

ONSIL

*Syndicat d'Infirmiers Libéraux
depuis 1970*



PLAN URGENCE CANICULE



BILAN PRÉVENTION INFIRMIER CANICULE

Prévenir aujourd'hui,
protéger demain.
Évaluer au domicile
pour éviter l'urgence.



Tél : 06 76 30 84 78



contact@onsil.fr



Livre blanc Onsil

Plan Urgence Canicule Bilan Infirmier de Prévention Canicule (BIPC)

Organisation Nationale Syndicale des Infirmiers Libéraux - Onsil
Tél. : 06 76 30 84 78 - contact@onsil.fr

Prévenir plus tôt. Évaluer au domicile. Coordonner en ville.

Réserver l'urgence à l'urgence.

Sommaire

- Pourquoi l'Onsil propose ce Livre Blanc aujourd'hui ?
- Présentation
- Pourquoi agir maintenant ?
- Un risque sanitaire appelé à s'intensifier
- Le maillon manquant : de la veille sociale à l'évaluation clinique
- Pourquoi les infirmières et infirmiers libéraux sont les mieux placés ?
- Le BIPC : une déclinaison canicule de Mon Bilan Prévention
- Déclencher l'expertise infirmière
- Pourquoi expérimenter maintenant ?
- Conclusion : transformer l'ambition de prévention en action concrète et efficiente au domicile
- Annexes
- Bibliographie

Pourquoi l'Onsil propose ce Livre Blanc aujourd'hui ?

Le bilan de cette dernière et longue vague de canicule est particulièrement alarmant. Lors de la cellule interministérielle de crise du 29 juin 2026, le Premier ministre, M. Sébastien Lecornu, a souligné le nombre particulièrement préoccupant de décès survenus au domicile des personnes les plus vulnérables.

Ce constat nous conduit à nous interroger sur les moyens de renforcer encore la prévention au domicile, en complément des dispositifs déjà existants.

Aussi, l'Onsil propose un meilleur fléchage des infirmières et infirmiers libéraux auprès de toute la population fragile vivant à domicile, qui correspond déjà à près de 90 % de leur activité professionnelle.

Le présent Livre blanc propose ainsi d'expérimenter le Bilan infirmier de prévention canicule (BIPC), comme une déclinaison de Mon Bilan Prévention, mis en place en 2024, afin de permettre une évaluation des facteurs de risque au domicile dans le contexte des épisodes de fortes chaleurs.

Cette proposition s'appuie sur des compétences déjà reconnues des infirmières et infirmiers libéraux ainsi que sur des dispositifs existants. Elle pourrait notamment être enrichie par des outils tels que la télé-expertise, lorsque la situation clinique le justifie, afin de faciliter l'avis d'un médecin sensibilisé à la prise en charge de la déshydratation ou du coup de chaleur.

Elle constitue une base de réflexion ouverte. Le système proposé est perfectible et a vocation à être enrichi par les échanges avec les pouvoirs publics et l'ensemble des professionnels concernés.

L'ambition est simple : aller vers les patients potentiellement en situation critique, renforcer la prévention au moment où elle est la plus utile et donner toute sa dimension à Mon Bilan Prévention en l'inscrivant davantage dans la réalité du terrain et dans les enjeux de santé publique liés aux vagues de chaleur.

Présentation

La France s'est progressivement dotée d'un dispositif performant de prévention des risques liés aux vagues de chaleur. Le système de vigilance météorologique, les plans nationaux, les collectivités territoriales, les professionnels de santé et les acteurs du domicile concourent aujourd'hui à la protection des personnes les plus vulnérables.

Malgré ces avancées, un constat demeure : entre le déclenchement d'une alerte et la survenue d'une urgence médicale, il existe un temps de prévention encore insuffisamment structuré. C'est précisément durant cette période que peuvent apparaître les premiers signes de déshydratation, de décompensation, ou de perte d'autonomie, alors qu'une intervention précoce permettrait souvent d'éviter cette aggravation.

Le présent livre blanc propose d'expérimenter le Bilan Infirmier de Prévention Canicule (BIPC) conçu comme une déclinaison opérationnelle de Mon Bilan Prévention, activable lors des épisodes de chaleur intense, des vigilances canicule, des plans vagues de chaleur ou des mobilisations sanitaires exceptionnelles au domicile des personnes les plus exposées.

La proposition repose sur un constat : les dispositifs d'alerte, les registres communaux les professionnels de santé de proximité existent pourtant il manque encore un outil clinique, permettant d'évaluer cliniquement une fragilité repérée au domicile.

Le BIPC répond précisément à ce besoin. Il constitue le maillon clinique entre l'identification d'un risque et la décision médicale, en permettant une évaluation par diagnostic infirmier, des premières mesures de prévention, une coordination avec le médecin traitant ou le médecin requis en téléexpertise ainsi qu'une traçabilité.

Le BIPC ne se substitue à aucun acteur du parcours de soins. Il intervient en amont de l'urgence.

Cette proposition s'inscrit pleinement dans les orientations des politiques publiques de prévention portée par Mon Bilan Prévention : identifier les facteurs de risque, agir tout au long de la vie, prendre en compte les déterminants individuels, sociaux et environnementaux de santé, et alléger durablement la pression sur le système de soins [R1].

Le BIPC n'a pas vocation à créer une nouvelle organisation du système de santé. Il propose d'utiliser plus efficacement des compétences déjà reconnues afin de sécuriser le parcours des personnes les plus vulnérables lorsque surviennent des épisodes de chaleur intense.

Le BIPC est le chaînon manquant entre la survenue d'un événement aigu de canicule et le passage aux urgences

PROJECTIONS CANICULES : UN RISQUE APPELÉ À DURER ET À S'INTENSIFIER

Source : Météo-France – Trajectoire de référence pour l'adaptation au changement climatique (TRACC)



JOURS DE VAGUES DE CHALEUR

x 5

À L'HORIZON 2050
Dans une France à +2,7°C

x 10

À L'HORIZON 2100
Dans une France à +4°C



AUCUNE RÉGION ÉPARGNÉE

Toutes les régions concernées



DES VAGUES PLUS LONGUES

Dès début juin jusqu'à mi-septembre à l'horizon 2050, puis jusqu'à fin septembre dans une France à +4°C



DES CHALEURS EXTRÊMES

Le seuil de 50°C devient possible dans une France à +2,7°C, puis probable dans une France à +4°C

1. CANICULE JUIN 2026 : DES SIGNES PRÉCOCES TRÈS ALARMANTS

Source : Santé publique France



650+

PASSAGES AUX URGENCES
liés à la chaleur le 22 juin 2026

390

CONSULTATIONS SOS MÉDECINS

pour l'indicateur Canicule le 22 juin 2026



160 à 220

HOSPITALISATIONS QUOTIDIENNES
après passage aux urgences à partir du 18 juin
DIJG



des hospitalisations concernent des personnes de 75 ans et plus



+1 000

DÉCÈS SUPPLÉMENTAIRES CUMULÉS
depuis le 24 juin par rapport au niveau habituel d'avril-mai

85%

des décès observés chez les personnes de 65 ans et plus



+ 40%

AUGMENTATION DES DÉCÈS À DOMICILE
particulièrement marquée en Île-de-France

2. LA RÉPONSE : LE BILAN INFIRMIER DE PRÉVENTION CANICULE (BIPC)

Une action de prévention au domicile, avant l'urgence



ÉVALUER

la fragilité et le risque lié à la chaleur



AGIR

mesures immédiates de prévention adaptées



COORDONNER

avec le médecin traitant et les acteurs locaux



TRACER

dans le DMP pour un suivi sécurisé



ORIENTER

vers le SAS ou les urgences uniquement si nécessaire



PRÉVENIR

les décompensations, les hospitalisations et les décès évitables

LE BIPC : LE CHAÎNON MANQUANT ENTRE L'ALERTE CANICULE ET L'URGENCE HOSPITALIÈRE

3. LES AVANTAGES CONCRETS DU BIPC



PROTÉGER LES PERSONNES FRAGILES

Intervenir avant la rupture pour éviter les situations critiques



RÉDUIRE LA PRESSION SUR LE SYSTÈME DE SOINS

Moins de passages aux urgences, moins d'hospitalisations évitables



OPTIMISER LES RESSOURCES PUBLIQUES

Prévention ciblée, coûts évités, meilleure efficacité



PRODUIRE DES DONNÉES UTILES POUR LES POLITIQUES PUBLIQUES

Logements surchauffés, niveaux de risque, recours évités, besoins identifiés



SOUTENIR LE MAINTIEN À DOMICILE

Sécurité, autonomie, qualité de vie préservée



NE PAS ATTENDRE QUE LA PERSONNE TOMBE. PRÉVENIR PLUS TÔT, ÉVALUER AU DOMICILE, COORDONNER EN VILLE. RÉSERVER L'URGENCE À L'URGENCE.

Chapitre 1 — Pourquoi agir maintenant ?

La chaleur devient un risque sanitaire durable

La canicule ne peut plus être considérée comme un accident météorologique exceptionnel. Elle devient un risque sanitaire durable, appelé à se répéter et à s'intensifier.

La prévention des conséquences sanitaires des vagues de chaleur ne peut donc plus relever uniquement d'une réponse ponctuelle. Elle doit devenir une composante permanente des politiques de santé publique par une adaptation progressive de notre de santé.

La canicule de 2003 a constitué un tournant : 14 802 décès en excès ont été estimés en France entre le 1er et le 20 août, dont environ 4 867 en Île-de-France [R6, R7]. Depuis, la France a développé une culture de l'alerte, de la surveillance et de la prévention. Cette évolution a permis d'améliorer la gestion des épisodes de chaleur, sans toutefois supprimer les situations de rupture observées au domicile des personnes les plus vulnérables.

Juin 2026, les données de Santé publique France : R4, R5.

Ces données interrogent sur notre capacité collective à repérer précocement les situations de fragilité avant qu'elles ne deviennent des urgences médicales.

Une évolution démographique qui renforce le risque

Le vieillissement de la population française constitue un facteur aggravant.

L'augmentation du nombre de personnes âgées vivant à domicile, souvent atteintes de pathologies chroniques rend indispensable le développement de dispositifs de prévention.

Le domicile : premier lieu de la prévention

La majorité des dégradations de l'état de santé liées aux fortes chaleurs ne surviennent pas à l'hôpital, elles débutent au domicile, souvent de manière progressive.

Avant l'épisode de décompensation, il y a un logement trop chaud, une personne isolée, une confusion débutante ou une chute évitable. C'est à ce stade qu'une évaluation clinique de proximité peut permettre d'agir. Le domicile doit donc devenir un lieu d'intervention préventive organisée.

Dans ce contexte, il faut identifier le professionnel qui est le mieux placé pour intervenir rapidement au domicile.

C'est l'objet du présent chapitre.

Chapitre 2 — Un risque sanitaire appelé à s'intensifier

Les projections climatiques imposent une transformation des politiques de prévention et une adaptation du système de santé

Les projections établies par Météo-France dans le cadre de la Trajectoire de référence pour l'adaptation au changement climatique (TRACC) montrent que les vagues de chaleur deviendront plus fréquentes, plus longues et plus intenses au cours des prochaines décennies.

Cette évolution constitue désormais une donnée structurelle avec laquelle les politiques publiques devront composer durablement.

En effet, Météo-France, dans le TRACC-projette une France à +2,7 °C à l'horizon 2050 et +4 °C à l'horizon 2100 [R3].

Dans ce scénario, les jours de vagues de chaleur seraient multipliés par environ cinq à l'horizon 2050 et par environ dix à l'horizon 2100 par rapport à la période 1976-2005. Les vagues de chaleur pourraient survenir plus tôt, se prolonger plus longtemps et concerner toutes les régions [R3].

Le seuil de 50 °C devient possible dans une France à +2,7 °C, puis probable dans une France à +4 °C, selon Météo-France [R3].

Un enjeu de santé publique

L'adaptation ne peut pas reposer uniquement sur l'hôpital. Elle doit intégrer de façon équilibrée les soins de ville.

Les conséquences pour le système de santé

L'intensification des vagues de chaleur modifie progressivement les conditions d'exercice de l'ensemble de l'ensemble des professionnels de santé.

Les épisodes caniculaires mobilisent simultanément les médecins, les infirmiers, les kinés, les sage-femmes, les pharmaciens, les services d'aide à domicile, les établissements de santé, les services d'urgence, les collectivités territoriales et les aidants.

On doit s'appuyer sur les professionnels de santé déjà présents au quotidien au domicile, en les dotant d'un outil efficient.

Chapitre 3 — Le maillon manquant : de la veille sociale à l'évaluation clinique

De nombreux acteurs locaux interviennent déjà dans l'organisation de la prévention face aux vagues. L'enjeu consiste désormais à mieux articuler ce repérage en relation avec les professionnels de santé.

Des dispositifs de repérage existent déjà

Les registres communaux des personnes vulnérables, les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), les services d'aide à domicile, les aidants, les pharmaciens, les médecins traitants, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), ainsi que de nombreux professionnels de proximité contribuent déjà au repérage des situations fragiles lors des épisodes de fortes chaleurs.

Selon le code de l'action sociale et des familles, les communes doivent tenir un registre nominatif des personnes âgées ou handicapées vivant à domicile qui en font la demande [R11].

Ces outils constituent une base essentielle de la politique de prévention.

Du repérage à l'évaluation clinique

Ces outils permettent de repérer une situation de vulnérabilité ce qui constitue une première étape indispensable. Ils ne permettent cependant pas, à eux seuls d'évaluer l'état clinique réel d'une personne à domicile.

Une personne peut répondre au téléphone et dire qu'elle va bien tout en buvant peu, en urinant très peu, en vivant dans une pièce surchauffée ou en présentant une confusion discrète avec des difficultés à appliquer les mesures de prévention recommandées.

Le BIPC ne remplace donc aucun dispositif existant, ils sont complémentaires, faisant le lien entre la veille sociale et la décision clinique.

L'objectif n'est donc pas de créer une nouvelle chaîne de prise en charge.

Cette évolution suppose d'identifier le professionnel le mieux placé pour réaliser cette évaluation clinique au domicile. Les infirmières et infirmiers libéraux apparaissent, à cet égard, comme des acteurs particulièrement légitimes.

Chapitre 4 — Pourquoi les infirmières et infirmiers libéraux sont les mieux placés ?

Une profession déjà présente au domicile

Les infirmières et infirmiers libéraux interviennent chaque jour au domicile de millions de patients sur l'ensemble du territoire, assurant la continuité des soins 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

Cette présence régulière leur permet d'acquérir une connaissance fine de l'environnement de vie des patients : leur logement, les personnes qui les accompagnent, leurs habitudes de vie, leurs aidants, leurs fragilités ainsi que les éventuelles ruptures de suivi.

La présence infirmière au domicile constitue donc une valeur ajoutée efficiente et un levier majeur de prévention clinique en période de canicule.

Mais au-delà de la présence, il s'agit d'une véritable expertise professionnelle.

Un cadre professionnel renforcé

La loi sur la profession infirmière reconnaît désormais la consultation infirmière et son diagnostic grâce à l'analyse clinique, l'identification des besoins et la prévention [R15, R16, R17]. Elle renforce la capacité des infirmières et des infirmiers à intervenir de façon autonome dans leur champ de compétences, tout en travaillant en coordination articulation avec les autres professionnels de santé.

Le BIPC s'inscrit dans cette dynamique.

Reste à définir les modalités concrètes de cette évaluation clinique, c'est l'objet du BIPC présenté dans le chapitre suivant.

Chapitre 5 — Le BIPC : une déclinaison canicule de Mon Bilan Prévention

S'appuyer sur un dispositif existant, pour répondre à un risque nouveau et durable

Le Bilan Infirmier de Prévention Canicule (BIPC) ne doit pas être conçu comme un dispositif isolé. Il s'inscrit dans la continuité de Mon Bilan Prévention, déjà déployé par l'Assurance Maladie et le ministère de la Santé, afin de renforcer la prévention tout au long de la vie.

En créant Mon Bilan Prévention, les pouvoirs publics ont reconnu l'intérêt d'une prévention personnalisée reposant sur une évaluation globale des facteurs de risque par des professionnels de santé habilités, dont les infirmières et infirmiers.

Il est pris en charge à 100 %, sans avance de frais, et facturable par les infirmiers avec le code RDI [R1, R2].

Le BIPC s'inscrit dans cette logique en proposant une déclinaison thématique dédiée à la prévention des conséquences sanitaires des vagues de chaleur : une branche opérationnelle, activable lorsque le risque augmente.

Il ne remet donc pas en cause l'architecture de Mon Bilan Prévention, il en prolonge la philosophie dans un contexte particulier d'urgence sanitaire.

Un bilan de risque, pas un bilan d'âge

Si les personnes âgées représentent la population la plus exposée aux conséquences sanitaires des vagues de chaleur (les données de juin 2026 rappellent la vulnérabilité particulière des personnes âgées : 85 % des décès observés concernaient les personnes de 65 ans et plus [R5]) le BIPC repose avant tout sur une logique d'évaluation du risque individuel.

L'âge constitue un facteur important, mais il n'est jamais le seul.

Les pathologies chroniques, les traitements, l'isolement, les conditions de logement ou les difficultés d'accès à l'hydratation doivent également être pris en considération.

Le BIPC ne doit pas être un bilan d'âge. Il doit être un bilan de risque.

Les cinq dimensions de l'évaluation

Le BIPC repose sur une approche globale. Son objectif n'est pas d'additionner des critères, mais d'apprécier une situation clinique globale.

Cette approche s'appuie sur un diagnostic infirmier, qui ne saurait être remplacé par une simple grille de cotation.

En effet, aucun signe clinique isolé ne permet de détecter de façon fiable une déshydratation chez la personne âgée. La littérature scientifique souligne notamment la faible performance de signes tels que la soif ou le pli cutané [R8].

Cette approche rejoint les recommandations de NICE et celles d'ESPEN [R9, R10].

Une gradation simple : vert, orange, rouge

Le BIPC classe la situation en trois niveaux : **risque vert**, **risque orange** ou **risque rouge**.

● Le risque **vert** correspond à une prévention simple : situation stable, patient qui boit, urine, comprend les consignes et dispose d'un environnement acceptable.

● Le risque **orange** correspond à une vigilance renforcée. Ce niveau appelle une réévaluation rapide et une coordination avec le médecin traitant.

● Le risque **rouge** correspond à une alerte médicale qui nécessite l'information et l'intervention rapide du médecin.






Score BIPC proposé : graduer sans rigidifier

Le score proposé constitue un outil d'aide à la décision destiné à faciliter l'expérimentation. Il ne remplace jamais le jugement clinique de l'infirmière ou de l'infirmier.

Le score global ne doit jamais conduire à minimiser un critère rouge de gravité. La présence d'un seul critère rouge prévaut sur le score total, quelle que soit sa valeur, et nécessite une réponse adaptée.



Outil d'évaluation infirmière à domicile pour prévenir les décompensations liées à la chaleur et à la déshydratation

DOMAINES ÉVALUÉS	RISQUE FAIBLE (VERT) Prévention simple	RISQUE MODÉRÉ (ORANGE) Surveillance renforcée	RISQUE ÉLEVÉ / CRITIQUE (ROUGE) Alerte et prise en charge rapide
 FACTEURS DE RISQUE (terrain et contexte)	<ul style="list-style-type: none"> Âge < 75 ans et bonne autonomie Pas de pathologie majeure ou stable Traitements non à risque Environnement adapté (logement frais, ombragé) Entourage disponible 	<ul style="list-style-type: none"> Âge ≥ 75 ans ou fragilité modérée Pathologies chroniques stabilisées (HTA, diabète, insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale...) Traitements à risque (diurétiques, IEC/ARA2, laxatifs, psychotropes, anticholinergiques...) Isolement partiel ou aide intermittente Logement moyennement exposé à la chaleur 	<ul style="list-style-type: none"> Âge ≥ 85 ans ou grande fragilité / dépendance Polypathologies ou insuffisance cardiaque/rénale avérée Troubles cognitifs ou confusion Isolement complet Retour d'hospitalisation < 1 mois Habitat très exposé à la chaleur ou sans rafraîchissement
 SIGNES CLINIQUES ET MESURES	<ul style="list-style-type: none"> TA stable (PAS ≥ 110 mmHg) FC < 90/min FR < 20/min T° < 38°C SpO₂ ≥ 95 % Urines claires, diurèse normale État général conservé 	<ul style="list-style-type: none"> TA 90–109 mmHg ou orthostatisme modéré FC 90–110/min FR 20–24/min T° 38–38,5°C SpO₂ 92–94 % Urines foncées, diurèse diminuée Fatigue, soif, bouche sèche, vertiges légers 	<ul style="list-style-type: none"> TA < 90 mmHg ou orthostatisme marqué FC > 110/min FR > 24/min T° ≥ 38,5°C ou < 35°C SpO₂ < 92 % Diurèse très diminuée / anurie Altération de l'état général : confusion, agitation, somnolence, malaise, chute
 HYDRATATION ET APPORTS	<ul style="list-style-type: none"> Apports hydriques ≥ 1,5 L/jour Boissons prises spontanément Pas de perte anormale (sudation normale) 	<ul style="list-style-type: none"> Apports hydriques 1–1,5 L/jour ou baisse récente Transpiration importante / fièvre modérée Urines foncées, vomissements occasionnels, diarrhée modérée 	<ul style="list-style-type: none"> Apports < 1 L/jour ou impossibilité de boire Pertes importantes : fièvre élevée, diarrhées/vomissements répétés, sudation profuse Oligurie/anurie, urines très foncées
 ACTIONS INFIRMIÈRES	<ul style="list-style-type: none"> Conseils d'hydratation adaptés (1,5–2 L/jour) Mesures de rafraîchissement (vêtements légers, aération, ombrage) Information patient et aidants Surveillance habituelle 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer l'hydratation (fractionnée) Rafraîchissement corporel Adapter traitements (avec avis médical si besoin) Réévaluation rapprochée (24–48 h) Informé le médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> Hydratation immédiate (orale si possible) Refroidissement actif du corps Surveillance rapprochée (6–12 h) Avis médical rapide / Téléconsultation Orientation vers consultation en urgence ou SAMU si état critique
 SURVEILLANCE	<ul style="list-style-type: none"> Réévaluation 1 fois/semaine ou à distance 	<ul style="list-style-type: none"> Réévaluation 24–48 h 	<ul style="list-style-type: none"> Réévaluation dans les 6–12 h Surveillance rapprochée jusqu'à stabilisation
 ALERTE ET COORDINATION	<ul style="list-style-type: none"> Transmission au DMP si accord patient Information des aidants si besoin 	<ul style="list-style-type: none"> Alerte au médecin traitant via MSSanté Transmission au DMP Proposition de téléconsultation si aggravation 	<ul style="list-style-type: none"> Alerte urgente au médecin traitant ou régulation (15) Transmission au DMP en temps réel Organisation du recours (téléconsultation, consultation, hospitalisation)

CADRE RÉGLEMENTAIRE ET ÉVOLUTION DES COMPÉTENCES INFIRMIÈRES



- Loi n° 2025-xxx du 27 juin 2025 relative à la profession d'infirmier : reconnaissance des compétences élargies des infirmiers.
- Décret n° 2025-1306 du 27 décembre 2025 relatif aux activités et compétences de la profession d'infirmier.
- Arrêtés du 26 juin 2026 définissant :
 - les actes et soins infirmiers ;
 - les produits de santé et examens complémentaires pouvant être prescrits ou renouvelés par les infirmiers.

Ces textes reconnaissent la consultation infirmière, le diagnostic infirmier, le raisonnement clinique, la prévention, l'orientation, la coordination du parcours de soins et la traçabilité dans le DMP.

CE BILAN NE REMPLACE PAS LE JUGEMENT MÉDICAL



Il s'agit d'un diagnostic infirmier permettant d'évaluer un risque, de mettre en œuvre des mesures de prévention, de coordonner le parcours de soins et d'orienter le patient vers le médecin traitant, une téléconsultation ou les urgences selon le niveau de risque.

Objectif : prévenir les décompensations, éviter les passages aux urgences, réduire les hospitalisations et les décès évitables.

OBJECTIFS DU BIPC



- ✓ Identifier précocement les personnes à risque face à la chaleur.
- ✓ Prévenir la déshydratation et les décompensations.
- ✓ Mettre en œuvre des interventions infirmières adaptées et personnalisées.
- ✓ Assurer la coordination avec le médecin traitant et les acteurs du territoire.
- ✓ Réduire les passages aux urgences et les hospitalisations évitables.
- ✓ Contribuer à la santé publique et à la protection des plus vulnérables.



SOURCES SCIENTIFIQUES

- Haute Autorité de Santé (HAS). Prévention et prise en charge des effets sanitaires d'une épidémie à la chaleur en période de canicule. Recommandations. 2023.
- Santé publique France. Plan national canicule et santé. Recommandations pour la prévention des risques sanitaires liés aux vagues de chaleur. 2024.
- World Health Organisation (WHO). Heatwaves and health: guidance on warning-system development. 2015.

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Dehydration in adults: prevention, diagnosis and management. Clinical guideline CG174. 2022.
- European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN). Clinical nutrition and hydration in geriatrics. ESPEN practical guideline. 2018.
- Hoorn E.J. et al. Clinical assessment of volume status in adults: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2016;31(7):1109-1115.

- Fenska W. et al. Dehydration in the elderly: a short review. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2017;50(7):88-95.
- Palmer W. Assessment and management of volume depletion. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2015;26(10):2479-2487.



BIPC : outil de santé publique fondé sur les recommandations de la HAS, Santé publique France, OMS, NICE, ESPEN.



DMP : Dossier Médical Partagé



MSSanté : Messagerie Sécurisée de Santé

Dimension	0 point	1 point	2 points
Terrain	Stable, autonome, sans facteur majeur	Age, pathologie chronique ou fragilité modérée	Perte d'autonomie, isolement, cognition altérée, pathologies multiples
Traitements	Aucun traitement à risque identifié	Un traitement pouvant majorer le risque	Plusieurs traitements à risque ou traitement mal compris
Apports / pertes	Boit et urine normalement	Apports diminués, urines foncées, fièvre légère	Vomissements/diarrhées, incapacité à boire, diurèse très diminuée
Clinique	Constantes rassurantes, état habituel	Fatigue, vertiges, hypotension modérée, asthénie inhabituelle	Confusion, malaise, hyperthermie, tachycardie marquée, dyspnée
Environnement	Logement supportable, eau accessible, aidant présent	Logement chaud ou isolement partiel	Logement surchauffé, absence d'aidant, incapacité à appliquer les consignes

Interprétation proposée :

0-2 points = risque vert ;

3-5 points = risque orange ;

6 points et plus ou critère de gravité = risque rouge.

Cette grille est une proposition de travail à valider dans le cadre d'une expérimentation.

Chapitre 6 — Déclencher l'expertise infirmière

L'infirmière libérale est disponible sur le terrain et garantit la permanence de continuité des soins.

Un circuit d'alerte de proximité

Le déclenchement du BIPC va confirmer la réactivité du dispositif ; le SAMU-Centre 15 reste réservé aux situations de gravité.

Le signalement peut émaner de tout acteur déjà inclus dans le parcours de soins.

Un dispositif activable en période de canicule

Le BIPC a vocation à être active lors de plan comme ORSAN EPI-CLIM [R14].

Il constitue un outil mobilisable, et non un dispositif permanent.

Rémunération et cadre de facturation

Les modalités de financement existent déjà dans la nomenclature des actes infirmiers sous le nom de dispositif "Mon Bilan Prévention".

C'est un argument de plus pour le conduit d'une expérimentation rapide et de son évaluation.

Le présent Livre blanc souligne simplement que le recours à des dispositifs existants faciliterait la conduite d'une expérimentation rapide et son évaluation.

[R1, R2]

Déclenchement de l'infirmier libéral

pour un **B**ilan **I**nfirmier de **P**révention **C**anicule (BIPC)



1 Canicule / vigilance chaleur



2 Fragilité repérée

Commune, CCAS, aidant, pharmacien,
médecin, CPTS, DAC, service d'aide à domicile



3 Appel à l'infirmier libéral du secteur

Réalisation du **B**ilan **I**nfirmier de **P**révention **C**anicule (BIPC) à domicile



4 Évaluation clinique, fonctionnelle et environnementale



Risque vert

Prévention simple



Risque orange

Coordination médecin
traitant / DMP /
rendez-vous ou
téléconsultation si besoin



Risque rouge

Alerte médicale adaptée :
médecin, SAS,
SAMU-Centre 15 ou
urgences selon la gravité



Prévenir au domicile, coordonner en ville, réserver l'urgence à l'urgence.

Chapitre 7 — Pourquoi expérimenter maintenant ?

2003, 2026 : deux signaux forts

La canicule de 2003 a montré ce qui pouvait arriver lorsqu'une société ne voit pas à temps ses personnes vulnérables : 14 802 décès en excès en France, dont environ 4 867 en Île-de-France [R6, R7].

En juin 2026, Santé publique France a documenté une hausse rapide des recours liés à la chaleur : plus de 650 passages aux urgences et 390 consultations SOS Médecins le 22 juin, ainsi que 160 à 220 hospitalisations quotidiennes à partir du 18 juin, dont environ 60 % chez les 75 ans et plus [R4].

Les premières données de mortalité faisaient état de plus de 1 200 décès toutes causes le 24 juin, plus de 1 400 décès quotidiens les 25 et 26 juin, environ 1 000 décès supplémentaires cumulés depuis le 24 juin, 85 % des décès observés chez les 65 ans et plus, et une hausse d'environ 40 % des décès à domicile, particulièrement en Île-de-France [R5].

Ces données confirment que, malgré les progrès réalisés depuis 2003, les épisodes de fortes chaleurs continuent de mettre en tension l'ensemble de la chaîne de soins. Elles soulignent l'intérêt d'expérimenter des dispositifs permettant d'intervenir plus précocement auprès des personnes les plus vulnérables.

Une pression sur toute la chaîne sanitaire

La canicule ne crée pas seulement des cas isolés. Elle exerce une pression sur le domicile, les aidants, les médecins, les infirmiers libéraux, le SAMU, les urgences, l'hôpital, les EHPAD et les services funéraires.

Cette mobilisation simultanée de l'ensemble des acteurs illustre l'intérêt d'une réponse coordonnée, permettant à chacun d'intervenir dans son domaine de compétence, au bénéfice des plus vulnérables.

Des sources secondaires de presse ont rapporté des services d'urgence sous tension, des reports d'activité et des chambres funéraires saturées dans certains territoires. Elles convergent avec les signaux officiels de hausse des recours aux soins et des décès à domicile [R19].

Les retours de terrain de l'Onsil indiquent que les infirmières et infirmiers libéraux sont déjà sollicités lors des épisodes de chaleur, parfois autour des décès à domicile. Tous ne peuvent pas établir un certificat de décès : cette possibilité est encadrée et réservée aux infirmiers volontaires, formés et inscrits sur une liste dédiée [R18]. Le BIPC propose de déplacer cette sollicitation dans le temps : mobiliser l'infirmier avant la rupture, et non seulement lorsque la crise est installée.

Cette approche illustre pleinement l'ambition du BIPC : faire évoluer l'intervention infirmière d'une logique de réaction vers une logique d'anticipation, au service de la prévention et du maintien à domicile.

Ce que l'expérimentation doit mesurer

L'expérimentation devra permettre de mesurer son impact sur le parcours de soins, la qualité des prises en charge.

Chapitre 8 — Conclusion : transformer l'ambition de prévention en action concrète et efficiente au domicile

La prévention est déjà une priorité nationale

Le Gouvernement a inscrit la prévention en santé parmi les priorités majeures de sa politique de santé publique. Le dispositif « Mon Bilan Prévention » en constitue l'une des principales traductions opérationnelles, avec l'objectif de renforcer la prévention et de contribuer, à terme, à la soutenabilité du système de santé [R1].

Dans cette logique, le BIPC propose une déclinaison opérationnelle de la prévention clinique de proximité appliquée au risque de déshydratation des personnes âgées. Il s'appuie sur l'expertise des infirmières et infirmiers libéraux, au plus près des patients, pour repérer précocement les situations à risque et prévenir les décompensations.

Le BIPC constitue ainsi une réponse concrète permettant de traduire cette priorité nationale en actions de prévention ciblées, au domicile des patients, dans un contexte de risque sanitaire accru.

La prévention doit désormais se déployer prioritairement au domicile des personnes les plus à risque.

Une décision structurante pour la prévention

L'Onsil propose que le Bilan Infirmier de Prévention Canicule soit reconnu comme une déclinaison canicule de Mon Bilan Prévention, activable lors des épisodes de fortes chaleurs.

Agir avant que la confusion s'installe, avant la chute, avant le passage aux urgences saturées.

Le BIPC est le chaînon manquant entre l'alerte canicule et l'hospitalisation.

L'Onsil vous remercie de l'examen attentif que vous réserverez à cette proposition, se tient à votre disposition pour tout complément d'information et souhaite que le BIPC puisse faire l'objet d'une expérimentation au bénéfice des patients, des professionnels de santé et de l'organisation des soins.



Annexes

— Fiche standardisée BIPC

- Identité du patient et coordonnées de l'aidant
- Motif de déclenchement du BIPC
- Terrain et facteurs de vulnérabilité
- Traitements à risque repérés
- Apports hydriques et pertes
- Constantes et signes cliniques
- Environnement du domicile
- Niveau de risque : vert, orange ou rouge
- Actions réalisées au domicile
- Consignes données
- Transmission médecin traitant / DMP / messagerie sécurisée
- Rendez-vous ou téléconsultation proposés
- Réévaluation prévue
- Orientation médicale éventuelle

— Critères d'alerte rouge

- Confusion aiguë, somnolence inhabituelle ou altération de la conscience.
- Hyperthermie sévère ou suspicion de coup de chaleur.
- Malaise grave, chute avec signe inquiétant ou impossibilité de se relever.
- Impossibilité de boire, diurèse absente prolongée.
- Hypotension importante, tachycardie marquée, dyspnée, douleur thoracique ou saturation anormale.
- Tout doute sérieux sur le pronostic immédiat : appel médical adapté, SAS ou SAMU-Centre 15 selon la gravité.

— Score BIPC de risque canicule

Le score ci-dessous est une proposition de grille de terrain destinée à faciliter l'expérimentation. Il ne remplace ni le jugement clinique infirmier, ni l'avis médical, ni les critères d'urgence.

Score total	Niveau	Objectif	Conduite infirmière	Orientation
0-2	Vert	Prévention simple	Conseils, hydratation, rafraîchissement, surveillance adaptée	Pas d'urgence
3-5	Orange	Vigilance renforcée	Réévaluation rapide, aidant, DMP, transmission médecin	RDV ou téléconsultation si besoin
>=6 ou critère rouge	Rouge	Alerte médicale	Sécurisation immédiate, constantes, coordination urgente	Médecin, SAS ou SAMU-Centre 15 selon gravité

— Évaluation de l'expérimentation

- Nombre de BIPC réalisés et délai entre signalement et visite.

- Profil des patients : âge, isolement, pathologies, traitements, logement, aidants.
- Répartition des niveaux de risque vert, orange, rouge.
- Actions réalisées : hydratation, rafraîchissement, aidant, médecin, téléconsultation, DMP.
- Résultats à 7 jours : maintien à domicile, passage aux urgences, hospitalisation, décès à domicile.
- Satisfaction des patients, aidants et professionnels.

— Analyse médico-économique du BIPC

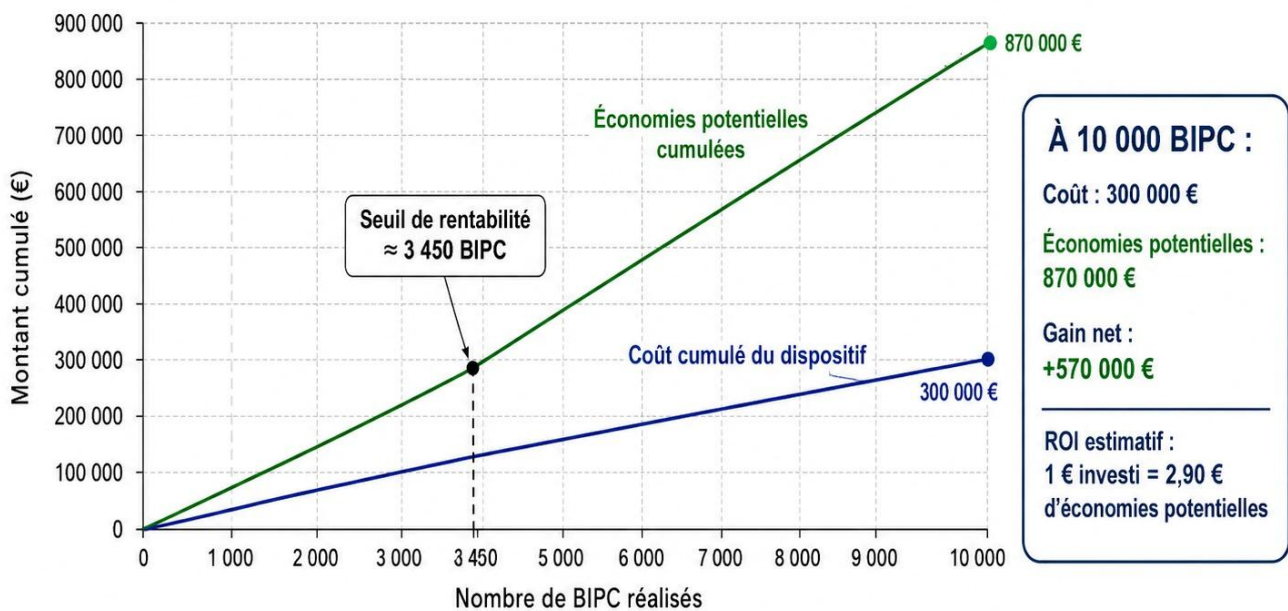
Une première analyse médico-économique, fondée sur des hypothèses prudentes de travail, est présentée ci-après afin d'illustrer les bénéfices qui pourront être évalués dans le cadre de l'expérimentation.

Le schéma ci-dessous présente une synthèse des principales hypothèses et des résultats attendus.

L'analyse détaillée est reproduite dans les pages suivantes.

BIPC Canicule – Modélisation médico-économique

Hypothèse de travail : 10 000 bilans infirmiers ciblés à 30 €



- **Économies directes estimées : 630 000 €**
- **Économies complémentaires estimées : 240 000 €**
- **Hypothèses intégrées :** urgences, hospitalisations, réanimation, SAMU/SMUR, transports sanitaires, réhospitalisations, journées d'hospitalisation

Les décès évitables ne sont pas intégrés au calcul financier principal. Le coût d'une vie humaine n'est pas et ne veut pas être mesurable.

Analyse détaillée médico-économique

Bénéfices attendus du Bilan Infirmier de Prévention Canicule — BIPC

Les épisodes de fortes chaleurs constituent désormais un risque sanitaire récurrent, prévisible et fortement consommateur de ressources pour le système de soins. Ils touchent prioritairement les personnes âgées, isolées, polyopathologiques, dépendantes ou vivant dans des logements insuffisamment adaptés. Ces patients sont précisément ceux auprès desquels les infirmières et infirmiers libéraux interviennent quotidiennement.

En 2025, Santé publique France a recensé un impact sanitaire majeur des fortes chaleurs, avec plus de **24 000 recours aux soins d'urgence** liés à la chaleur et plus de **5 700 décès attribuables** aux fortes températures sur la période estivale. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentaient une part particulièrement importante des passages aux urgences et des décès.

Dès juin 2026, les premiers épisodes caniculaires ont confirmé cette vulnérabilité : Santé publique France rapportait déjà une forte augmentation des passages aux urgences et des hospitalisations, avec plus de **650 passages aux urgences en une journée** et **160 à 220 hospitalisations quotidiennes** après passage aux urgences, dont environ 60 % concernaient des patients âgés de 75 ans et plus.

Dans ce contexte, le **Bilan Infirmier de Prévention Canicule (BIPC)** vise à repérer précocement, au domicile, les situations à risque avant la décompensation : déshydratation, hyperthermie, hypotension, confusion, isolement, iatrogénie médicamenteuse, logement surchauffé, absence d'aidant ou rupture de surveillance.

L'hypothèse de modélisation retenue repose sur un déploiement initial volontairement réaliste : **10 000 BIPC ciblés**, rémunérés **30 €** chacun, soit un investissement total de **300 000 €**.

Cette hypothèse correspond à une première campagne nationale limitée, centrée sur les patients les plus vulnérables. Elle ne suppose pas une mobilisation massive de l'ensemble des infirmiers libéraux, mais une expérimentation structurée sur des territoires fortement exposés.

Hypothèses de coûts retenues

Les coûts unitaires utilisés ci-dessous sont des hypothèses prudentes, destinées à produire une première estimation médico-économique. Ils devront être consolidés dans le cadre d'une étude SNDS/PMSI, notamment par l'identification des séjours hospitaliers réellement associés aux diagnostics de déshydratation, hyperthermie, hyponatrémie ou insuffisance rénale aiguë en période de canicule.

Événement évitable	Hypothèse prudente retenue
Passage aux urgences sans hospitalisation	300 €
Hospitalisation courte liée à la chaleur	3 000 €
Admission en réanimation / soins critiques	12 000 €
Sortie SMUR évitée	1 300 €
Régulation SAMU / appel complexe	80 €
Transport sanitaire évité	100 €
Ré hospitalisation précoce évitée	3 000 €
Journée d'hospitalisation évitée	800 €

Ces montants ne doivent pas être confondus avec le **forfait patient urgences**, fixé à 23 €, qui correspond uniquement à la participation forfaitaire facturée au patient ou à sa complémentaire, et non au coût réel complet d'un passage aux urgences pour le système de soins.

Pour le SAMU-SMUR, la Cour des comptes évalue le coût global des dispositifs Samu-Smur à environ **1,20 milliard d'euros**, avec **14,2 millions de dossiers de régulation médicale** et environ **750 000 sorties SMUR**. Ces données permettent de retenir des hypothèses prudentes de valorisation pour une régulation complexe ou une sortie SMUR évitée, sans prétendre produire un tarif officiel unique.

Scénario central : impact direct du BIPC

Pour 10 000 BIPC réalisés chez des patients à haut risque, le scénario central retient l'hypothèse suivante :

Événements évités	Nombre estimé	Coût unitaire retenu	Économies estimées
Passages aux urgences évités	500	300 €	150 000 €
Hospitalisations évitées	120	3 000 €	360 000 €
Admissions en réanimation évitées	10	12 000 €	120 000 €
Total économies directes			630 000 €

Pour un coût initial de **300 000 €**, les économies directes estimées atteindraient donc **630 000 €**, soit un **gain net direct de 330 000 €**.

Le retour sur investissement direct serait ainsi de :

1 € investi = 2,10 € d'économies directes potentielles.

Scénario élargi : intégration des coûts complémentaires évitables

L'analyse directe reste volontairement conservatrice, car elle ne prend pas en compte l'ensemble des coûts associés aux décompensations liées à la chaleur. Or, chez les patients âgés ou fragiles, un épisode de déshydratation ou d'hyperthermie peut également entraîner des appels au 15, des régulations médicales complexes, des sorties SMUR, des transports sanitaires, des consultations médicales non programmées, des ré hospitalisations précoces ou un allongement de la durée de séjour.

En intégrant une partie de ces coûts complémentaires, le scénario élargi peut être estimé ainsi :

Événements complémentaire s évités	Nombre estimé	Coût unitaire retenu	Économies estimées
Régulations SAMU / appels complexes évités	200	80 €	16 000 €

Événements complémentaires évités	Nombre estimé	Coût unitaire retenu	Économies estimées
Sorties SMUR évitées	20	1 300 €	26 000 €
Transports sanitaires évités	150	100 €	15 000 €
Ré hospitalisations précoces évitées	30	3 000 €	90 000 €
Consultations médicales non programmées évitées	250	30 €	7 500 €
Journées d'hospitalisation évitées	100	800 €	80 000 €
Total économies complémentaires			234 500 €

Par prudence, cette estimation peut être arrondie à **240 000 € d'économies complémentaires potentielles**.

Synthèse médico-économique

Poste	Montant
Coût des 10 000 BIPC	-300 000 €
Économies directes estimées	+630 000 €
Économies complémentaires estimées	+240 000 €
Économies totales potentielles	+870 000 €
Gain net potentiel	+570 000 €

Ainsi, dans un scénario central élargi, **10 000 BIPC ciblés pourraient générer environ 870 000 € d'économies potentielles**, pour un investissement initial de 300 000 €.

Le gain net potentiel serait donc de **570 000 €**.

Le retour sur investissement estimatif serait de :

1 € investi = 2,90 € d'économies potentielles.

Décès évitables : un bénéfice humain inestimable

Les décès évitables ne sont volontairement pas intégrés au calcul financier principal. Ce choix méthodologique permet d'éviter toute présentation réductrice ou contestable de la valeur d'une vie humaine.

Le coût d'une vie humaine **n'est pas et ne veut pas être mesurable** dans le cadre de cette étude. Aucune modélisation économique ne peut ni ne doit réduire une existence, une famille, une histoire ou une perte humaine à une ligne comptable.

Chaque décès évité représente avant tout une personne préservée, une famille épargnée, une perte de chance évitée et une responsabilité collective assumée.

Pour autant, la prévention des décès liés à la chaleur constitue le bénéfice sanitaire le plus important du BIPC. Au-delà du retour sur investissement économique, le dispositif vise à réduire les pertes de chance, à sécuriser le maintien à domicile et à éviter des décompensations parfois fatales chez des patients déjà identifiés comme vulnérables.

Conclusion

Le BIPC Canicule ne doit pas être analysé comme une dépense supplémentaire, mais comme un **investissement de prévention ciblé**.

Avec un coût unitaire modéré de **30 €**, une campagne initiale de **10 000 bilans** représenterait un investissement de **300 000 €**. Selon une modélisation prudente, ce dispositif pourrait générer jusqu'à **870 000 € d'économies potentielles**, soit un **gain net estimé à 570 000 €** pour l'Assurance Maladie et la collectivité.

Ces estimations restent à consolider par une expérimentation territoriale reposant sur les données SNDS, PMSI, SAMU-SMUR et Santé publique France. Néanmoins, elles démontrent qu'un acte infirmier préventif, ciblé sur les patients à haut risque, pourrait constituer un levier concret de réduction des recours évitables aux urgences, aux hospitalisations et aux soins critiques.

Il convient également de rappeler que cette modélisation ne mesure volontairement pas la valeur d'une vie humaine : elle évalue uniquement les coûts évitables pour le système de soins, tandis que la préservation d'une vie demeure, par principe, inestimable.

Le BIPC répond ainsi à une double exigence : **protéger les patients vulnérables à domicile** et **réduire les coûts évitables pour le système de santé**.

Bibliographie et sources principales

[R1] Santé publique France / Ministère de la Santé. Dossier national Mon Bilan Prévention : priorité gouvernementale de prévention, politique publique globale de prévention et plan personnalisé de prévention. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/656518/4403857?version=1>

[R2] Assurance Maladie. Mon Bilan Prévention par les infirmiers : prise en charge, facturation et code RDI. <https://www.ameli.fr/infirmier/sante-et-prevention/bilan-prevention-ages-cles>

[R3] Météo-France. Trajectoire de référence pour l'adaptation au changement climatique (TRACC), rapport partie 2 : projections climatiques, vagues de chaleur, horizons 2050 et 2100. <https://meteofrance.com/sites/meteofrance.com/files/files/editorial/rapport-trajectoire-rechauffement-adaptation-changement-climatique-partie-2.pdf>

[R4] Santé publique France. Canicule et santé en France. Bulletin national du 24 juin 2026. <https://www.santepubliquefrance.fr/climat/fortes-chaleurs-canicule/bulletin-national/canicule-et-sante-en-france-bulletin-du-24-juin-2026>

- [R5] Santé publique France. Communiqué relatif à l'épisode caniculaire exceptionnel et à l'augmentation des décès, juin 2026.
- [R6] Hémon D., Jouglu E., Inserm / InVS. Surmortalité liée à la canicule d'août 2003 en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire.
- [R7] ORS Île-de-France. Conséquences sanitaires de la canicule d'août 2003 en Île-de-France.
- [R8] Hooper L. et al. Clinical symptoms, signs and tests for identification of impending and current water-loss dehydration in older people. Cochrane/Systematic review, 2015. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009647.pub2>
- [R9] NICE. Intravenous fluid therapy in adults in hospital, Clinical guideline CG174. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg174>
- [R10] ESPEN. Practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics, 2022. <https://www.espen.org/guidelines-home/espen-guidelines>
- [R11] Code de l'action sociale et des familles, article L. 121-6-1 : registre communal des personnes vulnérables. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006796555
- [R12] Ministère de la Santé. Dispositifs d'appui à la coordination (DAC). <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/>
- [R13] Ministère de la Santé. Service d'accès aux soins (SAS). <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/>
- [R14] Ministère de la Santé. Organisation de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN). <https://sante.gouv.fr/professionnels/article/organisation-de-la-reponse-du-systeme-de-sante-aux-situations-sanitaires>
- [R15] Loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 relative à la profession d'infirmier. <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [R16] Décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025 relatif aux activités et compétences de la profession d'infirmier. <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [R17] Arrêtés du 26 juin 2026 relatifs aux actes, soins et prescriptions infirmières. <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [R18] Décret n° 2025-371 du 22 avril 2025 relatif aux conditions d'établissement des certificats de décès par les infirmiers diplômés d'État. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051515699>
- [R19] Le Monde. Articles des 24 et 26 juin 2026 sur la pression hospitalière, le SAMU et les signaux de saturation pendant l'épisode caniculaire. <https://www.lemonde.fr/>
- Note : les données 2026 citées dans ce document étaient indiquées comme non consolidées par Santé publique France au moment de leur publication. Elles doivent être actualisées avant toute diffusion institutionnelle définitive.

