

Etude IDiLiC

Conditions d'exercice et activité des infirmiers
libéraux de la région Corse

Rapport d'étude

Déclaration CNIL n° 1846431v0

Etude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé de la Corse pour le compte de l'Union
Régionale des Professions de Santé Infirmiers Libéraux de Corse.

Sommaire

INTRODUCTION	4
I. LE CONTEXTE REGIONAL.....	6
A. L'offre en établissement de soins.....	6
B. Les infirmiers libéraux en région Corse.....	6
II. METHODOLOGIE	9
A. Données recueillies	9
B. Mode et circulation des données	10
C. Considérations éthiques et légales.....	10
III. RESULTATS	11
A. Les motifs de refus de participation	11
B. Les données générales.....	12
1. L'âge des participants.....	12
2. Le sexe des participants.....	12
3. Année d'obtention du diplôme d'infirmier et d'installation	13
4. Zone d'installation	13
C. L'exercice de groupe.....	17
1. Fréquence de l'installation en groupe	17
2. Taille des groupes	18
3. Statut d'exercice des infirmiers.....	18
4. Forme juridique de l'association.....	18
5. Partage de réflexion sur la pratique	19
D. Les locaux professionnels.....	20
1. Pratique de soins au cabinet	20
2. Distance entre le cabinet et le domicile.....	20
3. Statut d'occupant	21
4. Cabinet secondaire	21
E. Les tâches administratives	22
1. Les tâches administratives effectuées par les IDELS	22
2. Secrétariat	23
F. L'équipement informatique	24
1. L'utilisation d'un ordinateur de bureau	24
2. L'utilisation des autres appareils (tablette et smartphone)	24
3. Partage du logiciel métier	24
4. Consultation des dossiers partagés	24
G. L'emploi du temps	26
1. Les jours travaillés	26
2. Les jours travaillés durant les week-ends	27
3. Les nuits d'astreinte.....	28
4. Les Congés, formations et congrès	29

5.	<i>Horaires et amplitude horaire d'une journée de travail</i>	29
6.	<i>Les kilomètres parcourus en 2014</i>	30
7.	<i>Le recours aux remplaçants</i>	30
H.	Les actes pratiqués	32
1.	<i>Les actes "techniques"</i>	34
2.	<i>Les actes "complémentaires"</i>	36
I.	Les pathologies prises en charge	37
1.	<i>Fréquence de prise en charge des pathologies retenues</i>	38
2.	<i>Nombre de patients souffrant des pathologies retenues</i>	38
J.	Les personnes âgées dépendantes	40
1.	<i>Actes techniques "relevant d'une compétence infirmière"</i>	40
2.	<i>Actes de soins infirmiers, contribuant au maintien de la personne âgée dépendante dans son cadre de vie</i>	41
3.	<i>La démarche de soins infirmiers</i>	42
4.	<i>La coordination autour des personnes âgées dépendantes</i>	42
K.	La coordination interprofessionnelle	45
1.	<i>Les prescriptions médicales</i>	46
2.	<i>Les prescriptions infirmières</i>	47
3.	<i>L'étendue du réseau professionnel</i>	47
4.	<i>Le Document de liaison</i>	50
5.	<i>Les réunions de coordination</i>	52
L.	Les perspectives à 5 ans des IDELS	54
	CONCLUSION	56
	BIBLIOGRAPHIE	59
	AUTEURS	59
	REMERCIEMENTS	59

Introduction

L'infirmier libéral est un acteur de santé incontournable du domicile, puisque la profession infirmière est la seule à se déplacer au domicile des patients 365 jours par an et à assurer les soins 24h/24. Mais l'infirmier libéral a également l'obligation de disposer d'un cabinet de soins. La palette des soins dispensés est large et couvre l'ensemble des champs de compétence infirmiers (du rôle propre et des soins délégués).

Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) ont été créées dans le cadre de la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 par l'article 123.

Dans chaque région, une URPS rassemble, pour chacune des professions médicales et paramédicales, ses représentants qui exercent à titre libéral sous le régime conventionnel de l'assurance maladie.

Les URPS contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale et leurs missions sont les suivantes :

- La préparation et la mise en œuvre du projet régional de santé ;
- L'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins (démographie, création ou extension de structures) ;
- L'organisation de l'exercice professionnel (continuité des soins, modes d'exercice...) ;
- La mise en place d'actions de prévention, veille sanitaire, gestion des crises, promotion de la santé et éducation thérapeutique ;
- La mise en œuvre du développement professionnel continu (DPC) ;
- La possibilité de conclure des contrats avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux ;
- La mise en œuvre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les réseaux, les centres de santé, les maisons et pôles de santé.

Représentant des Infirmiers Diplômés d'Etat Libéraux (IDELs), l'URPS Infirmiers est un interlocuteur privilégié de l'ARS et de toutes les instances qui contribuent à la politique de santé. Sa principale ambition est de faire connaître et reconnaître le rôle essentiel de l'IDEL dans le maintien à domicile, notamment en tant qu'acteur de premier recours, et de

développer et pérenniser l'exercice libéral de l'infirmier. Pour cela, l'URPS doit connaître les conditions dans lesquelles les IDELs exercent leur activité et notamment les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien. Mais il n'existe aucune donnée à ce jour sur ces conditions d'exercice en région Corse.

L'URPS Infirmiers de Corse a alors décidé de mener (et de financer en intégralité) l'étude IDiLiC, dont la mise en place, la conception du questionnaire et l'analyse des résultats ont été confiées à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de la Corse.

Les objectifs de cette étude étaient de décrire les conditions d'exercice de la profession infirmière libérale en région Corse ; et d'identifier certains facteurs ayant un impact sur les difficultés rencontrées par les IDELs.

I. Le contexte régional

A. L'offre en établissement de soins

La région Corse compte 24 établissements de soins parmi les grands groupes de disciplines d'équipement que sont le court séjour, la psychiatrie, le moyen séjour et le long séjour (au 1^{er} janvier 2010, source : ARS de Corse) (cf. Figure 1).

On dénombre 30 établissements d'accueil pour personnes âgées (maisons de retraite et Unités de Soins de Longue Durée - USLD). Les capacités d'accueil installées sont majoritairement en EHPAD (22 établissements). De plus, 9 Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) sont installés. La région Corse présente des taux d'équipement inférieurs aux valeurs nationales avec 43,8 lits en structures d'hébergement complet pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus (contre 94,7 au niveau national) et 47,7 lits médicalisés (101 au niveau national). Cet écart est beaucoup moins important pour les SSIAD (16,8 en région contre 18,9 au niveau national) (au 1^{er} janvier 2010, source : ARS de Corse) (cf. Figure 2).

B. Les infirmiers libéraux en région Corse

Au 1^{er} mai 2015, la région Corse comptait 1 049 infirmiers libéraux en activité (source : assurance maladie).

Afin de contrôler les installations sur le territoire corse, un découpage a été effectué et comprend 21 zones pour lesquelles un niveau de dotation en IDELs est déterminé parmi 5 paliers : très sous-doté, sous-doté, intermédiaire, très doté ou sur-doté (cf. Figure 3).

Selon une analyse sur l'offre de soins réalisée par l'ARS de Corse, au 1^{er} janvier 2010, la région Corse présentait la plus forte densité observée en IDELs et se plaçait au 1^{er} rang des régions françaises.

On peut noter de fortes disparités infra-régionales des densités d'IDELs comme le montre la Figure 4 ci-dessous.

L'âge moyen des IDELs installés en Corse est d'environ 45 ans et la proportion de femmes est d'environ 77% (source : ARS de Corse).

Figure 1 : Les établissements de soins en Corse (source : ARS de Corse)



Figure 2 : Les établissements d'accueil pour personnes âgées (source : ARS de Corse)

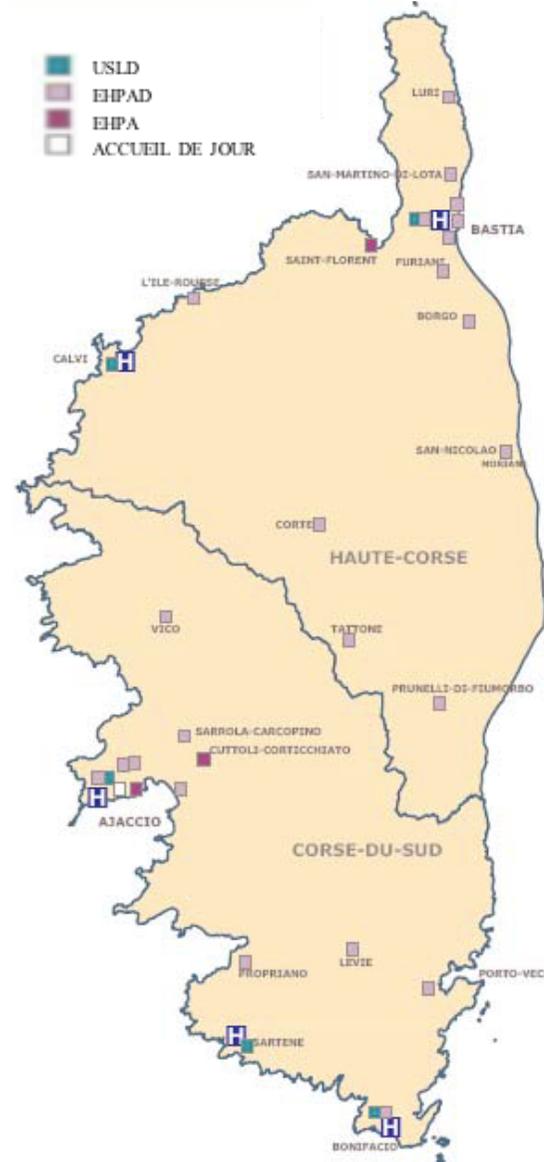


Figure 3 : Les niveaux de dotation en IDELs et SSIAD en Corse
(source : ARS de Corse)

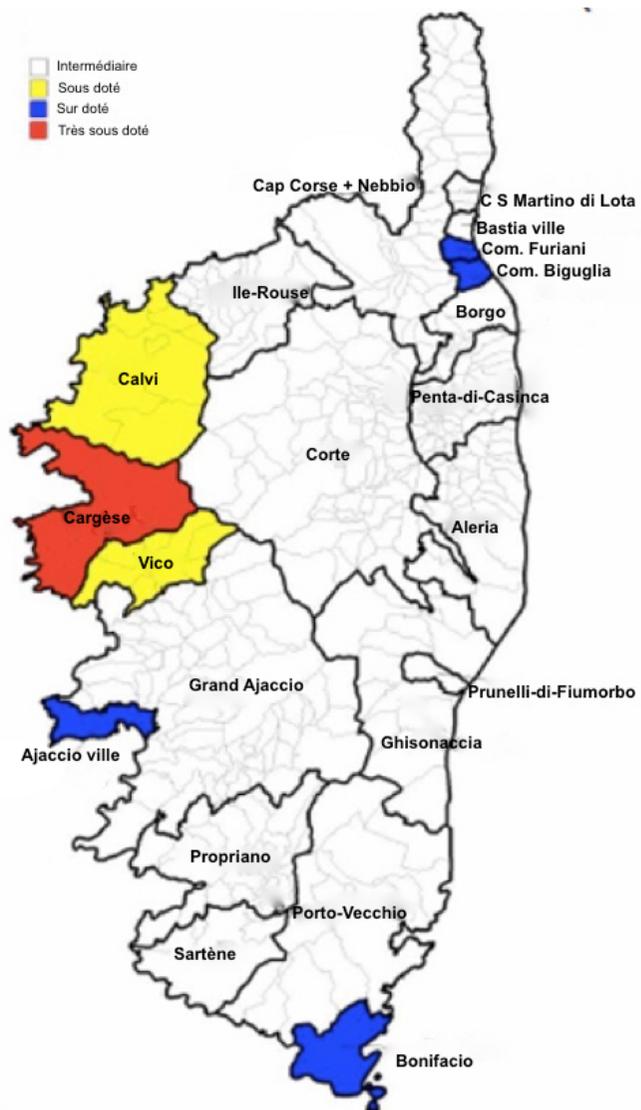
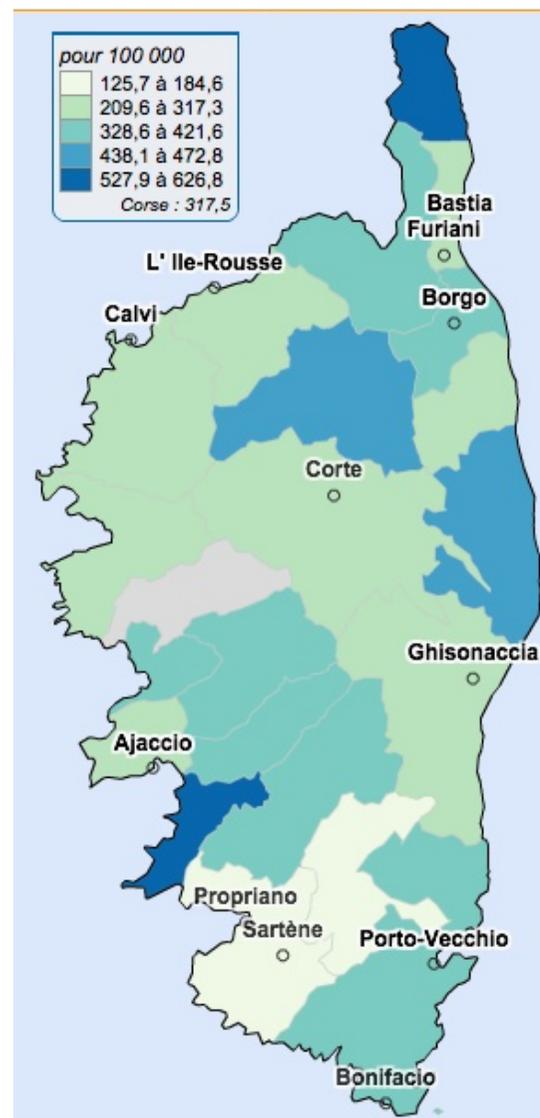


Figure 4 : La densité d'IDELs en Corse en 2015
(source : www.sirsecorse.org)



II. Méthodologie

Il s'agit d'une étude descriptive, se déroulant en Corse.

Ont été inclus dans l'étude tous les IDELS, hommes et femmes, installés au 01/05/2015 en région Corse (n=1 049). Les infirmiers remplaçants ont été exclus de l'étude car ces derniers ne sont pas comptabilisés dans les bases de la CPAM et ne cotisent pas à la contribution obligatoire URPS.

Chacun des IDELS pour lesquels l'URPS avait connaissance de leur adresse mail (845, soit 73,5% des IDELS de Corse) a reçu un message électronique, contenant un lien unique vers un questionnaire en ligne. Ce questionnaire a été créé à partir de LimeSurvey (version 2.00+). Une version papier était transmise par voie postale sur demande.

Afin de faciliter le remplissage de ce questionnaire, la quasi-totalité des questions étaient des questions à réponse fermée. De plus, les IDELS avaient la possibilité de compléter le questionnaire en plusieurs fois en enregistrant puis en reprenant la saisie ultérieurement. Enfin, il était demandé aux IDELS de bien vouloir prendre quelques secondes pour indiquer les raisons de leur refus de participation à l'étude afin d'éviter les relances inutiles et de connaître les points à améliorer pour une future étude auprès de cette population.

A. Données recueillies

Le questionnaire comprenait 12 parties :

- Le refus de participation : motifs de non-participation ;
- Les données générales : âge, sexe, date d'obtention du diplôme, lieu d'installation, niveau de dotation en IDELS ;
- L'exercice de groupe : statut de l'IDEL au sein du cabinet, nombre d'infirmiers, forme juridique d'association, réflexion de groupe ;
- Les locaux professionnels : titre d'occupation, soins au cabinet, distance domicile-cabinet ;
- Les tâches administratives : secrétariat, tâches effectuées et temps passé, comptabilité du cabinet ;
- L'équipement informatique : possession de PC, tablette, mobile et usage des logiciels métier ;

- L'emploi du temps : jours travaillés, astreintes, kilomètres annuels parcourus, véhicule professionnel, congés/formation, les remplacements (absence, congés ou formation) ;
- Les actes pratiqués : actes techniques, actes complémentaires ;
- Les pathologies prises en charge ;
- Les personnes âgées dépendantes : actes techniques pratiqués, actes de soins infirmiers, la démarche de soins infirmiers, la coordination interprofessionnelle ;
- La coordination interprofessionnelle : prescriptions médicales (prescripteur, durée de prescription, qualité de la prescription, échanges interprofessionnels), prescriptions infirmières, étendue du réseau professionnel, document de liaison, réunions de coordination ;
- Les perspectives : changement prévu dans les 5 années à venir.

B. Mode et circulation des données

Les questionnaires ont été saisis en ligne sur LimeSurvey.org.

Les données ont été exportées au format SPSS.

Les questionnaires saisis sur la version imprimable du questionnaire ont été saisis manuellement sur SPSS puis archivés avec les documents de l'étude.

Analyses statistiques : l'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS (version 23, IBM SPSS Statistics). L'ensemble des variables du questionnaire a été analysé. Les données manquantes ont été signalées. Les variables qualitatives ont été décrites et comparées selon le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher si ce premier ne s'appliquait pas. Les variables quantitatives ont été décrites et comparées par le test de Student ou de Wilcoxon.

C. Considérations éthiques et légales

L'étude a été conduite conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 1er juillet 1994 et complétée par un décret d'application le 9 mai 1995, et les recommandations de déontologie et de bonnes pratiques en épidémiologie élaborées par l'Association des Epidémiologistes de Langue Française (ADELF).

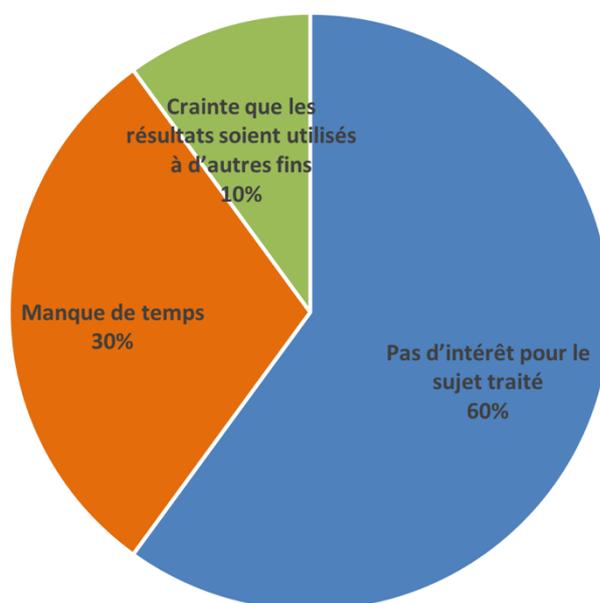
Une déclaration a été faite à la CNIL (n°1846431 v 0).

Ni le nom, ni les initiales des IDELs n'ont été relevés. Aucune donnée directement ou indirectement nominative n'a été recueillie.

III. Résultats

A. Les motifs de refus de participation

Figure 5 : Répartition des infirmiers ayant refusé de participer selon le motif de refus



Parmi les 845 IDELs sollicités, 10 (1,2%) ont refusé de répondre au questionnaire et le motif de leur refus était (cf. Figure 5) :

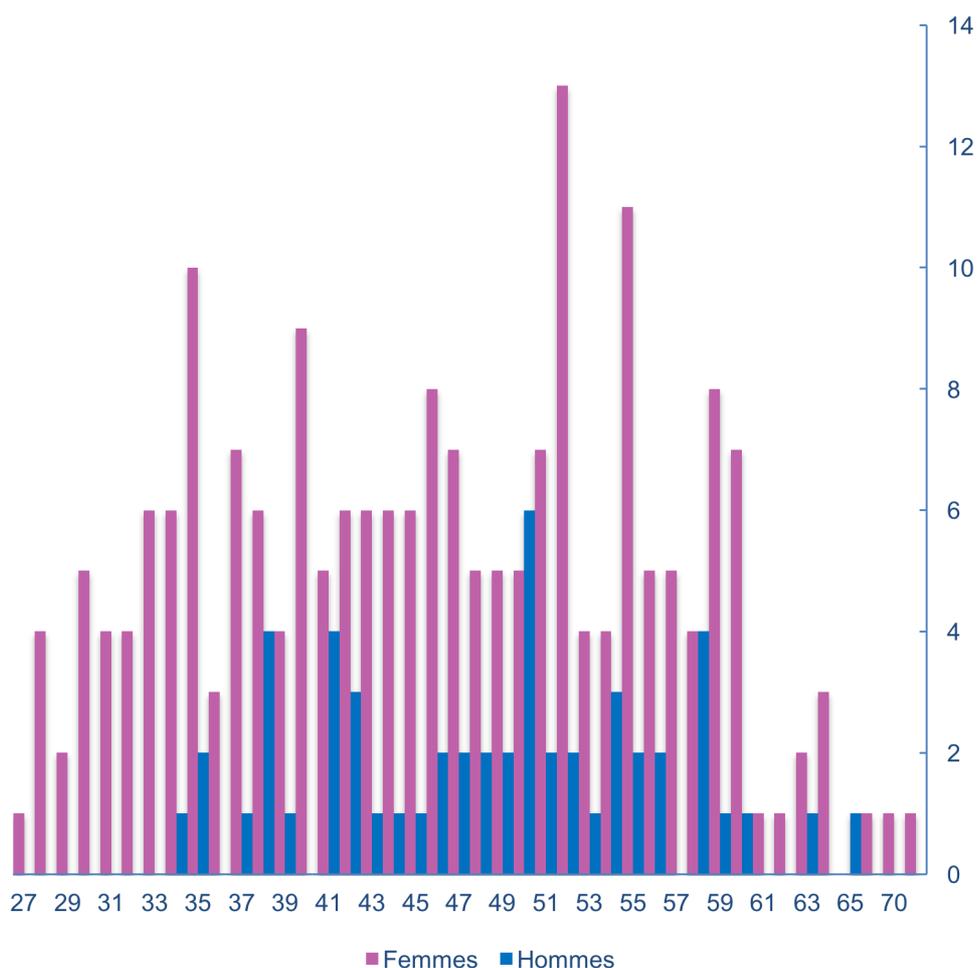
- Pas d'intérêt pour le sujet traité : 6 infirmiers concernés (60%) ;
- Manque de temps : 3 infirmiers concernés (30%) ;
- Crainte que les résultats soient utilisés à d'autres fins : 1 infirmier concerné (10%) ;
- Méconnaissance de l'URPS infirmiers et de ses missions : aucun infirmier.

B. Les données générales

Parmi les 845 infirmiers sollicités, 261 (30,9%) ont accepté de répondre à l'enquête IDiLiC.

1. L'âge des participants

Figure 6 : Distribution de l'âge des infirmiers participants selon leur sexe



L'âge moyen des participants est de 46,4 ans (min=27 ans ; max= 73 ans), non statistiquement différent de l'âge moyen des IDELS de Corse (cf. Figure 6).

2. Le sexe des participants

Les infirmiers répondants sont majoritairement des femmes (n=209, 80,1%), soit un sex-ratio Hommes/Femmes de 0,25, non statistiquement différent du sex-ratio des IDELS de Corse.

3. Année d'obtention du diplôme d'infirmier et d'installation

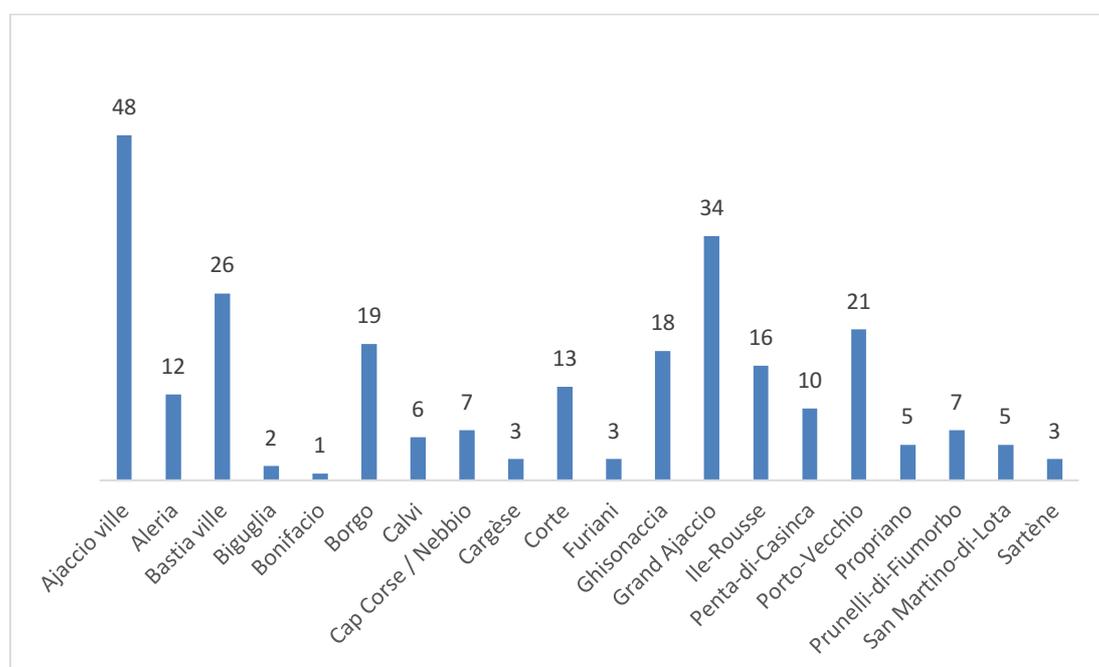
Les infirmiers ayant répondu à l'enquête IDiLiC sont diplômés en moyenne depuis 20 ans (min=1 an ; max=44 ans). Ils sont installés sur leur lieu actuel d'exercice en moyenne depuis 14 ans (min=1 an ; max=38 ans).

4. Zone d'installation

Afin de contrôler les installations sur le territoire corse, un découpage a été effectué et comprend les 21 zones suivantes :

- Ajaccio ville
- Aleria
- Bastia ville
- Biguglia
- Bonifacio
- Borgo
- Calvi
- Cap Corse / Nebbio
- Cargèse
- Corte
- Furiani
- Ghisonaccia
- Grand Ajaccio
- Ile-Rousse
- Penta-di-Casinca
- Porto-Vecchio
- Propriano
- Prunelli-di-Fiumorbo
- San Martino-di-Lota
- Sartène
- Vico

Figure 7 : Participation des infirmiers en fonction de la zone d'installation



Pour chacune de ces zones, à l'exception de « Vico », au moins 1 infirmier a participé à l'étude IDiLiC (cf. Figure 7).

Tableau 1 : Les infirmiers corses et leur capacité à déterminer la dotation en infirmiers de leur zone d'exercice

		Niveau de dotation en IDELs selon les infirmiers						Total
		Très sous-doté	Sous-doté	Intermédi.	Très doté	Sur-doté	Ne sait pas	
Niveau de dotation en IDELs (source : ameli.fr)	Ajaccio ville <i>Sur-doté</i>	0	0	1	8	29	10	48
	Aleria <i>Intermédiaire</i>	0	0	3	2	3	4	12
	Bastia ville <i>Intermédiaire</i>	0	0	3	9	10	4	26
	Biguglia <i>Sur-doté</i>	0	0	0	2	0	0	2
	Bonifacio <i>Sur-doté</i>	0	0	0	0	1	0	1
	Borgo <i>Intermédiaire</i>	0	0	2	7	1	9	19
	Calvi <i>Sous-doté</i>	0	1	1	1	0	3	6
	Cap Corse/ Nebbio <i>Intermédiaire</i>	0	0	0	4	0	3	7
	Cargèse <i>Très sous-doté</i>	1	1		0	0	1	3
	Corte <i>Intermédiaire</i>	0	3	3	1	1	5	13
	Furiani <i>Sur-doté</i>	0	0	0	0	1	2	3
	Ghisonaccia <i>Intermédiaire</i>	0	0	7	2	1	8	18
	Grand Ajaccio <i>Intermédiaire</i>	0	0	6	3	0	25	34
	Ile-Rousse <i>Intermédiaire</i>	0	0	3	1	0	12	16
	Penta-di-Casinca <i>Intermédiaire</i>	0	1	5	0	2	2	10
	Porto-Vecchio <i>Intermédiaire</i>	0	1	8	2	3	7	21
	Propriano <i>Intermédiaire</i>	0	1	1	0	0	3	5
	Prunelli-di-Fiumorbo <i>Intermédiaire</i>	0	0	2	1	0	4	7
	San Martino-di-Lota <i>Intermédiaire</i>	0	0	0	0	1	4	5
	Sartène <i>Intermédiaire</i>	0	1	1	1	0	0	3
Total général	1	9	46	44	53	106	259	



Effectif ayant sélectionné un niveau de dotation correct



Effectif ayant sélectionné un niveau de dotation incorrect

A chaque zone d'installation est associé un niveau de dotation en infirmiers : très sous-doté, sous-doté, intermédiaire, très doté ou sur-doté. Les répondants à l'enquête IDiLiC étaient 29,7% (n=77) à indiquer correctement le niveau de dotation de la zone dans laquelle leur cabinet est installé (cf. Tableau 1).

Tableau 2 : Jugement des infirmiers concernant l'offre en IDELs selon leur zone d'exercice

	Jugement des infirmiers concernant l'offre en IDELs				
	Insuffisant	Suffisant	Trop important	Ne sait pas	Total
Ajaccio ville <i>Sur-doté</i>	5	17	21	5	48
Aleria <i>Intermédiaire</i>	0	4	6	2	12
Bastia ville <i>Intermédiaire</i>	1	8	14	3	26
Biguglia <i>Sur-doté</i>	0	2	0	0	2
Bonifacio <i>Sur-doté</i>	0	0	1	0	1
Borgo <i>Intermédiaire</i>	1	12	4	2	19
Calvi <i>Sous-doté</i>	1	4	0	1	6
Cap Corse / Nebbio <i>Intermédiaire</i>	1	4	1	1	7
Cargèse <i>Très sous-doté</i>	0	3	0	0	3
Corte <i>Intermédiaire</i>	0	8	3	2	13
Furiani <i>Sur-doté</i>	0	2	0	1	3
Ghisonaccia <i>Intermédiaire</i>	0	14	3	1	18
Grand Ajaccio <i>Intermédiaire</i>	4	20	3	7	34
Ile-Rousse <i>Intermédiaire</i>	0	12	3	1	16
Penta-di-Casinca <i>Intermédiaire</i>	3	5	2	0	10
Porto-Vecchio <i>Intermédiaire</i>	0	15	6	0	21
Propriano <i>Intermédiaire</i>	0	4	0	1	5
Prunelli-di-Fiumorbo <i>Intermédiaire</i>	1	6	0	0	7
San Martino-di-Lota <i>Intermédiaire</i>	2	0	2	1	5
Sartène <i>Intermédiaire</i>	1	1	0	1	3
Total général	20	141	69	29	259

Les IDELs n'ont pas toujours la bonne estimation de l'offre réelle en infirmiers dans leur zone d'exercice. En effet, parmi les IDELs exerçant en zone sous-dotée, seuls 17% ont conscience de ce manque. A l'inverse, parmi les IDELs exerçant en zone sur-dotée, ils sont 41% à juger que l'offre est importante (cf. Tableau 2).

Il faut noter enfin que parmi les IDELs qui jugent l'offre trop importante (26,6%, n=69) seuls 23,2% (n=16) sont prêts à s'installer dans une zone sous-dotée.

Les IDELs ayant accepté de participer à l'enquête IDiLiC sont représentatifs de l'ensemble des IDELs de Corse concernant l'âge et la proportion de femmes.

L'ensemble des zones d'installation du territoire corse sont représentées à l'exception de la zone Vico, zone sous dotée avec seulement 3 IDELs installés.

Les IDELs connaissent mal leur territoire d'exercice mais ils sont majoritaires à estimer que l'offre de soins infirmiers sur leur territoire est suffisante ou trop importante.

Lorsque les IDELs estiment que l'offre en IDELs est trop importante, seuls 23% d'entre eux sont alors prêts à s'installer en zone sous dotée.

C. L'exercice de groupe

1. Fréquence de l'installation en groupe

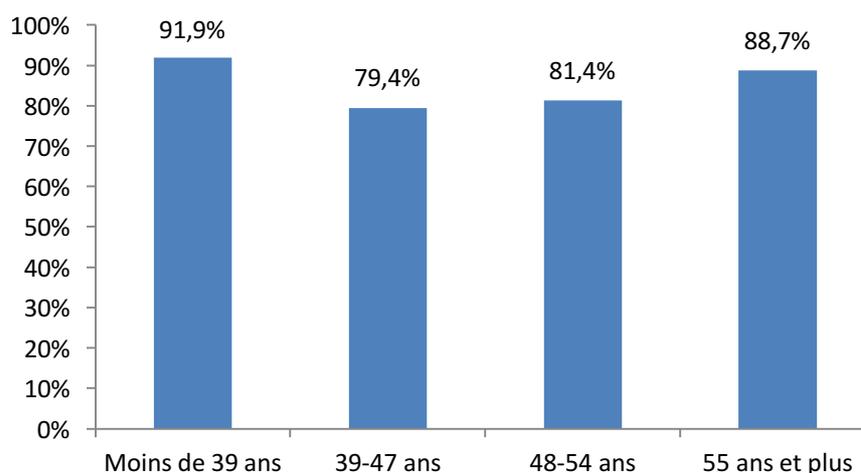
Tableau 3 : Répartition des infirmiers selon la composition du cabinet

Proportion d'infirmiers installés en...	
... cabinet de groupe infirmiers	210 (83,3%)
Dont cabinets pluriprofessionnels	19 (7,6%)
Dont uniquement professionnels infirmiers	191 (75,7%)
... cabinet pluriprofessionnel avec un seul infirmier	5 (2%)
... cabinet infirmier individuel	37 (14,7%)
Total	252 (100%)

L'installation en cabinet de groupe se définit dans cette étude comme l'installation dans les mêmes locaux d'au moins deux professionnels de santé libéraux, quelle que soit leur profession (infirmier ou autre).

Selon cette définition, 85,7% (n=215) des infirmiers répondants sont installés dans un cabinet de groupe (cf. Tableau 3).

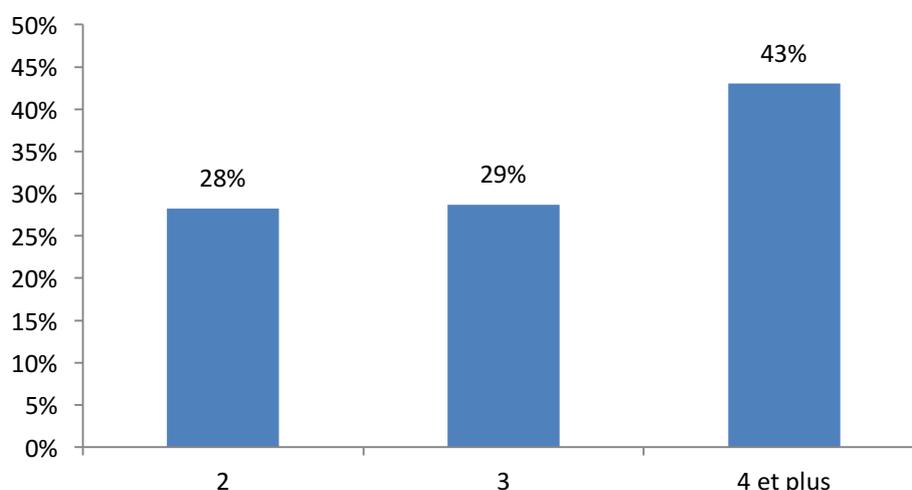
Figure 8 : Installation en cabinet de groupe selon l'âge des infirmiers répondants



Comme le montre la Figure 8, l'installation en groupe est présente parmi toutes les générations d'infirmiers.

2. Taille des groupes

Figure 9 : Répartition des infirmiers selon le nombre d'infirmiers dans le cabinet



Le plus souvent, les groupes d'infirmiers sont de "grande" taille, 43 % des infirmiers étant installés dans un groupe de quatre infirmiers ou plus (Figure 9).

Le taux d'exercice dans un groupe réunissant quatre infirmiers et plus ne varie pas selon les caractéristiques sociodémographiques du professionnel (âge, sexe).

3. Statut d'exercice des infirmiers

Parmi les infirmiers installés dans un cabinet de groupe réunissant plusieurs infirmiers :

- 70,5 % sont "titulaires du cabinet" ;
- 26,3 % ont un statut de collaborateur, c'est-à-dire qu'ils disposent, moyennant une redevance, de la patientèle et des locaux des infirmiers titulaires du cabinet.

Dans seulement 17% des cas, les collaborateurs ont un contrat de collaboration.

4. Forme juridique de l'association

Parmi les infirmiers titulaires de leur cabinet et exerçant en groupe avec d'autres infirmiers titulaires :

- 71,3 % sont associés de façon informelle (partage des frais sans convention) ;
- 17,6 % ont constitué avec une société : SCM (5,1 %), SCP (10,3 %) ou SEL (2,2 %) ;
- 5,9 % sont associés de fait par un contrat juridique ;
- 2,2 % ne sont pas en mesure de répondre à cette question.

5. Partage de réflexion sur la pratique

Assurer la continuité des soins auprès des patients implique, pour les infirmiers d'un même groupe, un travail de planification, de coordination, mais aussi des échanges de réflexion pour adapter au mieux leurs interventions par rapport aux besoins des personnes.

Parmi les infirmiers ayant participé à IDiLiC et qui sont installés avec d'autres infirmiers :

- 48,3% abordent avec leurs collègues infirmiers des questions de réflexion sur la pratique à chaque fois que l'état du patient le nécessite ;
- 43,1% à chaque changement d'infirmier ;
- 28,2% une fois par jour ;
- 12,9% une fois par semaine ;
- 2,4% une fois par mois ;
- 1% tous les 15 jours ;
- 0,5% jamais.

L'exercice en individuel est de moins en moins fréquent. Les IDELs ont la capacité de s'organiser pour travailler en groupe, ce qui permet pour la majorité d'entre eux d'avoir des échanges sur leur pratique et le suivi des soins. Mais cette collaboration n'est malheureusement pas mise en adéquation d'un point de vue juridique.

D. Les locaux professionnels

1. Pratique de soins au cabinet

La majorité des soins effectués par les infirmiers libéraux sont prodigués au domicile des patients. Mais le cabinet infirmier est aussi un lieu d'exercice.

Ainsi, un peu plus de la moitié (55%) des infirmiers ont pratiqué des soins à leur cabinet au cours de l'année 2014.

Les soins le plus souvent pratiqués sont les pansements (90,9%), les injections Intramusculaires ou sous-cutanées (82,6%).

Pour les infirmiers n'ayant pas pratiqué de soins à leur cabinet, les raisons le plus souvent évoquées sont l'absence de permanence au cabinet (48,1%) ou le refus des patients (15,7%). Enfin, 9% ignorent la raison pour laquelle ils n'ont pas pratiqué de soins à leur cabinet.

2. Distance entre le cabinet et le domicile

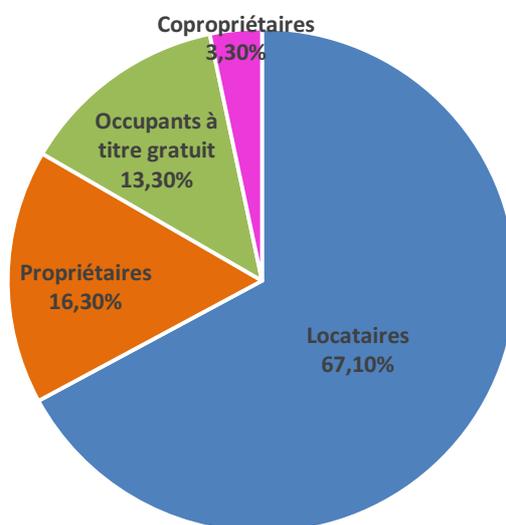
Tableau 4 : Distance entre le lieu de domicile des infirmiers et leur cabinet

	Infirmiers en groupe (n=204)	Infirmiers seuls (n=36)	Ensemble des infirmiers (n=240)
Proportion d'infirmiers déclarant mettre... pour se rendre de leur domicile à leur cabinet (en %)			
... moins de 5 minutes	27,9 %	41,7 %	30,0 %
... entre 5 et 10 minutes	21,1 %	27,8 %	22,1 %
... entre 10 et 15 minutes	27,5 %	8,3 %	24,5 %
... entre 15 et 20 minutes	11,3 %	13,9 %	11,7 %
... plus de 20 minutes	12,2 %	8,3 %	11,7 %
Total	100 %	100 %	100 %

Près d'un infirmier sur trois (30%) a déclaré mettre moins de 5 minutes pour se rendre de son domicile à son cabinet (cf. Tableau 4). Les infirmiers installés seuls sont plus nombreux à habiter à proximité immédiate de leur cabinet : 41,7% d'entre eux vivent à moins de 5 minutes de leur cabinet, versus 27,9% de leurs collègues infirmiers installés en groupe (avec des infirmiers ou autres professionnels).

3. Statut d'occupant

Figure 10 : Répartition des infirmiers participants selon leur statut d'occupant



La majorité des infirmiers (67,1%) sont locataires des locaux dans lesquels le cabinet est installé. Les autres infirmiers ont déclaré être propriétaires des locaux (16,3%), occupants à titre gratuit (13,3%) ou copropriétaire ou locataire d'une SCI dont ils sont actionnaires (3,3%) (cf. Figure 10).

4. Cabinet secondaire

La majorité des infirmiers ont déclaré exercer au sein d'un seul cabinet, contre 4,6% ayant déclaré exercé dans un cabinet secondaire.

Les soins au cabinet sont pratiqués couramment malgré une patientèle majoritairement constituée de personnes âgées dépendantes. Un travail d'information permettrait d'augmenter davantage cette pratique, en modifiant les habitudes des patients et en incitant les IDELs à mettre en place une permanence au cabinet.

Les IDELs sont majoritairement locataires de leur cabinet, ce qui pourrait constituer une complication lors de la mise en conformité des locaux avec la loi Accessibilité.

E. Les tâches administratives

1. Les tâches administratives effectuées par les IDELS

Tableau 5 : Fréquence avec laquelle les infirmiers effectuent les différentes tâches administratives

	Quotidien	2-3 fois par semaine	Hebdomadaire	Mensuel	Bi-mensuel	Trimestriel	Annuel	Tâche déléguée	Total
Comptabilité	3,0 %	2,5 %	9,3 %	28,4 %	2,1 %	11,9 %	8,9 %	33,9 %	100,0 %
Facturation	5,1 %	10,2 %	27,5 %	36,9 %	10,2 %	10,2 %	0 %	0 %	100,0 %
Gestion des déchets d'activité de soins à risque infectieux	12,7 %	4,2 %	16,5 %	22,0 %	5,1 %	19,1 %	1,7 %	18,6 %	100,0 %
Mise à jour des dossiers de soins	47,5 %	15,7 %	18,2 %	9,3 %	0,8 %	0,8 %	0 %	7,6 %	100,0 %
Vérification et mise à jour des prescriptions à renouveler	6,4 %	8,1 %	30,1 %	35,2 %	5,5 %	6,4 %	8,5 %	0 %	100,0 %
Vérification et mise à jour de la situation patients (ALD, mutuelle, sécurité sociale)	2,5 %	5,1 %	10,6 %	33,1 %	5,5 %	9,7 %	13,1 %	20,3 %	100,0 %
Vérification du matériel (péremption, réapprovisionnement)	5,5 %	5,5 %	18,6 %	40,3 %	6,4 %	16,5 %	1,3 %	5,9 %	100,0 %

Les IDELs participants ont déclaré consacrer en moyenne 5,3 heures par semaine aux tâches administratives (mise à jour des dossiers de soins, facturation, vérification et mise à jour des prescriptions à renouveler, vérification et mise à jour de la situation des patients, vérification du matériel, gestion des déchets de soins, comptabilité).

Les dossiers de soins sont traités sur un rythme majoritairement quotidien (47% des infirmiers) ; contrairement aux autres tâches qui le sont sur un rythme plutôt mensuel (cf. Tableau 5).

Concernant la comptabilité plus précisément, la quasi-totalité des infirmiers (97,9%) font appel à une ou plusieurs aides extérieures (prestataire de service, cabinet d'expert-comptable, AGA).

2. Secrétariat

La majorité des infirmiers ont déclaré ne pas employer de secrétaire (81,8%). Ces derniers consacrent alors 5,4 heures par semaine aux tâches administratives.

La présence d'une secrétaire est en revanche significativement associée au **nombre d'infirmiers exerçant au sein du même cabinet**. En effet, les cabinets regroupant 4 ou plus infirmiers emploient plus souvent une secrétaire que les cabinets regroupant moins de 4 infirmiers (29% versus 12%, $p=0,001$).

Le temps consacré chaque semaine aux tâches administratives par les IDELs est important (plus de 5 heures).

Malgré cela, les IDELs décident très souvent de ne pas déléguer ces tâches, excepté pour la comptabilité qui relève de compétences spécifiques.

F. L'équipement informatique

1. L'utilisation d'un ordinateur de bureau

La quasi-totalité (95,3%) des infirmiers utilisent quotidiennement un ordinateur de bureau dans le cadre de leur activité professionnelle pour l'un des motifs suivants :

- La télétransmission des feuilles de soins électroniques : 83,2% ;
- L'utilisation d'un logiciel métier : 72,0% ;
- La consultation d'informations professionnelles sur internet : 69,4% ;
- La gestion des dossiers de soins (ordonnances, évaluation des plaies) : 54,7% ;
- Des sessions de formation continue à distance : 15,5%.

Les infirmiers n'utilisent pas d'ordinateur soit parce qu'ils préfèrent utiliser un autre moyen (41,7% d'entre eux) soit parce qu'ils n'en possèdent pas (25%).

2. L'utilisation des autres appareils (tablette et smartphone)

Les tablettes et smartphones sont utilisés pour les motifs cités précédemment par, respectivement, 38,4% et 54,3% des infirmiers répondants.

Les infirmiers n'utilisent pas de **tablettes** pour ces tâches principalement parce qu'ils n'en possèdent pas (57,6% d'entre eux) ; 29,2% d'entre eux en possèdent une mais leur préfèrent un autre moyen.

En revanche, le motif majoritairement déclaré par les infirmiers qui n'utilisent pas de **smartphone** pour ces tâches est qu'ils leur préfèrent un autre moyen (63,6%) ; seuls 16,8% des IDELs ont déclaré ne pas détenir de smartphone.

3. Partage du logiciel métier

Parmi les infirmiers exerçant dans un cabinet de groupe (85,3%, n=210), 30% ne partagent pas le même logiciel métier que leur(s) confrère(s).

4. Consultation des dossiers partagés

Lorsqu'ils sont installés dans les mêmes locaux que des médecins, la moitié des infirmiers ont la possibilité de consulter des dossiers patients, dossiers dits "partagés".

Les IDELs utilisent principalement des outils informatiques « classiques » (ordinateur de bureau) pour effectuer leurs tâches professionnelles.

L'utilisation d'un logiciel métier semble être bien intégrée à leur pratique, ce qui laisse envisager une grande réactivité de ces derniers au moment du déploiement de futurs outils tels que la télémédecine ou la messagerie sécurisée par exemple.

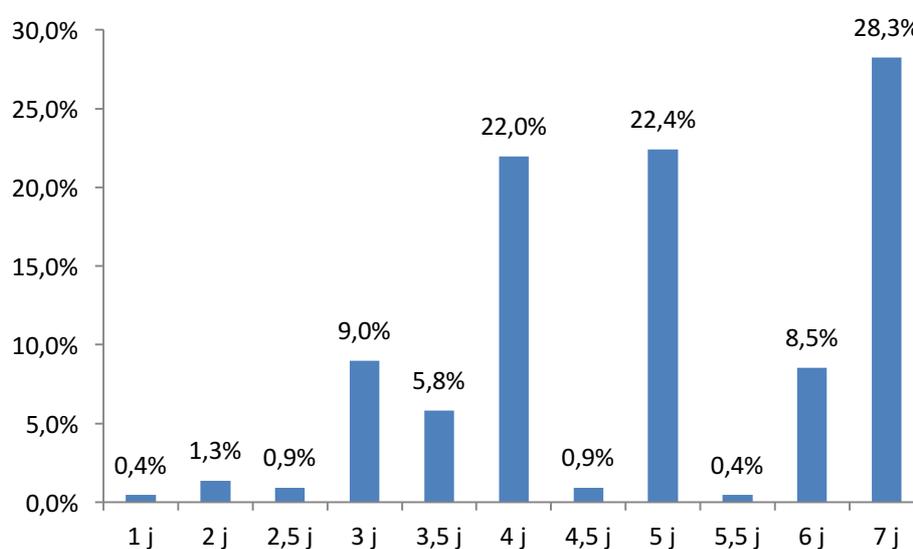
En revanche, le partage du même logiciel métier ne semble pas être indispensable au fonctionnement des cabinets de groupe.

G. L'emploi du temps

L'exercice infirmier libéral n'est réglementé ni en termes d'horaires ni en termes de durée hebdomadaire de travail. Aucun cadre ne fixe non plus les modes d'organisation du travail. Ceux-ci sont très variables d'un cabinet à l'autre, et dépendent de nombreux facteurs (taille du cabinet, statut juridique, secteur d'installation, volume global d'activité, type de clientèle...). Les plannings de travail peuvent être ainsi, selon les cabinets, établis au mois, au semestre... Il existe par contre une certaine homogénéité dans la manière de planifier les journées de travail, avec le plus souvent, deux "tournées" quotidiennes de soins au domicile de leurs patients : la première dite "du matin" et la seconde dite "du soir".

1. Les jours travaillés

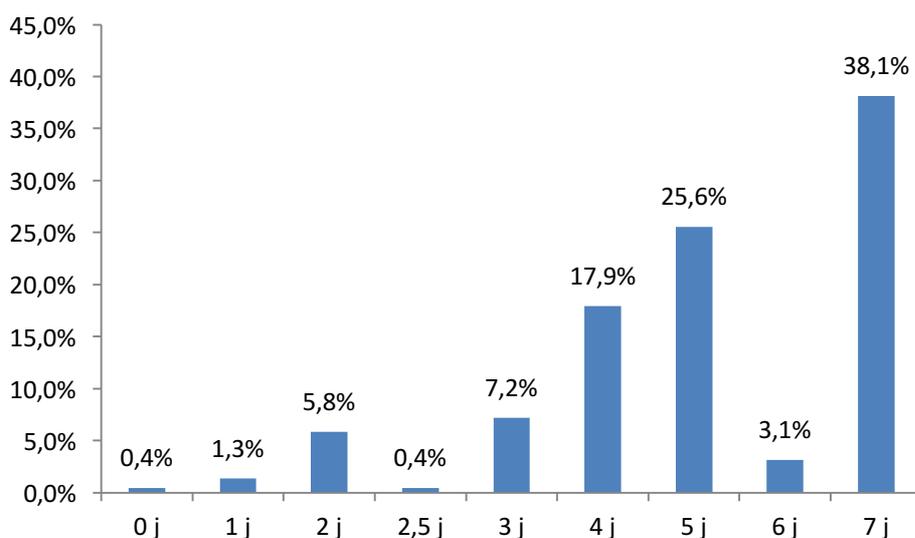
Figure 11 : Répartition des infirmiers selon le nombre hebdomadaire moyen de journées de travail (sur les quatre dernières semaines d'activité)



Les infirmiers ont été interrogés sur le nombre total de jours travaillés au cours des quatre semaines précédant l'enquête (samedi et dimanche compris), ce qui permet d'apprécier le nombre hebdomadaire de jours de travail, en moyenne sur une période d'un mois.

La majorité (82%) des infirmiers ont exercé leur activité au moins quatre jours par semaine en moyenne sur la période des quatre semaines précédant l'enquête, samedi et dimanche inclus, dont 36,8% des infirmiers ayant travaillé six ou sept jours (cf. Figure 11).

Figure 12 : Répartition des infirmiers selon le nombre hebdomadaire moyen de journées de travail (sur la dernière semaine d'activité)



Et plus précisément sur la dernière semaine d'activité, les infirmiers ont été 84,7% à avoir travaillé au moins quatre jours, samedi et dimanche inclus, dont 38,1 % des infirmiers ayant travaillé six ou sept jours (cf. Figure 12).

2. Les jours travaillés durant les week-ends

Tableau 6 : Répartition des infirmiers selon le nombre de samedis "travaillés" au cours des quatre semaines précédant l'enquête

Proportion d'infirmiers déclarant avoir travaillé, au cours des quatre dernières semaines... (en %)	
aucun samedi	0,9
un samedi	6,3
deux samedis	58,6
trois samedis	14,9
quatre samedis	19,3
Total	100,0

Tableau 7 : Répartition des infirmiers selon le nombre de dimanches ou jours fériés "travaillés" au cours des quatre semaines précédant l'enquête

Proportion d'infirmiers déclarant avoir travaillé, au cours des quatre dernières semaines... (en %)	
aucun dimanche ou jour férié	0,5
un dimanche ou jour férié	5,4
deux dimanches ou jours fériés	42,3
trois dimanches ou jours fériés	24,8
quatre dimanches ou jours fériés	27,0
Total	100,0

Les infirmiers libéraux ont l'obligation d'assurer la continuité des soins le week-end et les jours fériés, certaines prises en charge nécessitant une intervention quotidienne, voire biquotidienne.

Au cours des quatre dernières semaines d'activité :

- 92,9% des infirmiers ont travaillé deux samedis et plus (cf. Tableau 6) ;
- 94,1% deux dimanches (ou jours fériés) et plus (cf. Tableau 7).

3. Les nuits d'astreinte

Dans le cadre de l'obligation de continuité des soins, les infirmiers assurent également des nuits d'astreinte au cours desquelles ils sont amenés à répondre au téléphone, et à se déplacer au domicile des patients en cas de besoin.

Un infirmier sur quatre (25,7%) a effectué au moins une nuit d'astreinte au cours des quatre dernières semaines (nombre moyen de nuits : 3), le nombre de nuits d'astreinte se répartissant comme suit :

- 2,3% entre 1 et 5 nuits ;
- 8,2% entre 6 et 10 nuits ;
- 12% entre 11 et 15 nuits ;
- 3,2% ont assuré 16 nuits et plus.

Parmi les infirmiers ayant déclaré avoir effectué au moins une nuit d'astreinte, 47,3% ont dit avoir reçu en moyenne un appel ou plus par astreinte (moyenne = 4 appels par astreinte), et 84,6 % des appels ont conduit à un déplacement au domicile du patient.

4. Les Congés, formations et congrès

Les infirmiers ont déclaré qu'ils consacraient en moyenne chaque année :

- 22 jours aux congés ;
- 2 jours aux formations ;
- 1 jour aux congrès.

5. Horaires et amplitude horaire d'une journée de travail

Les infirmiers ont été interrogés sur les horaires de début et de fin de chacune des deux "tournées" de soins effectuées lors d'une journée habituelle de travail.

L'amplitude horaire de cette journée de travail est définie comme la durée qui s'écoule entre l'heure à laquelle l'infirmier a commencé ses soins le matin et l'heure à laquelle il les a terminés l'après-midi.

La majorité des infirmiers (95,5%) effectue deux tournées (une le matin et une l'après-midi).

Lors d'une journée habituelle de travail, **les soins du matin** débutent en moyenne à 6h30 et au plus tard à 8h00 ; ils se terminent en moyenne à 13h et au plus tard à 17h. L'amplitude horaire d'une tournée du matin habituelle s'élève donc en moyenne à 6 heures 30 min (min : 3h ; max : 10h).



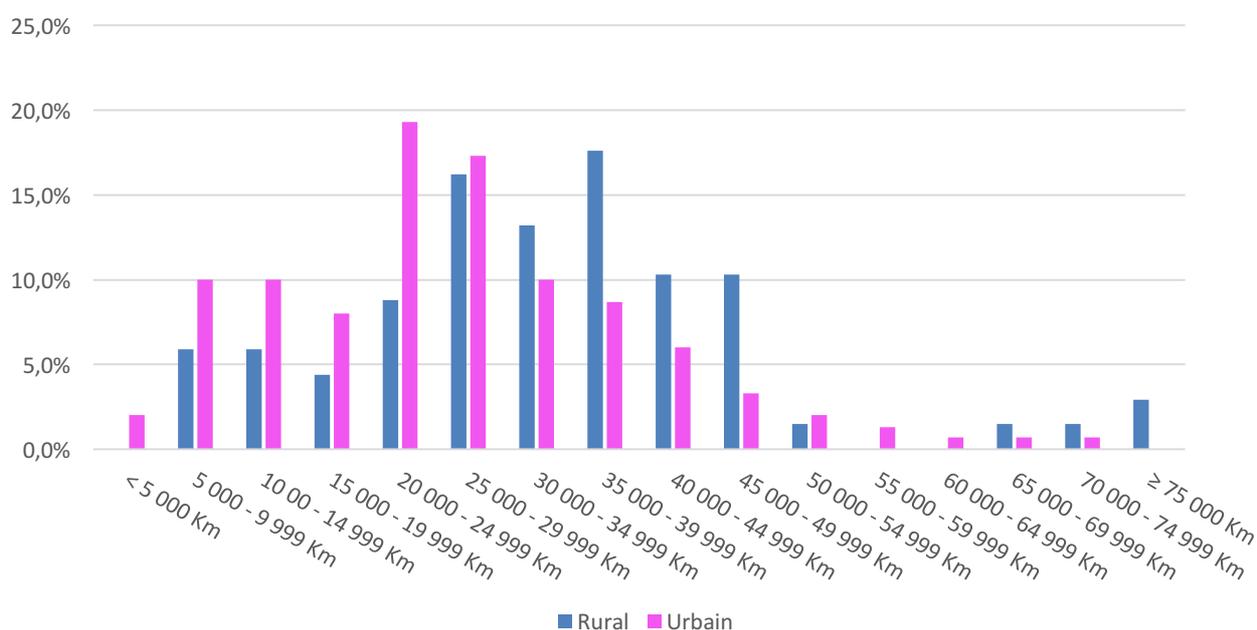
Lors d'une journée habituelle de travail, **les soins de l'après-midi** débutent en moyenne à 16h00 et au plus tard à 18h30 ; ils se terminent en moyenne à 20h00 et au plus tard à 22h15. L'amplitude horaire d'une tournée d'après-midi habituelle s'élève en moyenne à 4 heures (min : 1h ; max : 7h).



L'amplitude horaire d'une journée habituelle de travail s'élève en moyenne à treize heures et trente minutes (min : 10h ; max : 16h).

6. Les kilomètres parcourus en 2014

Figure 13 : Répartition des infirmiers selon le nombre de kilomètres parcourus en 2014



Le temps consacré aux "tournées" de soins prend en compte non seulement le temps passé auprès des patients, mais aussi celui pour se rendre à leur domicile.

Sur le plan professionnel, les infirmiers ont ainsi parcouru entre 25 000 et 30 000 kilomètres en moyenne en 2014. Cette distance est variable d'un infirmier à l'autre (cf. Figure 13) et est significativement associée *au milieu dans lequel les IDELS exercent*. En effet, ceux qui exercent en milieu rural sont 59% à avoir parcouru plus de 30 000 Km en 2014 alors que ceux qui exercent en milieu urbain sont 33% à avoir parcouru plus de 30 000 Km ($p < 0,001$).

Quant au financement du véhicule professionnel, il se fait majoritairement (69,9%) de façon classique (achat), sans influence des nouveaux mode d'acquisition.

7. Le recours aux remplaçants

Lorsqu'ils s'absentent pour des congés, des formations ou encore des congrès, les infirmiers s'organisent des façons suivantes :

- Arrangement avec les autres infirmiers du cabinet : 56,7% ;
- Appel à un remplaçant : 56,2% ;
- Arrangement avec les infirmiers des cabinets voisins : 5,7% ;
- Pas d'absence sur les jours habituels de travail : 13,3%.

Les infirmiers ne faisant pas appel à un remplaçant ont indiqué les raisons suivantes :

- Autre arrangement sans difficulté : 62,8% ;
- Refus des patients : 21,3% ;
- Difficulté à trouver un remplaçant : 19,2% ;
- Difficulté à déléguer : 4,2%.

L'emploi du temps des IDELs est chargé avec des semaines de travail de 7 jours pour plus d'un IDEL sur trois, une amplitude journalière de 13 heures en moyenne et des nuits d'astreinte pour un IDEL sur trois.

Malgré tout, les IDELs parviennent à conjuguer vie personnelle et vie professionnelle en s'octroyant 22 jours de congés annuels, mais aussi des journées de formation et de congrès. L'organisation répandue en cabinets de groupe facilite cela et permet d'éviter le recours à un remplaçant pour plus d'un IDEL sur deux.

H. Les actes pratiqués

L'activité de soins des infirmiers libéraux est réalisée sur prescription médicale. Les actes mis en œuvre sont répertoriés dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), qui distingue :

- Les actes "techniques", cotés dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) par la lettre clé AMI : prélèvements et injections, pansements, poses de sonde, soins, perfusions... ;
- Les actes de soins infirmiers, contribuant au maintien de la personne dans son cadre de vie, cotés par la lettre clé AIS : "séances de soins infirmiers", "séances hebdomadaires de surveillance clinique infirmière et de prévention", "séances d'aide mises en œuvre dans le cadre d'un programme d'aide personnalisée" ;
- Les démarches de soins infirmiers, cotés par la lettre clé DI, dont l'objectif est d'ajuster au mieux la nature et la fréquence des actes de soins contribuant au maintien de la personne dans son cadre de vie, aux besoins des personnes âgées dépendantes.

L'activité décrite par l'enquête

Une liste d'actes a été construite spécialement pour l'enquête par l'Observatoire régional de la santé et le groupe de travail de l'URPS, chargé de l'élaboration du questionnaire, afin de décrire la diversité des activités des infirmiers libéraux.

La construction de cette nomenclature repose sur :

- **Une liste de 23 actes "techniques"**, spécialement choisis par l'URPS pour l'enquête :
 - Prélèvement veineux ;
 - Soins de bouche ;
 - Injection sous-cutanée ;
 - Injection intramusculaire ;
 - Pose d'un étui pénien ;
 - Pansement lourd et complexe (par exemple post chirurgical, ulcère, lésion néoplasique, brûlure, escarre) ;
 - Pansement de stomie ou trachéotomie ;
 - Séance d'aérosol ;
 - Changement de traitements dans le semainier (en cas de modification de posologie) ;
 - Injection intraveineuse ;

- Perfusion périphérique (intraveineuse, sous cutanée, perfusion d'antibiotique...);
 - Mise en place et entretien de sonde urinaire (ou cathéters urétraux);
 - Alimentation parentérale sur pompe;
 - Entretien des cathéters veineux centraux (de site implantable ou de picc line);
 - Perfusion sur cathéters centraux;
 - Vaccin;
 - Dialyse péritonéale;
 - Alimentation entérale (pose de sonde, mise en place de la pompe, surveillance);
 - Lavement évacuateur (extraction de fécalome);
 - Pose de chimiothérapies;
 - Pose d'un implant sous-cutané;
 - Saignée;
 - Surveillance de chimiothérapies anticancéreuses.
- **Une liste de cinq actes complémentaires**, qui sont inscrits dans le décret relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers et sont réalisés de manière concomitante aux actes "techniques" (AMI) ou aux actes de soins infirmiers, contribuant au maintien de la personne dans son cadre de vie (AIS):
 - Prise de tension;
 - Conseils en nutrition;
 - Instillation oculaire;
 - Aspiration trachéale;
 - Pose de bas de contention.

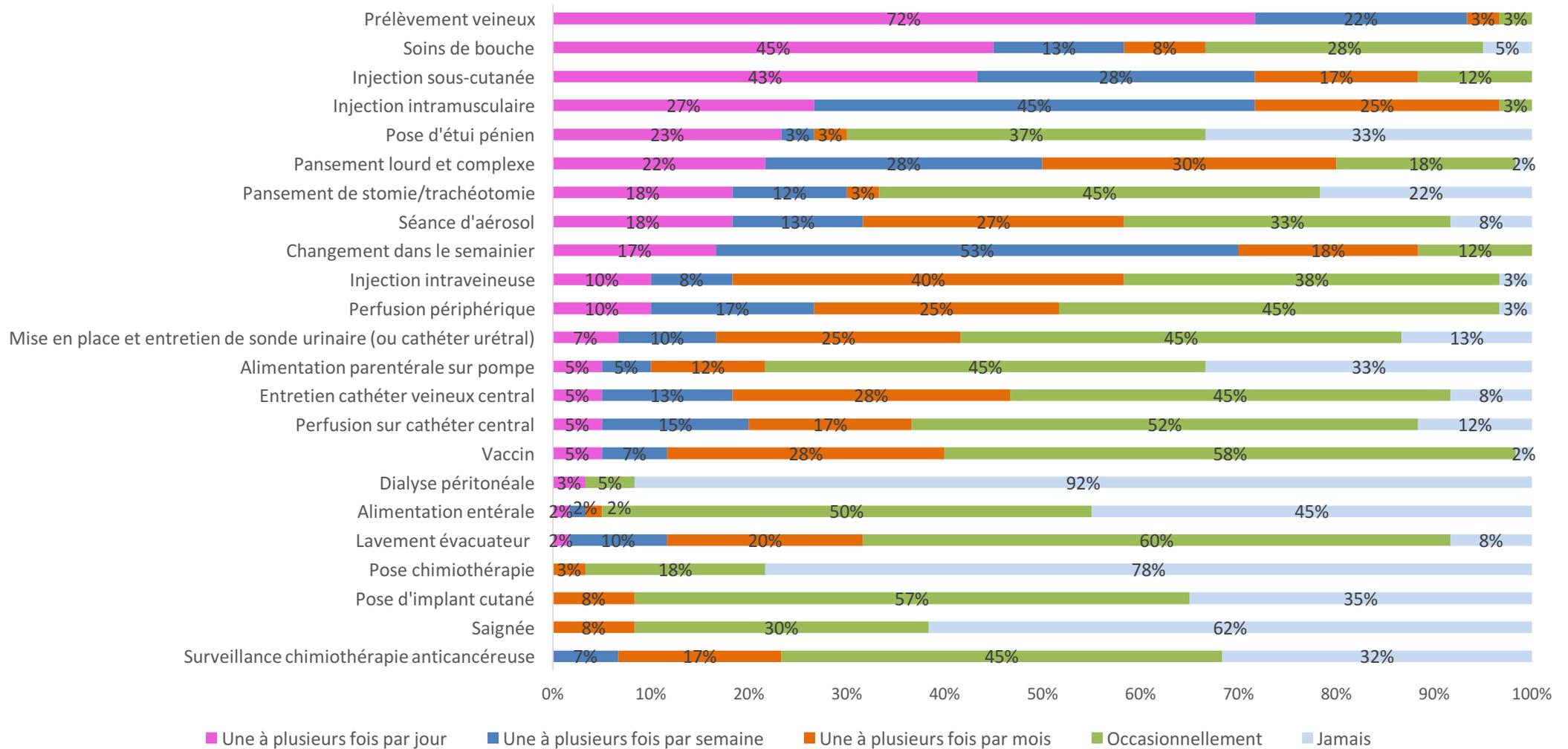
Ces actes ne sont pas répertoriés dans la NGAP, et ne font donc pas l'objet d'une prise en charge spécifique par l'Assurance maladie.

Les infirmiers ont été invités à répondre avec quelle fréquence ils avaient pratiqué en 2014 chacun des actes de la nomenclature construite pour l'enquête (une à plusieurs fois par jour, une à plusieurs fois par semaine, une à plusieurs fois par mois, occasionnellement, jamais).

Les actes de soins infirmiers, contribuant au maintien de la personne dans son cadre de vie (AIS), n'ont volontairement pas été répertoriés dans cette liste afin d'accroître la visibilité des actes techniques effectivement réalisés, quel que soit le type de prise en charge.

1. Les actes "techniques"

Figure 14 : Fréquence de réalisation en 2014 des actes infirmiers "techniques"



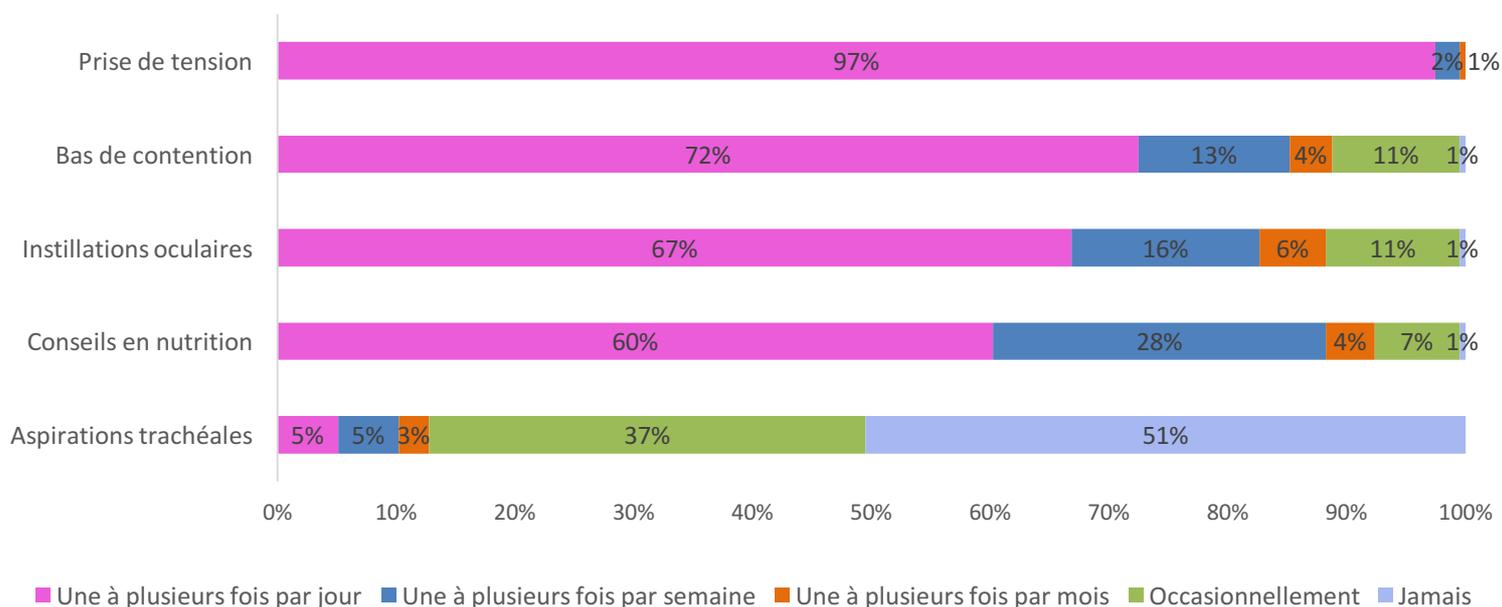
La fréquence avec laquelle les infirmiers ont pratiqué ces différents actes "techniques" en 2014 est très variable selon les actes (cf. Figure 14).

La pratique de ces actes pourrait varier selon le milieu d'exercice (rural/urbain). Afin d'effectuer des comparaisons statistiques, la fréquence de pratique des actes a été recodée en deux modalités : une première modalité regroupant les fréquences « Une à plusieurs fois par jour », « Une à plusieurs fois par semaine » et « Une à plusieurs fois par mois » ; une seconde modalité regroupant les fréquences « Occasionnellement » et « Jamais ». Ainsi, en 2014, il y avait une différence significative selon *le milieu d'exercice* pour les actes suivants :

- Alimentation parentérale sur pompe : 64% des IDELs exerçant en milieu urbain ont occasionnellement ou jamais pratiqué cet acte en 2014, versus 78% en milieu rural (p=0,046) ;
- Alimentation entérale : 84% des IDELs exerçant en milieu urbain ont occasionnellement ou jamais pratiqué cet acte en 2014, versus 95% en milieu rural (p=0,031) ;
- Séance d'aérosol : 60% des IDELs exerçant en milieu urbain ont occasionnellement ou jamais pratiqué cet acte en 2014, versus 42% en milieu rural (p=0,016) ;
- Mise en place et entretien de sonde urinaire (ou cathéter urétral) : 73% des IDELs exerçant en milieu urbain ont occasionnellement ou jamais pratiqué cet acte en 2014, versus 58% en milieu rural (p=0,045).

2. Les actes "complémentaires"

Figure 15 : Fréquence de réalisation en 2014 des actes "complémentaires"



La totalité des infirmiers a également effectué en 2014 au moins un des actes "complémentaires" retenus (cf. Figure 15).

Les actes techniques les plus pratiqués sont des actes « techniquement » simples comme les prélèvements veineux, les injections ou les pansements ; alors que les actes plus techniques (tel que perfusion sur voie central) sont moins fréquents, et les actes spécifiques (saignée, dialyse) sont rarement exécutés.

Les actes complémentaires sont régulièrement pratiqués et font bel et bien partie intégrante de la séance de soins infirmiers. Pourtant ils sont invisibles au niveau de la cotation et ne font l'objet, à ce jour, d'aucune rémunération.

I. Les pathologies prises en charge

Le contenu de l'activité de soins des infirmiers libéraux peut également être approché à travers les types de pathologies ou situations prises en charge et le nombre de patients concernés.

Neuf pathologies ou situations ont été retenues pour l'enquête par le groupe de travail de l'URPS, chargé de l'élaboration du questionnaire :

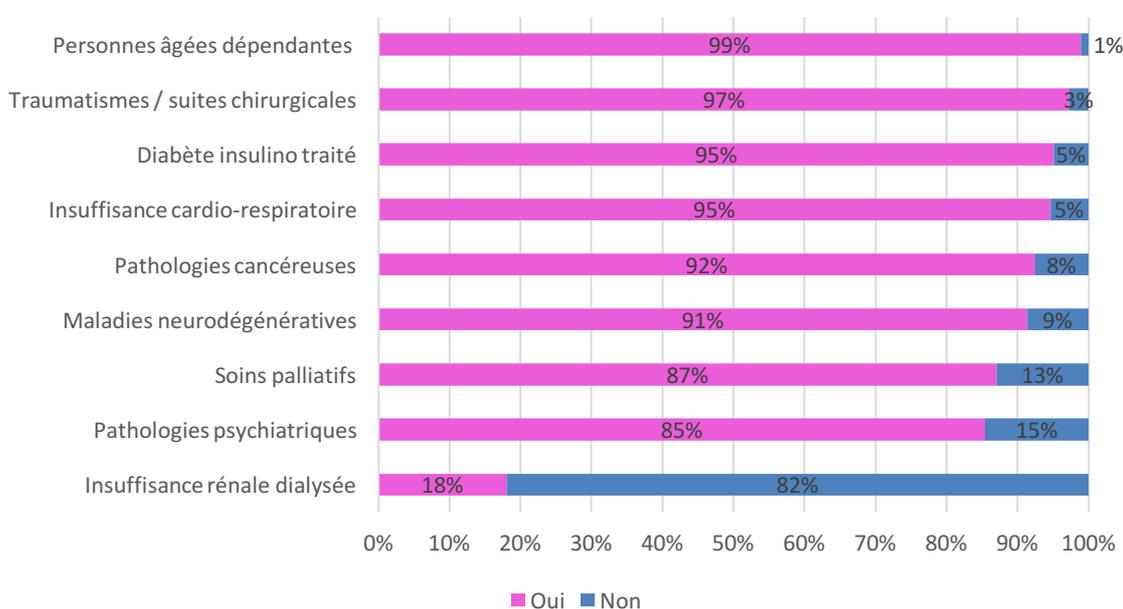
- Les personnes âgées dépendantes ;
- Les patients diabétiques insulino-traités ;
- Les patients atteints d'une pathologie psychiatrique ;
- Les patients en soins palliatifs ;
- Les patients atteints d'une pathologie cancéreuse ;
- Les patients atteints d'une insuffisance cardiaque et/ou respiratoire ;
- Les patients en insuffisance rénale dialysés ;
- Les patients atteints d'une maladie neurodégénérative (sclérose en plaque, Parkinson, Alzheimer...);
- Les patients victimes de traumatismes et/ou en suite chirurgicale.

Dans l'enquête, est désignée comme dépendante "une personne qui est aidée ou a besoin d'être aidée une ou plusieurs fois par semaine par un proche, l'entourage ou un professionnel pour effectuer certaines activités courantes de la vie quotidienne (habillage, alimentation, déplacements, transferts, toilette, hygiène de l'élimination...)".

Les infirmiers ont été interrogés, sur la prise en charge en 2014 de chacune de ces neuf pathologies ou situations, et sur le nombre de patients différents vus la semaine précédant l'enquête (ou la dernière semaine d'activité).

1. Fréquence de prise en charge des pathologies retenues

Figure 16 : Fréquence de prise en charge de certaines pathologies ou situations



La grande majorité des infirmiers a pris en charge en 2014 chacune des neuf pathologies ou situations retenues pour l'enquête (cf. Figure 16). Ces pathologies sont très fréquemment prises en charge à l'exception des insuffisances rénales dialysées.

2. Nombre de patients souffrant des pathologies retenues

Tableau 8 : Fréquence de prise en charge de certaines pathologies ou situations

	Nombre moyen de patients vus durant la dernière semaine	(min – max)
Personnes âgées dépendantes	9,4	(0 – 30)
Traumatismes / suites chirurgicales	2,5	(0 – 20)
Diabète insulino traité	2,9	(0 – 21)
Insuffisance cardio-respiratoire	2,4	(0 – 20)
Pathologies cancéreuses	1,4	(0 – 14)
Maladies neurodégénératives	2,2	(0 – 24)
Soins palliatifs	0,7	(0 – 4)
Pathologies psychiatriques	1,7	(0 – 10)
Insuffisance rénale dialysée	0,1	(0 – 1)

Le nombre de patients pris en charge est très variable selon les pathologies, de 0,1 patient en moyenne par semaine pour les insuffisances rénales dialysées à 9,4 patients pour les personnes âgées dépendantes (cf. Tableau 8).

Les pathologies et situations étudiées ne sont pas significativement associées au milieu d'exercice (rural/urbain).

Une très grande majorité des IDELs prennent en charge les pathologies répertoriées dans cette étude, à l'exception des insuffisances rénales dialysées (un IDEL sur 5).

Les personnes âgées dépendantes restent la situation la plus souvent prise en charge par les IDELs de Corse et cette situation représente le plus grand nombre de patients chaque semaine.

J. Les personnes âgées dépendantes

Dans l'enquête, une approche plus spécifique a été conduite sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile, visant à décrire les actes pratiqués auprès de cette population.

Le groupe de travail de l'URPS, chargé de l'élaboration du questionnaire, a sélectionné la liste des actes suivants :

- Les actes dits techniques ou "relevant d'une compétence infirmière" suivants : actes de soins infirmiers tels que pansements et perfusions, actes en lien avec la prise du traitement médicamenteux ;
- Les actes de soins infirmiers, contribuant au maintien de la personne âgée dépendante dans son cadre de vie : séance de soins infirmiers, séances hebdomadaires de surveillance clinique et de prévention, mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisé ;
- Les autres actes réalisés : pose et retrait de bas de contention, transferts (lit-chaise par exemple).

L'analyse repose sur le cas de la dernière personne âgée dépendante vue.

1. Actes techniques "relevant d'une compétence infirmière"

Pour la dernière personne âgée dépendante vue, les infirmiers délivrent des soins infirmiers techniques :

- Soins infirmiers tels que pansements ou perfusions : 63% ;
- Préparation du traitement médicamenteux : 97% ;
- Administration et suivi du traitement médicamenteux (AVK, antalgique, hypoglycémiant...) : 88% ;
- Coordination : 84%.

2. Actes de soins infirmiers, contribuant au maintien de la personne âgée dépendante dans son cadre de vie

➤ *Soins d'hygiène*

La quasi-totalité des infirmiers interrogés (99%) a déclaré effectué les soins d'hygiène de la dernière personne âgée dépendante vue.

Ces soins d'hygiène peuvent être pratiqués par différents intervenants, et pour le dernier patient concerné vu, les infirmiers ont déclaré que ces soins sont réalisés par :

- L'infirmier uniquement : 68% ;
- L'infirmier conjointement avec :
 - La famille du patient : 24% ;
 - Un autre cabinet infirmier : 6% ;
 - Une aide à domicile : 6% ;
 - Une aide-soignante : 3%.

Seuls deux infirmiers ont déclaré ne pas assurer les soins d'hygiène de la dernière personne dépendante vue. Ces soins sont alors assurés par :

- Un infirmier d'un autre cabinet ;
- Une aide-soignante et la famille du patient.

➤ *Autres actes de soins infirmiers*

L'infirmier est amené à réaliser auprès des personnes âgées dépendantes d'autres actes de soins infirmiers, contribuant au maintien de la personne dans son cadre de vie que les soins d'hygiène. Pour la dernière personne âgée dépendante vue, les infirmiers ont réalisé les actes suivants :

- Les transferts (lit-chaise par exemple) : 77% ;
- La pose et le retrait de bas de contention : 62% ;
- La mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisé : 35% ;
- Des séances hebdomadaires de surveillance clinique et de prévention (AIS4) : 31%.

3. La démarche de soins infirmiers

Un peu plus de la moitié des infirmiers (58%) effectue une DSI, et parmi ceux-là 68% complètent la partie « Planification ».

Le non remplissage d'une DSI est significativement associée à deux facteurs :

- Le département d'exercice : les IDELs installés en Haute-Corse sont 62,5% à ne pas avoir effectué de DSI pour la dernière personne âgée dépendante vue, versus 20% en Corse-du-Sud ($p < 0,001$), cette différence s'expliquant probablement en partie par le fait que la CPAM de Corse-du-Sud ne rémunère les actes AIS pratiqués sous condition que la DSI ait été remplie ;
- L'ancienneté de l'infirmier : les IDELs qui ont déclaré ne pas avoir rempli de DSI pour la dernière personne âgée dépendante vue sont diplômés depuis plus longtemps (25 ans en moyenne) et installés sur le lieu d'exercice actuel depuis plus longtemps également (18 ans en moyenne).

Par ailleurs, les 42% d'infirmiers qui n'effectuent pas de DSI évoquent les raisons suivantes :

- L'infirmier ne trouve pas utile de le faire : 53% ;
- L'infirmier manque de temps : 27% ;
- L'infirmier ne sait pas comment remplir la DSI : 20% ;
- L'infirmier n'a pas encore effectué la DSI mais en a l'intention : 9% ;
- L'infirmier n'a pas toutes les informations nécessaires : 4%.

4. La coordination autour des personnes âgées dépendantes

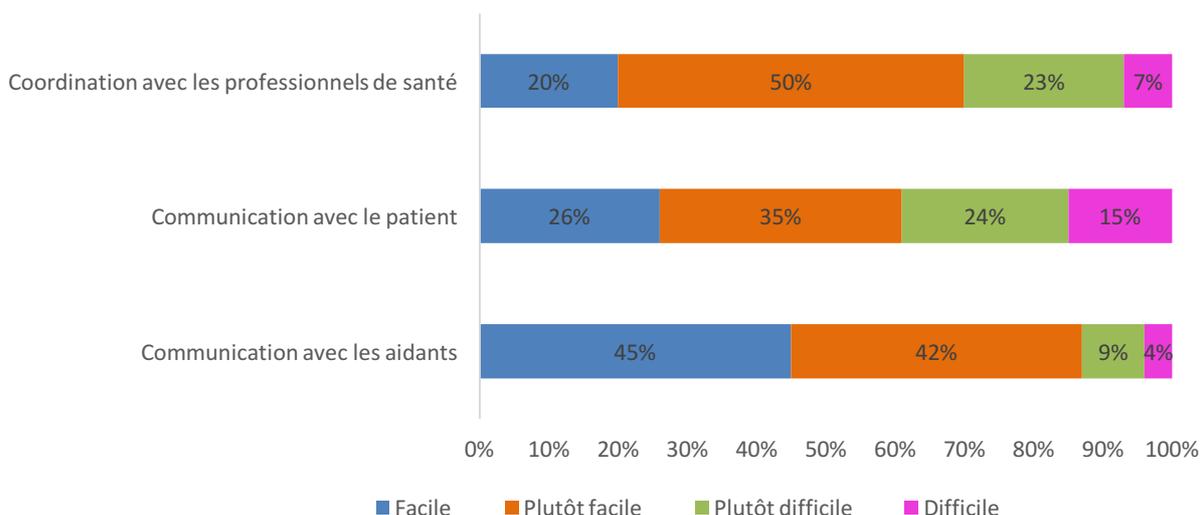
➤ *La coordination perçue par les infirmiers*

Les infirmiers se disent impliqués dans la coordination entre professionnels : 83% d'entre eux assurent, pour leur dernier patient âgé dépendant vu, une coordination entre les différents professionnels, et parmi eux 91% estiment que ce rôle doit bien être le leur.

En revanche, la quasi-totalité des infirmiers (98%) estime que ce rôle de coordonnateur assuré par les infirmiers n'est pas assez valorisé. Ils sont également une majorité à penser qu'une modification des textes de loi (78%) et la mise en place d'une rémunération (70%) pourraient améliorer la reconnaissance et la valorisation de ce rôle de coordinateur.

➤ *La coordination avec les différents partenaires*

Figure 17 : Opinion des infirmiers sur la communication avec les personnes âgées dépendantes, leurs proches et sur la coordination avec les différents professionnels



Un infirmier sur cinq (20%) considère à propos du dernier patient âgé dépendant vu, qu'il est facile pour eux de se coordonner avec les différents professionnels, et 50% plutôt facile. En revanche, 23% des infirmiers considèrent que cette coordination est plutôt difficile, et 7% difficile (Figure 17).

Un infirmier sur quatre (26%) considère qu'il est facile et 35% plutôt facile de communiquer avec le patient, alors que 24% d'entre eux estiment que cette communication est plutôt difficile, voire difficile pour 15% (Figure 17).

Il semble toutefois plus facile de communiquer avec les aidants (famille ou proches) puisque 45% et 42% des infirmiers estiment que la communication est facile ou plutôt facile (Figure 17).

De façon majoritaire, les infirmiers assurent seuls la prise en charge globale des patients.

En effet, les IDELs effectuent les actes de soins de nursing mais ils accomplissent également de façon quasi-systématique la préparation des traitements, l'administration et le suivi du traitement médicamenteux, les soins techniques (pansements ou perfusions) ou encore le rôle de coordonnateur.

Une majorité des IDELs (77%) procède aussi à des transferts (lit-chaise par exemple), confirmant ainsi que les personnes âgées dépendantes prises en charge sont majoritairement de GIR allant de 1 à 3.

Plus d'un IDEL sur trois (35%) se charge de mettre en œuvre un programme d'aide personnalisé, laissant penser que les soins infirmiers permettent un retour à une autonomie partielle.

Moins fréquemment, les IDELs réalisent des séances hebdomadaires de surveillance clinique et de prévention. Ne devraient-ils pas être davantage incités à les mettre en place et à jouer un véritable rôle dans la prévention et dans le repérage des fragilités des personnes âgées dépendantes ?

Seuls 58% des infirmiers remplissent une DSI, le taux de remplissage étant fortement lié aux incitations des Caisses d'assurance maladie. Parmi eux, une majorité (68%) l'utilise comme une simple entente préalable, ce qui révèle un déficit de formation d'une part, et une non prise de conscience que la rédaction d'un diagnostic infirmier (rôle propre) valorise leurs compétences d'autre part. C'est pourtant la première fois qu'une reconnaissance financière pour la rédaction d'un document infirmier leur est octroyée.

Cette étude met en évidence le degré élevé de pénibilité (tant physique que psychique) de la profession (prise en charge souvent effectuée par l'IDEL uniquement, avec des actes de manutention fréquents comme les transferts).

La coordination, tant avec les professionnels de santé qu'avec les aidants ou les patients eux-mêmes, est plutôt satisfaisante. Cette coordination est essentiellement assurée par les IDELs et même si ces derniers revendiquent ce rôle, ils estiment toutefois qu'il doit être reconnu et valorisé (financièrement notamment).

K. La coordination interprofessionnelle

L'organisation du "parcours de soins" du patient et la coopération interprofessionnelle sont devenues progressivement des axes centraux des politiques de santé, notamment depuis la loi "hôpital, patients, santé, territoire".

Les interventions des infirmiers libéraux reposent sur les prescriptions médicales, rédigées par les médecins libéraux (généralistes ou spécialistes) ou les praticiens hospitaliers (consultations externes, hospitalisations). Ces prescriptions peuvent être considérées comme le "premier niveau de coordination" entre professionnels de santé.

Dans un certain nombre de cas, les infirmiers échangent des informations à propos de leurs patients avec les prescripteurs, le plus souvent de manière informelle, par téléphone. Des travaux théoriques réalisés en dehors du champ de la santé soulignent l'importance de ce type de coopérations, identifiées en termes d'ajustements mutuels. Cependant, ces formes de coordination sont mal évaluées.

L'étendue du réseau de professionnels, avec lesquels les infirmiers sont susceptibles d'être en contact, est particulièrement vaste. Le nombre d'intervenants auprès des patients a ainsi considérablement augmenté au cours des trente dernières années, notamment pour ceux pris en charge à domicile (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, aides à domicile...).

Le partage et la transmission d'informations entre ces intervenants reposent sur différents moyens de communication. Mis en place au domicile, le document de liaison fait partie de ces outils.

Cette enquête a permis d'évaluer l'importance du réseau de professionnels sur lequel s'appuient les infirmiers.

Elle a apporté des éléments quant à :

- La fréquence avec laquelle les infirmiers échangent de façon informelle avec les prescripteurs à propos des patients ;
- L'utilisation de supports contribuant à la coordination entre professionnels et à la continuité des soins, et l'implication des infirmiers dans les coordinations formelles ;
- Le fonctionnement de la coordination entre professionnels.

1. Les prescriptions médicales

Les prescriptions médicales de soins infirmiers peuvent être rédigées par un médecin généraliste ou par un médecin spécialiste, lors d'une consultation ou d'une visite à domicile ou à l'occasion d'une sortie d'hospitalisation.

Concernant le dernier patient vu par l'infirmier, la prescription a été rédigée par :

- Un médecin généraliste, dans 95% des cas ;
- Un médecin d'un établissement de santé dans 3% des cas, parmi lesquelles 60% proviennent d'un établissement de santé public ;
- Un médecin spécialiste dans 2% des cas.

Les prescriptions de soins infirmiers concernent des patients très majoritairement âgés de plus de 75 ans (93%) et avec des durées de soins de plus d'une semaine dans la plupart des cas (99%).

➤ *Contenu des prescriptions et mise à disposition de données de santé*

Dans la majorité des cas (81%), les infirmiers jugent les prescriptions médicales suffisamment explicites pour assurer la prise en charge, mais 22% des IDELs demandent à refaire la prescription de soins infirmiers.

Pour assurer la prise en charge du dernier patient vu suite à une hospitalisation, 60% des infirmiers estiment que les transmissions du médecin ou des infirmiers de l'établissement ne sont pas suffisamment complètes et seuls 40% des infirmiers ont connaissance d'éléments du dossier patient.

➤ *Les échanges suite aux prescriptions*

Concernant le dernier patient vu, 68% des infirmiers ont un ou plusieurs échanges avec un professionnel de santé (par mail, téléphone ou rencontre physique). L'interlocuteur est alors principalement le médecin prescripteur (96%) mais aussi le pharmacien (17%) ou encore un autre médecin (7%).

Lorsque le patient provient d'un établissement de santé, l'interlocuteur est principalement le médecin généraliste (80%).

Lors du dernier échange concernant ce dernier patient, il s'agissait pour les infirmiers d'informer ou d'alerter le médecin d'un problème médical (60%), de demander le

renouvellement de la prescription (45%) ou d'avertir le médecin d'une modification de l'état de santé du patient (43%).

Les infirmiers ont également mentionné comme motif de l'échange :

- Adapter le traitement ou la prise en charge de la douleur (30%) ;
- Discuter de la coordination entre les différents intervenants (13%) ;
- Demander des informations concernant la nature, le stade d'évolution de la pathologie, les traitements en cours (12%).

Dans le cas des prescriptions hospitalières, lorsqu'il y a eu des échanges entre l'infirmier et un professionnel de l'établissement :

- Ceux-ci ont concerné la préparation de la sortie du patient (43%) ;
- Et/ou pour demander des informations sur la nature, le stade d'évolution de la pathologie, les traitements en cours (29%).

2. Les prescriptions infirmières

La quasi-totalité des infirmiers (92%) ont précisé qu'ils avaient déjà prescrits des dispositifs médicaux, comme des pansements, des sondes, des bas de contention au cours des derniers mois.

La fréquence avec laquelle les infirmiers interrogés ont réalisé des prescriptions varie selon les professionnels. Au cours des derniers mois :

- 55% des infirmiers en ont réalisé une à plusieurs fois par mois ;
- 33% occasionnellement ;
- 12% une à plusieurs fois par semaine.

3. L'étendue du réseau professionnel

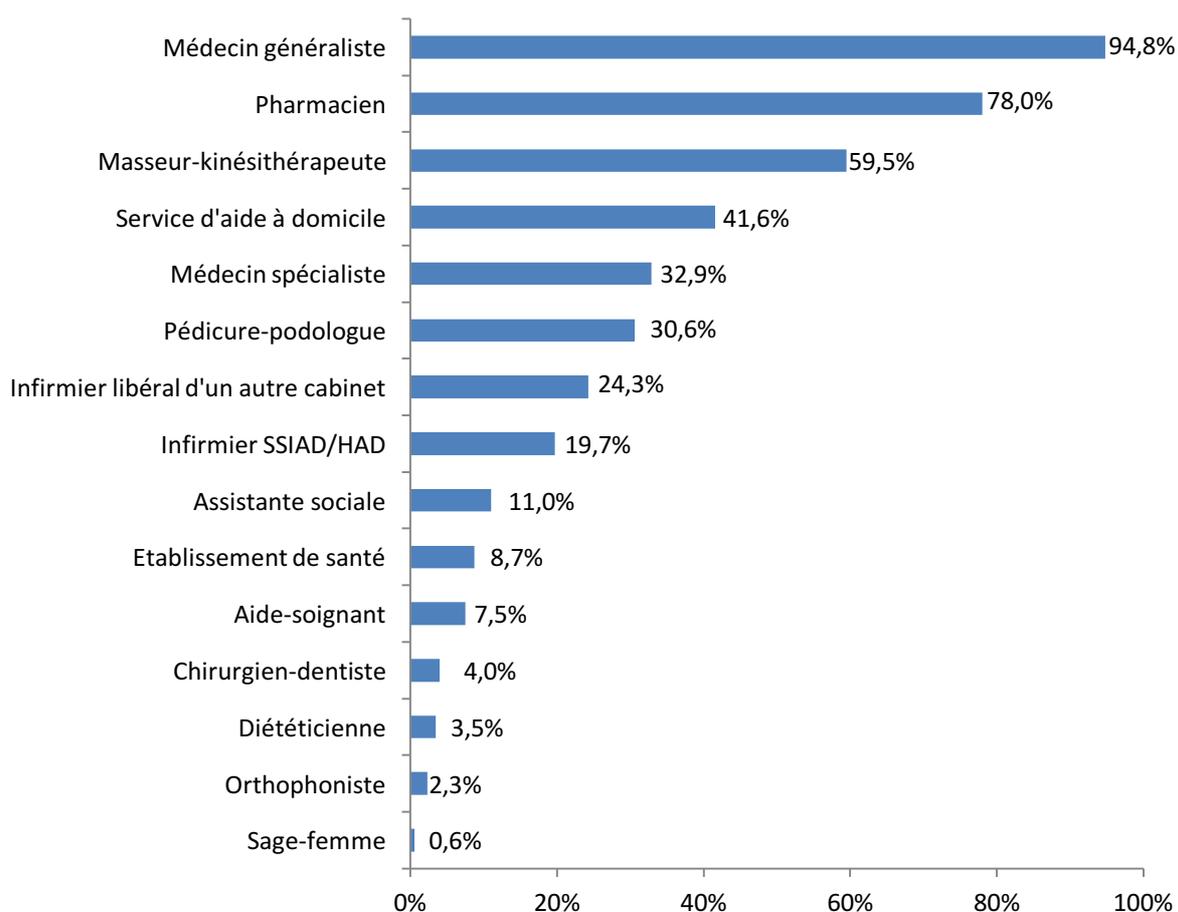
➤ *Professions avec lesquelles les infirmiers ont le plus souvent des échanges*

Dans l'enquête, l'importance et la diversité du réseau professionnel a été évaluée à partir de la question suivante : "au cours des quinze derniers jours, avez-vous eu des échanges à propos de vos patients par téléphone, mail ou encore lors d'une rencontre avec...".

La liste des professions citées est composée de professions du secteur santé et social.

Une hiérarchie assez forte se dessine en matière de fréquence des échanges entre les infirmiers et les autres professionnels : médecins généralistes, pharmaciens et masseurs-kinésithérapeutes sont les professions avec lesquelles les infirmiers corses sont les plus fréquemment en contact.

Figure 18 : Echanges avec les professions de santé et les professions de l'aide



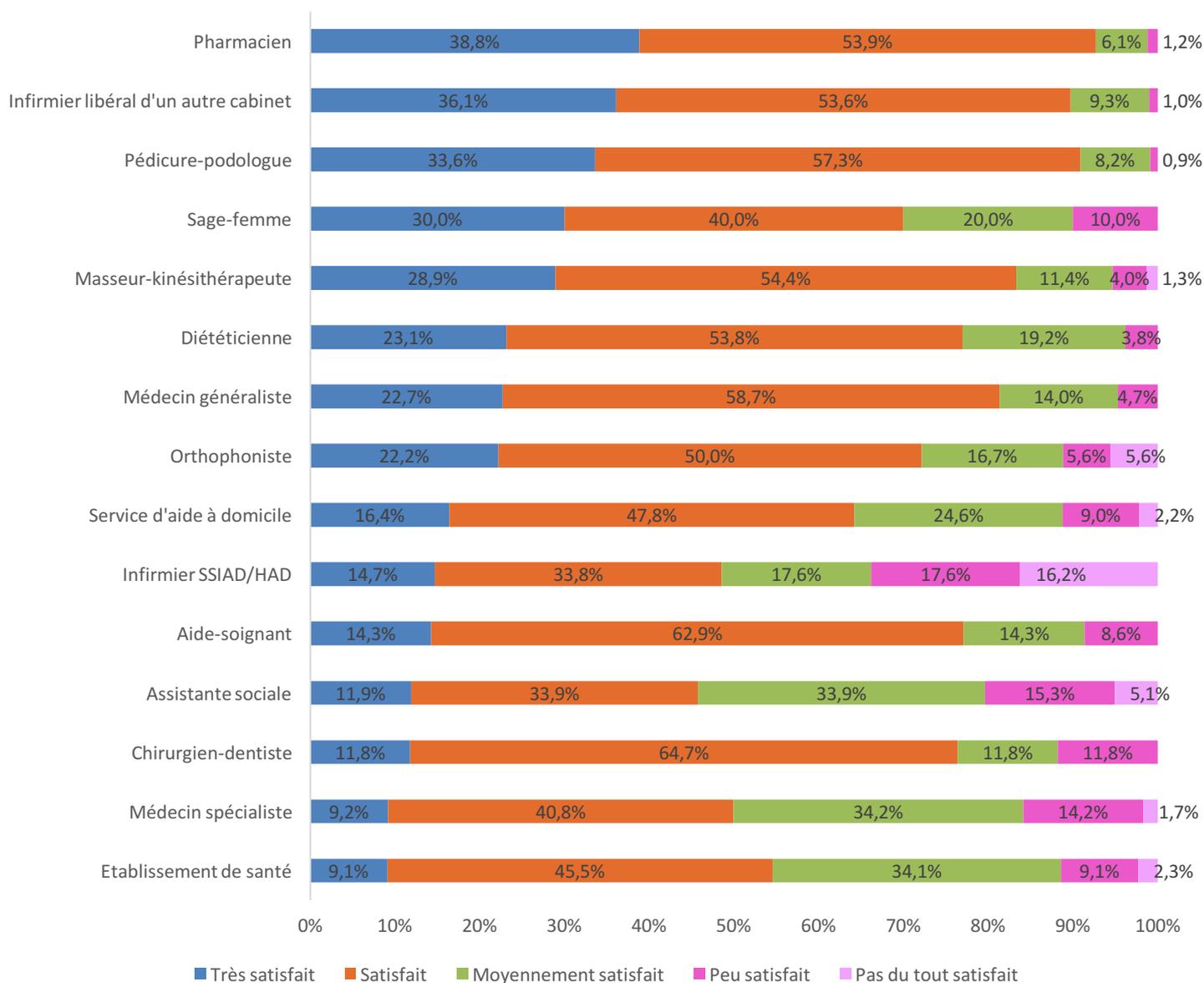
La majorité des infirmiers ont eu, au cours des quinze derniers jours, des échanges par téléphone, mail ou rencontre physique à propos de leurs patients avec :

- Un médecin généraliste (95%) ;
- Un pharmacien (78%) ;
- Un masseur-kinésithérapeute (59%)

Enfin, les infirmiers étaient amenés, même si ces situations se produisaient moins souvent, à avoir des contacts avec d'autres professionnels de santé ou de l'aide à domicile (Figure 18)

➤ Niveau de satisfaction des échanges

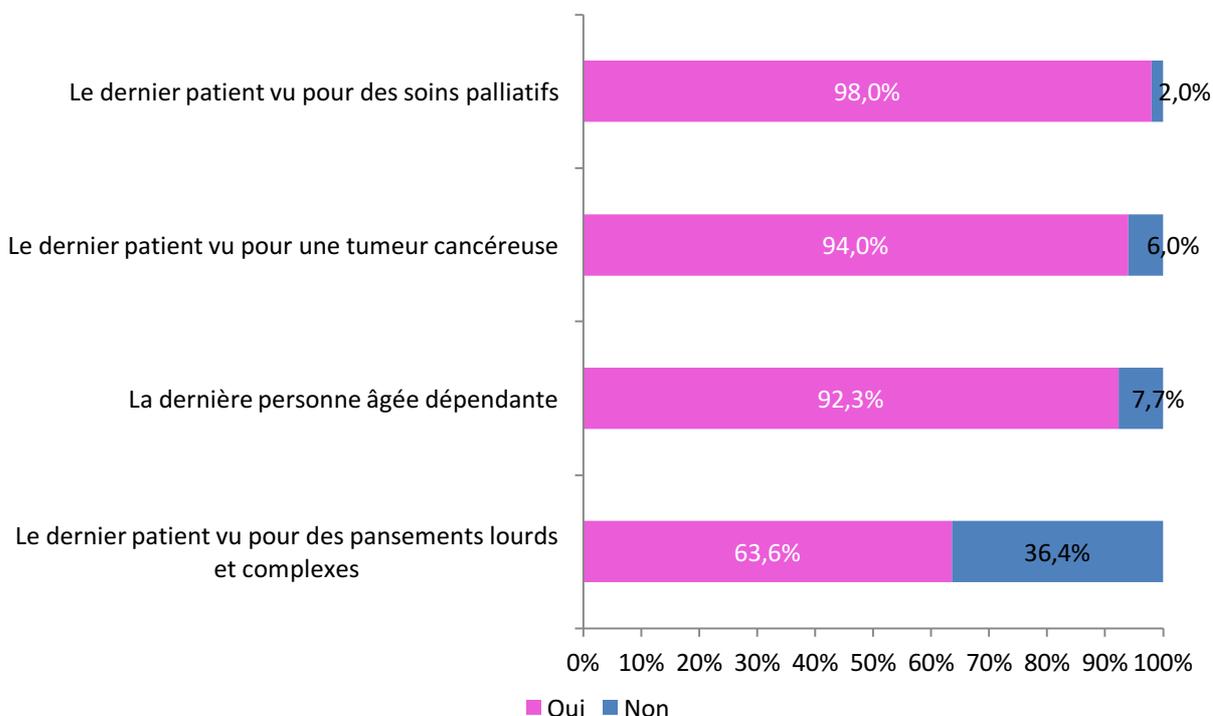
Figure 19 : Niveau de satisfaction des échanges avec les différentes professions



Les infirmiers ont été interrogés sur le niveau de satisfaction des échanges qu'ils ont pu avoir avec les différents professionnels de santé. Ils ont pu exprimer le niveau de satisfaction à l'aide d'une échelle à 5 paliers allant de « Très satisfait » à « Pas du tout satisfait ». Les résultats sont présentés dans la Figure 19 ci-dessus.

4. Le Document de liaison

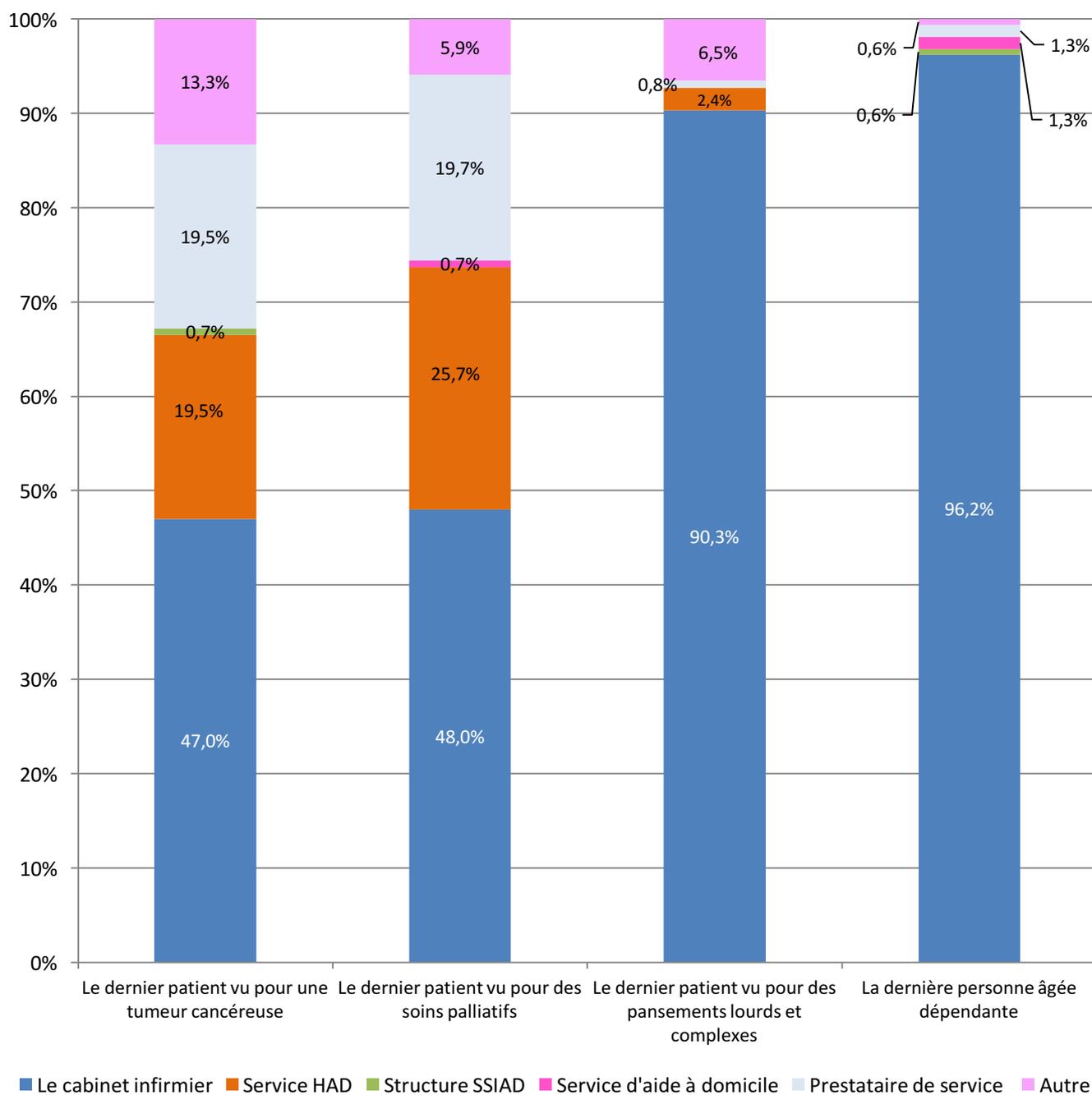
Figure 20 : Existence d'un document de liaison selon le type de soins lourds



Au cours de cette étude nous avons cherché à savoir s’il existait un document de liaison et de transmission des informations (fiche, cahier, classeur) commun à tous les intervenants, pour le dernier patient vu, et pour chacun des quatre soins lourds suivants : personne âgée dépendante, soins palliatifs, soins pour tumeur cancéreuse, pansements lourds et complexes.

L’utilisation d’un document de liaison par les IDELs est fréquente quels que soient les soins lourds effectués (Figure 20).

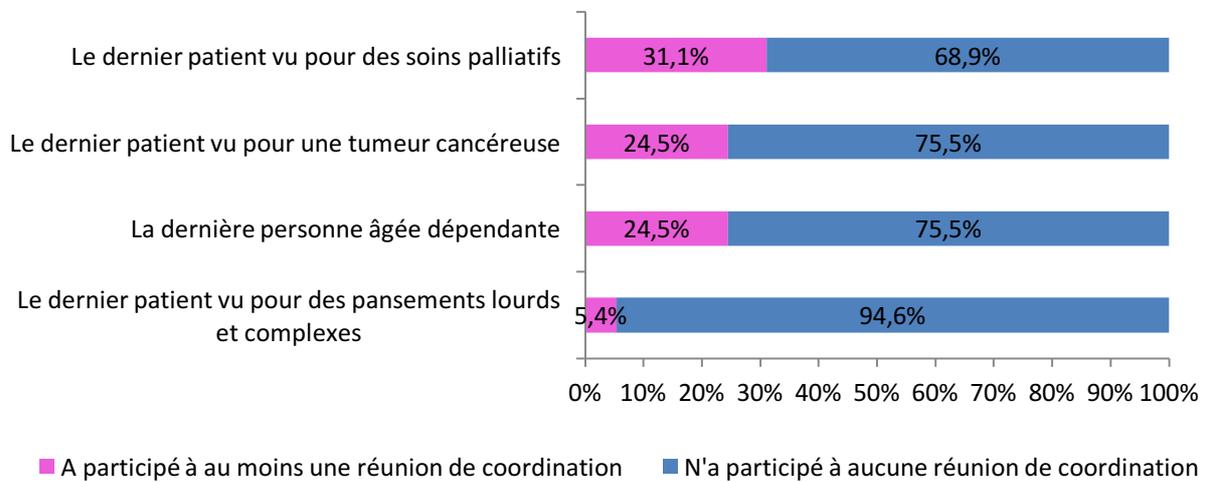
Figure 21 : Mise à disposition du document de liaison en fonction du type de soins lourds



Lorsque le document est mis en place, c'est le plus souvent le cabinet infirmier qui l'a mis à disposition (cf. Figure 21).

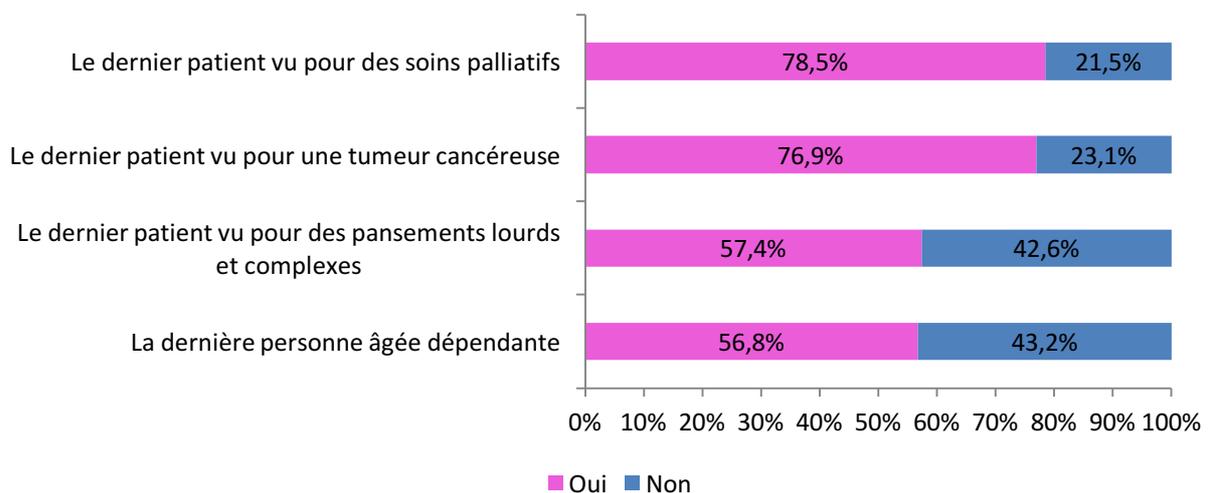
5. Les réunions de coordination

Figure 22 : Participation aux réunions de coordination selon le type de soins lourds



Entre 5 et 31% des infirmiers ont déclaré avoir déjà participé à une réunion de coordination dans le cadre de la prise en charge du dernier patient vu en collaboration avec un service de HAD ou une structure SSIAD (cf. Figure 22).

Figure 23 : Opinion des infirmiers sur l'utilité des réunions de coordination selon le type de soins lourds



Lorsque ces réunions sont organisées, les infirmiers ont déclaré que ce type de rencontre leur apporte quelque chose en plus par rapport aux simples prescriptions médicales et transmissions d'information (cf. Figure 23).

Les prescriptions médicales sont effectuées principalement par un médecin traitant, et concernent très majoritairement des patients de plus de 75 ans, pour plus d'une semaine.

Les IDELS sont 81% à estimer que ces prescriptions sont suffisamment explicites pour effectuer les soins.

Lorsqu'il s'agit d'une sortie d'hospitalisation, 60% des IDELS estiment les transmissions insuffisantes pour assurer la prise en soins du patient. L'interlocuteur principal est alors le médecin généraliste suivi du pharmacien.

La place de coordination de l'IDEL se confirme dans les échanges avec notamment le médecin traitant en terme d'alerte, de surveillance de l'état du patient, d'adaptation de traitement (douleur etc.) et de renouvellement des prescriptions (médicaments, bilans biologiques etc.).

En ce qui concerne la prescription infirmière, les IDELS l'ont intégrée dans leur pratique (92% disent avoir prescrits au cours des derniers mois). Toutefois, on ignore s'il s'agit uniquement de renouvellement de prescriptions de dispositifs en cours ou bien de prescriptions pour pallier à du « matériel » inadapté.

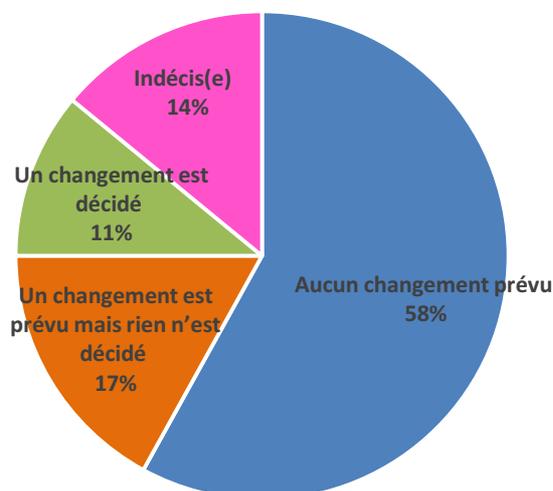
Cette étude montre bien l'importance de la coordination entre les professionnels du domicile, avec un niveau de satisfaction élevé concernant les échanges entre les IDELS et les différents professionnels. Cependant, on note que 34% des IDELS interrogés se disent insatisfaits des échanges avec les infirmiers SSIAD/HAD.

Le document de liaison est très utilisé quel que soit le « patient lourd », mais semble être moins fréquent pour les pansements lourds et complexes. Ce document est essentiellement mis à disposition par les IDELS, notamment pour les personnes âgées dépendantes et les pansements lourds et complexes. Concernant les soins palliatifs et les tumeurs cancéreuses, les prestataires de service et les HAD prennent davantage l'initiative.

Lorsque les IDELS travaillent en lien avec un SSIAD ou une HAD, bien que recommandée, la réunion de coordination n'est pas systématique. Pourtant, les IDELS considèrent qu'elle est utile dans la réalisation et le suivi des soins pour les patients lourds.

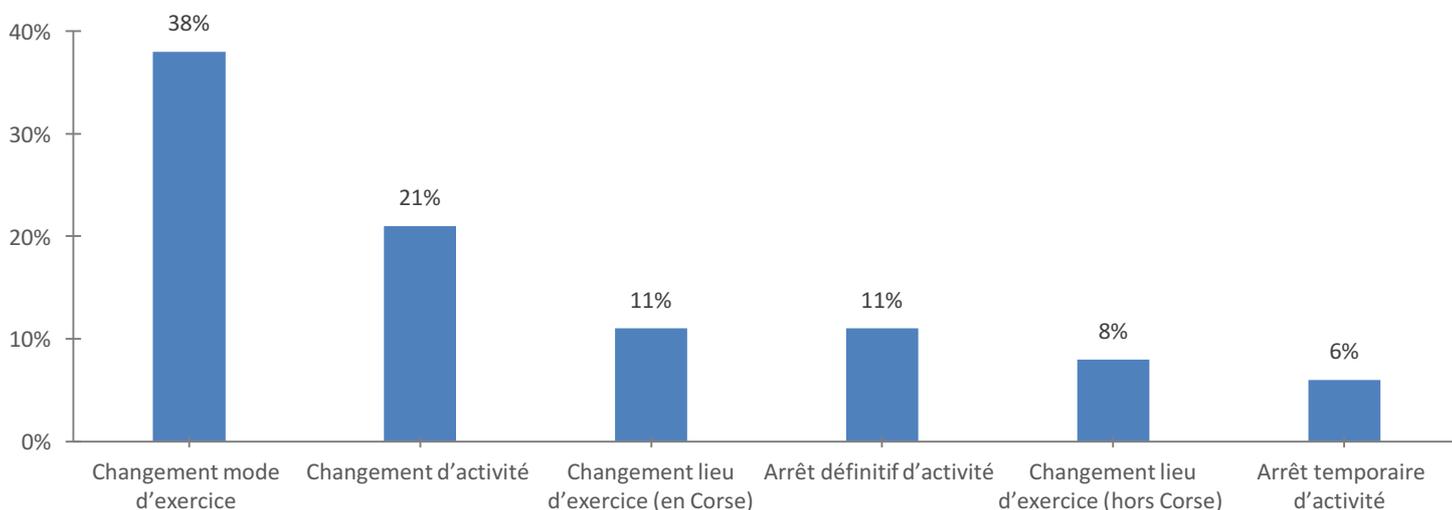
L. Les perspectives à 5 ans des IDELs

Figure 24 : Répartition des IDELs selon leurs perspectives à 5 ans



Les infirmiers ont été interrogés sur les éventuels changements qu'ils envisagent d'entreprendre dans les 5 années à venir, et seuls un peu plus de la moitié n'envisagent pas de changement. Les réponses sont détaillées dans la figure ci-dessus (cf. Figure 24).

Figure 25 : Les changements dans les 5 années à venir
(% parmi les IDELs qui ont décidé ou envisagent un changement)



Parmi les 28% d'IDELs qui ont décidé ou qui prévoient un changement, c'est le changement de mode d'exercice qui est le plus souvent envisagé (38%). Le détail des réponses formulées par les IDELs est illustré dans la Figure 25 ci-dessus.

Les IDELs qui envisagent d'arrêter définitivement leur activité sont âgés en moyenne de 59 ans, ce qui peut laisser supposer que cet arrêt définitif correspond à un départ à la retraite.

Nous avons cherché à savoir si l'ancienneté des IDELs (du diplôme et de l'installation) et le milieu d'exercice (rural/urbain) étaient associés à ces changements.

- **L'ancienneté d'obtention du diplôme et d'installation des IDELs** sont significativement associées à ces perspectives de changement. En effet :
 - Les IDELs qui envisagent ou ont décidé d'entreprendre un changement dans les 5 années à venir, quel qu'il soit, ont obtenu leur diplôme depuis plus longtemps (25 ans en moyenne) ;
 - Les IDELs qui envisagent ou ont décidé d'entreprendre un changement dans les 5 années à venir, quel qu'il soit, sont installés depuis plus longtemps (17,5 ans en moyenne) ;
 - Plus précisément, les IDELs qui envisagent ou ont décidé d'entreprendre un changement d'activité (arrêt de la profession infirmière) dans les 5 années à venir, sont ceux qui se sont installés plus récemment ($p=0,025$).

- **Le milieu d'exercice** (rural/urbain) ne semble pas, en revanche, avoir d'influence sur les perspectives envisagées.

Plus d'un IDEL sur quatre (28%) semble remettre son activité et ses conditions d'exercice en question.

Parmi ces IDELs, 11% ont décidé d'arrêter définitivement leur activité (retraite), mais on peut s'interroger sur les 38% d'entre eux qui envisagent un changement de mode d'exercice et les 21% qui envisagent un changement radical d'activité.

Une question émerge : faut-il s'inquiéter pour le renouvellement de la profession ?

Conclusion

L'URPS infirmiers de Corse se devait de réaliser cette étude pour répondre aux différentes missions qui lui sont conférées par la loi HPST.

A ce jour, la région Corse figure parmi les précurseurs, puisque seules les régions Pays-de-la-Loire et Haute-Normandie ont mené des initiatives semblables avec toutefois des méthodologies différentes.

Les résultats ont permis de dresser un état des lieux, de relever des particularités de la profession et de balayer certaines idées fausses.

Malgré de nombreuses difficultés - économiques (étude financée uniquement sur le budget URPS), longueur du questionnaire, mailing liste incomplète, mobilisation de nos confrères et collègues - les réponses collectées sont satisfaisantes et représentatives des IDELs installés en Corse.

Constat n°1. Les IDELs connaissent peu leur territoire d'exercice et l'offre de soins infirmiers. En effet, les infirmiers ne connaissent pas le niveau de dotation de la zone dans laquelle ils sont installés. Mais quelles que soit la zone, ils estiment majoritairement être en nombre suffisant voire trop nombreux, sans pour autant souhaiter s'installer en zone sous dotée.

Constat n°2. Pour une profession qui doit assurer une permanence des soins 24h/24, 7j/7, essentiellement au domicile des patients, il est à noter qu'elle s'est structurée, et regroupée en cabinet de soins de grande taille.

Constat n°3. Cette organisation facilite la prise de temps personnel (22 jours de congés annuels). Mais pour autant elle ne réduit ni l'amplitude horaire d'une journée de travail, ni le nombre de jours hebdomadaires travaillés, ni le nombre d'astreintes de nuit, ni le nombre de kilomètres parcourus pour se rendre au domicile de leurs patients et permettre un accès aux soins à l'ensemble de la population, même isolée, quels que soient l'heure et le jour.

Constat n°4. Ces regroupements infirmiers, fonctionnels au quotidien dans les prises en soins et le suivi des patients (notamment par les échanges d'informations, de réflexion de pratiques de soins), sont encore que très rarement formalisés juridiquement. Cette absence de structure juridique, n'est-elle pas un frein à l'acquisition des cabinets de soins, au partage de logiciel métier, et à la délégation des tâches administratives ? Le développement des groupements

infirmiers ne souffre-t-il pas de ce défaut de structuration juridique, notamment pour l'organisation d'une permanence de soins adaptée à la demande des patients et pour offrir une meilleure visibilité de l'activité infirmière ? On note en effet que seulement 55% des IDELS affirment avoir pratiqué des soins à leur cabinet, que 48,1% disent ne pas avoir de permanence et que dans 15,7% des cas les soins ne sont pas pratiqués au cabinet par refus des patients.

Constat n°5. Les actes de technicité simple sont les plus courants (prélèvement sanguin, injection et pansement simple). Les actes plus spécifiques, comme les saignées, surveillance de chimiothérapie, dialyse péritonéale sont eux moins fréquents. Cela met en lumière une sous-exploitation des compétences infirmières. Cela serait-il dû à une méconnaissance des prescripteurs, un manque de formation des IDELS, au maintien des actes au sein des structures de soins, ou encore au profil des patients à domicile ? C'est une question qui nécessitera d'être précisée au regard des priorités nationales données aux soins ambulatoires et au raccourcissement des durées d'hospitalisation.

Constat n°6. Si les actes sont moins techniques, les infirmiers assurent de façon régulière des actes complémentaires médicalement prescrits dans une proportion très importante (une à plusieurs fois par semaine). Ces actes invisibles au niveau de la facturation (non répertoriés dans la NGAP) font pourtant bel et bien partie intégrante des soins infirmiers.

Constat n°7. Les patients sont pris en charges à domicile dans leur globalité. La nature des actes réalisés au cours des séances de soins est très diverse, allant des soins de nursing à l'administration des traitements per os (AVK par exemple), en passant par la réalisation de soins techniques (perfusions, pansement) ou encore la coordination des soins.

Constat n°8. Les IDELS assurent et revendiquent le rôle de coordinateur des soins autour de la personne âgée dépendante et ils sont 98 % à souhaiter qu'il soit valorisé.

Constat n°9. Cette étude confirme que les personnes âgées dépendantes prises en charge par les IDELS présentent majoritairement un GIR allant de 1 à 3 (77% des IDELS effectuent des transferts, lit-chaise par exemple). Toutefois, 35% des IDELS mettent en œuvre un programme d'aide personnalisé, ce qui indique que les soins infirmiers dispensés peuvent conduire vers un retour à une autonomie partielle.

Constat n°10. Cette étude a permis de montrer que les IDELS réalisent moins fréquemment des « séances hebdomadaires de surveillance clinique et de prévention » alors qu'elles pourraient servir au repérage des fragilités chez les patients chroniques et/ou âgés. Quelles en

sont les raisons ? Les infirmiers ne se sont-ils pas appropriés « cette séance » ? Est-elle plus difficile à mettre en place ? Les prescripteurs en ont-ils connaissance ?

Constat n°11. Pour assurer l'accompagnement des patients à domicile, tout au long de leur parcours de soins, les IDELS collaborent avec de nombreux intervenants. Le premier d'entre eux est souvent le médecin généraliste, qui est aussi le premier prescripteur. Les IDELS sont très souvent à l'origine de la mise en place d'un document de liaison qui facilite les échanges et permet le suivi. Si en général, les infirmiers corses coopèrent avec les autres professionnels de façon satisfaisante, 34% s'avouent insatisfaits des relations avec les coordonnateurs SSIAD et HAD. Ce point nécessiterait sans doute une clarification de la part des instances concernant les champs d'action et d'intervention des uns et des autres, et un travail de concertation sur les zones d'intervention afin d'améliorer ces relations, et cela au profit des patients.

Constat n°12. Enfin, lorsque l'on demande aux IDELS de Corse de se projeter dans les 5 ans à venir, 28% ont décidé d'un changement ou l'envisagent. Parmi eux, 11% envisagent un arrêt définitif (que l'on peut supposer pour la retraite), mais 38% envisagent un changement de mode d'exercice et 21% un changement d'activité ? Les raisons de cette volonté de changement n'ont pas été exprimées par les IDELS dans cette étude. On peut donc émettre plusieurs hypothèses : la pénibilité du travail (amplitude horaire, kilomètres parcourus/jour, manutention des patients, pathologie lourde de fin de vie à gérer au niveau psychologique, etc.), le manque de perspectives à long terme de la profession (pas de mesures concrètes de la part des tutelles), l'insécurité financière et sociale (AT, maternité, maladie, retraite), ou encore l'évolution de la société, avec une diversification des parcours professionnels et une aspiration à plus de mobilité au cours de la carrière professionnelle. Ce mal-être de la profession ou son évolution mériteront qu'on s'y intéresse davantage, notamment au moment de la révision de la régulation démographique.

Au final, un questionnaire long mais plein d'enseignements, qui laisse encore beaucoup d'interrogations auxquelles l'URPS Infirmiers de Corse devra tenter de répondre dans le futur, avec les différents partenaires concernés.

Ce travail, fait à notre échelle – aussi modeste soit-elle – permet d'avoir une vision territoriale de l'exercice infirmier libéral. Il apportera un éclairage différent sur cette profession lors des discussions à venir qui seront conduites au niveau national.

Bibliographie

- [1] ARS de Corse. L'offre de soins : données chiffrées sur l'offre sanitaire et médico-sociale.
- [2] Douguet F, Vilbrod A. (2007). Le métier d'infirmière libérale : portrait sociologique d'une profession en pleine mutation Ed. Seli Arslan. 287 p.
- [3] Nadot M, Busset F, Gross J. (2013). L'activité infirmière. Le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable. Ed. de Bœck. 219 p.
- [4] Articles R. 4311* du Code de la santé publique. Section 1 : Actes professionnels.
- [5] ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. (2014). La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. 12 p.
- [6] Louche C. (2012). Psychologie sociale des organisations. Ed. Armand Colin. 3^e édition. 224 p.

Auteurs

Le questionnaire de l'enquête a été conçu en collaboration entre l'ORS de Corse et les élus URPS Infirmiers de Corse.

L'exploitation des données et l'analyse ont été réalisées par Mr Christophe Arena (ORS de Corse).

Les relectures, discussions et critiques, mises en forme et rédaction, ont été menées par Nathalie Sanchez, Présidente de l'URPS Infirmiers de Corse, avec la collaboration de Anne Marchand, assistante URPS infirmiers de Corse.

Remerciements

Merci aux infirmiers libéraux de Corse qui ont pris le temps de répondre à l'enquête,

Aux élus de l'URPS Infirmiers de Corse qui ont participé à l'élaboration du questionnaire,

Et à Christophe Arena de l'ORS de Corse qui a fait preuve de patience, lors des relectures et des modifications demandées.