europe* », « *en contrepartie d'engage-*



1 En présence de représentants des patients, des professionnels de santé et des industriels.

2 « *La précédente feuille de route 2019-2022 a marqué des avancées majeures (plan de gestion des pénuries pour les industriels, obligation de détention de stocks minimums notamment) mais il nous faut désormais aller plus loin pour bâtir un plan plus adapté aux situations de crise* », ont exposé les deux ministres. Ceci étant, aucune évaluation institutionnelle de ladite feuille de route n'a été menée depuis son lancement, déplore l'Observatoire de la transparence dans les politiques du médicament (Otméd).

3 En pleine pandémie de Covid-19 en 2020, Emmanuel Macron avait déjà annoncé des mesures pour relocaliser certaines industries de santé, notamment la production de paracétamol en France. Une usine sera ainsi prochainement implantée à Roussillon, en Isère. Elle devrait pouvoir produire 10 000 tonnes de paracétamol par an. Sa mise en service est prévue courant 2023, pour des premières livraisons en 2025.

### Un lourd impact pour les patients

- **un Français sur trois a déjà été confronté à une pénurie de médicaments.**
- **45% des personnes confrontées à ces pénuries ont été contraintes de reporter leur traitement, de le modifier, voire d'y renoncer ou de l'arrêter.**
- **68% des oncologues médicaux considèrent que ces pénuries ont un impact sur la vie à cinq ans de leurs patients.**

Sources (dans l'ordre) : Baromètre droits des malades, France Assos Santé, 2022 publié en réaction à la publication des lignes directrices relatives aux sanctions financières par l'ANSM ; enquête exclusive BVA-France Assos Santé, janv. 2019 ; étude de la Ligue contre le cancer, 2020 .

## Une prise de conscience européenne

**Face au risque de pénurie lié à la mise en application du règlement européen sur les dispositifs médicaux, la Commission européenne a émis des propositions de modification ciblées du texte, parmi lesquelles la prolongation, sous conditions, de la période de transition pour l'adaptation aux nouvelles règles. L'enjeu : assurer la continuité et la qualité des soins en Europe.**

Comment éviter le risque de pénurie de dispositifs médicaux indispensables au sein de l'Union européenne, et concrètement à l'exercice quotidien des infirmiers libéraux (seringues, pansements, etc.) ? Telle était la question lancée, en novembre 2022, par les Académies nationales de médecine, de pharmacie et de chirurgie après avoir déjà tiré la sonnette d'alarme en mai. L'Alliance biomédicale en Europe, représentant 36 sociétés médicales et de recherche, avait, elle aussi, alerté sur la possibilité « que de nombreux dispositifs médicaux soient retirés du marché par les fabricants et deviennent indisponibles pour les patients qui en ont besoin », à moins que « des mesures particulières ne soient prises d'urgence ». En cause : les difficultés de mise en œuvre du règlement européen relatif aux dispositifs médicaux (DM), entré en application le 26 mai 2021 en remplacement, notamment, de deux directives.

### Un goulot d'étranglement

En effet, cette nouvelle réglementation renforce les exigences de qualité et de sécurité des DM et implique la mise en conformité des futurs produits... mais aussi, d'ici mai 2024, de ceux déjà mis sur le marché au sein de l'UE. Et c'est là que le bât blesse. Car si les fabricants assurent qu'ils sont prêts,

« le système, lui, ne l'est pas », déplore le Syndicat national des industries de technologies médicales (Snitem) qui avait, l'été dernier, averti le ministre de la Santé et de la Prévention François Braun<sup>1</sup>. De fait, les organismes notifiés chargés d'évaluer les DM en application de la nouvelle réglementation et de leur délivrer le marquage CE, sont submergés car en nombre trop restreint et dotés de moyens insuffisants. Eux-mêmes ont « convenu de la nécessité de leur accorder, ainsi qu'aux fabricants, plus de temps pour passer au règlement européen »<sup>2</sup>.

### Une réforme « ciblée » du règlement

Réuni le 9 décembre dernier en présence des ministres nationaux en charge de la Santé, le Conseil de l'Union européenne a reconnu le risque sérieux encouru par les patients comme les soignants. Le principe d'une « modification ciblée » du règlement européen a donc été acté et, notamment, l'octroi d'un délai supplémentaire pour la mise en conformité des DM aux nouvelles exi-

gences : jusqu'au 31 décembre 2027 pour les dispositifs les plus à risque (classe III et IIb implantables) et jusqu'au 31 décembre 2028 pour les autres (seringues, pansements...). « Seuls les dispositifs sûrs et pour lesquels les fabricants ont déjà pris des mesures pour s'adapter aux nouvelles exigences du règlement relatif aux dispositifs médicaux bénéficieront d'un délai supplémentaire », précise néanmoins la Commission européenne dans un communiqué en date du 6 janvier. Ces propositions doivent encore être soumises aux législateurs européens, le Parlement européen et le Conseil, « dans le cadre d'une procédure accélérée de codécision », détaille la Commission. Le crash juridique (manque d'anticipation de l'impact en vie réelle de la réglementation) semble en passe d'être évité. À surveiller tout de même. ●

<sup>1</sup> Le ministre avait, à cette occasion, confirmé la mobilisation des autorités françaises sur ce dossier.

<sup>2</sup> Leurs représentants avaient été interrogés dans le cadre d'une note d'information du Secrétariat général du Conseil de l'UE, en date du 6 décembre, relative à la mise en œuvre du règlement sur les dispositifs médicaux.



**Le principe d'une « modification ciblée » du règlement européen a été acté et, notamment, l'octroi d'un délai supplémentaire pour la mise en conformité des DM aux nouvelles exigences : jusqu'au 31 décembre 2027 pour les dispositifs les plus à risque (classe III et IIb implantables) et jusqu'au 31 décembre 2028 pour les autres (seringues, pansements...).**

# 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](http://vitemacompta.fr)

[fni.fr](http://fni.fr)

(rubrique services)

**02 98 15 39 77**



Le 13 juin et le 14 juin 2023

LE LOUVRE-LENS  
ACCUEILLE LE

(forum national des idel)



2 journées prospectives  
sur votre métier, vos actes et  
l'avenir de la profession.

Inscription ouverte à tous les IDEL, adhérents FNI et non adhérents

Programme et inscription :

<https://forum.fni.fr/>



Gare TGV  
1h 10 de Paris,  
1h 30 de Bruxelles.



À 20mn d'Arras,  
35 mn de Lille,  
1h de Calais,  
2h de Paris.



Liaison toutes les 8 mn  
entre le Musée et la gare de Lens  
Bus "Bulle 1"  
Arrêt Parc Louvre-Lens.



Aéroport de Lille-Lesquin  
À 37 Kms de Lens.

