



Accès aux soins dans les territoires ruraux

Table ronde démographie médicale - commission de l'aménagement du territoire Sénat
17 février 2016

- **Une rapide description de ce qu'est le métier d'infirmier**

Un infirmier/une infirmière est un professionnel de santé de haut niveau de compétence pluridisciplinaire formé durant trois années et dont le diplôme a un grade de licence.

Le référentiel de compétences de l'infirmier comporte 10 compétences acquises par une formation théorique de 2 100 heures, sous la forme de cours magistraux, travaux dirigés et travail personnel guidé et par une formation clinique de 2 100 heures sous forme de stages, y compris en exercice libéral.

Les dix compétences de l'infirmier sont :

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes ;
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

La contribution des infirmiers et infirmières au système de santé se renforce considérablement tant en terme de coordination que de conseil, d'expertise et de clinique ainsi que de recherche. L'intégration pleine et entière dans la filière LMD, en cours, en est l'illustration.

- **Une profession dont le nombre augmente et va encore augmenter...**

Les effectifs infirmiers connaissent une croissance régulière année après année. Selon le scénario tendanciel de la DREES¹, cet effectif connaîtrait une croissance de +1,5 % par an jusqu'en 2030, assez similaire à celle connue depuis 2011 (+1,2% par an).

¹ DREES, Grande conférence de santé du 11 février 2016

Toutefois la croissance de l'exercice en libéral a été plus importante comme le note la Cour des comptes dans son rapport récent² : 80399 infirmières libérales installées en France en 2014, soit une augmentation de 4,6% par rapport à 2013. Il y a aujourd'hui plus de 100 000 infirmières libérales incluant les remplaçantes et l'exercice mixte.

L'âge moyen des infirmiers est de 43 ans. La profession est à 83,7% féminine.

- **La mise en place d'un dispositif conventionnel de régulation des installations pour les infirmiers**

Le constat d'une très forte disparité de densité selon les départements a été fait il y a environ dix ans (variant d'un rapport de 1 à 9 selon les départements)

Ce constat a amené les partenaires conventionnels (syndicats d'infirmiers libéraux et assurance maladie) à concevoir un **dispositif de régulation des installations en zones excédentaires et d'incitation dans les zones déficitaires** mis en place en septembre 2008 via la convention signée avec l'Assurance maladie, tout d'abord de manière expérimentale (avenant n°1) puis pérennisé en 2011 (avenant n°3). Depuis ce dispositif a été étendu aux MK, sages-femmes, chirurgiens-dentistes.

Ce dispositif repose sur :

- l'identification de zones géographiques auxquelles sont appliqués des critères d'offre et de besoins. Les zones sont classées en cinq catégories selon l'importance des effectifs libéraux par bassin de vie : très sous-dotées, sous-dotées, intermédiaire, très dotées et sur-dotées. Ces zones sont fixées par arrêté des DG ARS en tenant compte des honoraires moyens, de la part des personnes âgées de + de 75 ans, de la densité pour 100000 habitants, du nombre moyen d'indemnités kilométriques par infirmier libéral.

Il y a ainsi 470 zones sur-dotées et 322 zones très sous-dotées, auxquelles s'ajoutent 172 zones sous-dotées et 213 zones très dotées ainsi que 1 978 zones intermédiaires (soit 3 155 zones au total).

- Dans les zones très sous-dotées, un « **contrat incitatif infirmier** » est proposé aux professionnels - s'installant ou déjà installés - qui s'engagent notamment à exercer les 2/3 de leur activité libérale conventionnelle dans la zone. En contrepartie, ils reçoivent une aide à l'équipement pouvant aller jusqu'à 3000 € et bénéficient par ailleurs de la prise en charge des cotisations sociales dues au titre des allocations familiales.

- Dans les zones sur-dotées, **l'accès au conventionnement ne peut intervenir qu'en remplacement d'une cessation définitive d'activité dans la même zone.**

Résultat : nombre d'installations de 2010 à 2014 : hausse de 262 à 441 en zones très sous-dotées et baisse de 1 771 à 985 en zones sur-dotées³.

En 2014, 173 installations en zones sous-dotées ont été recensées.

² La Sécurité sociale 2015, les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral

³ selon les données de l'Observatoire conventionnel infirmier (mai 2015)

L'écart des densités départementales s'est un peu réduit (de 1 à 7 aujourd'hui) mais il demeure fort. On peut juger les résultats insuffisants après sept années de dispositif mais il faut le maintenir en l'améliorant par :

- un suivi plus fin de la situation dans les zones et des ajustements beaucoup plus réguliers (par exemple afin d'éviter les effets d'aubaine d'installation dans des zones limitrophes aux zones surdotées). Il est à noter que certaines ARS n'ont pas revu leur zonage depuis 4 ans.

- une réflexion sur l'utilisation des exonérations de cotisations sociales pour inciter davantage à l'installation dans les zones sous-dotées

- une réflexion sur une approche pluriprofessionnelle du conventionnement sélectif compte tenu de la notion d'équipe de soins primaire introduite par la loi de modernisation de notre système de santé

Toutefois, ce conventionnement sélectif ne peut constituer une solution à lui seul. Il faut également évoluer en terme de coopération, de nouveaux mode d'exercice collectif et d'optimisation de la production de soins.

- **Une réforme des champs d'exercice professionnel doit être mise en œuvre pour améliorer la prise en charge de premier recours**

Les compétences des infirmières connaissent un phénomène de diversification et d'extension notamment depuis 2009 avec le nouveau diplôme reconnu licence suite à sa réingénierie.

Le rôle de l'infirmier croit et peut encore croître en matière de prévention, d'éducation thérapeutique, de suivi des patients chroniques, de vaccination, de prescription de dispositifs médicaux et de produits.

L'évolution des pratiques infirmières a été au cœur de la recherche de solution aux déserts médicaux et à l'accès aux soins dans certains systèmes de santé comme au Royaume-Uni où les infirmières ont un rôle de diagnostic de premier niveau au sein du service *NHS direct* (call-centers d'orientation des patients) ou des *NHS walk-in-centers*, centres de soins de proximité proposant des bilans infirmiers tous les jours.

L'infirmière est ainsi un principal point d'entrée dans le système de soins, ce qui permet de réduire les pertes de chance en terme d'accès aux soins, de lui conférer un rôle de triage par l'évaluation de l'état de santé du patient et, en fonction de sa gravité, assure sa prise en charge ou le réoriente vers le médecin généraliste, le médecin spécialiste ou l'hôpital.

Autre exemple : la Suède a dès 1994 décidé d'autoriser aux infirmiers la prescription de certains médicaments et examens de biologie en contrepartie d'une formation spécifique et dans un cadre strict (indications précises, même responsabilité que le médecin).

Le bilan de ces dispositifs d'infirmières praticiennes est satisfaisant en terme d'accès aux soins (examens de routine notamment) et les actions de prévention sont accrues pour une plus grande satisfaction des usagers.

Dans le cadre de l'article 119 de la loi du 26 janvier 2016 un exercice en pratique avancée est désormais reconnu légalement. Il permettra de conférer un cadre à un exercice infirmier en pratique avancée de premier recours.

Dans le cadre de regroupements, de maisons de santé, de pôles mais également d'équipes de soins primaires sans regroupement physique mais dans une logique pluriprofessionnelle, l'infirmier en pratique avancée de premier recours peut développer :

- une coordination soignante et sociale (avec tous les acteurs du système) indispensable pour les personnes âgées et chroniques
- une consultation infirmière de première ligne (triage),
- une consultation longue de suivi des pathologies chroniques
- la prescription infirmière et un champ élargi de la vaccination sans prescription
- l'éducation thérapeutique du patient
- permettre l'accès plus rapide au médecin spécialiste

Cette pratique avancée s'inscrit dans le développement de la coopération interprofessionnelle et le partage sécurisé d'informations de santé (dossier partagé, messagerie sécurisée, télémédecine).

Dans de nombreux pays, au travers de ces coopérations et du statut d'infirmier praticien en soins primaires, **une solution efficiente à la problématique de l'accès aux soins a été trouvée** tant en terme de délai que d'accessibilité économique que de santé publique évitant le recours à l'hospitalisation puisque les soins primaires absorbent une partie de l'activité d'urgences et de chirurgie hospitalière.