



# Bulletin du SNPI CFE-CGC

**N° 62**

## Qualité et sécurité des soins : ratios infirmières patients

Deux décennies d'études nationales et internationales ont établi, de façon constante, **un lien très clair entre la charge de travail des professionnels infirmiers et la santé des patients**, y compris une augmentation du taux de mortalité, des infections hospitalières, des erreurs médicales, et des durées plus longues que prévues du séjour à l'hôpital.

**Les infirmières ont un haut niveau de formation, de compétences** et sont perçues positivement par les patients et leur famille. Or, elles continuent d'exercer leur profession dans des systèmes qui **ne font pas appel à leur expertise lors de la prise de décisions relatives aux soins** des patients ou pour savoir comment l'effectif infirmier devrait être affecté pour dispenser ces soins.

Le résultat de ces études devrait conduire à agir immédiatement pour régler les problèmes liés à la charge de travail et aux conditions de travail du personnel infirmier. **Il faut déterminer des ratios : pour telle spécialité, une infirmière pour tel nombre de patients.**

Pourtant, les pouvoirs publics laissent les choses empirer, avec 100.000 lits fermés en 10 ans : un paradoxe que nous poserons à notre Ministre **Marisol Touraine** puisqu'elle a annoncé sa participation aux **Etats Généraux Infirmiers** du mardi 25 mars 2014 à Paris, colloque ouvert à tous, à l'initiative de trois syndicats infirmiers le **SNPI CFE-CGC** (infirmières salariées du privé et du public), le **SNIL** (infirmières libérales) et le **SNIES** (infirmières de l'éducation nationale).



## Sommaire

-  **Lien entre mortalité et charge de travail infirmière**  
2 - 3
-  **Plan cancer : infirmières cliniciennes**  
4
-  **Protocole de coopération**  
5
-  **Grilles infirmières à l'hôpital FPH**  
6
-  **Des robots infirmiers au Japon**  
7
-  **Rôle de l'infirmière Dans la lutte contre la maltraitance**  
8
-  **Médicaments en rupture de stocks**  
9
-  **Engagement**  
10 - 11
-  **Master infirmier**  
12

**Mars 2014**



# Lien entre mortalité et charge de travail infirmière



L'étude parue en février 2014 dans le *Lancet* montre que **chaque patient ajouté à la charge de travail quotidienne d'une infirmière en chirurgie augmente le risque de décès de 7%** (sur 420.000 patients de 300 hôpitaux de 9 pays européens). Le pire est qu'une étude similaire publiée en 2002 dans le journal de l'American Medical Association (menée sur 800 hôpitaux de 11 états américains) était arrivée exactement au même chiffre de 7%, mais que **12 ans après les pouvoirs publics continuent à augmenter notre charge de travail !**

En 2009, une enquête internationale (conduite auprès de 2.203 infirmières dans onze pays : Afrique du Sud, Brésil, Canada, Colombie, États-Unis, Japon, Kenya, Ouganda, Portugal, Royaume-Uni et Taiwan) présentée lors du 24e Congrès du **Conseil international des infirmières**, démontrait que la charge de travail s'est aggravée depuis 2004, avec des conséquences potentielles sur la qualité des soins prodigués aux patients.



## Les patients paient le prix du manque de personnel et des surcharges de travail

Ces derniers mois, la surcharge de travail comme le manque de personnel se fait ressentir dans de nombreux services, et nos militants enregistrent une **augmentation des erreurs de soins**. Elles sont principalement traitées en interne au sein des établissements, où l'on fait la part entre le manquement professionnel personnel et ce qui imputable à une charge de travail excessive.

Il en découle une **augmentation du risque de morbidité et de mortalité à l'hôpital** : mauvaise gestion de la douleur, mauvaise gestion des douleurs thoraciques aiguës, retard dans l'administration d'antibiotiques par rapport aux protocoles recommandés, augmentation du nombre de réadmissions à l'hôpital. Et une diminution du degré de satisfaction des patients.

Le SNPI CFE-CGC conseille aux soignants d'être vigilants, en signalant préventivement les situations difficiles qui peuvent déboucher sur un incident, par une **fiche d'alerte** lors de chaque situation difficile, pour **prévenir par écrit** l'administrateur de garde, et les élus du CHSCT d'une situation dangereuse.

Le personnel infirmier affiche un degré élevé d'épuisement, d'absentéisme, de turn-over, de fatigue et d'insatisfaction au travail. Les études établissent un lien direct entre le degré de satisfaction du personnel infirmier et celui des patients.

Selon les réponses de plus de 21.000 infirmières (salariés du secteur public, privé, libéraux et étudiants) à une grande enquête réalisée en mars 2012, par le Conseil de l'Ordre des Infirmiers, **près d'un infirmier sur deux estime ne pas pouvoir assurer une sécurité des soins optimale à ses patients au regard de ses conditions d'exercice.**

Deux décennies d'études nationales et internationales ont établi, de façon constante, un **lien très clair entre insuffisance d'effectif infirmier et la santé des patients**, y compris une augmentation du taux de mortalité, des infections urinaires, des septicémies, des infections hospitalières, des chocs et des arrêts cardiaques, des erreurs médicales, des échecs des secours, et des durées plus longues que prévues du séjour à l'hôpital.

La fermeture de services entraîne un surpeuplement des urgences avec des **«soins infirmiers dans les couloirs»** et autres lieux inappropriés.





**Les recommandations qui découlent des études internationales sont claires :**

- **s'entendre sur une charge de travail** compatible avec des soins de qualité
- **améliorer les conditions de vie au travail** du personnel infirmier, afin de réduire la fatigue chez le personnel infirmier, source d'absentéisme
- **associer le personnel infirmier aux décisions** relatives aux soins des patients
- **augmenter les budgets alloués à la formation** et au développement professionnel continu DPC.

**Le point de rupture est atteint !**



Des solutions ont été mises en œuvre en Californie et en Australie, où le personnel infirmier a réussi à faire pression et obtenir des **ratios infirmière-patients prescrits par la loi et les conventions collectives**. De tels ratios limitent le nombre de patients dont doit s'occuper l'infirmière. Par exemple, en **Californie**, un ratio de 1 pour 4 est prescrit par la loi.

À New South Wales, en **Australie**, les ratios ont été déterminés en fonction d'une formule d'heures minimum de soins infirmiers, par patient, par jour. Cette formule peut varier selon les classifications au sein de l'hôpital mais, généralement, les ratios correspondent à 1 pour 4 de jour. La dotation en personnel peut être gérée au niveau de l'unité de soins.

**Les études démontrent une amélioration des résultats des patients à la suite de la mise en place de ratios prescrits.**

Des études sur **l'expérience australienne** démontrent une diminution de la fréquence des incidents directement liés aux soins infirmiers (indicateurs de résultats liés aux soins infirmiers), y compris diminution du taux de mortalité, des complications du système nerveux central, des ulcères, des gastrites, des saignements duodénaux, des septicémies, des plaies de pression, et de la durée du séjour à l'hôpital.

Les études sur **l'expérience californienne** révèlent des résultats similaires par rapport au taux de mortalité.

**Il est important de souligner que le coût lié à une augmentation de la dotation infirmière peut être largement récupéré par l'établissement.**



Cela s'explique par le lien confirmé entre une augmentation de la dotation infirmière et la diminution de la durée du séjour, des réadmissions, de la morbidité, des erreurs médicales et du roulement du personnel infirmier.



**"Thierry Amouroux, Secrétaire Général du SNPI CFE-CGC, était l'invité du «Magazine de la Santé» sur France 5 le 26.02.01, pour réagir à l'étude du LANCET (vidéo en ligne sur notre site internet)"**



# Plan cancer 3 : l'infirmière clinicienne enfin reconnue

**Le Président François Hollande a détaillé le 4 février 2014 les quatre axes du troisième Plan cancer : «le nouveau métier d'infirmière clinicienne sera créé pour faire face aux besoins nouveaux, notamment en matière de suivi des chimiothérapies orales ou de coordination des parcours».**



«Ce nouveau métier ne se substitue pas aux spécialisations en cancérologie à partir du métier socle d'infirmier qui feront toujours l'objet de formations», précise le plan. Il est prévu d'asseoir ce nouveau métier sur une **formation universitaire de niveau master** adaptée aux compétences requises et de définir le cadre de cette formation, le flux de professionnels à former et les modalités de reconnaissance de ces nouvelles fonctions.

Ces infirmiers cliniciens **«seront habilités à assurer, sous certaines conditions, la prescription protocolisée d'examens de suivi des traitements, de traitements complémentaires et de support, ainsi que la reconduction ou l'adaptation de traitements spécifiques».**

## Le rapport Vernant

L'infirmière clinicienne est un des nouveaux métiers dont le **rapport Vernant** proposait la création pour faire face aux transformations de l'organisation des soins en cancérologie impulsées par les thérapies innovantes dont les thérapies ciblées orales.

Jean-Paul Vernant, professeur d'hématologie à l'Université Pierre et Marie Curie a remis officiellement son rapport à Marisol Touraine et Geneviève Fioraso le 2 septembre 2013, dans le cadre de la préparation du 3<sup>e</sup> plan cancer. "Le 2<sup>e</sup> plan cancer (action 18-1) recommandait de «personnaliser les parcours des malades en déployant la coordination réalisée par des **infirmiers coordonnateurs de soins...**»

"Cette formation permettra d'obtenir le titre **d'infirmier spécialiste clinicien** et préparera les infirmiers à la gestion du parcours de soin (de l'annonce jusqu'à la consultation de fin de traitement) avec délégation de parole pour l'éducation thérapeutique et **délégation pour la prescription des bilans pré-thérapeutique et de suivi thérapeutique, et délégation pour la prescription de certains soins de support.**"

**Une première annonce avait été faite lors des rencontres de la cancérologie française (RCFr) le 8 novembre 2013 à Lyon.**

"Nous avons besoin de professionnels de santé formés aux pratiques avancées, d'infirmières titulaires d'un master", et cela ne pourra pas se faire "sans valorisation salariale, sans grilles salariales adaptées", avait estimé le Pr Véronique Trillet-Lenoir, Présidente des RCFr. "Nous en avons besoin à l'hôpital, et nos collègues de ville, les patients et nous en avons besoin en ville pour réussir le **parcours de soins en cancérologie**".

**Une fiche métier a été élaborée.** "Cette fiche est même consensuelle entre les ministères de l'enseignement supérieur et de la santé : elle a donc les meilleurs atouts" pour être adoptée, a indiqué Raymond Le Moign, Directeur Adjoint du Cabinet de la Ministre.



# Protocoles de coopération : les chiffres du rejet !



Les protocoles de coopération entre professionnels initiés par l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 sont un échec, car largement rejetés par les professionnels infirmiers.

A l'occasion d'une table ronde organisée le 17 octobre 2013 au salon infirmier, Marie-Andrée Lautru, chef de projet coopérations à la DGOS a dressé un **état des lieux des protocoles** :

➤ il n'y a aujourd'hui en France que **225** professionnels engagés dans un protocole, soit 80 délégants et 145 délégués, sur un million de professionnels de santé !

➤ depuis 2009, seuls **27** protocoles ont reçu un avis favorable de la Haute autorité de santé (HAS). Et sur ce nombre déjà ridicule, **seulement 15 ont été finalement autorisés, des équipes ayant laissé tomber entre-temps !**

Ces protocoles art 51 restent encore plutôt confidentiels car limités à quelques régions et concernent souvent des thématiques pointues.

**87% des infirmières sont hostiles aux coopérations de l'article 51 de la loi HPST car elles refusent un simple transfert d'actes pour gagner du temps médical :**

➤ 1) **la formation n'est pas validante** (souvent sur le tas, par le médecin qui souhaite déléguer cette tâche), et différente d'un endroit à l'autre. Les compétences sont donc discutables, en particulier la capacité de réagir correctement en cas de problème ou de complication.

➤ 2) ces nouveaux actes sont pratiqués **sans reconnaissance statutaire et salariale**. C'est d'ailleurs une fonction « kleenex », dans la mesure où si le médecin s'en va, le protocole tombe, et l'infirmière retourne à la case départ.

➤ 3) les ARS ont tendance à étendre les protocoles à d'autres régions, alors qu'il n'y **aucune évaluation** des résultats obtenus (aucun protocole n'a un an d'existence).

*« Ces protocoles de coopération permettent juste de régulariser des situations existantes, de tenter de légaliser de petits arrangements locaux »* selon Thierry Amouroux, le Secrétaire Général du SNPI CFE-CGC. *« Mais ces protocoles ne comportent aucune garantie pour les usagers sur les qualifications et les compétences des professionnels impliqués, ainsi que sur la régularité et les modalités de leur exercice ».*

**Enfin, le protocole de cancérologie de l'ARS Ile de France est tellement délirant qu'il a entraîné une levée de bouclier, car c'est une « perte de chance » pour les patients traités.**



# Grilles infirmières à l'hôpital FPH



| Infirmier reclassé en catégorie A             |                    |               |                     |
|---|--------------------|---------------|---------------------|
| <b>Cat A Infirmier soins généraux grade 1</b> |                    |               |                     |
| Échelon                                       | Durée de l'échelon | indice majoré | Salaire net mensuel |
| 11 <sup>ème</sup>                             | -                  | 566           | 2490                |
| 10 <sup>ème</sup>                             | 48 mois            | 548           | 2414                |
| 9 <sup>ème</sup>                              | 48 mois            | 524           | 2312                |
| 8 <sup>ème</sup>                              | 48 mois            | 505           | 2231                |
| 7 <sup>ème</sup>                              | 36 mois            | 487           | 2154                |
| 6 <sup>ème</sup>                              | 36 mois            | 456           | 2022                |
| 5 <sup>ème</sup>                              | 36 mois            | 423           | 1882                |
| 4 <sup>ème</sup>                              | 36 mois            | 399           | 1780                |
| 3 <sup>ème</sup>                              | 36 mois            | 379           | 1695                |
| 2 <sup>ème</sup>                              | 24 mois            | 355           | 1592                |
| 1 <sup>er</sup>                               | 12 mois            | 342           | 1537                |
| <b>Cat A Infirmier soins généraux grade 2</b> |                    |               |                     |
| Échelon                                       | Durée de l'échelon | indice majoré | Salaire net mensuel |
| 11 <sup>ème</sup>                             | -                  | 581           | 2554                |
| 10 <sup>ème</sup>                             | 48 mois            | 570           | 2508                |
| 9 <sup>ème</sup>                              | 48 mois            | 547           | 2410                |
| 8 <sup>ème</sup>                              | 48 mois            | 524           | 2312                |
| 7 <sup>ème</sup>                              | 36 mois            | 501           | 2214                |
| 6 <sup>ème</sup>                              | 36 mois            | 478           | 2116                |
| 5 <sup>ème</sup>                              | 24 mois            | 456           | 2022                |
| 4 <sup>ème</sup>                              | 24 mois            | 436           | 1937                |
| 3 <sup>ème</sup>                              | 24 mois            | 416           | 1852                |
| 2 <sup>ème</sup>                              | 24 mois            | 400           | 1784                |
| 1 <sup>er</sup>                               | 12 mois            | 387           | 1729                |

| Infirmier resté en catégorie B                                 |                    |               |                     |
|--|--------------------|---------------|---------------------|
| <b>Infirmier classe normale (grade en extinction)</b>          |                    |               |                     |
| Échelon  | Durée de l'échelon | indice majoré | Salaire net mensuel |
| 9 <sup>ème</sup>   | -                  | 515           | 2282                |
| 8 <sup>ème</sup>   | 48 mois            | 483           | 2145                |
| 7 <sup>ème</sup>   | 48 mois            | 450           | 2004                |
| 6 <sup>ème</sup>   | 48 mois            | 420           | 1876                |
| 5 <sup>ème</sup>   | 48 mois            | 394           | 1765                |
| 4 <sup>ème</sup>   | 36 mois            | 370           | 1663                |
| 3 <sup>ème</sup>   | 36 mois            | 346           | 1560                |
| 2 <sup>ème</sup>   | 24 mois            | 332           | 1500                |
| 1 <sup>er</sup>  | 12 mois            | 327           | 1479                |
| <b>Cat B Infirmier classe supérieure (grade en extinction)</b> |                    |               |                     |
| Échelon  | Durée de l'échelon | indice majoré | Salaire net mensuel |
| 7 <sup>ème</sup>   | -                  | 562           | 2483                |
| 6 <sup>ème</sup>   | 48 mois            | 540           | 2389                |
| 5 <sup>ème</sup>   | 48 mois            | 519           | 2299                |
| 4 <sup>ème</sup>   | 36 mois            | 494           | 2192                |
| 3 <sup>ème</sup>   | 36 mois            | 471           | 2094                |
| 2 <sup>ème</sup>   | 36 mois            | 448           | 1996                |
| 1 <sup>er</sup>  | 24 mois            | 423           | 1889                |





# Des robots-infirmiers au Japon



**Réveillez-vous,  
ils sont devenus fous !**

Le géant japonais de l'électronique Panasonic a annoncé la commercialisation à partir de novembre 2013 de robots HOSPI, capables d'aider le personnel des hôpitaux en transportant les médicaments et en effectuant des tâches fastidieuses ou pénibles.

Ces robots de 120 kg pour 1,30 mètre ont un corps en plastique semblable à un gros seau renversé. Ils se déplacent seuls sur des roulettes dans les couloirs et les chambres des établissements hospitaliers, après en avoir mémorisé le plan. « *Le Japon fait face à un manque de personnel pour les centres de soins et hôpitaux* », souligne Panasonic qui a développé ce système depuis trois ans et l'a testé dans l'hôpital du groupe à Osaka.

Développés depuis le milieu des années 2000, les robots-infirmiers font l'objet de nombreuses vidéos promotionnelles, Panasonic espérant équiper de nombreux hôpitaux nippons, avant d'investir les marchés occidentaux.

L'un des modèles permet par exemple de **laver les cheveux** des patients de façon semi-automatique. Ils sont aussi capables d'aller **chercher les médicaments** et de les apporter aux infirmières à l'heure précise à laquelle ils doivent être pris par les malades.

*"Après, on peut toujours parler d'humanisation des hôpitaux, et de respect des droits des malades ! Si certains peuvent être admiratifs devant les progrès de la robotique, nous préférons revendiquer un positionnement d'humanistes archaïques !"* précise Thierry Amoureux, le Secrétaire Général du SNPI CFE-CGC.

Entre la **volonté de tout rationaliser**, pour réaliser **toujours plus d'économie**, et les **délires technologiques** de certains, on cherche à **transformer l'hôpital en une « usine à soins »**. Mais on ne peut remplacer les humains par des robots comme dans les usines automobiles, car nous ne construisons pas des objets, nous soignons d'autres êtres humains.

Les soins infirmiers découlent en effet des deux faces du concept « soigner » : traiter la maladie, et prendre soin de la personne. **L'infirmière représente avant tout une présence, qui défend la valeur et la dignité humaine du malade au sein de l'univers hospitalo-centriste**, en rappelant qu'il est en lui-même une fin, c'est-à-dire **une personne que l'on doit respecter et prendre en compte**, et non une simple chose (organe, pathologie) dont on peut disposer. De par sa vision globale et ses capacités relationnelles, l'IDE permet au malade de conserver son humanité.

**Le Syndicat National des Professionnels Infirmiers SNPI CFE-CGC estime que face à la dérive technicienne, et à la tentation de tout standardiser par des protocoles et des normes, l'infirmière est là pour garantir la personnalisation des soins, sa compétence et sa faculté de jugement débouchant sur une meilleure qualité des soins.**

**Pour ne pas perdre le sens de ses actes, l'infirmière développe une réflexion de plus en plus vigilante sur la technique, qui doit rester un instrument de l'action.**



# Rôles de l'infirmière dans la lutte contre la maltraitance



## Les stratégies d'intervention suivantes sont à retenir :

- Faire participer la personne victime pour qu'elle développe ainsi son pouvoir d'agir ;
- Éviter de minimiser l'importance pour la personne âgée de se sentir en bonne santé physique ; l'amener à voir les impacts physiques qu'a sur elle, la situation de maltraitance ;
- Collaborer étroitement avec le médecin et l'infirmière pour être à l'affût de toute variation dans l'état de santé de la personne ;
- Se servir d'un problème de santé pour retirer la personne victime (de façon temporaire ou permanente) du milieu où elle subit la violence ;
- Augmenter la fréquence des présences à domicile à différents moments de la semaine ou de la journée par les divers intervenants engagés dans le dossier ;

**Pour toute information,  
[www.syndicat-infirmier.com](http://www.syndicat-infirmier.com)**

## Si la maltraitance est d'origine institutionnelle :

- Prendre connaissance des politiques, du règlement intérieur et du profil de compétences de l'établissement. S'il y a lieu, suggérer l'adoption, l'application ou l'amélioration de tels documents ;
- Suggérer l'entrée en vigueur d'une politique sur le vouvoiement ;
- Adresser des demandes directement au directeur, au conseil d'administration ou au comité des usagers ;
- Signaler à l'ARS toute situation de manquement ou de maltraitance de la part d'une ressource privée ;

## Si la maltraitance vient du personnel :

- Signaler toute situation de maltraitance (supérieur immédiat, directeur, etc.) ;
- Aviser un membre de la famille ou le représentant légal, s'il y a lieu ;
- Appliquer des sanctions au besoin ;
- Dénoncer la situation auprès des instances syndicales, au besoin ;
- Appliquer des mesures de protection, au besoin (ouverture d'un régime de protection) ;
- Revoir le plan d'intervention de la personne aînée ;
- Offrir de la formation continue ;

## Si la maltraitance vient d'un proche :

- Signaler toute situation de maltraitance (travailleur social, cadre infirmier, directeur, etc.) ;
- Aviser un autre membre de la famille ou le représentant légal, s'il y a lieu ;
- Créer un filet de sécurité autour de la personne aînée en avisant l'équipe soignante ou en limitant les visites de la personne maltraitante ;
- Appliquer des mesures de protection, au besoin (ouverture d'un régime de protection) ;
- Intervenir auprès du proche en question.



# Médicaments en rupture de stocks : de pire en pire

**Les alertes de l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) sont en dessous de la réalité constatée sur le terrain.**

L'Ordre des pharmaciens a comptabilisé **539 spécialités en difficulté d'approvisionnement** tandis que dans le même temps l'ANSM n'en recensait que 45. L'expérimentation du logiciel DP-rupture (extension au dossier pharmaceutique créée cet été pour quantifier les ruptures) a permis de recueillir 1944 déclarations entre fin août et le 15 octobre, sur un échantillon de 262 officines et 10 pharmacies hospitalières.



**Aucune classe thérapeutique n'est épargnée.** Dans le haut du tableau, on retrouve les **médicaments du système nerveux** pour 18% à égalité avec ceux du système **cardiovasculaire**, suivis par les **anti-infectieux** généraux à usage systémique à hauteur de 12,6% puis les médicaments des **voies digestives** et du métabolisme à 11,7%. Viennent ensuite les médicaments du **système respiratoire** (8, 5%) et les **hormones** systémiques (à l'exclusion des hormones sexuelles) 7, 2%...

Lorsqu'une rupture est constatée, le grossiste, le pharmacien d'officine ou le pharmacien hospitalier la signale à l'ANSM et aux ARS. L'information remonte vers les laboratoires concernés. Des produits de secours peuvent être envisagés en amont, un stock de sécurité contingenté...



**Pour sa part, le SNPI CFE-CGC constate que les médicaments sensibles** (anesthésiques, anticancéreux, antirétroviraux, antipsychotiques, anti-arthrosiques, antiallergiques, etc.) **sont de plus en plus souvent en rupture de stock**, comme le montrent les alertes de l'ANSM et les témoignages qui nous viennent des établissements.

La France était un pays à forte industrie pharmaceutique. Elle n'est plus en mesure, aujourd'hui, d'assurer son auto-suffisance. Il en est de même au niveau européen. Ainsi, **plus aucun gramme de paracétamol n'est fabriqué en Europe !** En cause : la stratégie financière des producteurs organisant la pénurie par des flux de plus en plus tendus et choisissant le pays le moins cher en main d'œuvre et le moins rigoureux en termes de qualité.

**Le SNPI CFE-CGC n'accepte pas cet état de fait. Le syndicat infirmier de la CFE-CGC interpelle le ministre de la Santé pour :**

- **Imposer des stocks de secours** et sanctionner les grossistes qui ne respectent pas les obligations de stocks et de livraison, pour revendre plus cher à l'étranger, en puisant dans les quotas français ;
- Réaliser des **contrôles accrus de la qualité** des matières premières, articles de conditionnement primaires et produits finis fabriqués dans des pays émergents.

**Le SNPI CFE-CGC propose au ministre du Redressement productif d'imposer des sites industriels de secours pour éviter les ruptures en cas d'accidents, notamment pour les médicaments sensibles.**



**Syndicat National des Professionnels Infirmiers**

Infirmières - Cadres Infirmiers - Infirmières Spécialisées

***Vous appréciez notre bulletin  
et notre site internet ?***

***Vous partagez nos positions et  
regrettez de ne pas être plus écoutés ?***

**Rejoignez le **SNPI** :  
ensemble, nous y arriverons !**

→ Vous  
bénéficierez de  
l'Assurance  
Protection  
Juridique et  
Droit du Travail  
après 6 mois d'adhésion

→ Vous recevrez  
régulièrement des  
informations sur  
notre profession et  
l'évolution de la  
réglementation  
dans votre  
établissement.

La cotisation est de 36€  
par trimestre,  
dont 66 % sont  
déductibles des impôts,  
soit une dépense réelle  
de 12,24 €uros par  
trimestre !





# Master en sciences cliniques infirmières : 330.000 dans 25 pays !

On enregistre **330.000 infirmières en pratiques avancées dans 25 pays du monde.**

Synthèse de quelques situations en Europe, en Amérique du Nord et en Océanie :

- **Etats-Unis** : Pionniers depuis les années 1960, avec 158.000 NP infirmières praticiennes et 53.000 CNS cliniciennes spécialisées (diagnostic et traitement, prise en charge des maladies chroniques...)
- **Grande Bretagne** : Plusieurs formes de pratiques avancées «spécialistes cliniques», «consultations infirmières de première ligne», 1.000 «infirmières consultantes», 1.700 infirmières de suivi des maladies chroniques (prescription, décision...)
- **Canada** : 2.500 «clinical nurses specialists» et «nurses practitioners» (prescription, interprétation d'examen, consultation...)
- **Irlande** : développement de pratiques avancées depuis les années 1990 (urgences). Les 2.200 CNC et 150 «Advance Nurces Practionners» ont le droit de prescription depuis 2007. Elles font l'évaluation et le suivi des patients.
- **Australie** : prescription de médicaments pour la «clinical nurse consultant». Les 400 «nurses practitioners» peuvent de plus prescrire et interpréter examens, radios et échographies.
- **Chypre** : Existence de pratiques avancées dans les spécialités Diabétologie, Psychiatrie, et Soins généraux (consultation, diagnostic, pathologie chronique...)
- **Finlande** : pratiques avancées dans les centres de soins de santé primaire, Master en soins aigus. Prescription d'un nombre limité de médicaments depuis 2010.
- **République Tchèque** : pratiques avancées pour les maladies chroniques et dans le traitement des blessures (attractivité, réduction de l'émigration des IDE).

## France : réticences médicales

En France, en matière d'actes cliniques, il convient de souligner que la rémunération d'une consultation n'est liée ni à son niveau de difficulté ni à sa durée.

Cela signifie que les consultations médicales les plus simples et les plus rapides (qui sont aussi celles qui sont considérées comme pouvant être éventuellement réalisées par un autre professionnel de santé) sont au final les plus «rentables» pour les médecins.

Ces derniers n'ont donc pas d'incitation financière à confier la réalisation de ces consultations à un autre professionnel.

## Il existe deux formations en France :

**Le Master sciences cliniques infirmières, proposé par l'EHESP, en partenariat avec l'Université de Marseille Méditerranée**

- **Spécialité 1** : Infirmière de pratiques avancées en oncologie
- **Spécialité 2** : Infirmière de pratiques avancées en gériatrie
- **Spécialité 3** : Infirmière coordinatrice de parcours complexes de soins

**Le Master Sciences cliniques en soins infirmiers, UFR des sciences de la santé, de l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines**

- **Spécialiste clinique en psychiatrie et santé mentale,**
- **Spécialiste clinique en maladies chroniques et dépendance (hors oncologie)**
- **Spécialiste clinique en douleur et soins palliatifs**

Rejoignez-nous !  
Rejoignez-nous !

Bulletin du SNPI CFE-CGC 39, Rue Victor Massé – 75009 PARIS  
Tél : 01.48.78.69.26 Fax : 01.40.82.91.31 Mél : snpicfcgc@yahoo.fr  
Directeur de la Publication : Thierry AMOUROUX  
Rédactrice en Chef : Anne LARINIER  
Réalisation : Maryse FAURE ABBAD