



41^{ème} congrès

**« L'infirmière libérale
au cœur de la santé publique »**

Dossier de presse

7-8 novembre 2014

Sommaire

L'infirmière libérale au cœur de la santé publique. Et pourtant... ..p. 3

Programme des interventions.....pp. 4-5

Infirmière libérale : l'accès à la santé le plus facile en métropole.....pp. 6-8

1. Un système de soin soumis à de forts impératifs
2. La plus grande proximité avec la population

Infirmière libérale : la profession de santé la plus proche des Mahorais.....pp. 9-14

1. Les contraintes spécifiques du système de santé à Mayotte
2. Une offre de soins limitée... y compris en nombre de professionnels de santé
 - a) Une capacité hospitalière fort réduite
 - b) Absence de certaines professions de santé...
3. Un secteur libéral réduit... mais avec des infirmières en première ligne

Infirmière libérale : un métier indispensable, mais mal reconnu.....pp. 15-18

1. Une profession avec de fortes contraintes :
2. Des infirmières libérales mal reconnues... voire spoliées :

Le Sniil, premier syndicat infirmier libéral.....p. 19-26

1. Un syndicat en forte expansion et à l'audience toujours croissante
 - a) Forte progression du nombre des adhérents du Sniil
 - b) Des résultats électoraux qui en font la première force syndicale infirmière libérale de France
2. Une organisation bien présente auprès des décideurs... et connue des infirmières
3. Un syndicat progressiste, libre et responsable
4. Une organisation proche du quotidien des infirmières libérales
5. Le Sniil, seul syndicat infirmier libéral installé à Mayotte

L'infirmière libérale, au cœur de la santé publique. Et pourtant...

Premier syndicat infirmier libéral de France, le Sniil (Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux) a décidé de tenir son 41^e congrès à Mayotte.

Malgré un certain isolement géographique, de fortes différences culturelles et un contexte sanitaire totalement dissemblable, Mayotte n'est, en effet, pas aussi éloignée que cela de la métropole et des autres départements d'outre-mer. Tout du moins en ce qui concerne la situation des infirmières libérales. Ainsi, tout comme leurs consoeurs et confrères,

- les infirmières libérales Mahoraises sont les professionnelles de santé les plus nombreuses...
- ... mais aussi les plus accessibles pour la population puisque les mieux réparties sur le territoire.

Se trouvant de fait au cœur de la santé publique les infirmières libérales Mahoraises souffrent, toutefois, tout comme l'ensemble des infirmiers libéraux français d'une non-reconnaissance de leurs autorités de tutelle. Preuve en est donnée, par exemple, par leur non-inscription, à l'inverse des médecins et des pharmaciens, dans le premier recours... Et ce, alors que les infirmières libérales Mahoraises comme métropolitaines, Réunionnaises ou Guadeloupéennes sont non seulement les plus proches de la population, et donc les plus aptes à réagir rapidement... mais aussi les seules professionnels de santé à être obligées de part la loi à une continuité des soins 24h/24h !

Pire même... Les infirmières libérales se voient aujourd'hui spoliées de plusieurs de leurs compétences : comme, par exemple, le droit de vacciner que le Ministère de la Santé souhaite accorder aux pharmaciens...

Dans un contexte d'actualité fort (vote du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale, présentation à venir de la future loi de Santé à l'Assemblée Nationale, fin des premières négociations conventionnelles interprofessionnelles...), le Sniil a donc choisi de faire étape à Mayotte avant de repartir au combat.

Programme des interventions

Vendredi 7 novembre 2014

10h-11h : Ouverture

Allocution de bienvenue de Saindou ALLAOUI, *Président de la section Sniil de Mayotte*

Discours d'ouverture d'Annick TOUBA, *Présidente nationale du Sniil*

Présentations de l'invitée, Juliette CORRE, *Directrice de l'ARS de Mayotte* et du grand témoin de ce congrès le **Dr Martial HENRY**, *Président du Conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Mayotte & Président de la Conférence régionale de santé*

11h-12h30 : Table ronde animée par **Maryse Alcindor**, *1^{er} vice-présidente Sniil* : **Loi de Santé : quelles avancées pour les professionnels libéraux ?** avec :

- **Gilles BONNEFOND**, *Président USPO¹*
- **Edouard COUTY**, *Conseiller Maître honoraire à la Cour des comptes, ancien Président du Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP)*
- **Annick TOUBA**, *infirmière libérale, Présidente nationale Sniil*
- **Dr François WILTHIEN**, *vice-président MG France²*

14h-15h : Table ronde animée par **John Pinte**, *2^e vice-président Sniil* : **L'infirmière à domicile, pivot de la coordination dans le parcours de santé**, avec :

- **Said ABDHILLAH**, *Administrateur national, membre du bureau Sniil Mayotte*
- **Nicole COGHE**, *cadre supérieure de santé, Centre Hospitalier de Mayotte*
- **Karine DELATTRE**, *IDE coordinatrice, Centre Hospitalier de Mayotte*
- **Alain DUVAL**, *Président Sniil Réunion*
- **Joëlle RASTANI**, *2^e vice-présidente du CISS³ Océan Indien*
- **Dr François WILTHIEN**, *Vice-Président, MG France*

15h-16h : Table ronde animée par **Christian Bonnaud**, *adm. national Sniil* : **Evolutions des compétences : transfert d'actes (protocoles) et pratiques avancées (infirmière clinicienne)**, avec :

- **Etienne BILLOT**, *direction de la stratégie et de la performance, ARS Océan indien*
- **Ghislaine MEILLERAI**, *infirmière libérale, membre du conseil d'administration du Sniil*
- **Dr Abdeli OUADAH**, *Médecin généraliste*
- **Ismael EL HABBIB**, *membre du conseil d'administration de l'URPS Infirmiers Réunion/Mayotte*

16h30-18h : Séance Plénière : Exercer en libéral, point sur les aspects juridiques et comptables

- Les différents modes d'exercice en libéral par **Me Martine DUBUS**, *avocate*
- Obligations comptables de l'infirmière libérale par **Cécile BOCQUET**, *Présidente Angill⁴*

¹ USPO : Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine

² MG France : syndicat des Médecins Généralistes

³ CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé

⁴ Angiil : Association nationale de gestion agréée des paramédicaux libéraux

Samedi 8 novembre 2014

9h-9h30 : Séance Plénière : du TOM au DOM, voyage au cœur de l'histoire et du système de santé mahorais

par Pr Patrick BOISSEL, professeur agrégé d'histoire-géographie

9h30-11h : Table ronde animée par **Annick Touba**, Présidente nationale Sniil : **Quel accès aux soins dans un système de santé en mutation ?** avec :

- **Blandine FRANSQUIN**, infirmière libérale, secteur Centre, Mayotte
- **Jacques MARTIAL HENRY**, 2^e Vice-président chargé de la Santé, Conseil Général de Mayotte
- **Etienne MOREL**, Directeur du Centre Hospitalier de Mayotte
- **Christelle PETIT**, Coordinateur général de Médecins du Monde à Mayotte
- **Jean VERON**, Directeur de la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte

11h30 -12h30 : Table ronde animée par **Pascale Breton-Meudic**, adm. nationale Sniil : **Idel à Mayotte, 9 ans d'âge : perspectives et pratiques de l'exercice infirmier libéral**

en présence de :

- **Saindou ALLAOUI**, infirmier libéral, Président de la section Sniil Mayotte
- **Miftaou CARPENTIER**, Idel à Mayotte
- **Siti ECHAT MADI**, Idel à Mayotte
- **Elisabeth GINTRAND**, infirmière libérale, Secrétaire générale de la section Sniil Mayotte

14h-15h30 : Table ronde animée par **Régine Langlade**, adm. nationale Sniil : **L'exercice pluriprofessionnel dans la région Océan Indien** avec :

- **Romain ALEXANDRE**, responsable pôle Offre de Soins, ARS, délégation île de Mayotte
- **Mouhamed ABDU**, infirmier, Mayotte
- **Zaina BACAR**, cadre de santé, Mayotte
- **Philippe CHOLLET**, infirmier libéral, Mayotte
- **Dr JAMMART**, chef de service, Mayotte
- **Dominique MAK**, Pharmacien, Président USPO Mayotte
- **Evelyne PLU** et **Olivier BRISSONNET**, infirmiers libéraux, MSP St-Philippe, La Réunion

16h-17h : Table ronde animée par **Nicole Penna**, adm. nationale Sniil : **La coordination, nouvelle rémunération : point sur les négociations conventionnelles** avec :

- **John PINTE**, 2^e Vice-président du Sniil
- **Annick TOUBA**, Présidente nationale du Sniil
- **Dr François WILTHIEN**, Vice-président de MG France

17h – Synthèse et clôture des débats du congrès

par **Annick TOUBA**, Présidente nationale Sniil.

Lundi 10 novembre 2014

Visites de terrain : l'accès aux soins par les dispensaires, une spécificité Mahoraise ?

Constitution de quatre groupes de visite puis découverte et échanges avec les professionnels de 8 dispensaires.

Contact presse :

Annick TOUBA, Présidente Sniil, 06.62.69.64.91

Infirmière libérale : l'accès le plus facile à la santé en métropole ...

1. Un système de santé soumis à de forts impératifs... :

La mise en place de la politique de santé en métropole doit prendre en compte plusieurs facteurs importants. Parmi eux :

- **le vieillissement général de la population** : au 1^{er} janvier 2014, 9,2% de la population française est âgée de 75 ans et plus⁵. Cette part a progressé de 3 points en vingt ans. En 2060, cette proportion devrait atteindre 16,2%
- **l'augmentation importante des pathologies lourdes et/ou nécessitant un suivi régulier** : en 2012, plus de 11,4 millions de personnes étaient atteintes en métropole d'une pathologie nécessitant une prise en charge ALD (affection de longue durée). La part de cette population à fort besoin en soins est en constante augmentation, représentant 18% de la population en 2012 contre 13,4% en 2005⁶
- **les difficultés financières récurrentes de la branche maladie de la Sécurité sociale**, qui présente un déficit record pour 2014 de 15,4Mds€
- **un vrai problème de désertification médicale**, avec, simultanément, une forte baisse du nombre de médecins généralistes (-6,6% entre 2007 et 2014) et un fort vieillissement de cette population (29,2% des médecins généralistes étant âgés de 60 ans et plus)⁷.

Dans ce contexte, des décisions politiques fortes sont prises ou préconisées :

- **maintenir à domicile le plus longtemps possible des personnes âgées dépendantes** : à fin 2012, près de 60% percevant l'APA vivaient chez elle contre 51% en 2002⁸
- **réduire l'offre de soins en établissements et institutions** : en 2011, on comptait en métropole 403 467 lits en hospitalisation complète (à -8% par rapport à 2006 et -15% par rapport à 2000)⁹
- **créer une nouvelle organisation des soins** : avec, selon les dispositions voulues par Marisol Touraine, **une place prépondérante laissée au « premier recours »**, c'est-à-dire aux soins de ville, et un fort accent mis sur les équipes de professionnels de santé coordonnées

⁵ Source : Insee mobile Etudes population par âge

⁶ Source : Irdes, éco-santé 2014

⁷ Source : Atlas de la démographie médicale en France, CNOM, janvier 2014.

⁸ Source : Eco-santé, 2014

⁹ Source : Eco-santé, 2014

- **développer la chirurgie ambulatoire**, source, selon la Cour des Comptes¹⁰, de 5Mds€ d'économie par rapport à l'hospitalisation conventionnelle.

Plus âgée et plus souvent atteinte de pathologies lourdes, tout en pouvant disposer moins facilement de structures hospitalières, **la population métropolitaine est donc obligée de se tourner vers une autre forme de prise en charge : les soins à domicile.**

En première ligne des professionnels de santé pouvant alors les soigner se trouvent les infirmiers et infirmières libéraux.

2. La plus grande proximité avec la population :

Les **infirmières libérales représentent 16% de la population infirmière française totale**¹¹. Femmes dans 84% des cas (contre 87% pour les hospitaliers), elles sont âgées majoritairement de 40 à 44 ans.

Au 1^{er} janvier 2014, on comptait 98 249 infirmiers et infirmières libéraux en métropole : leur nombre est en forte augmentation, à +27% par rapport à 2010.

La première profession de santé LIBERALE de France métropolitaine

Profession	Nombre de libéraux en exercice	Densité pour 100 000 hab.
Infirmière	98 249	156
Médecin généraliste	67 432	106
Masseur-kiné.	61 618	97
Chirurgien-dentiste	36 228	57
Pharmacien	30 926	49
Orthophoniste	17 773	28
Pédicure-podologue	12 430	20
Opticien-lunetier	8 231	13
Sage-femme ⁽¹⁾	4 667	33
Diététicien	2 803	4
Orthoptiste	2 660	4
Psychomotricien	1 527	2

⁽¹⁾Densité = nb sage-femmes pour 100 000 femmes de 15-49 ans

Source : DREES, chiffres 2014, métropole uniquement, répertoire Adeli ; DRESS, santé-protection sociale, 2014.

La profession d'infirmière libérale reste aujourd'hui la première profession de santé libérale en France métropolitaine.

Elle est également la plus présente en zone rurale et petites agglomérations, loin devant les pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et médecins généralistes.

¹⁰ « La Sécurité Sociale : rapport sur l'application des lois de financement de sécurité sociale », la Cour des Comptes, septembre 2013

¹¹ Cf. « Les professions de santé », série statistiques, DREES, n° 189, juin 2014.

Nombre de professionnels de santé libéraux ⁽¹⁾ par type d'unités urbaines

Type d'unités urbaines	Infirmiers	Masseurs -kinésith.	Médecin Généraliste ⁽²⁾	Pharmacien
Communes rurales	19 492	6 496	10 294	4 141
Unités urbaines - 5000 hab	8 477	4 686	6351	2 456
U. u. 5000 hab à -10 000	6 961	4 218	6141	2 294
U. u. 10 000 hab à -20 000	5 521	3 531	5803	1 839
U. u. 20 000 hab à -50 000	6 667	4 088	9087	2 435
U. u. + 50 000 hab	51 131	38 599	72 360	17 761

⁽¹⁾ : Source : ASIP-RPPS, traitement DREES, 2014. ⁽²⁾ : effectif du total médecin généraliste et non pas seulement des libéraux (donnée indisponible). Source : DREES, 2014

La proximité des infirmières libérales avec la population de métropole est donc bien réelle puisque l'on constate que la répartition de ces dernières sur le territoire est très proche de celle de la population en général.

Répartition des infirmières libérales et de la population métropolitaine selon le type d'unités urbaines

Type d'unités urbaines	Infirmières libérales	Population métropole
Communes rurales ou de -5000 hab.	28,4%	29,2%
U. u. 5000 hab à -10 000	7%	5,7%
U. u. 10 000 hab à -20 000	5,6%	4,9%
U. u. 20 000 hab à -50 000	6,7%	6,3%
U. u. + 50 000 hab	52%	53,8%

Sources : DREES, 2014 et Insee, recensement de la population France métropolitaine, 2010.

Ainsi, tout comme pour les médecins généralistes libéraux, 84% des Français habitent dans une commune où exerce un infirmier libéral et 100% à moins de 15 minutes. Toutefois, **l'accès aux infirmiers est nettement plus facile** puisque :

- 65% des visites à domicile effectuées par les infirmières libérales ont lieu dans leur commune d'exercice
- et 90% dans une commune se situant à moins de 15 minutes

alors que seulement 56% des consultations médicales s'effectuent au sein de la commune de résidence des patients (84% à 15 minutes) en raison du manque de disponibilité des médecins généralistes.¹²

¹² Source : « Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité », DREES, études et résultats n°817, oct. 2012

Infirmière libérale : la profession de santé la plus proche des Mahorais

1. Les contraintes spécifiques du système de santé à Mayotte :

Dotée en 2012 d'une population totale de 212 645 habitants, **Mayotte**¹³ :

- **est le département le plus jeune de France** : 54% de la population mahoraise est âgée de moins de 20 ans (24% en métropole) ; tandis que 4% seulement de la population est âgée de plus de 60 ans (24% en métropole)
- **bénéficie d'un très fort taux de natalité**, supérieur à 40%, tandis qu'il ne s'élève qu'à 18% à la Réunion et 12% en métropole

Cependant, **dans le même temps, l'île souffre** :

- **d'une très forte densité en termes d'habitants**, qui en fait le département le plus dense de France juste après les départements d'Île de France (570 hab/km²)
- **d'une mauvaise répartition de la population sur le territoire** : 50% des Mahorais vivent au Nord-est de l'île
- **de conditions de logement dégradées**, avec de lents progrès en matière de gestion des déchets ménagers
- **d'absence d'assainissement** et, donc, d'un faible accès à l'eau potable (30% des résidences principales ne disposent pas d'eau potable selon l'Insee, 2012)
- et, enfin, **d'importants mouvements de population externes avec les pays voisins**, qui engendrent des risques de développement de maladies épidémiques.

Conséquence directe : **la situation sanitaire Mahoraise est très complexe**. En effet, même si seulement 4% de la population est officiellement suivie pour des Affections Longue Durée (ALD) (contre 18% des métropolitains), les Mahorais sont confrontés à **cinq grands problèmes** :

- une santé périnatale et maternelle préoccupante, avec des taux de mortalité maternelle et infantile élevés (respectivement 50‰ et 14 ‰ contre 8‰ et 4‰ en métropole)¹⁴,
- une santé des enfants qui pose problème, avec une couverture vaccinale ROR peu élevée (40% des jeunes après 6 ans), et une forte prévalence de retard saturnal et de maigreur (respectivement 6,7 % et 8,1%)

¹³ Chiffres à suivre Insee

¹⁴ Rapport annuel Mayotte 2013, Institut d'Émission des Départements d'Outre-Mer (IEDOM). Source : diagnostic de santé Mayotte 2011, ARS Océan Indien

- une espérance de vie très largement diminuée par rapport à la métropole (74 ans contre 81 ans) en raison d'une surmortalité adulte liée à différentes maladies (cardiovasculaires, infectieuses, appareil circulatoire, diabète et cancer)
- un développement des comportements à risques (consommation d'alcool et pratiques sexuelles) et des risques environnementaux (paludisme et contamination des eaux)
- enfin, la situation sanitaire Mahoraise est également confrontée à l'existence de vrais risques épidémiologiques : infections invasives à méningocoque, diarrhées aiguës, tuberculose, paludisme (83 nouveaux cas en 2013), hépatite virale B, syphilis, infection à VIH (23 diagnostics en 2013), lèpre (41 nouveaux cas en 2013), dengue (516 cas depuis janvier 2014), chikungunya.

Dans ce contexte, l'Agence Régionale de Santé (ARS) a élaboré en 2011 un projet régional de santé (PRS) qui définit les priorités, objectifs et actions de santé qui devront être conduits à Mayotte. Validé en 2012, ce PRS fait référence à un modèle pluridisciplinaire de santé, avec, notamment, développement de synergies entre les différents acteurs de la santé (du soin hospitalier à la prise en charge médico-sociale par exemple).

Quatorze priorités ont été définies. Parmi elles :

- les maladies chroniques, avec un accent mis sur la prévention (cancer, diabète, sida...) et l'adaptation du système de santé à leur prise en charge
- le handicap et le vieillissement, avec prévention et accompagnement précoce
- la santé mentale y compris les addictions
- les risques sanitaires : lutte contre les maladies infectieuses et intoxications aiguës, veille sanitaire et réponse rapide aux situations d'urgence
- et, enfin, le renforcement de l'accessibilité aux soins.

2. Une offre de soins limitée... y compris en nombre de professionnels de santé :

c) Une capacité hospitalière fort réduite :

Le plan d'action de l'ARS se heurte à une difficulté de taille : celle de **l'offre de soins. Limitée en termes de taille, cette dernière est également répartie de manière inégale sur le territoire et dotée de déficits marqués dans certaines spécialités.**

En effet, malgré les évolutions positives de ces dernières années (augmentation de la capacité d'accueil du CHM depuis 2008, mise en place d'un service d'auto-dialyse en 2012, mais aussi d'un système de transport sanitaire privé en 2013...), l'offre de soins Mahoraise reste toujours insuffisante. En termes d'établissements, elle regroupe :

- un centre hospitalier situé à Mamoudzou (dit CHM), qui regroupe l'essentiel du plateau technique,
- un réseau de treize dispensaires assurant les soins primaires de proximité ainsi que les actions de prévention,

- des centres de référence : l'antenne du CHM de Petite-Terre (Dzaoudzi), les hôpitaux du sud (M'Ramadoudou), du centre (Kahani) et du nord (Dzoumogné).

Par ailleurs, de nombreuses spécialités médicales ne sont pas représentées sur l'île (neurochirurgie, cardiologie interventionnelle, oncologie, chirurgie infantile).

Les patients, dont les soins ne peuvent être assurés dans les établissements à Mayotte, sont alors évacués vers La Réunion ou la Métropole : en 2013, 554 patients Mahorais sont ainsi partis loin de leur île (source : IEDOM).

Au final, la capacité d'accueil hospitalière demeure donc très insuffisante sur Mayotte avec 372 lits et place, dont 80% regroupés dans le seul CHM de Mamoudzou. Le taux d'équipement est donc particulièrement faible, avec seulement 1,7 lit et place pour 1000 habitants (contre 2,9 à la Réunion et 4,1 en métropole).

d) Absence de certaines professions de santé...

En termes de nombre de professionnels de santé, Mayotte se trouve également en fort déficit.

Les infirmières et infirmiers sont, comme en métropole, les plus nombreux. Au nombre de 461 au total (tous modes d'exercice confondus) contre plus de 600 000 en métropole, ils devancent largement les médecins généralistes (120) et, particularité de Mayotte oblige, les sage-femmes. **Par contre, certaines professions, comme les pédicures-podologues, les orthoptistes et les audio-prothésistes, sont totalement absentes.**

Densité des professionnels de santé (nb / 100 000 hab.) à Mayotte, dans les autres DOM et en métropole

Professions	Mayotte	Guyane	Réunion	Guadeloupe	Martinique	Metropole
Infirmiers	217	598	779	860	982	946
Médecins général.	56	135	158	128	124	157
Sage-femmes ⁽¹⁾	196	216	185	166	170	139
Pharmaciens	27	55	90	92	87	113
Masseurs- kinés	23	43	161	126	120	123
Chirurgien-dentistes	7	23	54	39	39	63
Opticiens-lunetiers	3	16	24	33	29	45
Orthophonistes	3	10	48	25	22	35
Diététiciens	1	6	6	10	8	14
Psychomotriciens	0	10	11	12	13	15
Ergothérapeutes	0	10	13	7	11	14
Pédicure-podolog.	0	5	7	16	14	20
Orthoptistes	0	2	6	4	4	6
Audio-prothésistes	0	0	1	2	2	5

⁽¹⁾Densité = nb sage-femmes pour 100 000 femmes de 15-49 ans
Sources : DREES 2014 (chiffres au 1^{er} janvier) ; Insee 2013

Reste que quelque que soit la spécialité, la densité (nombre de professionnels de santé pour 100 000 habitants) est extrêmement basse, non seulement par rapport à

la situation en métropole, mais aussi par rapport aux autres départements d'Outre-Mer. Pour faire face à cette pénurie, certaines mesures ont donc été prises, tel celle du rachat par le CHM d'un hôtel particulier pour loger ceux qui souhaiteraient venir s'installer sur l'île¹⁵...

3. Un secteur libéral réduit... mais avec des infirmières en première ligne :

Le secteur libéral de la santé est lui aussi réduit à Mayotte, ne comptant que 300 professionnels de santé toutes spécialités confondues.

Là aussi, certaines spécialités sont totalement absentes : psychomotriciens, ergothérapeute, pédicure-podologue, orthoptiste et audio-prothésiste.

Nombre de professionnels de santé LIBERAUX à Mayotte et en métropole

Professions	MAYOTTE	METROPOLE
Infirmiers	179	98 249
Médecins généralistes	29	67 432
Sage-femmes	14	4667
Pharmaciens	17	30 926
Masseurs- kinés	40	61 618
Chirurgien-dentistes	11	36 228
Opticiens-lunetiers	4	8231
Orthophonistes	4	17 773
Diététiciens	2	2803

Sources : DREES 2014 (chiffres au 1^{er} janvier) ; Insee 2013

En première ligne des professionnels de santé libéraux pouvant soigner la population Mahoraise se trouvent de nouveau les infirmières et infirmiers toujours les plus nombreux, et de loin, devant les médecins-généralistes et, particularisme Mahorais oblige, les sage-femmes.

Les infirmières exerçant en libéral représentent à elles seules 39% de la population infirmière totale de Mayotte. Ce mode d'exercice est, donc, sur-représenté par rapport à la situation en métropole où seuls 16% des infirmiers ont choisi d'exercer en mode libéral.

On notera que cette sur-représentation du libéral n'est pas unique, puisqu'elle se retrouve également pour les masseurs-kinésithérapeutes (81% de libéraux à Mayotte contre 79% en métropole), opticiens-lunetiers (57% contre 29%) , et diététiciens (67% contre 31%).

¹⁵ Source : IEDOM, rapport Mayotte 2013.

**Densité des professionnels de santé LIBERAUX (nb / 100 000 hab.)
à Mayotte, dans les autres DOM et en métropole**

Professions	Mayotte	Guyane	Réunion	Guadeloupe	Martinique	Metropole
Infirmiers	84	121	221	376	334	156
Médecins général.	14	91	119	82	80	106
Sage-femmes ⁽¹⁾	26	40	73	49	52	33
Pharmaciens	8	21	43	43	44	49
Masseurs- kinés	19	40	160	126	110	97
Chirurgien-dentistes	5	25	52	39	40	57
Opticiens-lunetiers	2	3	4	5	18	13
Orthophonistes	2	8	48	24	21	28
Diététiciens	1	2	1	2	2	4
Psychomotriciens	0	0	1	1	4	2
Ergothérapeutes	0	1	1	1	0	1
Pédicure-podolog.	0	5	7	16	13	20
Orthoptistes	0	1	5	4	3	4
Audio-prothésistes	0	0	0	1	2	2

⁽¹⁾Densité = nb sage-femmes pour 100 000 femmes de 15-49 ans

Sources : DREES 2014 (chiffres au 1^{er} janvier) ; Insee 2013

Toutefois, on note également une densité des professionnels de santé libéraux (nombre pour à 100 000 habitants) toujours très faible par rapport à la métropole et aux autres DOM, notamment en termes de médecin généralistes.

Les infirmières libérales, elles, demeurent les plus nombreuses et, donc, les plus facilement disponibles pour la population Mahoraise.

**Répartition des principales professions LIBERALES
et de la population à Mayotte selon les communes (en %)**

Communes	Population (%)	Infirmiers (%)	Kinés (%)	Médecins gén. (%)
Acoua	2,2	3,3	-	-
Bandraboua	4,8	5	14,5	3,7
Bandrele	3,7	0,8	-	3,7
Boueni	3,0	5	-	-
Chiconi	3,3	1,6	1,8	-
Chirongui	3,8	13,2	27,3	7,4
Dembeni	5,1	6,6	1,8	3,7
Dzaoudzi	6,7	3,3	3,6	11,1
Kani-Kéli	2,3	-	-	-
Koungou	12,5	6,6	1,8	3,7
Mamoudzou	26,9	28,9	29,1	48,1
Mtsamboro	3,7	0,8	-	-
M'Tsangamouji	3,0	1,6	-	-
Ouangani	4,6	3,3	-	-
Pamandzi	4,7	5,8	7,3	7,4
Sada	4,8	5,8	-	7,4
Tsingoni	4,9	8,3	12,8	3,7
Mayotte	100%	100%	100%	100%

Sources : Insee 2012 pour la population et calculs d'après inscriptions des professionnels de santé sur Ameli

Leur proximité avec la population Mahoraise est d'autant plus forte qu'elles sont présentes partout sur le territoire, exception faite de la commune de Kani-Kéli, à l'extrême sud-est de l'île.

Quasiment partout sur le territoire, puisque dans 16 des 17 communes que compte l'île, les Mahorais peuvent donc s'adresser à une infirmière ou un infirmier libéral : ce qui est loin d'être le cas pour les autres professionnels de santé libéraux. Ainsi, on ne trouve des masseurs-kinésithérapeutes que dans 9 des 17 communes administratives de Mayotte ; et des médecins généralistes dans 10.

Mieux même... Alors que 50,6% de la population Mahoraise est concentrée sur les seules communes du Nord-Est de l'île (Mamoudzou, Koungou, Dzaoudzi, Dembeni et Panmandzi), on y trouve aussi :

- 51,2% des infirmières et infirmiers libéraux
- contre 43,6% des masseurs-kinésithérapeutes libéraux
- et 74% des médecins généralistes libéraux.

De ce fait, les infirmières et infirmiers sont, ainsi, les plus disponibles, accessibles et proches professionnels de santé libéraux de la population Mahoraise.

Infirmière libérale : un métier indispensable, mais mal reconnu...

Le métier d'infirmière libérale a fortement évolué au cours de ces dernières années. On a ainsi pu observer :

- **une forte croissance de leur activité, avec progression continue du nombre d'actes AIS (Acte Infirmier de Soins) et AMI (Acte Médico-Infirmier) : +5,7% entre 2013/2012, +6,3% entre 2012/2011 et +6,7% entre 2011/2010¹⁶**
- **et, au sein de cette activité, un développement important des soins les plus techniques : en 2013, les AMI (acte médico-infirmier) représentent 62,6% de la totalité des actes infirmiers réalisés (AMI+AIS)¹⁷**

Cette évolution de la profession infirmière libérale provient du changement dans l'organisation des soins du pays. Depuis plusieurs années, leurs compétences les ont, en effet, rendues indispensables au :

- **maintien à domicile des personnes âgées dépendantes : 60% des personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1 et 2), mais aussi 66% de celles qui sont en GIR 3 et 75% des GIR 4 atteints d'une affection de longue durée ont eu recours à une infirmière libérale pour un acte AMI (médico-technique) ; tandis que, dans le même temps, 32% des GIR 1 et 2, mais aussi 30% des GIR 3 et 18% des GIR 4 atteints d'affection longue durée ont eu recours à une infirmière libérale pour un acte AIS¹⁸**
- **développement de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) qui fait très largement appel aux compétences des infirmières libérales pour assurer le suivi des patients. Ainsi, à titre d'exemple, Santé Service, premier établissement d'HAD de France avec 1200 places, 440 812 journées et 11% de l'activité nationale, emploie, selon la Cour des Comptes, seulement 800 salariés, mais fait appel à 1210 infirmières libérales qui assurent notamment pansements complexes, soins palliatifs et chimiothérapie¹⁹**

Cette tendance ne devrait d'ailleurs pas s'inverser de sitôt puisque, selon la circulaire n°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013, la part d'activité de l'Hospitalisation à Domicile devrait doubler à échéance de 2018, passant de 0,6% du nombre de séjours réalisés en hospitalisation avec hébergement à 1,2%.

Quant au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, il a, aussi, été réaffirmé comme étant une priorité au sein du projet de loi sur l'adaptation de la

¹⁶ Calcul effectué sur la base des actes AMI + actes AIS ; source : Observatoire conventionnel infirmier, CNAIMTS, avril 2014

¹⁷ AIS : acte de soins infirmiers, c'est-à-dire séances de soins.

¹⁸ « Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes », Drees, dossier Solidarité et santé n°42, août 2013

¹⁹ Cf. « La Sécurité Sociale : rapport sur l'application des LFSS », la Cour des Comptes, septembre 2013, p. 259

société au vieillissement qui a été adopté en première lecture par les députés en septembre dernier.

1. Une profession avec de fortes contraintes :

Le métier d'infirmière libérale implique :

- d'être titulaire du diplôme d'Etat d'infirmière et d'être inscrit à l'Ordre Infirmier
- d'avoir exercé antérieurement à l'installation pendant 24 mois au minimum en structure hospitalière ou institution
- d'être soumis à une Convention Nationale organisant les rapports entre l'Assurance Maladie et la profession (modalités d'exercice, tarifs des honoraires...).

Mais être infirmière libérale oblige aussi à :

- **être les seuls professionnels de santé** à être contraints par la Loi à assurer une **continuité de soins 24h/24h et 365j/an** (art. R4312-30 et R4312-41 du Code de la Santé Publique) **sans aucune reconnaissance financière. Pendant ce temps, la permanence des soins des médecins mais aussi l'astreinte de garde des pharmaciens et des ambulanciers sont, elles, rémunérées** : en 2011, 141,6M€ ont été versés à ce titre aux médecins ; 38,8M€ aux pharmaciens ; et 146,9M€ aux ambulanciers²⁰
- **partir en retraite sans décote qu'à 67 ans** : contrairement à leurs collègues de l'hôpital, les infirmières à domicile ne bénéficient en effet d'aucune reconnaissance de la pénibilité de leur travail...
- **exercer dans des conditions difficiles** : travail en moyenne de 53h/semaine y compris le week-end (69% des cas) ou après 20h (57%) ; deux heures de trajet au voiture en moyenne par jour (65% des cas) ; levée en moyenne de 9 patients par jour (seulement à 45% avec un lève-personne)²¹...
- **... qui débouchent souvent sur des soucis de santé** : 84% des infirmières et infirmiers libéraux déclarent avoir déjà souffert de pathologies ostéo-articulaires ou musculaires ; 55% expliquent avoir été blessés ; et 29% estiment avoir souffert de troubles psychologiques (dépression, anxiété, insomnie)²².

2. Des infirmières libérales mal reconnues... voire spoliées :

Perçu comme difficile, à haut niveau de compétence et de responsabilité, mais aussi à l'écoute des besoins des malades, **la profession infirmière bénéficie toujours d'une**

²⁰ Cf. « La Sécurité Sociale : rapport sur l'application des lois de financement de sécurité sociale », la Cour des Comptes, septembre 2013, p. 347

²¹ Chiffres extraits de l'Enquête « Pénibilité des auxiliaires médicaux », Carpinco/LH2, janvier 2008 réalisée par téléphone auprès d'un panel de 640 infirmières et infirmiers libéraux représentatif de la population infirmière libérale.

²² Idem

très bonne opinion parmi les Français (97% en ayant une bonne ou très bonne image)²³.

Pourtant, et malgré son implication dans l'organisation des soins en France, **la profession infirmière souffre toujours d'un manque de reconnaissance de ses compétences et de son travail de la part des institutions et autorités sanitaires nationales.**

Ainsi, on note, par exemple, que :

- **l'infirmière libérale n'est toujours pas inscrite, à l'inverse des médecins et des pharmaciens, comme professionnelle du premier recours.** Et ce, alors qu'elle seule est soumise à la continuité des soins 24h/24h et 365j/365j
- **sa sécurité n'est absolument pas prise en compte. Voire ne compte pas...** En effet, alors que pendant ce seul été 2014, trois infirmières libérales furent victimes de violences dans l'exercice de leurs fonctions à Toulouse, Maubeuge et Strasbourg (avec décès de cette dernière), leur Ministère de tutelle, celui de la Santé, ne daigna même pas publier un communiqué sur le sujet... Cette attitude indécente tranche évidemment fortement avec le soutien que reçoivent les fonctionnaires de police, médecin, enseignant ou cheminot en cas d'agression...
- **la prise en charge de patients psy par les infirmières libérales n'est toujours pas, ou très peu, reconnue et valorisée**
- **les institutions sanitaires françaises ne consultent absolument pas les infirmières libérales... sur des sujets qui, pourtant, font partie de leur quotidien.** Ainsi, la Stratégie Nationale de Santé dévoilée par Marisol Touraine en septembre 2013 et qui fait la part belle aux soins de ville, mais aussi le plan douleur 2013-2017 ont été élaborés sans aucune concertation avec les organisations représentant les infirmières libérales. Il en est de même pour la politique de vaccination, alors que les infirmières disposent d'un droit autonome à vacciner contre la grippe ; ou encore pour la mise en place du PRogramme d'Accompagnement du Retour à DOmicile pour les insuffisants cardiaques (PRADO), qui a été imposé par l'Assurance Maladie contre l'avis de tous les syndicats infirmiers libéraux...

Cette inéquité de traitement en défaveur des infirmières libérales a, d'ailleurs, été dénoncée par l'une des plus importantes institutions de France : la Cour des Comptes qui note dans son rapport relatif aux « *Relations conventionnelles entre Assurance Maladie et professions de santé libérales* » de juillet 2014 que :

- les conventions médicales prévoient le **financement « discrétionnaire » d'actions de formations** à hauteur de 2,7M€ par an **pour les cadres des syndicats médicaux... alors que les autres syndicats de professions de santé, dont les syndicats infirmiers, ne bénéficient d'aucune subvention en la matière**
- **les infirmières libérales ne disposent que de très peu de rémunérations forfaitaires, à l'inverse, par exemple, des pharmaciens ou mieux des médecins qui arrondissent largement leurs revenus grâce à ces moyens²⁴**

²³ Source : Enquête Ipsos / Ordre National Infirmier, juin 2014

²⁴ Pour les seuls médecins, par exemple : 5480€/an pour la ROSP, 1750€/an pour l'informatisation des cabinets, 5€ pour chaque consultation pour chaque patient de + de 80 ans, 23€/an pour chaque patient

- **les infirmières libérales, pionnières en termes d'installation soumise à un zonage conventionnel, sont loin de bénéficier, tout comme les autres professions de santé, des mêmes avantages en la matière que les médecins (24M€ pour ces derniers contre 4,6M€ pour l'ensemble des autres professionnels de santé)**

Enfin, dans ce même rapport, la Cour des Comptes s'étonne du manque de connaissance de la réalité du métier d'infirmière libérale par leurs autorités de tutelle. Ces dernières osant, en effet, indiquer des revenus moyens annuels d'infirmière libérale différents de près de 20% selon les sources d'information²⁵...

Pire même... la profession infirmière libérale est actuellement spoliée d'une partie de ses compétences avec :

- **la mise en place d'un forfait de 40€/an aux pharmaciens pour le « suivi » des patients sous anti vitamines K.** Devant se réaliser au moyen de deux entretiens annuels dans l'officine, ce forfait constitue, en effet, une hérésie lorsque l'on sait que ces patients doivent être surveillés au moyen d'un bilan sanguin au minimum tous les mois. Un bilan effectué généralement par l'infirmière libérale... qui adapte alors directement les doses d'anticoagulants...
- **l'assignation au sein de la Stratégie Nationale de Santé des missions de prévention et d'éducation à la santé aux seuls médecins traitants et à l'Education Nationale...** alors que les infirmières libérales disposent d'une formation spécifique pour le faire
- **l'attribution officielle au sein de la Stratégie Nationale de Santé de la mission de coordination aux seuls médecins traitants ...** alors que, sur le terrain, ce travail de coordination médico-social est effectué quotidiennement par les infirmières libérales
- **la confiscation annoncée d'une autre partie du travail infirmier libéral au profit des seuls pharmaciens : la préparation des piluliers... et, très prochainement si le projet de loi Santé de Marisol Touraine est adopté en l'état, la vaccination.**

diabétique inscrit au programme Sophia, 40€/an pour chaque patient suivi en ALD ou nécessitant actes ou examens de suivi + consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour pour patient à forte comorbidité + consultation de suivi pour patient insuffisant cardiaque hospitalisés pour un épisode de décompensation ;

²⁵ 50270€ selon la CNAMTS ou 41448€ selon la direction générale des finances publiques...

Le Sniil, premier syndicat infirmier libéral

Les dernières enquêtes de représentativité diligentées par le Ministère de la Santé (2006 puis 2012) font apparaître un **taux important de syndicalisation chez les infirmières libérales de près de 21%**. A titre de comparaison, ce taux s'élève seulement à 5% pour les infirmières salariées.

Cet environnement favorable bénéficie particulièrement au Sniil (Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux) **qui, 41 ans après sa création à Toulouse, apparaît bien comme la première organisation syndicale d'infirmières et infirmiers libéraux de France.**

1. Un syndicat en forte expansion et à l'audience toujours croissante :

a) Forte progression du nombre des adhérents du Sniil :

En dix ans, le Sniil a plus que doublé son nombre d'adhérents, enregistrant une croissance de +117,8% entre 2004 et 2014.

Evolution comparée des progressions des effectifs du Sniil et de la population infirmière libérale entre 2004 et 2014

Années	Evol. nombre adhérents Sniil ⁽¹⁾	Evol. nombre infirmières libérales France entière (y c. DOM) ⁽²⁾
2004	nc	nc
2008	+60.5%	+13.1%
2011	+22.3%	+21.2%
2014	+11%	+40.2%

⁽¹⁾Années syndicales prenant fin au congrès

⁽²⁾Année civile. Source : Ecosanté d'après données Adeli de la DREES chiffres France entière (métropole + DOM)

Cette progression est d'autant plus remarquable qu'elle s'effectue :

- **plus rapidement et fortement que la croissance du nombre d'infirmières libérales en France sur ces mêmes dix années (+90,9% contre +117,8% pour le Sniil)**
- **avec un taux de croissance nettement supérieur à celui enregistré par l'autre grand syndicat infirmier libéral, la Fni, dont, par exemple, le nombre d'adhérents entre 2008 et 2011 n'a augmenté que de +6% contre +22,3% pour le Sniil (source : enquête de représentativité 2012)**

- **de façon très harmonieuse** avec présence d'adhérents sur tout le territoire, DOM compris (Mayotte inclus)
- **et dans un contexte d'augmentation de la cotisation syndicale** de +14% en 10 ans.

b) Des résultats électoraux qui en font la première force syndicale infirmière libérale de France :

Fort de la ligne progressiste qu'il défend, seul, depuis toujours, **le Sniil est la première force syndicale infirmière libérale de France. Preuve en est donné par les résultats électoraux obtenus :**

- **en décembre 2010, lors des premières élections aux Unions Régionales des Professions de Santé²⁶ :**

Elections URPS 2010 : les résultats au niveau national

% voix Sniil	% voix Fni	% voix CI	% voix Onsil
35,9%	35,2%	17,9%	11%

Seul syndicat à avoir pu présenter une liste dans chacune des 26 régions, le Sniil est arrivé en tête dans 11 régions, parmi lesquelles 7 des 10 territoires les plus importants en termes de démographie infirmière. Toutefois, le Sniil ne préside actuellement l'URPS Infirmière que dans 7 régions : Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Corse, Martinique, Guyane, Lorraine et Haute-Normandie. Un accord-cadre national signé par les trois autres syndicats l'a, en effet, empêché d'exercer la présidence là où il avait pourtant remporté l'élection

- **en juin 2013, lors des élections à la Carpimko (Caisse de retraite des professionnels de santé paramédicaux) :**

Elections à la Carpimko : les résultats au niveau national

% liste Sniil	% liste Fni-Onsil-CI
50,6%	49,4%

Alors qu'il s'était présenté seul contre l'union de trois syndicats, le Sniil a remporté la totalité des sièges qui étaient à pourvoir lors de ce scrutin. Il est devenu, de ce fait, le premier syndicat à obtenir la majorité absolue dans le collège le plus important de la Carpimko.

²⁶ Créées par la loi Hôpital Santé Patients Territoire (HPST) de 2006, les URPS sont des assemblées de professionnels de santé libéraux élus par leurs pairs : une par profession de santé libérale, et une par région. On dénombre donc 26 URPS infirmières en France. Elles sont, comme toutes les autres URPS (médecins, kinés...) les interlocutrices directes des Agences Régionales de Santé pour tout ce qui concerne l'organisation de la santé dans leur région (démographie sanitaire ; création-extension-fermeture des établissements de santé ; conditions d'exercice...).

2. Une organisation bien présente auprès des décideurs... et connue des infirmières :

Déclaré représentatif par le Ministère de la Santé depuis 2006, le Sniil est l'interlocuteur privilégié de toutes les instances officielles. On note son assiduité au niveau national comme départemental et régional à toutes les commissions, séances de négociations, réunions...

En supplément, le Sniil n'hésite pas à travailler à l'avancement de la condition infirmière dans sa globalité via :

- **la création en juin 2011 des premiers Etats Généraux Infirmiers, en collaboration avec le syndicat de salariés SNPI (Syndicat National des Professionnels Infirmiers) et du SNIES-UNSA Education (Syndicat National des Infirmiers Educateurs en Santé de l'Education Nationale)**
- **la création en cours d'un collège de bonnes pratiques infirmières**
- **une participation récurrente et soutenue au Salon Infirmier à Paris**
- **... ainsi qu'au SIDIEF (Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone) depuis la création de cet organisme en 2000**
- **... tout en soutenant toujours activement l'Ordre Infirmier** alors même que les trois autres syndicats infirmiers libéraux ont appelé à son boycott.

Dernier point : le Sniil est le seul syndicat infirmier libéral à travailler de façon régulière en interprofession au sein de :

- **la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé**
- **l'interprofession syndicale** rassemblant MG France (1^{er} syndicat de médecin généraliste), l'Union Nationale des Syndicats de Pharmaciens d'Officine, l'Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes, et Objectif Kiné.

L'influence et la visibilité du Sniil sont, de plus, renforcés, grâce à :

- **l'obtention d'audiences au plus haut niveau de l'Etat** : le Sniil est ainsi, reçu plusieurs fois par an au Ministère de la Santé ; il est connu aussi à Matignon et l'Elysée
- **des interventions de plus en plus fréquentes au sein de congrès et événementiels**
- **au site sniil.fr**, vraie référence pour l'ensemble de la profession grâce à l'importance de sa fréquentation (en moyenne 1000 visites par jour²⁷)
- **une présence accrue dans les médias nationaux et régionaux**
- **l'existence de nombreux outils d'information et de communication destinés aux seuls infirmières et infirmiers libéraux** : diffusion de « *Communication Infirmière* », trimestriel d'informations professionnel totalement gratuit distribué par voie postale aux 90 000 infirmières libérales de France (DOM compris) ; permanence téléphonique pour conseils administratifs et juridiques ; organisation

²⁷ Source : OVH

en régions d'ateliers thématiques de réflexion ; listes de diffusion privée sur internet réservées aux seuls adhérents

- enfin, **les représentants du Sniil** furent également à l'**origine des trois mouvements nationaux d'importance (manifestations et grève des soins) les plus suivis de l'histoire infirmière libérale : en 2000, 2002 puis 2007** avec mobilisation des infirmiers et infirmières libérales, mais aussi médiatisation de l'événement.

3. Un syndicat progressiste, libre et responsable :

Dès sa constitution en 1973, le Sniil a clairement affiché des valeurs progressistes, Cela l'a amené à prendre des positions souvent avant-gardistes. Ainsi, le Sniil reste aujourd'hui le **premier syndicat infirmier libéral (et parfois le seul !)** à s'être déclaré ou avoir agi en faveur de :

- **l'Ordre Infirmier**, avec la signature dès juin 2004 du « *Collectif Infirmier pour la création de l'Ordre* ». Aujourd'hui, après la refonte totale de l'Ordre, le Sniil reste le seul syndicat infirmier libéral à le soutenir, à l'inverse des autres organisations qui ont appelé à son boycott²⁸.
- **la télésanté** : principal sujet du congrès Sniil 2007 en Guyane
- **l'autonomie infirmière** : création en 2002 de la DSI (Démarche de Soins Infirmiers), premier outil de prescription et d'autonomie infirmière, portée par les seuls représentants Sniil
- **l'adjonction de la notion de « missions » au sein du décret d'acte infirmier**
- **le 1^{er} recours** : dépôt d'amendement lors du vote de la loi Hôpital Patients Santé Territoire en 2009 visant à y intégrer les infirmières libérales
- **la coopération interprofessionnelle** : participation exclusive du Sniil au sein des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé dès 2008 ; nomination d'Annick Touba, Présidente du Sniil, en tant qu'experte au sein de la Mission sur les maisons et pôle de santé en 2009...

Par ailleurs, **le Sniil revendique une indépendance absolue vis-à-vis de tous les mouvements politiques, religieux, philosophiques ou sectaires.** Cette indépendance d'esprit se retrouve dans sa décision de ne souscrire, à l'inverse d'autres syndicats, **aucun partenariat de type financier capitalistique** avec une banque, une mutuelle, des prestataires de matériel médical ou autre courtier d'assurance...

Attaché aux objectifs qu'il s'est lui-même fixé, **le Sniil sait alors travailler en union, ou non, avec d'autres organisations.** Toutefois, souhaitant avant tout rester fidèle à ses propres valeurs d'éthique, ainsi qu'à sa philosophie progressiste, **le Sniil est aussi prêt à prendre, seul, ses responsabilités.** Quitte, d'ailleurs, à prendre des décisions parfois difficiles.

²⁸ Cf. communiqué de presse du Sniil « *Quand l'Ordre Infirmier maintient le cap et que d'autres cherchent à le couler* » du 12 septembre 2011

Principales dates du Sniil et histoire de ses combats syndicaux

Dates	Evénements
8 avril 1973	Fondation du Sniil
1976-1977	Le Sniil dénonce la Convention Nationale régissant les rapports Assurance Maladie/infirmières libérales et milite déjà pour l'interprofessionnalité ; les conditions d'exercice en milieu rural et la formation continue.
Avril 1977	Première audience du Sniil à Matignon.
30 Sept. 1982	Participation à la journée nationale d'action des professions libérales
1999	Création avec trois autres syndicats (l'ONSIL, Profil Infirmier et le SPIL) de la Confédération des Syndicats Nationaux d'Infirmiers Libéraux Français, baptisée Convergence Infirmière (CI). Le Sniil y est largement majoritaire, avec 2/3 des adhérents. But : s'opposer au Projet de Soins Infirmiers (PSI) voulu par l'Assurance Maladie et la Fni (Fédération nationale des infirmiers) qui transférait aux auxiliaires de vie une partie des soins assurés par les infirmières.
Octobre 2000	Mouvement social : sit-in et manifestations partout en France à l'appel de Convergence Infirmière (CI). Motifs : mise en place du PSI ; blocage des honoraires depuis 13 ans ; obsolescence de la Convention nationale entre Assurance Maladie et infirmières libérales. Aboutit, fin 2000, au retrait du PSI.
27 sept. 2001	Transfert du siège social du Sniil à Paris, dans le 11^e arrondissement.
Décembre 2001-Janvier 2002	Mobilisation nationale initiée par Convergence Infirmière, présidée alors par Annick Touba, également présidente nationale du Sniil. Mouvement du 11 décembre 2001 au 22 janvier 2002 avec grève des soins, occupations des DDASS/CPAM, et manifestations dont celle de Paris (12000 infirmières libérales). Réquisitions effectuées par les Préfectures. Motifs : demande de renégociation de la Convention avec suppression des quotas d'activités et revalorisations tarifaires, mais aussi abaissement de l'âge de la retraite avec prise en compte de la pénibilité. Aboutit à la signature d'une nouvelle Convention Nationale le 21 février 2002
2003	Départ du Sniil de Convergence Infirmière, suite à des désaccords sur le fonctionnement interne et la politique conventionnelle à mener. Le Sniil perd sa représentativité, bien que constituant 2/3 de CI. Ce dernier, piloté par les seuls Profil et Spil, continue d'exister bien qu'absent dans 86 départements...
Fin 2003	Création à l'initiative du Sniil d'un rassemblement des syndicats paramédicaux (Sniil, FNI, ONSIL, Fédération des Masseurs-kinésithérapeutes, Fédération des Orthophonistes et Syndicat National des Orthoptistes) pour s'opposer à la politique de la caisse de retraite Carpimko
Juin 2004	Le Sniil est le premier syndicat infirmier libéral à signer le « Collectif infirmier » en faveur d'un Ordre infirmier. A la fin de la même année, le Sniil adhère au Groupe Ste Anne pour la création d'un Ordre Infirmier.
Fin 2004	Lutte contre un article de la loi pour « l'égalité des droits et des chances » visant à donner aux « aidants familiaux » des handicapés le droit à réaliser certains actes (sondage urinaire, piqûres...). Aboutit au blocage de cet amendement.
24 Février 2005	Création des Egides (Etats généraux des infirmiers diplômés d'Etat) en intersyndicale avec l'ONSIL et la Fni. Revendications : nouvelles négociations conventionnelles, révision de la nomenclature, création d'un Ordre Infirmier, consultation et prescription infirmière, amélioration des retraites.
Octobre 2006	Création de l'Afresi (Association française de recherche et d'évaluation en soins infirmiers), société savante prémices d'un collège infirmier, composé de syndicats infirmiers, directeurs de soins et de l'Unité de Santé Publique de Nantes. A sa tête une administratrice nationale du Sniil.
Novembre 2006	Le Sniil, reconnu comme deuxième force syndicale infirmière libérale, retrouve sa représentativité nationale

Principales dates du Sniil et histoire de ses combats syndicaux (suite)

Dates	Evénements
Décembre 2006	Forte prise de position du Sniil sur la sécurité des infirmières libérales suite au décès dans le cadre de son activité d'Elisabeth Stibling, Idel ardéchoise : alerte du Ministère de la Santé et travail de fond de la section Sniil Ardèche avec la Préfecture pour la mise en place d'une procédure d'appel/contre-appel
Janvier 2007	Début des négociations conventionnelles. Revendications : revalorisation tarifaire ; création d'une rémunération de coordination pour prise en charge d'une personne dépendante ou en soins palliatif ; intégration du diplôme dans la filière LMD ; création de la prescription infirmière pour des dispositifs non-médicamenteux ; prise en compte de la pénibilité pour la retraite et alignement des cotisations à 0,11% en cas de travail en structure (HAD ou SSIAD).
17 Avril 2007	Journée de mobilisation (grève des soins, fermeture des cabinets et manifestations) à l'initiative de l'intersyndicale Sniil-ONSIL-Fni : médiatisation assurée par le seul Sniil. Aboutit à la parution des décrets permettant la création de l'Ordre Infirmier et la prescription infirmière de certains dispositifs médicaux ainsi qu'à la signature d'une nouvelle convention avec l'Assurance Maladie
2008	Rupture de l'intersyndicale Sniil-ONSIL-Fni. Contrairement aux autres syndicats, le Sniil refuse de condamner par avance le principe des maisons et pôles de santé, ainsi que l'adjonction de la notion de « missions » au décret d'acte infirmier proposée par le Ministère.
Sept. 2008	Signature de l'avenant n°1 avec expérimentation de la régulation démographique infirmière et nouvelle revalorisation tarifaire en avril 2009. Mise en place du droit infirmier à vacciner contre la grippe en toute autonomie sauf primo-vaccination.
Octobre 2008	Signature de l'accord-cadre avec la FNEHAD. Le Sniil réclame toutefois toujours l'alignement des cotisations à 0,11% en cas de travail en HAD, ainsi que la rémunération des réunions de coordination. Le Sniil demande également, seul, la reconnaissance de l'infirmière comme acteur de l'offre de soins de premier recours. Dépôt à cet effet, sans succès, de 4 amendements lors du vote de la loi HPST.
2009	Le Sniil continue à travailler sur la coopération interprofessionnelle. Annick Touba, sa présidente nationale, est nommée au sein de la Mission interministérielle sur les Maisons et Pôles de Santé.
Juin 2010	Batailles au sujet de la taxation des feuilles de soin (0,50€ à payer par l'infirmière !) et de la réforme de la biologie médicale, prévoyant une interdiction des prélèvements sanguins au sein des cabinets infirmiers. Aboutira à l'obtention d'un moratoire pour la taxation des feuilles de soin ; et à l'abrogation de la mesure concernant les prélèvements sanguins par les députés en février 2011. Au printemps 2013, ce chapitre est définitivement clos avec le vote d'un article de loi redonnant toute responsabilité de son acte au professionnel de santé réalisant le prélèvement sanguin.
Octobre 2010	Démission du Sniil pour désaccord politique de Santé Formation 2, organisme gestionnaire de la formation continue conventionnelle gérée jusqu'à lors par les quatre syndicats infirmiers libéraux représentatifs (Sniil, Fni, ONSIL, CI).
Décembre 2010	Victoire du Sniil aux premières élections professionnelles au suffrage direct pour les Unions Régionales des Professions de Santé. Suite à l'accord-cadre signé entre les trois autres syndicats infirmiers libéraux (Fni-ONSIL-CI), le Sniil ne préside toutefois que 7 des 11 régions où il est arrivé en tête. Débuts officiels de la procédure de révision de la NGAP (nomenclature des actes infirmiers).

Principales dates du Sniil et histoire de ses combats syndicaux (suite et fin)

Dates	Evénements
Mars 2011	Négociations avec l'Assurance Maladie qui souhaite pérenniser le système de régulation démographique infirmière. Souhait du Sniil : revalorisation de l'indemnité kilométrique, des soins au cabinet et des prélèvements sanguins ; création de forfaits pour le suivi de certains patients (soins palliatifs, chimiothérapie...); reconnaissance du rôle de coordination de l'infirmière pour les personnes dépendantes ; refonte de la DSI. Aboutit à la signature en septembre 2011 de l'avenant n°3 prévoyant : pérennisation de la régulation démographique ; évolution de la nomenclature ; revalorisation des déplacements ; et création de deux majorations, l'une de coordination pour patients en soins palliatifs ou nécessitant des pansements complexes, et l'autre de réalisation d'actes isolés (prélèvements sanguins et injections au cabinet). Création, aussi, d'un groupe de travail sur la prise en charge des patients psy.
14 juin 2011	Création des premiers Etats Généraux infirmiers à l'initiative du Sniil et du SNPI (Syndicat National des Professionnels Infirmiers)
12 sept. 2011	Réaffirmation publique du soutien du Sniil à l'Ordre infirmier , lâché par les trois autres syndicats infirmiers libéraux.
12 octobre 2011	Première apparition officielle du mouvement syndical interprofessionnel Sniil-MG France-USPO-UJCD-Objectif Kiné
Juillet 2012	Début du conflit de certains HAD et SSIAD avec des infirmières libérales concernant le paiement des majorations de coordination. Le Sniil tente, sans succès, une négociation avec l'UNA (gérant plus de 1200 SSIAD) et la FNEHAD. Silence absolu des autres syndicats infirmiers libéraux.
Octobre 2012	Le Sniil réclame auprès de la Ministre de la Santé un élargissement du droit infirmier en matière de vaccination.
Février 2013	Dénonciation par le seul Sniil de la tentative de récupération par les pharmaciens d'une compétence infirmière : la préparation des piluliers
Juin 2013	Victoire du Sniil aux élections Carpimko alors qu'il s'était présenté seul contre l'union Fni-Onsil-CI. Il devient le premier syndicat à obtenir la majorité absolue dans le collège le plus important de la Carpimko.
Octobre 2013	Nouvelles négociations avec l'Assurance Maladie. Objets : obligation de transmission par voie électronique des documents de facturation sous peine de taxation des feuilles de soin papier ; mais aussi alignement des cotisations sociales à 0,11% quel que soit le lieu d'intervention de l'infirmière libérale (HAD, SSIAD ou domicile). Ceci implique donc la prise en charge par l'Assurance Maladie du différentiel existant jusqu'à lors. Aboutit à la signature en décembre 2013 de l'avenant n°4 qui prévoit : généralisation du paiement de 0,11% de charges sociales sur les cotisations URSAFF et mise en place d'une expérimentation de scannérisation et d'envoi dématérialisé des ordonnances. La généralisation du procédé sera active dès avril 2014.
Février 2014	Dénonciation par le seul Sniil d'un projet d'arrêté du Ministère de la Santé visant à accorder aux prestataires de santé à domicile des « forfait de prestation et de coordination » pour les patients en nutrition parentérale
Juin 2014	Nouvelles négociations avec l'Assurance Maladie pour la mise en œuvre de la coordination du travail en équipe pluriprofessionnelle. Aboutiront à la signature d'un point d'étape le 23 juillet et à une reprise des négos en septembre.
Été 2014	Le Sniil, premier syndicat, à dénoncer l'insécurité grandissante des Idels... mais aussi le silence assourdissant du Ministère suite au meurtre dans l'exercice de ses fonctions de Mireille Schmitt, infirmière libérale à Strasbourg, et aux agressions d'Idels à Toulouse et Maubeuge.

4. Une organisation proche du quotidien des infirmières libérales :

Le Sniil reste toujours aujourd'hui un syndicat infirmier libéral dirigé par des infirmières et infirmiers libéraux en exercice, prenant soin de leur patientèle. Ainsi, par exemple, le cabinet d'Annick Touba, présidente nationale, est installée à Missillac (44), tandis que celui de John Pinte et de Maryse Alcindor, vice-présidents le sont respectivement à Evry (91) et Le François (972). Tous les autres membres du bureau national et du conseil d'administration national ont, également, leur propre cabinet.

Pas toujours simple à gérer au niveau de l'emploi du temps, la poursuite de l'activité permet de mieux appréhender le quotidien des infirmières libérales.

C'est d'ailleurs grâce à cette situation que le Sniil a su, le premier, prendre conscience de certains problèmes rencontrés (ou qui allaient être rencontrés) par les infirmières libérales. Parmi les plus récents, on note :

- la taxation des feuilles de soin
- le refus ou les difficultés de paiement de la majoration MCI de coordination par les SSIAD et les HAD
- l'interdiction de pratiquer des prélèvements sanguins au cabinet
- l'arrêt de remboursement des sets à pansements
- la sécurité des infirmières lors de leurs déplacements et visites à domicile
- les problèmes de stationnement lors des soins

Du côté régional et départemental, cette proximité est toute aussi importante. Lors des élections URPS de décembre 2010, le Sniil fut le seul syndicat infirmier libéral à proposer des programmes et propositions personnalisés par région. Parmi celles-ci :

- indemnité de piste en Guyane (40% des soins effectués après trajet sur piste difficile)
- révision des critères de zonage démographiques qui ne prennent pas en compte les variations saisonnières dues au tourisme (Aquitaine)
- procédures concernant le stationnement et l'insécurité (Ile de France)
- protocoles spécifiques permettant l'intervention de l'infirmière libérale comme professionnel de soins de 1^{er} recours en cas d'urgence (montagnes de la Corse)

5. Le Sniil, seul syndicat infirmier libéral installé à Mayotte :

A Mayotte, le Sniil est actuellement le seul syndicat infirmier libéral à disposer d'une représentation départementale. La section Sniil 976, née en 2009, est, elle aussi, en forte croissance : près de 28% des infirmiers libéraux Mahorais y adhèrent.

Le président de la section Sniil 976 est Saindou Allaoui, dont le cabinet est installé à Mamoudzou. Il est secondé par Saïd Hassane Abdillahi, qui se trouve être également membre du conseil d'administration national du Sniil ; mais aussi par Elisabeth Galade Gintrand, Philippe Chollet, Siti Echat Madi et Philippe Rivier.