

SOMMAIRE

I. Introduction	1
1- Situations interpellantes	2
2- Constat	2
3- Réflexion sur la question de départ	3
II. Cadre conceptuel	4
A - CONCEPT DE SOINS INFIRMIERS	4
1- Définition	4
2- Historique et anthropologie du soin et des soins infirmiers	4
3- Cadre législatif	5
4- Notion de qualité des soins	6
B - UNE SPECIFICITE : INFIRMIER(E) LIBERAL(E) ?	6
1- Présentation de la profession	6
2- Historique et genèse de la profession d'infirmière libérale	7
3- Cadre législatif	7
C. NOTION DE CLIENT ET FACTEUR ECONOMIQUE.	8
1- Définition	8
2- Analyse	8
3- Synthèse	9
D. NOTIONS D'HYGIENE ET D'HABITUDES DE VIE.	9
1- Définitions :	9
2- L'hygiène au domicile du client :	10
3- Cadre législatif	10
4- Synthèse	11
III. La recherche	12
A. PRESENTATION	12
1- Méthodologie et objectifs:	12
2- Difficultés rencontrées et limites de l'enquête	12
B. RESULTATS ET SYNTHESE	13
1- Résultats des Entretiens	13
2- Synthèse des entretiens :	17
3- Confrontation :	18
4- Problématique :	18
IV. Conclusion	19
V. Bibliographie	
ANNEXE I	
ANNEXE II	
ANNEXE III	
ANNEXE IV	
ANNEXE V	

I. Introduction

Pour la réalisation de mon travail écrit de fin d'étude j'ai choisi de traiter de « **la spécificité de l'exercice en secteur libéral** ».

En effet, ce thème revêt pour moi un caractère de tout premier intérêt puisque j'ai fait le choix dans un futur plus ou moins proche de m'orienter vers ce secteur d'activité. Aussi, je me suis intéressé précocement au cours de mon cursus à cette discipline qui de par le développement de l'hospitalisation à domicile ainsi que des soins ambulatoires, avec des durées de séjours hospitaliers toujours plus courts, est au cœur de l'actualité paramédicale.

Ce travail n'a pas l'ambition de dresser un tableau exhaustif de la spécificité d'une profession aux multiples facettes, mais plutôt d'appréhender cette discipline, grâce à un travail de recherche documentaire et exploratoire auprès des professionnels concernés, à partir d'un constat que j'ai fait à l'occasion d'un stage en secteur libéral.

Cet écrit s'articulera donc autour de trois parties principales :

Une première partie qui concernera l'approche théorique (cadre conceptuel) de la réalisation des soins infirmiers en exercice libéral.

Une deuxième partie présentera la phase de recherche exploratoire de ce travail auprès des infirmiers libéraux.

Et enfin, une troisième et dernière partie où seront présentés les résultats de cette recherche ainsi que l'ouverture du travail vers une nouvelle problématique.

1- Situations interpellantes

À l'occasion d'un stage en exercice libéral, l'IDE et moi-même nous rendons en fin de matinée au domicile d'une patiente porteuse d'une urétérostomie car souffrant d'une vessie neurologique. L'IDE doit sur prescription médicale réaliser un sondage « flash » trihebdomadaire de la vessie de cette patiente.

Pour ma part il s'agit de ma première visite au domicile de cette patiente et l'IDE m'a chargé de réaliser le soin. En préparant le matériel nécessaire à la réalisation aseptique du soin, je constate que l'état de propreté de la chambre ainsi que celui du linge du lit dans lequel doit se dérouler le soin n'atteint pas le niveau d'exigence théoriquement requis pour ce type de soin. De surcroît, alors que je réalise le soin en m'appliquant à veiller au respect des règles d'hygiène et ce en dépit des conditions difficiles exposées précédemment, la patiente fume cigarette sur cigarette tout en consommant un verre d'apéritif anisé. Le sondage « flash » évacuera 1700cc d'urines claires.

En quittant le domicile du patient je fais part à l'IDE de ma profonde insatisfaction quant à ce soin. En effet il me semble avoir commis bon nombre de fautes d'asepsie dues au manque d'hygiène de l'environnement de travail. L'IDE me répond que compte tenu des circonstances « *je m'en suis sorti comme un chef* » et qu'il ne fait pas mieux

Dans un second temps nous nous rendons en fin d'après midi au domicile d'une patiente souffrant de sclérose en plaque entraînant une paralysie des membres inférieurs ainsi qu'une vessie neurologique nécessitant l'usage d'une sonde à demeure.

Le soin consiste sur prescription médicale à remplacer la sonde urinaire de la patiente.

Le matériel prescrit, un set de sondage et une sonde urinaire, a été retiré par le mari de la patiente dans une pharmacie de ville. Pour réaliser le soin, l'IDE dispose d'un set de sondage et d'une seule sonde urinaire. Lors du soin la patiente s'est révélée difficile à sonder et l'IDE a dû effectuer plusieurs tentatives avant de réussir à sonder la patiente.

En quittant le domicile de la patiente il partage avec moi son insatisfaction quant à ce soin. En effet il dit avoir commis bon nombre de fautes d'asepsie mais ne disposant que d'une seule sonde il n'a pu recommencer le soin alors que la sonde était stérilisée.

2- Constat

Ces deux situations m'ont donc amené à effectuer le constat suivant : en exercice libéral, les conditions de travail et le matériel à disposition ne permettent pas toujours d'effectuer des soins efficaces, adaptés et sûrs.

3- Réflexion sur la question de départ

L'objectif de ma réflexion sera donc de comprendre les différents mécanismes qui ont conduit à ces cas qui m'ont interpellé et pourquoi ils m'ont interpellé. Mes interrogations aussi légitimes soient elles sont-elles fondées ou le fruit du décalage entre une formation théorique et les réalités du « terrain » ?

Je serai vraisemblablement moi-même confronté plus tard, lors de mon exercice professionnel, à des situations similaires. Ce travail de recherche me permet donc de me situer et d'envisager mon futur comportement d'infirmier et de professionnel de santé.

La question de départ de mon travail de recherche est donc la suivante :

En exercice libéral, quels sont les facteurs qui influencent l'Infirmier(ère) dans l'acceptation de la réalisation des soins auprès de ses clients ?

II. Cadre conceptuel

A - Concept de soins infirmiers

1- Définition

Le dictionnaire Larousse définit le soin comme « *une attention, une application envers quelqu'un ou quelque chose* », toutefois, il donne **aux soins** le sens de « *moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade* »

L'encyclopédie Universalis effectue également ce *distinguo*. En effet, elle définit le soin comme « *l'ensemble des actions destinées à entretenir son corps et à lui donner une belle apparence* » tandis qu'elle qualifie les soins comme des « *actions thérapeutiques* ».

Enfin, le Conseil International des Infirmières (CII) propose la définition suivante :

« *On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation.* »¹

2- Historique et anthropologie du soin et des soins infirmiers

Du XIII^e au XVIII^e siècle, le « *métier infirmier était orienté vers le contrôle des maladies infectieuses et la lutte pour la salubrité* »² dans le cadre d'une vision sacerdotale de l'activité soignante. En outre, depuis la fin du XIX^e siècle on a pu assister à une évolution des connaissances et des savoirs-faire qui a conduit à l'élaboration de nouvelles techniques d'exploration, thérapeutiques ou d'interventions donnant lieu à une prise en charge multi dimensionnelle et pluridisciplinaire des patients.

Le mot « *soin* » revêt donc plusieurs significations dans la langue française. Le sens de ce mot varie ainsi en fonction de la finalité des soins : Soins de beauté, d'hygiène, de confort, médicaux.

Selon Francine Saillant (anthropologue à l'École des sciences infirmières et chercheur au Centre de recherche sur les services communautaires Université Laval) les soins constituent au premier abord un ensemble de gestes et de paroles qui répondent à des valeurs et visent le soutien, l'aide ainsi que l'accompagnement des personnes fragilisées dans leur corps et leur esprit, et qui sont donc limitées de manière temporaire ou permanente dans leur capacité de vivre de manière "normale" ou "autonome" au sein de la collectivité.

Le soin est également associé à la notion d'autodiagnostic pratiqué par chacun à l'occasion de l'entretien du corps au quotidien.

Si l'on en croit la littérature spécialisée dans le domaine, le terme de « *soins médicaux* » semble *a priori*, plus aisé à définir que celui de « *soins infirmiers* ».

¹ Encyclopédie Wikipédia. (Page consultée le 23 Juin 2006). Infirmier, [en ligne]. <<http://fr.wikipedia.org/wiki/Infirmier>>

² AUGÉ M, L'anthropologie de la maladie, L'Homme, XXVI, 1-2, 1986.

Pour résumer, les soins médicaux visent essentiellement à traiter une maladie mais, dans une approche plus récente et se voulant « plus globalisante » du patient, ils peuvent dans certain cas englober des soins visant à soulager la souffrance physique, ou favoriser une fin de vie et une mort plus sereine, ils se qualifieront alors de « palliatifs ».

Les soins infirmiers semblent de prime abord plus difficiles à définir. La représentation populaire des soins infirmiers, volontiers relayée par les différents médias, est que ces soins consistent à exécuter les prescriptions médicales.

Pourtant, il existe bel et bien d'autres soins, dénommés dès 1825 par Marie-Françoise Collière (Officier de santé) sous l'appellation de « *soins d'entretien de la vie* »³. Elle les caractérisa comme des soins d'hygiène, de confort, de réconfort qui ne sont selon elle pas ou très indirectement en rapport avec le traitement d'une maladie.

Il existe donc deux grandes dimensions de soins que les Anglo-saxons nomment ainsi : le « *care* » (prendre soin) qui repose actuellement sur le modèle de Virginia Henderson et des 14 besoins fondamentaux et relève du rôle propre infirmier, et le « *cure* » qui signifie traiter, soigner, que sont les soins médico-délégués qui composent le rôle sur prescription.

Il convient donc désormais d'aborder les soins infirmiers selon une approche holistique. Elle peut selon Danielle Moreau, formatrice à l'IFSI de Versailles⁴ se formaliser comme suit en 5 points :

- La dimension de promotion, d'entretien et de maintien de la vie et de la santé
- La dimension éducative. L'éducation pour la Santé est une dimension transversale par rapport aux autres = il faut être éduqué pour entretenir ou promouvoir sa santé, pour gérer la maladie quand elle survient, et aussi pour savoir se réinsérer le cas échéant
- La dimension préventive (éviter les risques connus pour la santé, éviter les complications connues des maladies et des traitements)
- La dimension curative et de réparation
- La dimension de réhabilitation-réinsertion.

3- Cadre législatif

Concernant ce type de soins, la profession infirmière a ainsi légalement obtenu en France, depuis 1978 la reconnaissance d'un « *rôle propre* » qui lui confère officiellement une autonomie dans la pratique de cette catégorie de soins qu'elle peut également en tout ou partie partager avec d'autres partenaires de soins comme les aides-soignantes par exemple. Aujourd'hui ce rôle propre est légalement défini par l'Article R. 4311-5 et R4311-6 du Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du décret de compétence Infirmier (cf Annexe I). Le rôle sur prescription médicale ainsi que les soins qu'elle est habilitée à exécuter sont définis par les autres articles de ce décret de compétences.

³ COHEN Y., PEPIN J., LAMONTAGNE E., DUQUETTE A., Les sciences infirmières : Genèse d'une discipline, Les Presses de L'Université de Montréal, 2002.

⁴ Infirmiers.com. (Page consultée le 23 Juin 2006). Approche du concept de soins, [en ligne]. <<http://www.infirmiers.com/etud/cours/transvers/conceptsoin.php>>

4- Notion de qualité des soins

La qualité du soin doit être un objectif à atteindre. Le monde de la santé découvre à présent ce qu'a déjà connu l'agro-alimentaire avec les appellations contrôlées et le monde industriel avec les certifications et les normes ISO. La notion de qualité, véritable phénomène de société, a désormais envahi le soin et s'inscrit dans le cadre de la réforme des pratiques de soin comme mentionné dans le manuel d'accréditation pour la qualité des soins⁵ de la Haute autorité de santé (HAS).

Définir le concept de qualité des soins n'est pas chose aisée. En effet comment définir la qualité d'une profession au contenu varié, si peu observable et mesurable, faite de tant de «petites choses» qui font ces «grands tout». Différentes définitions permettent toutefois de mettre en évidence les composantes qui paraissent essentielles à la qualité des soins.

Par exemple, pour les Américains, la qualité des soins recouvre cinq composantes : l'efficacité médicale, la conformité aux normes scientifiques établies, l'adéquation entre l'offre de prestation et les besoins des malades, la sûreté (minimiser les risques pour le malade), et enfin une utilisation optimale des ressources disponibles afin de réaliser des économies tant en terme de matériels que de temps.

D'autre part, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS):

« La qualité est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »⁶.

En d'autres termes, des soins de qualité peuvent se définir comme étant conforme aux derniers acquis de la science médicale, efficaces, utiles, sécurisés, acceptables pour le patient, répondant à ses besoins et assurant la continuité de sa prise en charge.

B - Une spécificité : Infirmier(e) Libéral(e) ?

1- Présentation de la profession

Les infirmiers libéraux diplômés d'Etat sont bien souvent seuls et isolés dans leur quotidien. Ils n'appartiennent à aucun organisme de tutelle et doivent donc se charger de leur couverture sociale, de la gestion du cabinet et des tâches administratives ainsi que le cas échéant de la défense de leurs droits. Ils ont toutefois la possibilité de se syndiquer afin de rompre ce sentiment d'isolement. Les principaux syndicats sont : Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux (SNIIL), l'Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux (ONSIL), la Fédération Nationale Infirmière (FNI) et enfin, Convergence Infirmière. Il est à remarquer que bon nombre d'infirmiers libéraux ne souhaitent pas se syndiquer car ils désirent conserver cette autonomie de pensée et d'action et de choix qui bien souvent a motivé leur orientation vers l'activité libérale. De par leur statut spécifique, ils doivent souscrire toutes les assurances obligatoires à l'exercice à domicile.

Ils sont autonomes quant à l'organisation et la planification des soins, la gestion des patients ainsi que l'organisation de la « tournée ».

⁵ Manuel d'accréditation, ANAES, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, Septembre 2004

⁶ Hôpitaux, clinique : de l'accréditation à la qualité des soins. Édition Lamarre

Le salaire est donc proportionnel à la charge de travail. Ils doivent utiliser des feuilles de soins spécifiques aux auxiliaires médicaux: Document Cerfa **modèle A4 S.3129 b** ou Carte Vitale pour tous les soins réalisés chez le patient afin que celui-ci puisse bénéficier d'un remboursement auprès de l'assurance maladie.

A la différence de l'infirmier hospitalier, le libéral est donc choisi par le patient, pour des raisons objectives ou subjectives qui lui sont propres.

2- Historique et genèse de la profession d'infirmière libérale

Jusqu'à la fin du 18^{ème} Siècle, les soins aux pauvres étaient dispensés par les « femmes consacrées ». Les riches quant à eux étaient soignés par leurs domestiques. Ces soins étaient considérés comme découlant du rôle de la femme dans la société, et étaient donc de transmission orale puisque les femmes étaient alors interdites d'écriture. Ce sont les religieux puis les médecins qui ont rédigé de très nombreux écrits sur les bonnes pratiques de soins. Ensuite, des sœurs soignantes ont été instruites sous la tutelle des prêtres et médecins qui exerçaient un véritable filtrage ainsi qu'une rétention des connaissances, décidant ainsi arbitrairement des savoirs qu'elles devaient ou ne devaient pas acquérir, ainsi que du rôle qu'ils attendaient d'elles.

Il semble que ce soit la laïcisation qui soit le véritable point de départ du métier d'infirmière. Les infirmières libérales d'aujourd'hui sont donc peut-être les héritières d'un « métier » qui a disparu peu avant la Seconde guerre mondiale : le métier d'infirmière visiteuse d'hygiène sociale.

Dès 1901 et à l'occasion de grands « fléaux sociaux » comme la tuberculose notamment, des infirmières vont être missionnées pour aller à domicile s'enquérir des conditions de vie ainsi que des précautions prises autour des malades mais également pour dispenser toutes sortes de conseils susceptibles de participer à éradiquer une maladie qui fait des ravages. En 1905 Léonie Chaptal inaugure à Paris la première « maison-école d'infirmières privées » qui va former spécialement des « infirmières visiteuses de la tuberculose » à trouver les bons arguments pour convaincre les malades de se soigner et de persuader leur entourage de se prémunir contre les risques de contagion.

C'est donc entre soins préventifs et soins curatifs qu'un nouveau métier se développe. Il faudra attendre la fin de la seconde guerre mondiale pour qu'en 1947 naisse officiellement la profession d'infirmière libérale par l'arrêté du 31/12/1947 (JO 09/01/48) qui codifie les actes pouvant être réalisés par les "auxiliaires médicaux" et remboursés par la Sécurité Sociale. Mais durant les années 1950-1960 les effectifs demeurent très réduits.

De nos jours l'infirmière libérale doit faire face à une explosion démographique ainsi qu'à une demande toujours croissante de la population en terme de recours aux soins avec une orientation très nette vers des hospitalisations toujours plus courtes au profit de soins de suites à domicile.

3- Cadre législatif

Conformément à l'article 3 de l'avenant à la convention nationale des infirmiers du 25 Juin 2004 paru au Journal Officiel N°146, à compter du 1er janvier 2005 afin de pouvoir s'installer en libéral, l'infirmier(e) diplômé(e) d'Etat doit pouvoir justifier d'une expérience professionnelle de 3200 heures. « *Est reconnue toute expérience professionnelle acquise dans tout établissement de santé ou structure de soins, ou dans un groupement de coopération sanitaire défini par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé et les procédures de création d'établissement, dès lors qu'elle est acquise en équipe de soins généraux au sein*

d'un service organisé, où l'infirmière est amenée à dispenser des soins infirmiers effectifs à une population dont l'état de santé justifie des interventions infirmières, telles que définies dans le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière. Ces actes doivent être effectués sous la responsabilité d'un médecin ou d'une infirmière cadre. Cette expérience doit être acquise à compter de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmière ou de l'autorisation légale d'exercice dans un établissement de soins ou une structure de soins généralisés, installée dans l'un des Etats membres de la Communauté européenne ou en Suisse. »⁷. De plus la spécificité de la profession d'infirmier(e) libéral(e) est régie par les «REGLES PROFESSIONNELLES SPECIFIQUES LIBERALES » parues au Journal Officiel N°183 du 29 juillet 2004 (Cf Annexe III)

C. Notion de client et facteur économique.

1- Définition

Selon l'encyclopédie Universalis, le terme de client se définit selon trois axes. Originellement, le client, dans l'antiquité romaine, était un plébéien, autrement dit un membre de la plus basse classe sociale, qui se plaçait sous la dépendance d'un praticien incarnant pour lui un patron bienfaiteur. Plus classiquement, l'encyclopédie qualifie le client comme une «*personne achetant des biens, des services, à un fournisseur* »⁸ et apporte la précision suivante : le client est «*celui qui achète toujours au même endroit* »⁹

2- Analyse

Cette définition, aussi générale soit-elle, introduit bien une dimension économique unissant le «*fournisseur* » à son client. Plus tacitement, la notion d'une liberté de choix est annoncée.

Dans son article publié dans la revue «*Gestions hospitalières* », Benoit Rault réaffirme ces deux dimensions mais précise que le client «*peut exprimer des exigences légitimes* »¹⁰

Selon Maurice Villard, enseignant à l'Institut de Formation pour Personnels de Santé de l'Assistance Publique, «*Il y a donc un glissement sémantique du mot client et une association étroite, dans cette perspective, entre les trois termes: qualité, client et satisfaction* »¹¹. Il précise également que ce triptyque, qui est le fondement même du monde des entreprises d'aujourd'hui, est désormais préconisé dans le secteur médico-social.

⁷ Journal Officiel N°146, à compter du 1er janvier 2005

⁸ et ⁹ Encyclopédie Universalis Cdrom

¹⁰ RAULT B., « Le patient à l'hôpital : usager ou client ? », *Gestions Hospitalières*, Octobre 2004, p593

¹¹ VILLARD M., Réflexions sur l'association des notions de "client" et de "démarche qualité" dans le champ médico-social, (page consultée le 23 Juin 2006), <http://perso.orange.fr/maurice.villard/client.htm>

Ces dimensions économiques, de client, de qualités, et donc de recherche d'une satisfaction du client sont donc désormais une réalité à laquelle l'infirmier libéral ne peut échapper. Il ne peut d'autant plus s'y soustraire que ses revenus ainsi que la pérennisation de son activité sont étroitement liés à la satisfaction de ses clients quant aux soins qu'il leur dispense et à sa capacité de les « fidéliser »

3- Synthèse

De par la situation spécifique de l'exercice en secteur libéral où le patient choisit son praticien ainsi que les modalités de déroulement du soin (horaires, lieu), il apparaît que la notion de client soit une réalité. De plus, une dimension économique particulière se détache : le niveau de rémunération de l'infirmier libéral est placé sous la dépendance directe de la qualité et de la quantité des soins qu'il dispense. En effet la rétribution de chaque soin est codifiée par l'assurance maladie sous forme d'AMI (Acte Médical Infirmier) que l'infirmier libéral doit faire figurer sur la feuille de soins qu'il remet à son client. Il en va de même pour les Indemnités forfaitaires de déplacement (IFD), les majorations de nuit et de dimanche ainsi que pour les Indemnités Kilométriques (IK). (Cf Annexe 2)

De plus, comme le souligne le C-CLIN, les conditions financières de l'exercice libéral sont d'autant plus complexes que le remboursement des actes de soins est variable selon les lieux d'exercice. En effet, « *le remboursement est soumis à la nomenclature générale des actes infirmiers qui relèvent de la prescription médicale* »¹². Aussi, l'utilisation de produits et de matériels adaptés pour le soin (type et quantité de produits antiseptique, eau stérile, sérum physiologique et de matériels stériles, gants, compresses...) est soumis aux précisions portées sur l'ordonnance par le médecin prescripteur.

De surcroît, l'achat de matériel de base, comme les gants à usage unique ou les essuie-mains, reste le plus souvent à la charge de l'infirmier libéral, les gants stériles, quant à eux, sont remboursés lorsqu'ils apparaissent sur la prescription médicale.

D. Notions d'Hygiène et d'Habitudes de vie.

1- Définitions :

Comme pour tout concept, tenter de définir l'hygiène n'est pas chose aisée. Classiquement, l'hygiène est présentée comme la science qui enseigne les mesures propres à conserver la santé. Selon Léon Bernard (Président du Conseil Supérieur d'Hygiène de France), « l'hygiène n'est pas une science contemplative, mais une science faite d'actions »¹³. Plus synthétiquement, l'hygiène est un ensemble de mesures destinées à prévenir les infections et l'apparition de maladies infectieuses, et se base essentiellement sur trois actions : le nettoyage et la détertion, la désinfection, les moyens conservation.

Enfin, selon P. Fougeyrollas, « *une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socio-culturel selon ses caractéristiques*

¹² Hygiène des soins infirmiers en ambulatoire, CCLIN ouest, page 12

¹³ Encyclopedia Universalis Cd-rom, Hygiène, M. Maissonnet.

(*âge, sexe, l'identité socio-culturelle, etc.*). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence »¹⁴. Elle concerne : la nutrition, la condition corporelle, les soins personnels, la communication, l'habitation, les déplacements, les responsabilités, les relations interpersonnelles, la vie communautaire, l'éducation, le travail, les loisirs, d'autres habitudes.

Force est donc de constater qu'hygiène et habitudes de vie sont deux concepts indissociables avec lesquels l'infirmier libéral va devoir composer dans sa pratique quotidienne chez ses clients.

2- L'hygiène au domicile du client :

La notion d'hygiène est donc particulière à chaque client, selon des valeurs qui lui sont propres et que, selon le concept d'habitudes de vie, nous nous devons de respecter. Toutefois comme le souligne Evelyne Terrat, cadre de santé formateur, le respect des règles d'hygiène élémentaires à domicile est indispensable afin de prévenir le risque infectieux et de participer à l'amélioration de la sécurité du soignant et du soigné. Dans un article paru dans la revue « l'aide-soignante »¹⁵ elle cite l'exemple d'une règle élémentaire d'hygiène : le lavage simple des mains, et précise que « *respecter cette pratique suppose d'avoir du matériel approprié. Or, à domicile, ce n'est pas toujours possible (...) les conditions d'habitation des personnes prises en charge sont parfois vétustes et insalubres, les soignants ne disposent alors pas d'un lavabo propre, de savon adéquat, d'essuie mains ni de poubelles à portée de mains* »¹⁶.

Les soignants sont alors dans l'obligation de négocier avec le patient et son entourage afin d'obtenir le matériel nécessaire. Il en résulte bien souvent une incompréhension de ces derniers qui ne comprennent pas le bien fondé de nos demandes alors qu'ils traversent bien souvent des situations financières très précaires et que leurs priorités du moment se situent plus à assurer leur quotidien. Il en va de même pour obtenir des pièces de literies et d'habillement propres, au sens soignant du terme, afin d'exercer dans des conditions qui respectent les règles élémentaires d'hygiène.

3- Cadre législatif

Selon le décret de compétence infirmière du 29 Juillet 2004 : (Cf Annexe I)

« **Article R. 4311-5** : Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ; »

¹⁴ FOUGEYRAULLAS P., CLOUTIER R., BERGERON H., COTE J., St MICHEL G., Classification québécoise Processus de production du handicap, Réseau international sur le Processus de production du handicap, 1998, P. 36.

¹⁰ & ¹⁵ TERRAT E., « Le respect des règles d'hygiène à domicile », *l'aide-soignante*, N°54 Février 2004, Page 25-26.

« **Article R. 4311-15** : Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

(...)

4° Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ; »

4- Synthèse

L'Hygiène et les habitudes de vie du patient font partie de l'histoire du patient, et l'infirmier doit donc tenir compte de ce facteur dans sa prise en charge. Toutefois les hygiénistes s'accordent à penser que les habitudes du patient doivent s'arrêter là où le respect des règles élémentaires d'hygiène commence. Aussi, le soignant a donc dès lors à accomplir un travail d'éducation à l'hygiène et à la santé auprès de ses clients afin qu'ils prennent conscience de la nécessité des pré-requis, et que ces exigences sont orientées vers son propre intérêt en visant une amélioration de la qualité des soins. Tout ce travail éducationnel a donc pour objectif d'amener le patient à modifier durablement ses habitudes de vie afin de devenir véritablement acteur de son soin.

III. La recherche

A. Présentation

1- Méthodologie et objectifs:

Afin de donner à mon étude le caractère le plus réaliste possible, mon choix s'est porté sur la conduite d'entretiens semi-directifs. En effet, à mon sens, ceux-ci permettent l'exploration de thèmes choisis préalablement, tout en laissant la personne interrogée s'exprimer librement, tout en conservant la possibilité de la recentrer sur le sujet au besoin. Je me suis aidé de guides d'entretiens que vous voudrez bien trouver en annexe 4 et 5. Ce guide s'articule autour de deux axes : les représentations que le patient a de la notion d'hygiène et le respect de ses habitudes de vie, la notion de client et de rentabilité. Les questions posées ne concernent que les soins prodigués au domicile du patient et non ceux réalisés au sein du cabinet de l'infirmier(e) libéral(e).

L'objectif de cette enquête fut donc de me permettre d'approfondir des thèmes qui n'avaient pu être développés suffisamment dans mon approche théorique de par leurs caractères subjectifs.

Mon enquête a donc essayé de mettre en exergue les ressentis propres à chaque professionnel de santé face aux différents facteurs abordés dans ma question de départ. C'est pourquoi, dans un souci d'authenticité, je n'ai dévoilé qu'à la fin des entretiens le thème de mon travail de fin d'études.

J'ai décidé de sélectionner les personnes que j'ai interrogées, afin de cibler des praticiens en contact avec des clients d'horizons socioculturels différents. A savoir, un infirmier libéral exerçant en milieu rural, une infirmière ayant son cabinet dans un quartier populaire composé d'une population pluriethnique en zone urbaine, une infirmière libérale intervenant en zone péri urbaine auprès de clients retraités ou appartenant à des catégories socioprofessionnelles de niveau cadre et cadre supérieur. J'ai également souhaité recueillir le point de vue d'une infirmière hygiéniste extérieure à la spécificité libérale, ainsi, à toute fin de neutralité, j'ai sélectionné une professionnelle intervenant au sein d'un CCLIN non concerné par notre département.

Ces entretiens se sont déroulés dans une ambiance détendue, puisqu'ils avaient lieu à leur cabinet et que j'avais eu leur accord préalable. De plus, ces personnes étaient toutes très intéressées et motivées par ma démarche de recherche concernant leur profession.

2- Difficultés rencontrées et limites de l'enquête

De par sa spécificité, le métier d'infirmier libéral impose des horaires de travail fort peu compatibles avec ceux d'un étudiant infirmier. Toutefois le faible nombre de personnes interrogées n'est selon moi pas un obstacle à une enquête que je souhaitais plus qualitative que quantitative.

Hormis qu'il est à remarquer que, sur trois infirmier(e)s libéral(e)s interrogé(e)s, deux ont participé à l'entretien à la condition expresse que leur anonymat soit garanti. Pour cette raison, ainsi que par la teneur de mon guide d'entretien, j'ai nourri la crainte que ces professionnels de santé ressentent mes questions comme des critiques à l'égard de leurs pratiques quotidiennes, mais il n'en a rien été.

B. Résultats et Synthèse

1- Résultats des Entretiens

- À la question « qu'évoque pour vous la notion de représentation de l'hygiène qu'ont vos patients ? »

Les trois Infirmiers interrogés apportent la même réponse : La conception même de l'hygiène ainsi que la représentation que chaque patient et son entourage proche s'en fait est profondément lié aux facteurs socio-économiques. A savoir : conditions de ressources, mode et conditions d'habitations, catégorie socioprofessionnelle d'appartenance. Toutefois l'infirmière exerçant auprès de patients aisés et ayant un haut niveau de formation, tempère ce facteur puisque elle a déjà eu à déplorer, certes très rarement, des conditions d'hygiènes qu'elle estime déplorable au sein de foyers très aisés ou l'extérieur et l'environnement de l'habitation ne laissait rien présager de tel.

Une infirmière interrogée souligne que selon elle, il existe également une dimension éducationnelle voire même identificatoire quant à la conception personnelle de l'hygiène. En effet, il lui a été donné à remarquer à l'occasion de prises en charges de différents membres d'une même famille, vivant dans différents foyers, que les habitudes de vies des enfants en matières d'hygiène sont très semblables à celle de leurs parents. Elle précise également que de part la situation géographique de son cabinet (au sein d'une cité populaire), elle prend en charge des patients émanant de cultures différentes, et que de ce fait elle constate d'importantes disparités quant à la représentation que chaque famille a de l'hygiène en fonction de leur culture d'appartenance.

L'infirmière hygiéniste par sa réponse confirme ses éléments puisque selon elle la notion et la représentation que chacun se fait de l'hygiène est imprévisible et qu'il faut se méfier des stéréotypes positifs comme négatifs.

- À la question « Jusqu'où le décalage entre cette représentation et la réalité du soin est acceptable ? »

Tous les professionnels interrogés s'accordent à dire qu'il n'y a pas de limite. Je citerais les propos d'un Infirmier qui résonnèrent comme un cri du cœur : « *le soin avant tout* ». En effet il précise qu'il s'agit bien souvent de patients isolés vivant dans une très grande précarité et que la réalisation du soin quel que soit le matériel à disposition et les conditions d'hygiènes du patient et de son habitat, est une priorité absolue.

Il cite alors l'exemple d'une personne âgée isolée, vivant seule sans aucune aide, pour laquelle un médecin généraliste a prescrit un pansement d'ulcères de jambe. Lorsqu'il s'est rendu pour la première fois au domicile de la patiente, il constata que le pansement n'avait pas été refait depuis des semaines et qu'aucun matériel ni dispositif médical n'était disponible au domicile. Aussi, en attendant de revenir le lendemain avec tout le matériel nécessaire, il effectua le nettoyage de l'ulcère à l'aide d'eau minérale et réalisa un pansement occlusif de fortune avec du papier absorbant et du sparadrap. La priorité était bien selon lui d'agir face à une « urgence ». Dans ces cas là, le professionnel de santé se trouve quasiment placé en situation d'assistance à personne en danger et, de ce fait, il ne peut exister de limite à la réalisation du soin.

Une infirmière, précise quant à elle mais à demi mot, que la rentabilité du cabinet et la pérennisation de son activité impose que cette notion de limite, par rapport à un minima d'hygiène et de matériel requis, s'efface devant la notion de réalité économique. Il est à

noter qu'elle semble alors, par son ton et son attitude, s'exprimer à regret et que cette réalité va à l'encontre de ce qu'elle souhaiterait dans l'absolu.

L'infirmière hygiéniste quant à elle répondra que, bien évidemment dans l'idéal aucun décalage ne devrait être accepté mais que, toutefois elle a conscience des réalités qu'impose la pratique libérale et qu'elle imagine que les professionnels concernés font au mieux avec cette réalité. En lien avec cette réponse et par rapport à la question « *quelles sont selon vous les différences quantitatives et qualitatives entre le risque infectieux à l'hôpital et au domicile du patient ?* » qui lui fut alors posée, elle répondra que ce décalage est acceptable par force de raison puisque statistiquement au regard d'études déjà parues, le risque de contracter une infection iatrogène à domicile est négligeable par rapport au risque d'infection nosocomial et ce, malgré l'ensemble des moyens humains et matériels mis en œuvre.

➤ À la question « *En dehors de toute situation d'urgence, vous arrive t'il de refuser de réaliser un soin ? pour quel(s) motif(s) ?* ».

La réponse est unanime, mais les motifs différent. En effet, tous les professionnels interrogés ont eu au cours de leur carrière à interrompre une prise en charge. A cette occasion un infirmier tient à en préciser les modalités : il faut en avertir par courrier avec accusé réception le patient ainsi que le médecin prescripteur en indiquant le motif de l'arrêt de la prise en charge. Il faut également fournir au patient la liste des Infirmier(e) exerçant dans la zone de soin qui sont susceptibles de poursuivre la prise en charge. Pour une majorité, le motif principal d'arrêt et donc de refus est l'incompatibilité d'humeur.

Le second motif, économique celui-ci n'est évoqué que par l'infirmier exerçant en milieu rural. Il s'agit selon lui, de patients qui ne payent pas leurs soins prétextant un extrême dénuement mais qui pour autant, dixit celui-ci, « sont aperçus plusieurs fois par jour dans des établissements de boissons en train de consommer sans modération des boissons alcoolisés ». Il précise toutefois que les situations financières précaires sont très fréquentes et que lorsque les patients sont sincères et de bonne foi il lui arrive alors de prodiguer ses soins à titre gracieux.

Il est à remarquer que le motif de défaut de matériel et d'hygiène n'a jamais été évoqué par aucun des professionnels interrogés, ce qui corrobore les réponses apportées à la question précédente.

➤ À la question « *Quelles sont selon vous les conditions limites acceptables afin de réaliser un soin technique au domicile du patient ?* »

Les deux infirmières ayant souhaité garder l'anonymat n'ont pas répondu, estimant cette question identique à la question n°2 (« *Jusqu'où le décalage entre cette représentation et la réalité du soin est acceptable ?* »). Elles ne semblent donc pas faire de distinction entre les soins techniques (invasifs) et les autres soins.

L'infirmier exerçant en zone rurale fait quant à lui cette distinction et précise qu'en ce qui concerne les soins stériles, il impose des exigences et des pré-requis. Comme par exemple : une seule personne présente dans la pièce, avoir à disposition le minimum de matériel requis (ne peut le préciser ici car selon lui cela dépend du soin). Je le cite : « *Après, c'est question*

de feeling, par exemple si propreté de la literie laisse à désirer, on peut s'installer sur le canapé, (...) en tous cas si je décide de réaliser le soin, il faudra que je fasse au mieux avec ce que j'ai. ».

Ainsi et en réponse à la question « Comment réagissez-vous si ces conditions ne vous paraissent pas remplies ? », il précise alors que si il estime que le pré-requis qu'impose le soin en terme d'hygiène, de matériel et de conditions environnementales n'est pas respecté, il ne réalisera pas le soin. Mais, il ne s'agira pas alors d'un refus de soin de sa part mais plus exactement d'un report de soin à une date ultérieure. Ainsi il exposera au patient ses exigences afin de lui permettre de prendre les dispositions nécessaires pour le futur rendez-vous.

À cette question une des infirmières ayant décliné la question précédente spécifique aux soins techniques, répondra dans les mêmes termes à savoir qu'il s'agit de manière générale d'un report de soin et non à proprement parlé d'un refus de soin. La seconde, quant à elle, dit ne pas être en mesure de répondre puisque la réalité de son cabinet (elle est seule) ne lui permet pas de différer un soin alors qu'elle a déjà effectué le déplacement. Elle ajoute qu'elle dispose dans sa mallette de matériels de dépannage lui permettant de parer à toute éventualité et donc de pouvoir faire face à ces situations et réaliser le soin.

➤ À la question « Comment priorisez-vous ces conditions par rapport aux habitudes de vie et à la représentation qu'a le patient de l'hygiène ? »

La réponse fut, en terme de sens, collégiale. En effet l'ensemble des professionnels du secteur libéral interrogé a alors rappelé le rôle important que doit jouer l'infirmier(e) dans l'éducation du patient à l'hygiène que requiert ses soins. En effet précisent-ils nul ne sert de reporter le soin à une date ultérieure si le patient ou l'entourage n'a pas compris nos exigences en terme d'hygiène et de matériels et, ce qui motive cette exigence. Il ressort des réponses que, bien souvent ce décalage soit le fruit d'une incompréhension mutuelle. Les professionnels s'accordent alors à dire que ce travail d'éducation doit se centrer sur la valorisation de la personne, à savoir, que ces exigences sont instaurées dans son intérêt afin d'obtenir le plus haut niveau de qualité de soins et de tendre durablement vers l'amélioration de leur état de santé. Une infirmière déclarera même dans un éclat de rire « *on devrait même être déclaré d'utilité publique pour ce travail !* ».

➤ À la question « Selon vous, les recommandations de l'HAS et du CLIN Ouest sont elles applicables en activité libérale et pour quelles raisons ? »

L'Infirmier exerçant en secteur rural a déclaré vouloir s'abstenir de répondre car n'étant pas très au fait de ces recommandations, toutefois il me fit alors la promesse, non sans un humour auto critique, de se renseigner au plus vite sur celle-ci afin de se forger une opinion sur le sujet.

Ces deux autres collègues paraissent moins désabusées par la question et apportèrent des réponses quasi similaires. À savoir, qu'elles seraient applicables à la condition *sine qua non* que le prescripteur pourvoit aux exigences des soins en terme de prescription de matériels, comme par exemple de set de soins à usage unique : sondage urinaire, ablation de fils, pansements etc. Que l'assurance maladie revalorise les Actes Médicaux Infirmiers (AMI) de sorte que si l'infirmière fournit le matériel nécessaire au respect de ces recommandations le soin demeure « rentable » et enfin que les conditions d'hygiènes sur le lieu d'activité

professionnel, à savoir le domicile du patient, soient en adéquation avec ce que préconisent ces recommandations.

À cette question, l'infirmière hygiéniste apporte une réponse positive. En effet, selon elle, ces recommandations sont tout à fait applicables au secteur libéral à la condition d'être modulées en fonction des moyens et des ressources à disposition. Elle rappelle alors que compte tenu du moindre risque infectieux à domicile, les écarts vis-à-vis de ces recommandations sont tout à fait acceptables et que de manière générale les moyens doivent être adaptés aux risques.

➤ À la question « En exercice libéral, doit-on parler de patient ou de client ? (En quoi trouvez-vous péjorative la notion de client ?) »

Deux infirmiers sur trois interrogés déclarent parler de client, puisque comme le rappellera l'un d'entre eux, le client est celui qui paye pour obtenir un bien ou un service et en retour de cette rétribution il est en droit d'exiger une qualité de prestation. Dans une réalisation de soins à domicile, on est donc bien selon lui dans cette dimension. L'autre infirmière répondra que pour elle il en va de même de la pratique libérale que de la pratique hospitalière. En effet selon elle on devrait également parler de client à l'hôpital puisque avec la mise en place de l'accréditation hospitalière, l'hôpital s'inscrit à présent dans une démarche de recherche de qualité afin de répondre à une demande toujours croissante des patients en ce domaine. Elle précise que « *quand les collègues hospitaliers accepteront de reconnaître cela, ils comprendront mieux notre façon de travailler et ils nous considéreront peut être moins négativement* »

L'infirmier quant à lui préfère parler de « patient-client ». En effet bien qu'ayant plus que conscience comme ses collègues de la dimension de client il souhaite néanmoins conserver la notion de patient qui selon lui le « ramène à la dimension du soin et du statut de « malade » des gens que je soigne ».

➤ A la question « La rentabilité du cabinet : réalité ou tabou ? »

Une infirmière répondra spontanément « Tabou ! » et ne souhaitera pas apporter d'éléments de réponses. Sa collègue ne sera pas plus prolixe mais se positionnera en faveur d'une « dure réalité... ».

L'infirmier quant à lui se prononcera en faveur d'une réalité qu'il qualifiera d' « *omniprésente au quotidien* » puisque que selon lui elle conditionne son activité tant au point de vue de son rythme de travail, que des « *choix de patients* » qu'il est obligé de faire, mais également de l'utilisation du matériel et du temps qu'il passera auprès de chaque client. Il précisera que tout est fait dès l'installation du cabinet pour instaurer cette réalité : en effet afin de s'établir il lui a fallu contracter un prêt bancaire et, à cette occasion, la banque lui a demandé de présenter un calcul de rentabilité ainsi qu'un « prévisionnel » afin d'évaluer si sa future activité serait rentable. Il souligne qu'au quotidien il a le souci de pérenniser son activité et que compte tenu de la lourdeur des charges qu'il doit acquitter mensuellement, il dira en conclusion : « *on n'a pas le choix, il faut faire du chiffre* ».

- À la question « Estimez vous que les IDE Libéraux sont suffisant informés ou formés par rapport aux recommandations (CCLIN Ouest et l'HAS, leurs respects et leurs mise en oeuvre dans leur pratique quotidienne ? »

L'infirmière hygiéniste répondra qu'elle estime que les différents supports (documentations, sites Internet) édités par les CCLIN et l'HAS sont en théorie disponibles et accessibles pour tous, et que par conséquent l'accès à l'information et la formation est donc la résultante d'une démarche personnelle en la matière. Toutefois elle reconnaîtra être consciente du peu de disponibilité dont dispose les libéraux pour participer à des formations ou a des colloques.

- À la question « Etes- vous sollicitée par les IDE Libéraux ? Sur quel(s) point(s) ? »

Elle répondit que non, d'aussi loin qu'elle s'en souvienne, mais que pour elle, cela ne signifie pas que les IDE Libéraux se désintéressent de la question de l'hygiène et de ses bonnes pratiques. En effet elle émet alors l'hypothèse qu'« ils vont certainement ailleurs à la pêche aux informations » pour répondre ponctuellement à leur questionnement.

2- Synthèse des entretiens :

Concernant l'axe de recherche sur les représentations que le patient a de la notion d'hygiène ainsi que le respect par le soignant de ses habitudes de vie, il est donc possible, au vu des réponses données, d'effectuer le constat suivant :

Les Infirmier(e)s exerçant en secteur libéral ont unanimement conscience qu'il existe une représentation de l'hygiène qui est propre à chaque individu. Cette représentation leur apparaît comme fortement corrélée à la catégorie socioprofessionnelle d'appartenance, au degré d'instruction et d'éducation, ainsi qu'à la culture dont il est issu. Tous ces facteurs conditionneraient donc un mode de vie fait d'habitudes, d'us voire de coutumes que l'infirmier doit prendre en considération afin d'adapter son soin. La décision de réalisation du soin, qui originellement repose sur des pré-requis et des exigences du soignant en terme d'adéquation de l'environnement et du matériel au soin à réaliser serait donc le fruit d'un consensus bipartite. Le soignant, après analyse des facteurs précédemment énoncés, expose et soumet ses exigences au patient. Celui-ci, grâce à l'éducation à la santé qu'il reçoit alors, prend conscience de l'intérêt pour lui à se conformer à la demande et, en échange d'une meilleure qualité des soins ainsi qu'une sécurité accrue, répond favorablement à la demande en modifiant ses comportements et ses habitudes de vie. En rapport avec ce schéma de prise en charge, hormis cas exceptionnels, il n'y a pas de place pour un refus de soin par le soignant. Mais, plutôt doit-on alors parler de report de soins jusqu'à obtention des conditions nécessaires à une bonne exécution dans des conditions d'hygiène et de confort matériel acceptable dans le cadre du soin envisagé. Toutefois, il apparaît que, de prime abord, dans des situations qu'il est possible de qualifier d'urgence sanitaire, le soin primera en première intention sur les pré-requis.

Les conditions de ressources matérielles dont dispose l'infirmier semblent quant à elles soumises à une réalité économique. Cette dimension économique et plus précisément la notion de rentabilité de l'activité libérale apparaît à l'issue de ces entretiens comme étant le point central de la prise en charge. En effet, le soin réalisé doit rester rentable. L'infirmier afin de pérenniser son activité doit donc également adapter sa prise en charge en fonction de cette réalité économique à laquelle il est quotidiennement soumis.

Face à cette rentabilité, s'oppose une obligation de qualité de soin afin de satisfaire un patient de plus en plus client de soin qui détient le droit de choisir « son soignant » en fonction d'exigences qui lui sont propres.

L'infirmier doit donc composer avec l'ensemble de ces facteurs afin de satisfaire aux exigences du soin tout en respectant les souhaits et habitudes de vie du client, en ayant pour objectif de tendre vers une prise en charge de qualité et sûr pour fidéliser sa clientèle, mais sans toutefois faire sacrifice de sa rentabilité.

3- Confrontation :

L'analyse des entretiens permet donc de constater que la recherche exploratoire corrobore globalement la recherche documentaire qui a initié ce travail. Toutefois, à l'issue de cette étape exploratoire deux éléments nouveaux ont été mis en lumière par les professionnels de santé.

En effet le rôle tenu par le prescripteur ainsi que la responsabilité qu'il porte, fait de lui un facteur facilitant, ou non, de la qualité de la prise en charge infirmière à domicile.

De même, il apparaît que l'assurance maladie, indirectement à l'origine de la rétribution des professionnels de santé, mais directement impliqué dans la prise en charge des soins infirmiers, soit également un facteur qualitatif et quantitatif incontournable.

C'est donc en tout cela que réside peut être la spécificité de la pratique infirmière en secteur libéral.

Le patient, véritable client de soin, de par sa singularité multifactorielle, apparaît dès lors être le principal acteur de cette spécificité.

Dans une société en pleine mutation et face à une demande et un besoin de soins médicaux et paramédicaux toujours croissants, le développement des soins ambulatoires et des hospitalisations à domicile s'impose désormais comme une réalité.

Le futur infirmier libéral que je suis sera donc à court ou moyen terme l'acteur privilégié de ce futur dispositif de soin. Mais de quels moyens disposerais-je alors pour prendre en charge ces patients ? Bien que tout à fait légitime, comment satisfaire aux exigences qualitatives de soins ambulatoires toujours plus techniques et « protocolisés » alors que la rentabilité du cabinet impose une approche quantitative de l'activité journalière ? Où se situe la responsabilité de l'assurance maladie dans cette notion de rentabilité ? Quelle est la place du prescripteur dans ce dispositif ? Peut-il, à lui seul grâce à son pouvoir de prescription améliorer les conditions matérielles de la pratique des soins infirmiers à domicile ?

4- Problématique :

Dans le contexte actuel d'accréditation hospitalière, de démarche qualité et de « protocolisation » des soins, une problématique nouvelle émane donc de ce questionnement nouveau : la qualité des prises en charges et l'accès aux soins infirmiers à domicile sont-ils exclusivement placés sous la dépendance d'un facteur économique pluridimensionnel ?

IV. Conclusion

Il existerait donc bel et bien une spécificité libérale, fruit de la singularité de ceux qui la pratique et de la richesse de ceux à qui elle s'adresse.

Ce travail ne se réclamant pas d'une étude exhaustive, m'a permis d'appréhender la spécificité de la pratique libérale sous l'angle de l'étude des conditions de travail particulières et de la dimension économique.

L'ensemble des professionnels que j'ai eu le plaisir de rencontrer, partagent les mêmes valeurs professionnelles. Bien que parfois désabusés par le manque de moyens mis à leur disposition pour accomplir leur mission au quotidien, ils arborent une motivation sans faille afin d'assurer la continuité des soins mais également, pour bon nombre de patients, d'assumer l'indispensable fonction du lien social.

Leur objectif, commun à tous les soignants que nous sommes, est bien l'amélioration de la qualité des soins et ce, grâce à un nécessaire travail d'évaluation mais également, et dans le cadre d'une démarche personnelle de remise en question des savoirs et des pratiques, d'un renouvellement régulier des connaissances.

Ainsi, en nous inscrivant dans une démarche de recherche en soins infirmiers, d'éducation, d'enseignement, et donc d'amélioration des prises en charges infirmières, permettrons nous peut être, une meilleure reconnaissance de nos activités ainsi qu'une valorisation de notre profession ?

V. Bibliographie

Livres :

- ANAES, Manuel d'accréditation, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, Septembre 2004.
- AUGÉ M, L'anthropologie de la maladie, L'Homme, XXVI, 1-2, 1986.
- COHEN Y., PEPIN J., LAMONTAGNE E., DUQUETTE A., Les sciences infirmières : Genèse d'une discipline, Les Presses de L'Université de Montréal, 2002.
- FOUGEYRAULLAS P., CLOUTIER R., BERGERON H., COTE J., St MICHEL G., Classification québécoise Processus de production du handicap, Réseau international sur le Processus de production du handicap, 1998, P. 36.
- Hôpitaux, clinique : de l'accréditation à la qualité des soins. Édition Lamarre.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et le Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, Comité technique national des infections nosocomiales, 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales, deuxième édition, 1999.
- SAILLANT Francine et Éric GAGNON, Anthropologie et sociétés, soins, corps, altérité, 1999, Volume 23 numéro 2.

Revue :

- RAULT B., « Le patient à l'hôpital : usager ou client ? », *Gestions Hospitalières*, Octobre 2004, p593.
- TERRAT E., « Le respect des règles d'hygiène à domicile », *l'aide-soignante*, N°54 Février 2004, Page 25-26.

Sites Internet et supports multimédia:

- Encyclopédie Wikipédia. (Page consultée le 23 Juin 2006). Infirmier, [en ligne]. <<http://fr.wikipedia.org/wiki/Infirmier>>
- Infirmiers.com. (Page consultée le 23 Juin 2006). Approche du concept de soins, [en ligne]. <<http://www.infirmiers.com/etud/cours/transvers/conceptsoin.php>>
- Ministère de la santé. (Page consultée le 18 Juin 2006). 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. [en ligne]. <<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco/guide/sommaire.html>>
- C-clin Ouest. (Page consultée le 18 Juin 2006). C-Clin Ouest Centre de Coordination de la lutte contre les infections nosocomiales, <<http://www.cclinouest.com/>>

- C-clin Ouest. (Page consultée le 18 Juin 2006). C-Clin Ouest Hygiène des soins infirmiers en ambulatoire, [en ligne].
<http://www.cclinouest.com/pages/soins_infirmiers_ambula.htm>
- Encyclopedia Universalis Cd-rom, Hygiène, M. Maisonnnet.
- Encyclopédie Universalis Cdrom
- VILLARD M., Réflexions sur l'association des notions de "client" et de "démarche qualité" dans le champ médico-social, (page consultée le 23 Juin 2006),
<http://perso.orange.fr/maurice.villard/client.htm>

Textes législatifs :

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, décret de compétences infirmières, J.O n° 183 du 8 août 2004.

Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, règles spécifiques en activité libérale, J.O n° 183 du 29 Juillet 2004.

ANNEXE I

Législation

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V : ANNEXE

J.O n° 183 du 8 août 2004 page 37087

texte n° 37086

Décrets, arrêtés, circulaires

Textes généraux

Ministère de la santé et de la protection sociale

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code

Article R. 4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;
- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25° Toilette périnéale ;

- 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29° Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
- 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- 32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- 33° Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
- 34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- 35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- 36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
- 37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
- 38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
- 39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes : a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ; b) Sang : glycémie, acétonémie ;
- 40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- 41° Aide et soutien psychologique ;
- 42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R. 4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

- 1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- 2° Activités à visée socio thérapeutique individuelle ou de groupe ;
- 3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
- 4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

Article R. 4311-7

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

- 1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;
- 2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;
- 3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
- 4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
- 5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
 - a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;

- b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12. Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;
- 6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-6 ;
 - 7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
 - 8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
 - 9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
 - 10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;
 - 11° Pose de bandages de contention ;
 - 12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;
 - 13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
 - 14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
 - 15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;
 - 16° Instillation intra-urétrale ;
 - 17° Injection vaginale ;
 - 18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
 - 19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
 - 20° Soins et surveillance d'une plastie ;
 - 21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
 - 22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
 - 23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
 - 24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
 - 25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
 - 26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
 - 27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
 - 28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
 - 29° Mesure de la pression veineuse centrale ;
 - 30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
 - 31° Pose d'une sonde à oxygène ;
 - 32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
 - 33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatisque ;
 - 34° Saignées ;
 - 35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
 - 36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
 - 37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
 - 38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
 - 39° Recueil aseptique des urines ;

- 40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
- 41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
- 42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;
- 43° Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article R. 4311-15

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- 1° Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- 2° Encadrement des stagiaires en formation ;
- 3° Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
- 4° Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;
- 5° Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;
- 6° Education à la sexualité ;
- 7° Participation à des actions de santé publique ;
- 8° Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire. Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

ANNEXE II

RÈGLES PROFESSIONNELLES SPÉCIFIQUES LIBÉRALES (J.O. 183 29/07/04)

DÉCRET 2004-802 du 29 juillet 2004

Article R. 4312-33

L'infirmier ou l'infirmière doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation adaptée et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients.

Article R. 4312-34

L'infirmier ou l'infirmière ne doit avoir qu'un seul lieu d'exercice professionnel. Toutefois, par dérogation à cette règle, il peut avoir un lieu d'exercice secondaire dès lors que les besoins de la population, attestés par le préfet, le justifient. L'autorisation d'exercer dans un lieu secondaire est donnée par le préfet, à titre personnel et non cessible. Elle est retirée par le préfet lorsque les besoins de la population ne le justifient plus, notamment en raison de l'installation d'un autre infirmier. Les dispositions du présent article ne font pas obstacle à l'application par les sociétés civiles professionnelles d'infirmiers et leurs membres de portant règlement d'administration publique pour l'article R. 4381-88 .

Article R. 4312-35

Toute association ou société entre des infirmiers ou infirmières doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux.

Article R. 4312-36

L'exercice forain de la profession d'infirmier ou d'infirmière est interdit.

Article R. 4312-37

La profession d'infirmier ou d'infirmière ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de réclame ou publicité sont interdits aux infirmiers ou infirmières. L'infirmier ou l'infirmière ne peut faire figurer sur sa plaque professionnelle, sur ses imprimés professionnels, des annuaires téléphoniques ou professionnels ou sur des annonces que ses nom, prénoms, titres, diplômes et, le cas échéant, lieu de délivrance, certificats ou attestations reconnus par le ministre chargé de la santé, adresse et téléphone professionnels et horaires d'activité. La plaque professionnelle ne doit pas avoir de dimensions supérieures à 25 cm x 30 cm. L'infirmier ou l'infirmière qui s'installe, qui change d'adresse, qui se fait remplacer ou qui souhaite faire connaître des horaires de permanence peut procéder à deux insertions consécutives dans la presse.

Article R. 4312-38

Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière d'exercer sa profession dans un local commercial et dans tout local où sont mis en vente des médicaments, ou des appareils ou produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

Article R. 4312-39

Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

Sous-section 2 : Devoirs envers les patients

Article R. 4312-40

L'infirmier ou l'infirmière informe le patient du tarif des actes d'infirmier effectués au cours du traitement ainsi que de sa situation au regard de la convention nationale des infirmiers prévue à l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale. Il affiche également ces informations dans son lieu d'exercice et de façon aisément visible. Il est tenu de fournir les explications qui lui sont demandées par le patient ou par ses proches sur sa note d'honoraires ou sur le coût des actes infirmiers dispensés au cours du traitement. Les honoraires de l'infirmier ou de l'infirmière non conventionné doivent être fixés avec tact et mesure. Sont interdits toute fixation de forfait d'honoraires ainsi que toute fraude, abus de cotation ou indication inexacte portant sur les actes effectués. L'infirmier ou l'infirmière est toutefois libre de dispenser ses soins gratuitement.

Article R. 4312-41

Si l'infirmier ou l'infirmière décide, sous réserve de ne pas nuire à un patient, de ne pas effectuer des soins, ou se trouve dans l'obligation de les interrompre, il doit en expliquer les raisons à ce patient et, à la demande de ce dernier ou de ses proches, lui remettre la liste départementale des infirmiers et infirmières mentionnée à l'article L. 4312-1. Dans ce cas, ou si le patient choisit spontanément de s'adresser à un autre infirmier ou à une autre infirmière, l'infirmier ou l'infirmière remet au médecin prescripteur les indications nécessaires à la continuité des soins. Le cas échéant, il transmet au médecin désigné par le patient ou par ses proches et avec leur accord explicite la fiche de synthèse du dossier de soins infirmiers.

Sous-section 3 : Devoirs envers les confrères

Article R. 4312-42

Tous procédés de concurrence déloyale et notamment tout détournement de clientèle sont interdits à l'infirmier ou à l'infirmière. L'infirmier ou l'infirmière ne peut abaisser ses honoraires dans un intérêt de concurrence.

Sous-section 4 : Conditions de remplacement

Article R. 4312-43

Le remplacement d'un infirmier ou d'une infirmière est possible pour une durée correspondant à l'indisponibilité de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé. Toutefois, un infirmier ou une infirmière interdit d'exercice par décision disciplinaire ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction. Au-delà d'une durée de vingt-quatre heures, ou en cas de remplacement d'une durée inférieure à vingt-quatre heures mais répété, un contrat de remplacement doit être établi entre les deux parties.

Article R. 4312-44

Un infirmier ou une infirmière d'exercice libéral peut se faire remplacer soit par un confrère d'exercice libéral, soit par un infirmier ou une infirmière n'ayant pas de lieu de résidence professionnelle. Dans ce dernier cas, le remplaçant doit être titulaire d'une autorisation de remplacement délivrée par le préfet du département de son domicile et dont la durée maximale est d'un an, renouvelable. L'infirmier ou l'infirmière remplaçant ne peut remplacer

plus de deux infirmiers ou infirmières à la fois, y compris dans une association d'infirmiers ou un cabinet de groupe.

Article R. 4312-45

Lorsque l'infirmier ou l'infirmière remplacé exerce dans le cadre d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral, il doit en informer celle-ci. Durant la période de remplacement, l'infirmier ou l'infirmière remplacé doit s'abstenir de toute activité professionnelle infirmière, sous réserve des dispositions des articles R. 4312-6 et R. 4312-22. L'infirmier ou l'infirmière remplacé doit informer les organismes d'assurance maladie en leur indiquant le nom du remplaçant ainsi que la durée et les dates de son remplacement. Dans le cas où le remplaçant n'a pas de lieu de résidence professionnelle, l'infirmier ou l'infirmière remplacé indique également le numéro et la date de délivrance de l'autorisation préfectorale mentionnée à l'article R. 4312-44.

Article R. 4312-46

L'infirmier ou l'infirmière remplaçant qui n'a pas de lieu de résidence professionnelle exerce au lieu d'exercice professionnel de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé et sous sa propre responsabilité. L'infirmier ou l'infirmière d'exercice libéral remplaçant peut, si l'infirmier ou l'infirmière remplacé en est d'accord, recevoir les patients dans son propre cabinet.

Article R. 4312-47

Lorsqu'il a terminé sa mission et assuré la continuité des soins, l'infirmier ou l'infirmière remplaçant abandonne l'ensemble de ses activités de remplacement auprès de la clientèle de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé. Un infirmier ou une infirmière qui a remplacé un autre infirmier ou une autre infirmière pendant une période totale supérieure à trois mois ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il pourrait entrer en concurrence directe avec l'infirmier ou l'infirmière remplacé, et éventuellement avec les infirmiers ou les infirmières exerçant en association avec celui-ci, à moins que le contrat de remplacement n'en dispose autrement.

Article R. 4312-48

L'infirmier ou l'infirmière ne peut, dans l'exercice de sa profession, employer comme salarié un autre infirmier, un aide-soignant, une auxiliaire de puériculture ou un étudiant infirmier

ANNEXE III

VALEURS CONVENTIONNELLES DES LETTRES CLÉS A PARTIR DU 05/03/2002

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer
AMI	2,90	2,90
AIS	2,40	2,40
Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)	1,50 1.83€ au 01/04/03 et 2€ au 01/11/2003(arrêté du 18/02/03)	2,00
Majoration de nuit :		
- de 20h à 23h et de 5h à 8h	9,15	9,15
- de 23h à 5h	18,30	18,30
Majoration de dimanche (1)	7,62	7,62
Indemnité kilométrique (IK)		
:		
- plaine	0,30	0,33
- montagne	0,45	0,50
- à pied ou à ski	3,35	3,66

(1) La majoration du dimanche s'applique à compter du samedi 8h pour les appels d'urgence.

NOMENCLATURE DES ACTES INFIRMIERS

Nomenclature publiée au J.O. par arrêté du 25 mars 93, modifications par rectificatif du 25 mars 93 (JO 24/7/93), arrêté du 21 avril 94 (JO du 12/5/94), arrêté du 1er mars 99 (JO du 2/3/99) et arrêté du 8 décembre 99 (JO du 9/12/99), arrêté du 12 octobre 2000 (JO du 13/10/00), arrêté du 18/02/03

CHAPITRE 1er

Soins de pratique courante

Article 1er

Prélèvements et injections

Cotation EP €

Prélèvement par ponction veineuse directe. AMI. 1,5 = 4,35€

Saignée. AMI. 5 = 14,50€

Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques. AMI. 1 = 2,90€

Injection intraveineuse directe isolée. AMI 2 = 5,80€
Injection intraveineuse directe en série. AMI.1,5 = 4,35€
Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de cinq ans. AMI. 2 = 5,80 €
Injection intramusculaire AMI. 1 = 2,90€
Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance AMI. 5 = 14,50 €
Injection sous-cutanée. AMI. 1 = 2,90€
Injection intradermique. AMI 1 = 2,90€
Injection d'un ou plusieurs allergènes, poursuivant un traitement d'hyposensibilisation spécifique, selon le protocole écrit, y compris la surveillance, la tenue du dossier de soins, la transmission des informations au médecin prescripteur. AMI. 3 = 8,70€
Injection d'un implant sous-cutané AMI. 2,5 = 7,25 €
Injection en goutte à goutte par voie rectale AMI. 2 = 5,80 €

Article 2

Pansements courants

Pansement de stomie. AMI. 2 = 5,80 €
Pansement de trachéotomie, y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule ou sonde. AMI. 2,25 = 6,53 €
Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel AMI.2 = 5,80€
Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel AMI.4 = 11,60 €
Autre pansement. AMI. 2 = 5,80 €

Article 3

Pansements lourds et complexes

Pansements lourds et complexes nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse :
Pansement de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieure à 5 p. 100 de la surface corporelle. AMI. 4 = 11,60€
Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm². AMI. 4 = 11,60€
Pansement d'amputation nécessitant détersion, épiluchage et régularisation. AMI. 4 = 11,60€
Pansement de fistule digestive. AMI. 4 = 11,60€
Pansement pour pertes de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous aponévrotiques musculaires, tendineuses ou osseuses. AMI. 4 = 11,60€
Pansement chirurgical nécessitant un méchage ou une irrigation. AMI. 4 = 11,60 €
Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons. AMI. 4 = 11,60€
Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé. AMI. 4 = 11,60€

Article 4

Pose de sonde et alimentation

Pose de sonde gastrique. AMI. 3 = 8,70 €
Alimentation entérale par gavage ou en déclive ou par nutri-pompe, y compris la surveillance, par séance AMI. 3 = 8,70€
Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie, y compris le pansement et la surveillance, par séance AMI. 4 = 11,60€

Article 5

Soins portant sur l'appareil respiratoire

Séance d'aérosol. AMI. 1,5 = 4,35€
Lavage d'un sinus. AMI. 2 = 5,80€

Article 6 **Soins portant sur l'appareil génito-urinaire**

Injection vaginale. AMI. 1,25 = 3,63€

Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie. AMI. 1,5 = 4,35€

Cathétérisme urétral chez la femme AMI. 3 = 8,70€

Cathétérisme urétral chez l'homme AMI. 4 = 11,60€

Changement de sonde urinaire chez la femme AMI. 3 = 8,70€

Changement de sonde urinaire chez l'homme AMI. 4 = 11,60€

Éducation à l'auto-sondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances. AMI. 3,5 = 10,15€

Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel. AMI. 4,5 = 13,05€

Les deux cotations précédentes ne sont pas cumulables avec celles relatives au cathétérisme urétral ou au changement de sonde urinaire.

Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place). AMI. 1,25 = 3,63€

Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures. AMI. 1 = 2,90€

Article 7 **Soins portant sur l'appareil digestif**

Soins de bouche avec application de produits médicamenteux au décours immédiat d'une radiothérapie. AMI. 1,25 = 3,63€

Lavement évacuateur ou médicamenteux AMI. 3 = 8,70€

Extraction de fécalome ou extraction manuelle des selles AMI. 3 = 8,70€

Article 8 **Test et soins portant sur l'enveloppe cutanée**

Pulvérisation de produit(s) médicamenteux. AMI. 1,25 = 3,63€

Réalisation de test tuberculinique AMI. 0,5 = 1,45€

Lecture d'un timbre tuberculinique et transmission d'informations au médecin prescripteur. AMI. 1 = 2,90€

Article 9 **Perfusions**

Préparation, remplissage, programmation de matériel pour perfusion à domicile : infuseur, pompe portable, pousse-seringue. AMI. 3 = 8,70€

Pose de perfusion par voie sous-cutanée ou rectale. AMI. 2 = 5,80€

Pose ou changement d'un dispositif intraveineux. AMI. 3 = 8,70€

Changement de flacon(s) ou branchement sur un dispositif en place. AMI. 2 = 5,80€

Arrêt et retrait du dispositif de la perfusion, pansement éventuel, tenue du dossier de soins et transmission des informations au médecin prescripteur. AMI. 1 = 2,90 €

Organisation de la surveillance de la perfusion (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacement ou des majorations de nuit ou de dimanche) :

De moins de huit heures. AMI. 2 = 5,80€

De plus de huit heures. AMI. 4 = 11,60 €

La cotation des différents stades d'une perfusion se cumulent à taux plein par dérogation à l'article 11 B des dispositions générales. Ces cotations comprennent, le cas échéant, l'injection de produits médicamenteux par l'intermédiaire d'une tubulure.

Article 10

Surveillance et observation d'un patient à domicile

Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile(*) des patients présentant des troubles psychiatriques, avec établissement d'une fiche de surveillance:

Par passage. AMI.1 = 2,90€

Au delà du premier mois, par passage. AMI. 1 (E) = 2,90€

(*) Pour l'application des deux cotisations ci-dessus, la notion de domicile n'inclut ni les établissements de santé mentionnés à l'article L.611-1 du code de la santé publique, ni les établissements d'hébergement de personnes âgées ou handicapées mentionnés au 5° de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée, à l'exception toutefois des logements-foyers non médicalisés.

Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en oeuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, sauf pour les patients diabétiques insulino-dépendants, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze jours par jour.

AMI. 1 = 2,90€

ARTICLE ABROGE arrêté du 18 /02/03 :Surveillance et observation d'un patient insulino-dépendant dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané, y compris la tenue d'une fiche de surveillance, par séance. AMI.1 = 2,90€

Article 11

Modification de l'article 11 de la nomenclature (avril 2002)

Titre XVI

CHAPITRE 1 : SOINS DE PRATIQUE COURANTE

Arrêté du 28 juin 2002 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels

Soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente.

1. Mise en oeuvre de la démarche de soins infirmiers à domicile nécessaire à la réalisation de séances de soins infirmiers ou de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention d'un patient dépendant ou à la mise en oeuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue de favoriser son maintien, son insertion ou sa réinsertion dans son cadre de vie familial et social.

Les actes de l'article 11 sont cotés avec la lettre clé AIS.

La première démarche de soins infirmiers est cotée DI 1.5 =15€

Les démarches de soins infirmiers suivantes, pour un même patient, sont cotées DI 1 =10€

Les éventuelles démarches de soins infirmiers prescrites au-delà de cinq sur douze mois (DI 1 comprise) ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie.

« La cotation de la démarche de soins infirmiers inclut :

« a) La planification des soins qui résulte de :

- « 1° L'observation et l'analyse de la situation du patient ;
- « 2° Le ou les diagnostic(s) infirmier(s) ;
- « 3° La détermination des objectifs de soins et des délais pour les atteindre, des actions de soins infirmiers ou de surveillance clinique infirmière et de prévention à effectuer ou de la mise en place d'un programme d'aide personnalisée ;
- « b) La rédaction du résumé de la démarche de soins infirmiers qui comporte :
 - « D'une part :
 - « 1° Les indications relatives à l'environnement humain et matériel du patient, à son état et à son comportement ;
 - « 2° L'énoncé du ou des diagnostic(s) infirmier(s) en rapport avec la non-satisfaction des besoins fondamentaux, les objectifs et les actions de soins mis en oeuvre pour chacun d'eux
 - « 3° Les autres risques présentés par le patient ;
 - « 4° L'objectif global de soins,
 - « D'autre part, la prescription :
 - « 1° De séances de soins infirmiers ;
 - « 2° Ou de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention ;
 - « 3° Ou de mise en oeuvre d'un programme d'aide personnalisée,
 - « Ou
 - « 1° De séances de soins infirmiers puis de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention ;
 - « 2° De la mise en oeuvre d'un programme d'aide personnalisée puis de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention ;
- « c) La transmission du résumé de la démarche de soins infirmiers par l'infirmier au médecin.
 - « L'intégralité de la démarche de soins infirmiers est transmise au médecin prescripteur, au médecin-conseil et au patient, à leur demande.
 - « Pour un même patient :
 - « 1° Le résumé de la première démarche de soins infirmiers est transmis par l'infirmier au médecin. Au terme d'un délai de 72 heures suivant cette transmission, ce résumé est considéré comme ayant l'accord tacite du médecin sauf observation de ce dernier ;
 - « 2° Les résumés des éventuelles démarches de soins suivantes sont signés par l'infirmier et par le médecin.
 - « Le résumé de la démarche de soins infirmiers constitue le support de la demande d'entente préalable.
- « 2. Séance de soins infirmiers, par séance d'une demi-heure, à raison de quatre au maximum par 24 heures..... 3 E
 - « La séance de soins infirmiers comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne.
 - « La cotation forfaitaire par séance inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la séance, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle.
 - « Par dérogation à cette disposition et à l'article 11 B des dispositions générales, la séance de soins infirmiers peut se cumuler avec la cotation d'une perfusion, telle que définie au chapitre Ier ou au chapitre II du présent titre, ou d'un pansement lourd et complexe nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse.
 - « La cotation de séances de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois. Leur renouvellement nécessite la prescription et l'élaboration d'une nouvelle démarche de soins infirmiers.
- « 3. Mise en oeuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie, pendant lequel l'infirmier l'aide à accomplir les actes

quotidiens de la vie, éduque son entourage ou organise le relais avec les travailleurs sociaux, par séance d'une demi-heure, à raison de quatre au maximum par 24 heures..... 3.1 E

« La cotation des séances d'aide dans le cadre de la mise en oeuvre d'un programme d'aide personnalisée est subordonnée à l'élaboration préalable d'une démarche de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois la première année de mise en oeuvre de l'arrêté, à deux mois la deuxième année de sa mise en oeuvre, et à quinze jours, renouvelable une fois, à partir de la troisième année de sa mise en oeuvre.

« 4. Séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention par séance d'une demi-heure..... 4 E

« Cet acte comporte :

« - le contrôle des principaux paramètres servant à la prévention et à la surveillance de l'état de santé du patient ;

« - la vérification de l'observance du traitement et de sa planification ;

« - le contrôle des conditions de confort et de sécurité du patient ;

« - le contrôle de l'adaptation du programme éventuel d'aide personnalisée ;

« - la tenue de la fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant ;

« - la tenue de la fiche de liaison et la transmission des informations à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue.

« Cet acte ne peut être coté qu'une fois par semaine. Il ne peut l'être pendant la période durant laquelle sont dispensées des séances de soins infirmiers, ni pendant la mise en oeuvre d'un programme d'aide personnalisée, ni avec des actes incluant une surveillance dans leur cotation. Le cumul avec un autre acte médico-infirmier inscrit au présent titre a lieu conformément à l'article 11 B des dispositions générales.

« La cotation de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois. Leur renouvellement nécessite la prescription et l'élaboration d'une nouvelle démarche de soins infirmiers. »

Article 12

Garde à domicile

Garde d'un malade à domicile, nécessitant une surveillance constante et exclusive et des soins infirmiers répétés, y compris les soins d'hygiène, effectuée selon un protocole écrit. Par période de six heures :

- entre huit heures et vingt heures. AIS. 13 (E) = 31.20€

- entre vingt heures et huit heures. AIS. 16/ (E) = 38.40€

Ces cotations incluent les actes infirmiers. La même infirmière ne peut noter plus de deux périodes consécutives de six heures de garde.

CHAPITRE II

Soins spécialisés

Soins demandant une actualisation des compétences, un protocole thérapeutique, l'élaboration et la tenue des dossiers de soins, la transmission d'informations au médecin prescripteur.

Article 1

Soins d'entretien des cathéters

Séance d'entretien de cathéter(s) en dehors des perfusions, y compris le pansement :

- cathéter péritonéal : soins au sérum physiologique et pansement. AMI. 4 = 11,60€
- cathéter veineux central ou site implantable : héparinisation et pansement. AMI. 4= 11,60€
- pansement de cathéter(s) veineux central ou péritonéal sans héparinisation. AMI. 3= 8,70€

Article 2

Injections et prélèvements

- injection d'analgésique(s), à l'exclusion de la première, par l'intermédiaire d'un cathéter intrathécal ou péridural. AMI. 5 (E) =14,50 €
- injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un site implanté, y compris l'héparinisation et le pansement. AMI. 4 11,60 €
- injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter central, y compris l'héparinisation et le pansement. AMI.3 = 8,70 €
- prélèvement sanguin sur cathéter veineux central extériorisé ou chambre implantable. AMI. 1 = 2,90€

Article 3

Perfusion intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter veineux central ou d'un site implanté.

Préparation, remplissage, programmation de matériel pour perfusion à domicile : infuseur, pompe portable, pousse-seringue. AMI. 3 = 8,70€

- branchement de la perfusion et mise en route du dispositif AMI. 4 = 11,60 €
- changement de flacon(s). AMI. 2 = 5,80€
- arrêt et retrait du dispositif, y compris l'héparinisation et le pansement. AMI. 3= 8,70€

Organisation de la surveillance de la perfusion (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacement ou des majorations de nuit ou de dimanche) :

- de moins de huit heures. AMI. 2= 5,80 €
- de plus de huit heures. AMI. 4= 11,60 €

Les cotations des différents stades d'une perfusion se cumulent à taux plein par dérogation à l'article 11 B des dispositions générales.

Article 4

Actes du traitement spécifique d'un patient immunodéprimé ou cancéreux.

* Soins portant sur l'appareil respiratoire

Séances d'aérosols à visée prophylactique. AMI. 5 =14,50€

Injection intramusculaire ou sous-cutanée. AMI. 1,5 = 4,35€

Injection intraveineuse. AMI. 2,5= 7,25€

Injection intraveineuse d'un produit de chimiothérapie anticancéreuse. AMI. 7 = 20,30€

* Perfusions, surveillance et planification des soins

Pour les chimiothérapies anticancéreuses, l'infirmier doit indiquer le nom de l'établissement hospitalier dans lequel il a suivi la formation spécifique.

L'infirmier doit communiquer à l'organisme d'assurance maladie le protocole thérapeutique rédigé par le médecin prescripteur.

L'infirmier doit vérifier que le protocole comporte :

1° les produits et les doses prescrites ainsi que leur mode d'administration ;

2° le nombre de cure(s) et séance(s) d'entretien de cathéter prévues ;

3° les modalités de mise en oeuvre de la thérapeutique y compris précautions et surveillances spécifiques.

Forfait pour séance de perfusion intraveineuse courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure: AMI. 10 (E) 29,00 €

Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion intraveineuse au delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures) AMI. 6 = 17,40 €

Forfait pour séance de perfusion intraveineuse d'une durée supérieure à une heure, y compris le remplissage et la pose de l'infuseur, pompe portable ou pousse-seringue (comportant trois contrôles au maximum): AMI. 15(E) = 43,50 €

Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination des services de suppléance et le lien avec les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour : AMI. 4=11,60€

Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion intraveineuse d'une durée supérieure à vingt quatre heures, y compris l'héparinisation et le pansement : AMI. 5= 14,50€

Une feuille de surveillance détaillée permettant le suivi du malade doit impérativement être tenue au domicile du malade.

Article 5

Traitement à domicile d'un patient atteint de mucoviscidose par perfusions d'antibiotiques sous surveillance continue selon le protocole thérapeutique rédigé par un des médecins de l'équipe soignant le patient :

La formalité de l'entente préalable est supprimée

Le protocole doit comporter :

1° Le nom des différents produits injectés ;

2° leur mode, durée et horaires d'administration ;

3° les nombres, durée et horaires des séances par vingt quatre heures ;

4° le nombre des jours de traitement pour la cure ;

5° les éventuels gestes associés (prélèvements intraveineux, héparinisation).

Séance de perfusion intraveineuse d'antibiotique, quelle que soit la voie d'abord, sous surveillance continue, chez un patient atteint de mucoviscidose, avec un maximum de trois séances par vingt quatre heures, la séance : AMI. 15= 43,50€

Cette cotation est globale, elle inclut l'ensemble des gestions nécessaires à la réalisation de l'acte et à la surveillance du patient, ainsi que les autres actes infirmiers éventuels liés au traitement de la mucoviscidose.

Une feuille de surveillance détaillée permettant le suivi du malade doit être impérativement tenue au domicile du malade.

En l'absence de surveillance continue, les cotations habituelles des perfusions s'appliquent en fonction de la voie d'abord.

Arrêté du 18 février 2003 Art. 5 bis. - Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité :

Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané, y compris la tenue d'une fiche de surveillance, par séance.....1

Injection sous-cutanée d'insuline.....1

Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d'une durée d'une demi-heure, pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans..... : AMI.4

Cette cotation inclut :

- l'éducation du patient et/ou de son entourage ;
- la vérification de l'observance des traitements et du régime alimentaire, le dépistage du risque d'hypoglycémie ;
- le contrôle de la pression artérielle ;
- la participation au dépistage et le suivi des éventuelles complications, en particulier neurologiques, infectieuses, cutanées ;
- la prévention de l'apparition de ces complications, en particulier par le maintien d'une hygiène correcte des pieds ;
- la tenue d'une fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant, qui doit être immédiatement alerté en cas de risque de complications ;
- la tenue, si nécessaire, de la fiche de liaison et la transmission des informations utiles à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue.

La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une prise en charge dans le cadre de la démarche de soins infirmiers prévue au titre XVI, chapitre Ier, article 11.

Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuses et une détersion avec défibrination..... : AMI.4 = 11,60 €

Ces actes peuvent se cumuler entre eux sans application de l'article 11 B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels. »

Article 6 **Soins portant sur l'appareil digestif et urinaire**

Irrigation colique dans les suites immédiates d'une stomie définitive, incluant le pansement et la surveillance de l'évacuation, avec un maximum de vingt séances, par séance : AMI. 4 = 11,60€

Dialyse péritonéale, avec un maximum de quatre séances par jour, par séance : AMI. 4 =

11,60€

Dialyse péritonéale par cycleur :

Branchement ou débranchement, par séance : AMI. 4 = 11,60€

Organisation de la surveillance, par période de douze heures : AMI. 4 =11,60€

REMARQUE : à chaque visite, l'auxiliaire médical peut facturer des indemnités de déplacement remboursables dans les conditions habituelles.

REMARQUE : dans les établissements d'hébergement un seul déplacement peut être facturé.

Article 11B des dispositions générales de la NGAP (extrait)

« **1.** Lorsqu'au cours d'une même séance plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre.

Le deuxième acte est ensuite noté à 50 p.100 de son coefficient. Toutefois le second acte est noté à 75 p.100 de son coefficient en cas de chirurgie soit pour lésions traumatiques multiples et récentes, soit portant sur des membres différents, ou sur le tronc ou la tête et un membre.

Les actes suivant le second ne donnent pas lieu à honoraires et n'ont pas à être notés sur la feuille de maladie. Toutefois en cas de lésions traumatiques multiples et récentes, le troisième acte opératoire éventuel est exceptionnellement noté à 50 p.100 de son coefficient.

2. En cas d'actes multiples au cours de la même séance, le praticien ne doit pas noter le coefficient global, mais les coefficients correspondant à chacun des actes effectués.

3. Lorsque plusieurs actes sont accomplis dans la même séance sur un même malade, ils ne peuvent donner lieu à honoraires pour plusieurs praticiens que si ceux-ci sont des spécialistes ou compétents exclusifs ou des auxiliaires médicaux de disciplines différentes..... »

HORS NOMENCLATURE

REMBOURSEMENT PAR ASSIMILATION

1. Lorsqu'un malade présente une pathologie inhabituelle justifiant un acte ne figurant pas à la nomenclature, l'acte exceptionnel peut être assimilé à un acte de même importance porté sur la nomenclature et, en conséquence, affecté du même coefficient. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'avis favorable du contrôle médical rendu après examen clinique du bénéficiaire par le praticien conseil et à l'accomplissement des formalités de l'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Toutefois, l'absence de réponse de la Caisse dans un délai de trois semaines doit être considérée comme un refus tacite de la demande d'assimilation.

2. Lorsqu'un acte ne figure pas à la nomenclature en raison de l'évolution des techniques médicales, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture peuvent, sur proposition le cas échéant des Caisses Nationales d'Assurance Maladie compétentes, autoriser son remboursement par application d'une cotation provisoire qu'ils déterminent pour une période d'un an renouvelable. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'accomplissement des formalités d'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Le délai prévu au paragraphe C dudit article est, dans ce cas, porté à quinze jours,

l'expiration de ce délai devant être considéré comme un assentiment à la demande d'assimilation.

Article 7 Entente préalable

La Caisse d'assurance maladie ne participe aux frais résultant de certains actes que si, après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

A- Indépendamment des cas visés dans d'autres textes réglementaires, sont soumis à la formalité de l'entente préalable :

1. Les actes ne figurant pas à la nomenclature et remboursés par assimilation, conformément aux dispositions de l'article 4.

2. Les actes ou traitements pour lesquels cette obligation d'entente préalable est indiquée par une mention particulière ou par la lettre E.

B- Lorsque l'acte est soumis à cette formalité, le malade est tenu, préalablement à l'exécution de cet acte, d'adresser au contrôle médical une demande d'entente préalable remplie et signée par le praticien qui doit dispenser l'acte.

Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, la demande d'entente préalable doit être accompagnée de l'ordonnance médicale qui a prescrit l'acte ou de la copie de cette ordonnance.

Les demandes d'entente préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale.

Lorsque les honoraires sont réglés directement aux praticiens par la caisse (notamment en ce qui concerne les soins donnés aux victimes d'accidents du travail), la demande d'entente préalable est adressée au contrôle médical par le praticien et non par le malade.

C- La date d'envoi de la demande d'entente préalable est attestée par le timbre à date de la poste.

La réponse de la caisse d'assurance maladie doit être adressée au malade ou au praticien, le cas échéant, au plus tard le dixième jour suivant l'envoi de la formule.

Faute de réponse dans ce délai, son assentiment est réputé acquis.

Dans ce dernier cas, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à la caisse d'assurance maladie sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.

Lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la formalité ci-dessus indiquée en portant la mention : « *acte d'urgence* ». (...)

Article 13 Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade

Lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du praticien sont remboursés, en sus de la valeur propre de l'acte ; ce remboursement est, selon le cas forfaitaire ou calculé en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le praticien.

A. - Indemnité forfaitaire de déplacement (V-C ou IF)

1. Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du praticien de l'auxiliaire médical sont situés dans la même agglomération ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à deux kilomètres en plaine ou un kilomètre en montagne, l'indemnité de déplacement est forfaitaire (...)

2. Pour les auxiliaires médicaux (et les sages femmes lorsqu'elles donnent des soins infirmiers), la valeur de l'indemnité forfaitaire de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2. (...)

B - Indemnité horokilométrique (I K.)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du praticien ne sont pas situés dans la même agglomération et lorsque la distance qui les sépare est supérieure à deux kilomètres en plaine ou un kilomètre en montagne, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une indemnité horokilométrique dont la valeur unitaire est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

L'indemnité horokilométrique s'ajoute à la valeur propre de l'acte : s'il s'agit d'une visite, cette indemnité s'ajoute au prix de la visite et non à celui de la consultation. Pour les actes en K, KC, Z, D, DC, SF, SFD, AMD, AMS, AMK, AMC, AMP et AMO, l'indemnité horokilométrique se cumule avec l'indemnité forfaitaire prévue au paragraphe A. Elle est calculée et remboursée dans les conditions ci-après :

1. L'indemnité due au praticien est calculée pour chaque déplacement à partir de son domicile professionnel et en fonction de la distance parcourue sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à deux sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à 1 kilomètre en montagne et en haute montagne. Il n'y a pas lieu à abattement pour les visites et les accouchements effectués par les sages-femmes. (...)

2. Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un praticien ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au praticien de la même discipline, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade. (...)

Article 13-1 Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées régi la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin, le chirurgien-dentiste ou l'auxiliaire médical intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées, pour effectuer des actes sur plus d'un patient, les frais de déplacements ne peuvent être facturés, selon les modalités prévues par l'article 13 ci-dessus, qu'une seule fois.

ANNEXE IV

Guide d'entretien des IDE Libéraux

- Qu'évoque pour vous la notion de représentation sociologique de l'hygiène de vos patients ?
- Jusqu'où le décalage entre cette représentation et la réalité du soin est acceptable ?
- En dehors de toute situation d'urgence, vous arrive t-il de refuser de réaliser un soin ? Pour quel(s) motif(s) ?
- Quelles sont, selon vous, les conditions limites acceptables pour réaliser un soin technique au domicile du patient ?
- Comment priorisez-vous ces conditions par rapport aux habitudes de vie et à la représentation qu'a le patient de l'hygiène ?
- Comment réagissez-vous si ces conditions ne vous paraissent pas remplies ?
- Selon vous les recommandations de l'HAS et du CLIN Ouest sont-elles applicables en activité libérale ? Pour quelles raisons ?
- En exercice libéral, doit on parler de patient ou de client ? En quoi trouvez-vous péjorative la notion de client ?
- La rentabilité du cabinet : réalité ou tabou ? (Matériel, temps, distance, type de soins)

ANNEXE V

Guide d'entretien avec une IDE Hygiéniste

- Quelles sont, selon vous, les différences quantitatives et qualitatives entre le risque infectieux à l'hôpital et au domicile du patient ?
- Qu'évoque pour vous la notion de représentation sociologique de l'hygiène des patients ?
- Jusqu'où le décalage entre cette représentation et la réalité du soin est acceptable ?
- Selon vous, les recommandations de l'HAS et du CLIN ouest sont-elles applicables en activité libérale ? Pour quelles raisons ?
- Estimez-vous que les IDE Libéraux sont suffisamment informés/formés par rapport à ces recommandations, leur respect et leur mise en oeuvre dans la pratique quotidienne ?
- Êtes-vous sollicité par les IDE Libéraux ? Sur quel(s) point(s) ?