

Profession infirmière : des compétences inexploitées !

Par Catherine Picard, infirmière DE, naturopathe, nutritionniste, sexologue

Selon l'HAS (2012), 15 millions de français souffrent de maladies chroniques et 14% de la population sont inscrits dans une ALD (Affection de longue durée). Ces affections qui s'inscrivent dans le temps sont souvent accompagnées de comorbidités et nécessitent des prises en charge complexes. Pour le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), il serait judicieux de « passer d'une médecine pensée comme une succession d'acte ponctuels et indépendants à une médecine dite de parcours », en coordonnant les acteurs de santé afin de mieux combiner leurs compétences. Véritable enjeu de santé publique, les maladies chroniques représentent un coût énorme en termes de dépenses de santé. Le coût moyen de la prise en charge d'une BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) est estimé à 4000 euros par malade et par an. Le coût direct de la maladie est estimé à 3,5 milliards d'euros par an, dont 60% sont liés aux exacerbations et 40% au suivi au long cours de la pathologie.

« Avec 3,5 millions de malades en France, le diabète est l'un des grands fléaux pour la santé publique. En 2014, le coût du diabète s'est élevé à 10 milliards d'euros par an, dont 2,3 milliards pour les dépenses directement imputables et 7,7 milliards pour les complications (amputation du pied, cécité...) ».

Quatre niveaux de prévention

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit quatre niveaux de prévention :



(<http://www.tratamientohemorroides.es/news.php>)

La **prévention primaire** : « Ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas. En agissant en amont, cette prévention empêche l'apparition de la maladie. Elle utilise l'éducation et l'information auprès de la population ».

La **prévention secondaire** : « Ensemble d'actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Intervient dans le dépistage de toutes les maladies et

comprend le début des traitements de la maladie ».

La **prévention tertiaire** : « Ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer les conséquences de la maladie et d'éviter les rechutes. Dans ce stade de prévention les professionnels s'occupent de la rééducation de la personne et de sa réinsertion professionnelle et sociale ».

La **prévention quaternaire** : « Ensemble des actions menées pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables. Dans une acception ancienne, la prévention quaternaire consistait en l'accompagnement du mourant ». ● ● ●

Types de prévention			Côté médecin	
			Maladie	
			absente	présente
Côté patient	Malade	absente	Prévention primaire (pas malade maladie absente)	Prévention secondaire (pas malade maladie présente)
		présente	Prévention quaternaire (malade maladie absente)	Prévention tertiaire (malade maladie présente)

<http://www.herboristerie-de-lyon.com/82-les-differents-niveaux-de-prevention-selon-loms/>



En 1998, l'OMS définit l'éducation thérapeutique comme «un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient». Elle comprend des actions d'information, de prévention, d'apprentissage et de renforcement des compétences psycho-sociales concernant la maladie, les traitements, mais également les comportements des patients face à leur santé. Elle vise à comprendre la maladie, assurer une bonne observance et coopération du patient avec l'équipe soignante, mais également l'apprentissage d'outils permettant de maintenir ou améliorer sa qualité de vie. Il s'agit ainsi d'une prise en charge globale donc «holistique» du patient et de son entourage. Le souci majeur de son application en France est qu'elle intervient en prévention tertiaire, lorsque la maladie est déjà devenue chronique...

Ouid de l'éducation thérapeutique en prévention primaire et secondaire ? Sachant que la plupart des maladies chroniques se développent sur plusieurs voire des dizaines d'années ?

Les infirmières : pionnières de la santé holistique

Ce sont les infirmières qui les premières ont amené le concept de santé holistique, à savoir une réflexion sur une prise en charge globale de la personne. Florence Nightingale, infirmière britannique, est considérée comme pionnière des soins infirmiers modernes. En 1859, elle prône une prise en charge de la santé d'un individu de manière individuelle.



Les 14 besoins selon V. Henderson

Respirer
Boire et manger
Eliminer
Se mouvoir et se maintenir en bonne posture
Dormir et de reposer
Se vêtir, se dévêtir
Maintenir la température du corps
Etre propre et soigner ses téguments
Eviter les dangers
Communiquer avec ses semblables
Agir en fonction de ses croyances et de ses valeurs
S'occuper en vue de se réaliser
Se récréer
Apprendre

Plus tard, en 1960, Virginia Henderson, infirmière américaine, émet l'idée que les soins infirmiers ont pour but «d'assister de manière individualisée les personnes malades et en santé, et de promouvoir des actions contribuant au maintien en santé et au retour de la santé, d'assister les mourants et leur permettre de mourir en paix et dans le dignité, d'assister tous ceux qui n'ont plus la force ou n'ont pas les connaissances pour rester ou recouvrer la santé seul». Elle publie une théorie basée sur les 14 besoins fondamentaux de l'homme considérant ces derniers comme «une nécessité impulsant une action pour la satisfaire où la privation renvoie à une insatisfaction, une frustration». Cette théorie constitue la base de l'enseignement infirmier en France et reste le fondement de la mise en place de la démarche de soins infirmiers «DSI» et des diagnostics infirmiers qui en découlent. Linda Juall Carpenito (1983), propose une modélisation clinique des soins infirmiers autour d'un diagnostic infirmier non pas centré sur le traitement des états cliniques mais sur les réactions des personnes soignées. La définition adoptée lors de la 9e Conférence de l'ANADI (Association Nord-Américaine pour les Diagnostics Infirmiers) en mars 1990 affirme que «le diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, ou aux

processus de vie, d'une personne, d'une famille, ou d'une collectivité».

Pour L.J Carpenito : «Les infirmières se distinguent surtout des autres disciplines de la santé par la polyvalence de leur champ de connaissances. Les autres disciplines possèdent un champ plus limité que les soins infirmiers. (...) Aucune autre discipline n'exige des connaissances de base aussi étendues, ce qui explique peut-être pourquoi les tentatives de remplacement des soins infirmiers par d'autres disciplines se sont toujours avérées très onéreuses et vouées à l'échec».

Selon Virginia Henderson, «l'indépendance correspond à un niveau de satisfaction des besoins de la personne qui adopte en fonction de son état des comportements appropriés ou qui accomplit elle-même des actions sans l'aide d'autrui».

Pour cette dernière la personne peut devenir dépendante pour quatre raisons qu'elle nommera «sources de difficulté» :

- Physique : maladie, traumatisme, accident ;
- Psychologique : peurs, traumatisme, manque de confiance... ;
- Sociologique : en lien avec un environnement hostile, une éducation, des croyances... ;
- Manque de connaissance : manque d'informations sur les outils qu'elle pourrait utiliser, sur sa maladie, ses atouts et faiblesses...



Pyramide des besoins



Soit parce que la personne ne peut pas, ne veut pas ou ne sais pas.

Abraham Maslow, célèbre psychologue américain, considéré comme le père de l'approche humaniste des soins, représente les besoins d'une personne selon une pyramide à 5 niveaux par ordre hiérarchique (hiérarchies des besoins).

Ainsi naît une conception globale de la santé sous-tend que «l'homme est un être bio-psycho-social devant d'adapter à son environnement». Une conception dite globale intègre des dimensions sanitaires, sociales, éducatives et environnementales. «C'est une personne qu'il faudra prendre en charge et non pas une maladie».

C'est en 1977, lors de sa 30^{ème} assemblée mondiale, que l'OMS lance l'objectif «Santé pour tous», situant la santé dans un contexte plus large que la seule lutte contre la maladie.

En 1986, La charte d'Ottawa propose une définition de la promotion de la santé : «La promotion de la santé est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci».

Cette définition intègre les déterminants psycho-sociaux et environnementaux de la santé :

➤ Conditions de vie et facteurs per-

sonnels ;

- Facteurs sociaux ;
- Facteurs économiques ;
- Facteurs environnementaux.

Éducation et promotion de la santé : missions primaires du rôle infirmier

«L'infirmier dispense des soins de nature préventive, curative ou palliative visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé... Il contribue à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes et des groupes dans

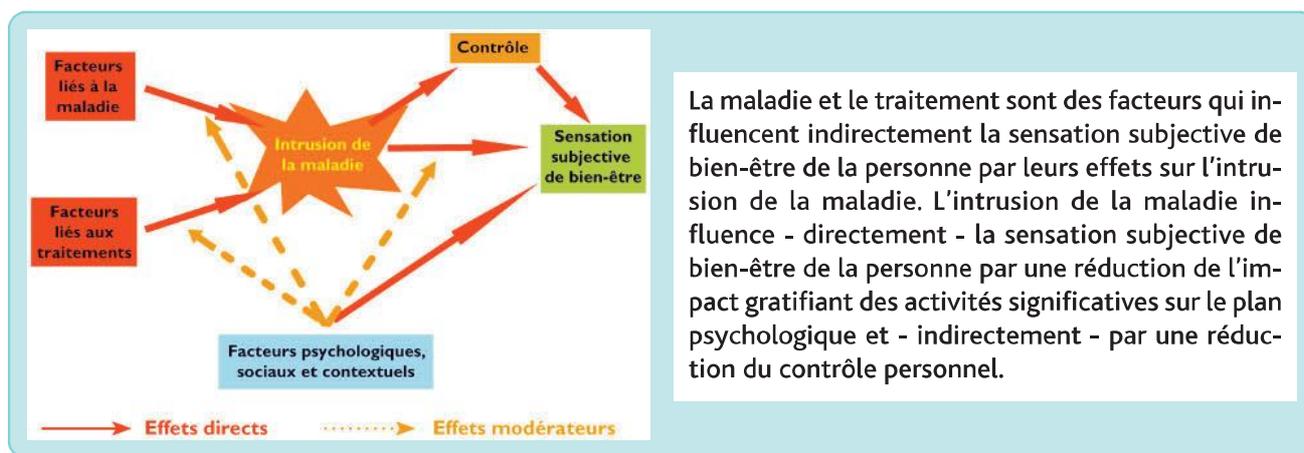
leurs parcours de soins en lien avec leur projet de vie».

Hildegarde Peplau (1985-2011) décrit 4 phases de l'accompagnement infirmier: orientation, reconnaissance, approfondissement, résolution. Elle définit 6 rôles de l'infirmière permettant d'accompagner le patient dans une démarche de changement ou de transition.

Gerald M Devins (2010), professeur au sein de l'unité psychologique ● ● ●

RÔLES	ASPECTS DU RÔLE
Personne étrangère	Approche respectueuse et positive : infirmière et usager = 2 personnes différentes - distinctes
Substitut	Lorsqu'elle prodigue les soins, l'infirmière se substitue au patient lui-même (cf. soins de base, AVQ) ; Le patient peut penser à quelqu'un de son cercle personnel à travers l'image de la personne l'infirmière (mécanismes de type transférentiels)
Éducateur	Toute expérience de vie, de maladie, etc. est l'opportunité d'apprendre
Conseillère psychosociale	Promouvoir les expériences favorisant la santé mentale et physique, utiliser l'évolution des apports interpersonnels pour faciliter l'apprentissage
Personne ressource	Réponses spécifiques - précises à des questions par rapport à des problèmes plus vastes, imprécis
Leader démocratique	Favoriser le développement de la personne : directive sur la forme, non directive sur le fond. Position empathique

Tableau 1 - 6 rôles de l'infirmière selon Peplau - OD - 1985-2011



La maladie et le traitement sont des facteurs qui influencent indirectement la sensation subjective de bien-être de la personne par leurs effets sur l'intrusion de la maladie. L'intrusion de la maladie influence - directement - la sensation subjective de bien-être de la personne par une réduction de l'impact gratifiant des activités significatives sur le plan psychologique et - indirectement - par une réduction du contrôle personnel.

Figure 6 - Intrusion de la maladie - Cadre théorique (Devins) - Dufour O. et al., 2010



de l'institut du Cancer de L'Ontario, introduit la notion d'intrusivité de la maladie dans le cadre des pathologies chroniques, facteur déterminant de la qualité de vie du patient et de son entourage en termes d'impact psychosocial.

Cette dimension polyfactorielle de la maladie chronique et de ses interactions environnementales, fait que la prise en charge doit être plus que jamais intégrative et globale.

Selon Afaf Meleis (1991, Théorie de la transition) : «La transition requiert de la personne qu'elle intègre : de nouvelles connaissances, d'autres comportements, et donc qu'elle modifie la façon qu'elle a de se définir dans le contexte social par rapport à sa santé ou sa maladie ou de ses besoins personnels et environnementaux qui affectent son état de santé». Pour cette dernière, l'infirmière joue un rôle majeur dans ce processus d'intégration.

L'infirmière au cœur d'un système de soins complexes

Depuis la création du diplôme d'Etat en 1922, les soins infirmiers ont évolués vers un champ de plus en plus large aux multiples ramifications et aux nombreuses interactions. Cependant, le décret de compétences de l'infirmière est toujours présenté de manière « éclaté » avec une compartimentation des compétences : soins techniques, rôle propre, soins relation-

nels et éducatifs. Certains relèvent de l'autonomie de l'infirmière et d'autres sont effectués sur prescription médicale ou sous couvert d'un protocole validé par un médecin. L'infirmière trouve sa légitimité au sein de l'opinion publique dans ses activités d'auxiliaire médicale au travers des soins techniques relevant de la prescription la reléguant plus au rang de technicienne qu'au rang d'éducateur de santé à part entière.

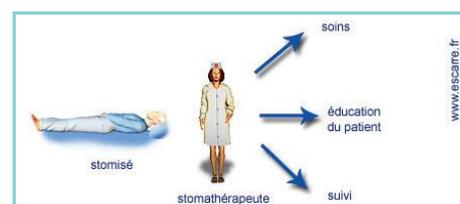
Quid des soins relationnels et éducatifs ? Pourtant l'une des avancées à la fois organisationnelles et cliniques de la prise en charge des malades réside dans l'émergence des consultations infirmières.

La consultation infirmière : pour qui, pour quoi, comment ?

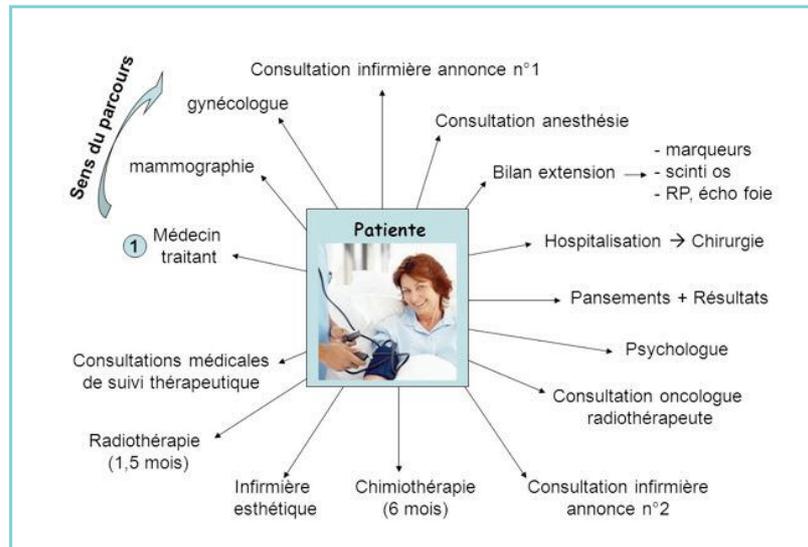
Notre système de santé est en pleine restructuration, devant faire face à une augmentation constante du volume de soins dits «de ville». La réduction des durée d'hospitalisation, l'augmentation des soins ambulatoires, l'allongement de la durée de vie et conjointement l'augmentation du degré de dépendance, la modification de la démographie médicale et paramédicale, poussent les pouvoirs publics à s'interroger sur une nouvelle politique de santé visant à réduire les coûts en terme de dépenses en tenant compte des considérations socio-éco-

nomiques.

L'infirmière est au cœur du dispositif de soin, sa formation, ses compétences et l'éventail de son champ d'action étant le plus large de l'ensemble des professions paramédicales tant en termes techniques qu'au niveau relationnel et éducatif. Nathalie Warchol, cadre de santé au Centre hospitalier de Meaux affirme : «Afin de ne pas être réduite à une simple auxiliaire médicale, la profession d'infirmière se doit de poursuivre vers une dimension plus humaniste du soin, développer des modes de prises en charge directement en lien avec le rôle propre de l'infirmier». Pourtant, même si le terme précis de «consultation infirmière» ne figure pas dans les textes régissant la profession, cette dernière existe en milieu hospitalier depuis plus de trente ans par les infirmières stoma-thérapeutes dont le rôle est d'apprendre aux patients à apprendre à vivre avec une stomie.



Depuis 1995, le Dictionnaire des Soins Infirmiers définit la consultation infirmière comme «une prestation qui consiste à informer, conseiller, éduquer un patient ou son entourage en matière de santé ou de soins infirmiers. La consultation est réalisée ● ● ●



(<http://slideplayer.fr/slide/519737/>)

en milieu hospitalier ou extrahospitalier, soit sur prescription, soit à la demande du patient ou des infirmières. Elle peut s'inscrire dans une consultation pluridisciplinaire.

L'information et l'éducation sont donc les axes principaux de ce dispositif en complément de la consultation médicale. Pour Béatrice Martin, infirmière libérale à Aubusson et formatrice à l'ACOPIL (Agence pour la formation continue des professionnels infirmiers libéraux), «la consultation infirmière s'adresse à toute personne qui souhaite être informée, conseillée, accompagnée ou éduquée». En 2002, lors d'une allocution au Salon infirmier, Jean François Mattei, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, admettait au sujet de la consultation infirmière : «il s'agit de les valoriser et de les organiser sur le plan de la qualité des prestations et de leur intégration dans le processus global de soin des patients».

Qu'en est-il dans la réalité aujourd'hui ?

Aujourd'hui de nombreux établissements hospitaliers mettent en place des consultations infirmières, en particulier dans le domaine de l'accompagnement des pathologies chroniques (diabète, tabagisme, addictologie...), mais également la prise en charge de la douleur et des pathologies cancé-

reuses. La mesure 40 du plan Cancer a permis à de nombreuses structures oncologiques de développer ce type de consultations.

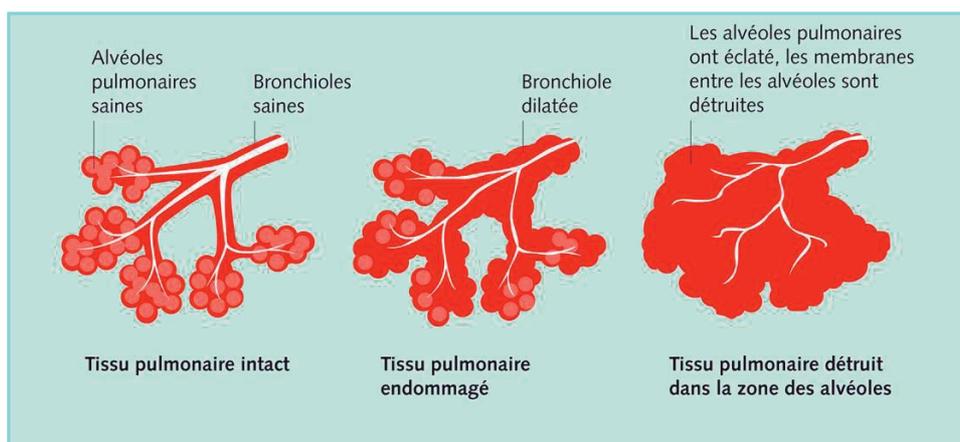
L'association catalane d'infirmières cliniciennes et de consultation (ACICC) expérimente depuis 2015, une consultation infirmière pour la prise en charge de patients douloureux chroniques. Ces séances ont été prescrites par le médecin et chaque patient a pu bénéficier de 10 séances d'une heure financé par l'UREPS (Union régionale des professionnels de santé) du Languedoc-Roussillon à hauteur de 40 euros de l'heure. Les résultats des premières évaluations montrent que les patients ont pu bénéficier d'une meilleure qualité de vie avec une diminution des troubles du sommeil, une reprise de l'activité physique et une diminution de la consommation d'anxiolytiques. La douleur est le premier motif de consultation en France, dont 31% sont des douleurs chroniques (évoluant de 3 mois et pour 41% depuis plus de 3 ans). Lorsqu'elle est chronique, la douleur multiplie par 2 la fréquence de comorbidités (pathologies associées). Selon le rapport du Service d'évaluation économique et santé publique de l'HAS (Haute Autorité de Santé) en 2009, «le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous dans une struc-

ture spécialisée peut être de 2 à 3 mois avec un délai moyen de 52 jours» (Enquête SFETD Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur 2005). D'après ce dernier la prise en charge de ces patients «ne semble pas optimale en raison d'une demande trop forte et mal ciblée». La douleur chronique est source d'incapacité, de handicap et affecte les rapports sociaux et la qualité de vie des patients. Les limitations d'activités professionnelles ou domestiques en raison de la douleur sont très importantes : 6% des personnes de 25 à 64 ans, 15% des 65-84 ans et 33% des personnes de 85 ans et plus. De plus, elle représente un coût considérable en termes de dépense de santé : 6000 €/patient/an pour la lombalgie ou la fibromyalgie.

Devant cette réalité, il devient de plus en plus urgent de développer les consultations infirmières en secteur libéral qui auraient alors plusieurs incidences :

- Un raccourcissement des délais de prise en charge en apportant une réponse rapide, de proximité.
- Un meilleur ciblage des populations nécessitant une prise en charge dans des centres spécialisés.
- Une diminution voire même une suppression du recours à l'hospitalisation par une information et une





(<http://www.ligupulmonaire.ch>)

éducation thérapeutique visant à aider le patient à comprendre sa maladie, son traitement, coopérer avec les soignants, maintenir et améliorer sa qualité de vie.

Optimiser la coordination des soins en secteur libéral : Dispositif Asalée, expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières



«Le protocole Asalée (Action de Santé Libérale En Equipe) a été lancé en 2004 dans les Deux-Sèvres par l'association du même nom. Il a fait partie des expérimentations de coopération dites «Berland», puis a été autorisé en 2012 au titre de l'article 51 de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009. Dans les cabinets libéraux participants, des médecins généralistes, associés à des infirmiers délégués à la santé populationnelle, mènent des actions de prévention, principalement auprès de patients atteints de maladies chroniques». Il est développé aujourd'hui dans la plupart des régions de France. Il porte sur le suivi des patients diabétique de type 2, les patients à risque cardiovasculaires, les patients tabagiques à risque de BPCO, les consulta-

tions de repérage des troubles cognitifs de la personne âgée. Une centaine d'infirmier(e)s libéraux y sont inclus à titre de vacataires. Depuis 2012, seuls les professionnels inclus dans le dispositif, donc ayant reçu une formation spécifique, peuvent bénéficier d'un financement par l'ARS (Agence Régionale de Santé).

La notion d'autonomie de l'infirmière décrite dans les textes régissant la profession en particulier en y intégrant la notion de rôle propre en 1978 et réaffirmé par le dernier décret de 2004 n'est pourtant pas si claires que cela. Pour Nathalie Warchol, «il subsiste encore aujourd'hui un décalage, surtout au sein des unités techniques, entre le soin sur prescription et le soin relevant du rôle propre». Pour cette dernière, la dépendance de l'infirmière à l'institution médicale est encore très forte dans un système d'organisation patriarcale faisant de l'infirmière une femme «exécutante, obéissante et soumise». Pourtant, pour l'ONSIL (Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux) «la consultation infirmière fait à l'heure actuelle l'unanimité au sein de la profession. Son officialisation valorisera enfin notre rôle propre et l'infirmière libérale obtiendra la reconnaissance de ses compétences autonomes» (Revue Soins Juillet 2006).

Nous sommes en 2017, soit 11 ans après cette déclaration, et la Nomenclature Globale des Actes Profession-

nels Infirmiers ne prévoit toujours pas la tarification d'une consultation infirmière... Aujourd'hui, la seule possibilité de tarification qui s'offre aux infirmiers libéraux pour assurer une consultation infirmière est d'assurer sur prescription et après entente préalable du médecin conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Soins infirmiers d'Hygiène, Surveillance, Observation et Prévention. L'article 11 de la nomenclature des actes infirmiers s'intitule «Soins infirmiers à domicile pour un patient quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente». En clair, l'éducation thérapeutique en libéral ne peut se facturer qu'à domicile et chez des patients dépendants...

Attendre que le patient soit malade et dépendant pour faire de l'éducation thérapeutique : un pansement sur une jambe de bois

Les déterminants de la maladie chronique sont divers et variés dont les composantes environnementales tiennent une place majeure. Si l'on ne peut pas agir sur la ou les causes qui ont été à l'origine du déclenchement de cette dernière, il est possible d'agir sur les facteurs qui l'entretiennent ou l'aggravent. Ces facteurs sont essentiellement comportementaux et si le ou «les comportements problèmes» à



Un peu d'humour avec Le Chat de Geluck

l'origine de ces facteurs n'ont pas été mis en évidence, aucune stratégie thérapeutique, quelle qu'elle soit ne pourra être efficace. Une maladie chronique s'installe sur de nombreuses années. Un fumeur sait qu'il s'expose à un risque pour sa santé et pourtant les images placardées sur les paquets de cigarettes suffisent-elles à l'encourager d'arrêter de fumer ?

La prise en charge des maladies chroniques doit s'effectuer bien en amont, par une modification des comportements étant à l'origine de leur déclenchement.

L'apport des TCC (Thérapies Cognitivo-comportementales) est très intéressant dans l'approche thérapeutique de ces dernières. Tout en tenant compte des facteurs biologiques, elles cherchent à modifier les facteurs déclenchants et de maintien des perturbations perçus par le patient. Elles se

déroulent en 4 phases :

- Analyse fonctionnelle
- Définition d'un objectif
- Mise en œuvre d'un programme de soins
- Évaluation des résultats

L'analyse fonctionnelle est fondamentale car elle permet de déterminer les problèmes clés dont la solution modifiera durablement et de manière importante le comportement.

Cependant, il n'existe pas de changement sans motivation. L'entretien motivationnel est déterminant car il pourra mettre en évidence les freins et les résistances au changement de chaque individu. Un travail en relation d'Aide thérapeutique par une écoute active et de clarification pourra amener à lever ces derniers.

La relation d'Aide thérapeutique fait partie intégrante des compétences de l'infirmière dans sa formation de base. Cette dernière demeure le fondement de la relation soignant-soigné.

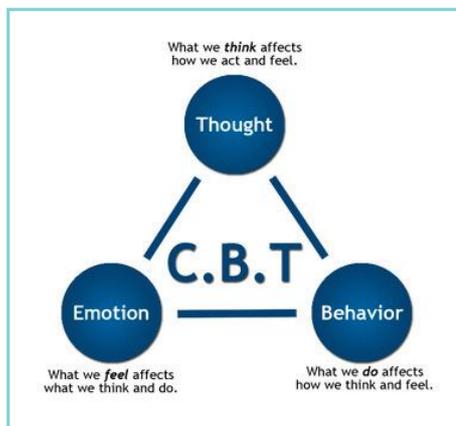
Dans l'article R. 4311-5 du décret de compétences de l'infirmière, et dans le cadre de son rôle propre, l'infirmière est habilitée à effectuer des entretiens d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire, des soins d'aide et soutien psychologique. Il est précisé, en outre, dans l'article R.4311-6 que dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

- Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;

- Activités à visée socio-thérapeutique individuelle ou de groupe.

Qu'attend-on pour intégrer la consultation infirmière à la nomenclature des actes ? Pour tous les patients, et pas seulement les personnes dépendantes à domicile. Sachant que la séance de surveillance et d'éducation hebdomadaire d'un patient à domicile d'une demi-heure est facturée et remboursée 13 €, soit 130 € les dix séances, comparés au coût énorme des dépenses de santé d'un patient diabétique représentant à elles seules 15% des dépenses de santé annuelle ?

La mise en place de consultations infirmières en libéral permettrait de dépister les comportements à risque bien en amont de l'apparition de la maladie et de les prendre en charge par une éducation thérapeutique ciblée, en prévention primaire, voire secondaire et pas seulement en prévention tertiaire voire quaternaire. Cela permettrait indubitablement de réduire considérablement les dépenses de santé, de prendre en charge les patients de manière plus rapide, avec une orientation précoce vers une structure de soin adaptée, la réduction du recours à l'hospitalisation, la mise en place d'un protocole de soin plus rapide, plus précoce et plus efficace de manière coordonnée avec les différents acteurs de santé médicaux ou autres. Une approche globale centrée sur l'homme plus que sur la maladie. N'est-ce pas là le fondement des soins infirmiers holistiques prônés par nos consœurs anglo-saxonnes ? Les infirmières n'ont pas encore dit leur dernier mot ! ■



Pensée - Comportement - Émotion : ce que nous pensons a un effet sur la manière dont nous agissons et ressentons. Ce que nous faisons a un effet sur la manière dont nous pensons et ressentons. Ce que nous ressentons a un effet sur ce que nous pensons et faisons

«Profession infirmière : des compétences inexploitées»

Bibliographie

- La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle :
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-4-page-76.htm>
- La consultation infirmière : la gestion des compétences dans un monde complexe :
<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2000/ig/jovic.pdf>
- La consultation infirmière en France et dans le monde :
www.onsil.fr/docs/bd/actus/document-147.pdf
- Consultation infirmière en secteur libéral : suivi de patients douloureux chroniques :
<http://www.saloninfirmier.fr/img/support-salon-2015/Jeudi-18-Joue.pdf>
- Intégration des infirmières au sein des cabinets de médecine générale :
http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2014_10_integration_infirmiers_panel2mgpdl.pdf
- Asalée, Action de Santé libérale en équipe :
<http://fmpmps.fr/app/webroot/js/kcfinder/upload/fichiers/ASALEE%20Pr%C3%A9sentation%20%20octobre%202015.pdf>
- Évaluation du dispositif Asalée :
<http://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced-public-health-nurse-experiment-evaluation/evaluation-de-l-experimentation-de-cooperation-entre-generalistes-et-infirmieres-asalee-daphnee-comite-de-suivi.pdf>
- Maladies chroniques : une vision renouvelée du parcours de soins :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1301349/fr/maladies-chroniques-une-vision-renouvee-du-parcours-de-soins
- La BPCO en France :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bpco.pdf
- Assurance maladie : le coût du diabète risque de s'envoler :
https://www.lesechos.fr/24/08/2016/LesEchos/22261-018-ECH_assurance-maladie---le-cout-du-diabete-risque-de-s-envoler.htm
- Rapport Flajolet : Prévention, définition et comparaison :
<http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
- Décret Compétences infirmières N° 2004-802 du 29 juillet 2004 :
<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html>
- Douleur chronique : Les aspects organisationnels, avril 2009, HAS :
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf
- La douleur chronique : une maladie. Manifeste pour améliorer l'offre de soin en France, Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur, SFETD :
https://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/partenaires/mundipharma/manifeste_sfetd.pdf

Les sites Internet de Catherine Picard :

www.catherine-picard.com
www.naturoformleblog.wordpress.com
www.irdpssn.com

