

Contribution de la Fédération Nationale des Infirmiers

FNI

Fédération Nationale des Infirmiers

Siège social : 7, rue Godot-de-Mauroy – 75009 PARIS – Tél. : 01 47 42 94 13 Internet : <http://www.fni.fr> – E-mail : fni@fni.fr

3 juillet 2024

Quelle est aujourd'hui, en 2024, votre perception de notre système de santé ?

Selon la manière dont on se place pour observer ce système de santé, les perspectives peuvent être très différentes. La Fédération Nationale des Infirmiers est très prudente par rapport aux prophéties négatives auto réalisatrices ... À se convaincre que tout va mal, on finit par y croire. Pour évacuer les artefacts nés de la vision négative sur notre système de santé, nous dirons simplement qu'il suffit de voyager un peu dans le monde pour comprendre que notre système, s'il n'est pas le plus performant en termes d'efficacité, est un système qui joue un rôle d'amortisseur social indéniable au niveau de notre pays.

Mais l'État providence a ses limites dans une économie globalisée et mondialisée. La part des ressources consacrées à ce système par rapport au PIB n'a jamais été aussi importante et pourtant sa situation continue de se dégrader. D'aucuns diront qu'il y a une décorrélation entre des besoins grandissants et des ressources qui ne suivent pas.. Ce postulat, de notre point de vue, mérite d'être nuancé. Alors où est le vrai problème ? Et quels sont les éléments qui produisent la situation actuelle ?

La quête de sens :

Nous choisissons pour la majorité d'entre-nous nos métiers respectifs sur des éléments qui ont trait à ce qui constitue chaque cœur de métier et bien souvent sa représentation sociale.

Aujourd'hui les éléments cœur de métier sont moribonds voir morts tout court : La plupart, voire l'intégralité, des soignants sont aujourd'hui confrontés à la production de données de plus en plus normées, cette production débouche sur des outils d'allocation de ressources avec les corollaires que cela implique. Dans les années 80, le PMSI a lancé la danse à l'Hôpital. Insidieusement, le phénomène a contaminé la médecine de ville avec l'instauration de la ROSP pour les médecins en 2011. Le principe est louable, nous pensons à la FNI, que c'est sa traduction opérationnelle qui aujourd'hui est insupportable pour nombre de médecins et d'autres professionnels de santé. De manière caricaturale si on aboutit à passer plus de temps à justifier de son activité qu'à la réaliser, la perte de sens n'est pas loin.

Aujourd'hui les représentations sociales sont bafouées : L'émergence d'internet et des réseaux sociaux, la mise à disposition de savoir sans filtre, la sacralisation de la parole de l'utilisateur participant à l'affaiblissement des représentations sociales de nombreux métiers. Celui des médecins de manière peut-être plus aiguë. Cela participe à la propagation des prophéties négatives auto réalisatrices citées précédemment.

La rupture du contrat :

Premier point : Les conventions sont des contrats qui régissent les rapports entre l'assurance maladie et les professions de santé conventionnées. S'il y a encore quelques années, aucun service central, aucune administration, aucun politique n'aurait osé justifier les contraintes imposées aux professionnels de santé par le fait que leurs revenus sont solvabilisés sur des fonds publics, aujourd'hui c'est devenu la règle.

Cette règle aboutit à des contrats asymétriques dans lesquels l'assurance maladie a les coudées franches. La FNI reste très attachée au contrat conventionnel mais elle appelle de ses vœux une rénovation de ce contrat en rétablissant une symétrie entre partenaires conventionnels.

Second point : la manière dont le travail est aujourd'hui perçu a évolué. Les « effets 35h » n'échappent à aucune composante sociale. La carrière et ce que cela induit, ne sont plus plus l'alpha et l'oméga des projets de vie pour la

majorité des jeunes qui arrivent sur le marché du travail. Ces deux points participent activement à ce que nous qualifions de rupture du contrat.

Ce sont les éléments parmi d'autres que nous voulons mettre en relief et la liste est loin d'être exhaustive...

Nous sommes dans un système dans lequel chaque rouage est interdépendant. Nous sommes dans un système qui, d'accord ou pas d'accord, va muter profondément au gré des contraintes subies. C'est une évolution Darwinienne, et la double contrainte qui nous concerne tous et toutes est la suivante : Les difficultés d'accès aux soins et la transition démographique dans un contexte financier très affecté

Finalement, pour répondre à la question posée, nous avons une perception nuancée mais lucide sur l'état de notre système de santé. Cette perception protéiforme est génératrice de malaises. Répondre à cette question sans s'être interrogé sur la fin de l'État providence, une forme d'effondrement plus global du système social, la nécessaire exploration de gisements d'économies ne suffit pas.

Il existe un creusement inéquitable des allocations de ressources tant en intersectoriel (ville/hôpital) qu'en interprofessionnel (médecins/autres professions de santé). Les différents points soulevés dans la réponse catalysent une situation de malaise profond qui est à l'origine des différents mouvements qui secouent aujourd'hui toutes les professions de santé.

Notre sentiment aujourd'hui est qu'il y a de l'argent injecté, que cet argent n'est pas toujours bien fléché et qu'il existe une forme d'évaporation dont tout le monde se fout. Dernier point et pas des moindres, la transition démographique (vieillesse de la population) et ses conséquences sur le système de santé n'est absolument pas anticipée. C'est une source d'inquiétudes importantes au niveau de notre Fédération.

Comment décririez-vous les missions confiées aux médecins généralistes ?

Dans le contexte que nous venons de décrire, il y a une hypocrisie qui persiste : La Charte de l'exercice libéral de 1927, toujours inscrite dans le code de la sécurité sociale (**article L. 162-2 du code de la sécurité sociale**) a-t-elle toujours un sens ?

Les 3 lois cadres publiées depuis 2009 s'inscrivent, de notre point de vue, dans un continuum cohérent. A ceci près qu'elles s'affranchissent des éléments contextuels dans lesquels elles s'inscrivent.

La Loi de janvier 2016 constitue à ce titre une forme d'apogée ! Dans un contexte de désertification médicale qui devient de plus en plus prégnant le médecin généraliste se voit confier de plus en plus de prérogatives (médecin pivot de la coordination). Cette loi confortée par la loi « Ma santé 2022 » aboutit à une injonction qui peut paraître paradoxale :

Charger la barque de médecins de plus en plus overbookés et dans le même temps explorer des gisements de gains de temps médical utile !

Les principales missions confiées par les textes au médecin traitant sont les suivantes :

- Assurer un 1er niveau de recours aux soins et coordonner le suivi médical
- Orienter les patients dans le parcours de soins coordonnés
- Établir un protocole de soins pour une affection de longue durée
- Assurer une prévention personnalisée (vaccination, conseils santé en fonction du style de vie des patients...).

Dans le contexte de raréfaction des ressources que nous connaissons, le médecin généraliste peut-il à lui seul remplir ces missions ? Là encore la FNI a une réponse nuancée à la question. Nous pensons qu'il convient de mettre en synergie les atouts des différents acteurs du système de santé pour que ces différentes missions soient efficacement remplies au bénéfice du patient.

Le postulat asséné aujourd'hui porte sur les gains de temps médical utile. Nous pensons à la FNI que dans l'éventail des missions initialement confiées au médecin traitant d'autres professionnels peuvent constituer un réservoir d'accès à un 1er niveau de recours aux soins.

Il ne s'agit pas pour nous de plaider pour le remplacement des médecins généralistes par des acteurs moins qualifiés, il s'agit d'avoir la capacité d'apporter une primo réponse aux citoyens qui ont de plus en plus de difficultés dans l'accès aux soins.

La Fédération Nationale des Infirmiers a été le premier artisan de la création du statut d'« infirmier référent ». Ce statut ne vise pas à affaiblir les prérogatives du médecin traitant et encore moins à se substituer à elles. En masse critique de prises en charge, nous pensons que le triptyque socle « médecin traitant, pharmacien correspondant, infirmier référent » constitue un levier de réorganisation des prises en charge, notamment au niveau des patients chroniques stabilisés.

Quels sont les atouts des pharmaciens et des infirmiers libéraux ? Tirons des leçons de la crise sanitaire : la surface d'affichage des pharmaciens est de loin la plus importante des acteurs du système de santé de ville. Les infirmiers

libéraux sont les derniers professionnels de santé à se déplacer de manière quotidienne ou pluri quotidiennes au domicile des patients.

Nous pensons à la FNI que dans l'éventail des missions initialement confiées au médecin traitant d'autres professionnels peuvent également assurer une prévention personnalisée.

Au-delà de la représentation portée, nous récusons le terme de « chef d'orchestre » largement utilisé par les organisations représentatives des médecins pour une raison simple c'est que là où il n'y a pas de chef d'orchestre il n'y aura pas de concert.... Ce que nous disons c'est que dans la situation traversée, il est illusoire de penser que chaque territoire sera doté d'un orchestre symphonique et que dans ce cadre il convient de se préparer avec les moyens que nous aurons pour affronter le double défi de l'explosion des maladies chroniques et du vieillissement de la population.

En tant que professionnels travaillant en lien avec les médecins généralistes, quels rôle(s) et tâche(s) attendez-vous des médecins généralistes ?

Nous récusons le terme de tâches qui assimile la prise en charge des patients à une successions d'activités sans liens entre-elles et à une activité tâcheronne des professionnels de santé.

Le diagnostic médical doit être sacralisé, la médecine clinique doit revenir au cœur de l'exercice des médecins généralistes. L'expertise médicale ne peut être remplacée.

Mais dans le contexte de difficultés d'accès aux soins, le médecin généraliste ne peut plus être l'unique « gate keeper » du système de santé.

Nous sommes fortement attachés au statut libéral des infirmières, nous sommes inquiets des velléités portées par la nouvelle convention médicale d'intégrer des « infirmières-assistantes médicales » dans les cabinets de généralistes. En l'absence de précisions demandées, ces unités de soins de proximité sont de nature à déséquilibrer le maillage territorial opéré aujourd'hui par les infirmières et infirmiers libéraux.

Que des assistants médicaux soulagent les médecins dans la préparation des consultations est une chose, qu'on mette en place ces unités en est une autre.

Notre profession ne revendique pas de consultation infirmière au sens généraliste du terme. Elle attend des médecins une reconnaissance d'expertises périmétrées sur la prise en charge des plaies chroniques, sur l'éducation thérapeutique, sur la prévention, sur les prises en charge addictives par exemple.

Dans ce cadre, le terme même de consultation comme de diagnostics ne doivent pas faire l'objet de confiscation sémantique de la part du corps médical. Il existe des diagnostics infirmiers, il peut exister des consultations infirmières périmétrées.

Notre souhait est de nous affranchir d'une forme de tutelle paternaliste éculée, de travailler en étroite collaboration avec les médecins généralistes qui doivent être en mesure de compiler toutes les informations utiles pour poser leurs diagnostics et animer les parcours patients. En aucun cas de nous substituer à eux.

Un exemple pour finir : depuis 2019 (avenant N°6 à la convention infirmière) la prise en charge des patients en situation de dépendance fait l'objet d'un Bilan de Soins Infirmiers accessible aux médecins généralistes prescripteurs de bilans. Le nombre de médecins qui valide ces bilans se situe dans l'épaisseur du trait... Cette contre signature facultative est-elle toujours utile quand on sait que ces prises en charge se situe sur le rôle propre infirmier inscrit dans le Code de la Santé Publique ? (Articles R4311-1 à D4311-15-2).