

# Fédération Nationale des Infirmiers



## COPIL Expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé

### Commentaires de la Fédération Nationale des Infirmiers

#### Sur le module 1 proposé en COPIL le 15/10/09 :

La Fédération Nationale des Infirmiers a étudié avec intérêt les documents de présentation des modules 1 et 2 qui seront soumis à la validation du comité de pilotage « expérimentations nouveaux modes de rémunération » le 15 octobre prochain.

La Fédération Nationale des Infirmiers s'interroge sur les réelles motivations du ministère de la Santé à encourager les modes d'exercice inventifs. L'étude de la comparaison internationale financée par la Direction de la Sécurité Sociale du ministère de la Santé dans le cadre des travaux de l'IRDES sur l'organisation des systèmes de santé peut être de nature à éclairer le lecteur.<sup>1</sup>

La Fédération Nationale des Infirmiers s'inquiète des parallèles observables en termes de graduations des dispositifs dans les différents pays qui promeuvent les regroupements de médecins généralistes. Dans aucun de ces pays, les infirmières qui intègrent ces regroupements n'ont un statut indépendant, elles sont toutes salariées, pire, en Allemagne où la place des « assistantes médicales » est importante, celles-ci y effectuent des travaux de secrétariat médical (prise de rendez-vous, préparation des consultations, tenue des dossiers, délivrance de prescription...) et des tâches cliniques de technicité limitée (ablation de points de suture, réalisation d'électrocardiogramme, audiométrie simple, pansements, prélèvement de sang, injections, mesure de la pression artérielle...).

Pour la Fédération Nationale des Infirmiers, la construction du module 1 met en relief **la volonté unique de l'Etat de développer la médecine de groupe en soins ambulatoire**, celle-ci étant comparativement à d'autres pays peu développée en France<sup>2</sup>. **Nous entendons par médecine de groupe, le regroupement de médecins généralistes**, l'attachement de professionnels de santé autres que médecins à ces modes d'exercices n'est à ce titre et au regard du contenu du document de travail qu'un alibi secondaire au développement multidisciplinaire des soins primaires.

#### Plusieurs éléments confortent cette thèse :

**Le mécanisme de calcul de la dotation annuelle fixe** déclinée selon quatre classes sur la base de **listes de patients** ayant choisi **comme médecin traitant** l'un des généralistes de la structure concernée. Cette disposition est en cours au Royaume-Uni depuis la fin des années soixante. Cette simple mesure fait l'impasse sur la possibilité de patientèle distincte entre médecins généralistes et professionnels non médecin. Elle introduit de fait, la faible possibilité pour le professionnel prescrit de développer une patientèle en dehors de celle dont disposent le ou les médecins de la structure concernée. Si cette mesure impacte peu au Royaume-Uni où 70 % du salaires des infirmiers sont financés par le National Health Service, quid d'une telle mesure en France où les professionnels prescrits sont rémunérés à l'acte. Est-ce la fin programmée du paiement à l'acte pour les professionnels prescrits au sein de ces structures ?

<sup>1</sup> Article paru dans Questions d'économie de la santé n° 127- novembre 2007

<sup>2</sup> Taux de regroupement en 2007 des généralistes 39% en France contre 92 % au Royaume Uni, 98 % en Suède, 90 % au Québec.

La Fédération Nationale des Infirmiers s'inquiète à juste titre de ce mécanisme d'inscription sur liste qui fera basculer, sans réelle prise de conscience, les professionnels libéraux d'une logique de clientèle vers une logique populationnelle.

**L'architecture de la dotation variable** où le poids d'un professionnel autre que médecin généraliste ne représente que 23,52 % du poids d'un médecin généraliste dans l'octroi de la dotation variable.

Le document précise bien que c'est la structure concernée qui reçoit le forfait et détermine librement les modalités de répartition entre les professionnels qui la composent, nul doute que l'échelle de dotation se transformera très vite en échelle de répartition, potentialisée en cela par le fait que les promoteurs de structures sont dans l'immense majorité des cas des médecins généralistes détenteurs de la majorité des parts sociales dans les structures concernées.

**L'introduction du paiement à la performance essentiellement** basée sur des indicateurs de performance du groupe issus des Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) négociés entre la CNAMTS et les médecins. Sur les 3 catégories d'objectifs proposés<sup>3</sup>, seuls trois indicateurs font appel aux compétences des auxiliaires médicaux.

Par contre, dans les 2 objectifs d'efficience qui sont obligatoires, la diminution des taux d'hospitalisation des patients par rapport à la moyenne nationale sera essentiellement assumée par les auxiliaires médicaux, infirmières et masseurs-kinésithérapeutes qui assurent au domicile des patients les soins qui constituent des alternatives aux hospitalisations.

L'atteinte de cet objectif est extrêmement importante en termes de retour sur investissement pour les promoteurs de ces expérimentations de nouveaux modes de rémunération.

En conséquence, la Fédération Nationale des Infirmiers aurait souhaité que la spécificité de continuité des soins assurée par la profession soit au moins reconnue dans la part variable de la dotation liée à la présence d'auxiliaires médicaux dans la structure.

La Fédération Nationale des Infirmiers souligne que la prime spéciale équivalente à 10 % du forfait expérimental versée en cas de signature de la convention d'expérimentation avant le 30 octobre 2009 conforte les termes de la lettre de mission adressée conjointement par le ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement durable et de l'Aménagement du territoire, le ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, le ministère de la Santé et des Sports, le 18 juin dernier. Cette lettre de mission adressée au Professeur G. Valencien, au Sénateur Juilhard, à Mme Crochemore, présidente de l'ISNAR IMG, et à Mme Touba, présidente du Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux, souligne qu'en dépit des incitations financières existantes, le développement des maisons de santé tarde à se mettre en place. Cette prime spéciale ne fera que potentialiser les effets d'aubaines générés par les dispositifs de financement des maisons de santé au détriment de la qualité des dossiers de candidatures déposés et notamment sur les versants projets professionnels.

## Sur le module 2 proposé en COPIL le 15/10/09 :

### Education Thérapeutique du Patient

**Le financement de programmes d'ETP** constitue une avancée positive pour la Fédération Nationale des Infirmiers. Toutefois, nous considérons que son mode de financement est de nature à engendrer des crispations dans le fonctionnement et la mise en place des programmes d'ETP. Le document précise là encore que c'est la structure concernée qui reçoit le forfait et détermine librement les modalités de répartition entre les professionnels qui la composent, nous risquons encore une fois de tomber dans le travers décrit plus haut<sup>4</sup>.

La Fédération Nationale des Infirmiers regrette que le décret prévu à l'article 84 de la Loi HPST déterminant les **compétences nécessaires pour dispenser l'ETP** ne paraisse formellement en aval du travail réalisé par le COPIL, la signature d'un engagement de formation auprès de la MRS sans visibilité réelle sur le contenu d'un tel décret.

---

<sup>3</sup> Qualité des soins, travail coordonné pluriprofessionnel, efficience.

<sup>4</sup> L'architecture de la dotation variable

Nous avons cependant eu accès au **projet** de décret qui insère au sein du chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique, dans la section 3, un article précisant les compétences requises par un professionnel de santé pour dispenser l'ETP :

« 1° *Compétences relationnelles ;*

« 2° *Compétences pédagogiques et d'animation ;*

« 3° *Compétences méthodologiques et organisationnelles ;*

« 4° *Compétences biomédicales et de soins.*

« *Ces compétences s'exercent de façon pluridisciplinaire et partagée au sein d'une équipe de professionnels. »*

Un article de ce projet de décret précise qu'un référentiel déclinant les compétences pour développer une démarche d'éducation thérapeutique du patient et préciser les conditions nécessaires à leur acquisition fera l'objet d'un arrêté du ministre chargé de la santé.

La Fédération Nationale des Infirmiers regrette que pour des contingences d'agenda, le ministère pousse le COPIL à mettre « la charrue avant les bœufs »....

**Les engagements demandés par le ministère aux éventuels candidats**, notamment sur le contenu du programme, nous paraissent un peu courts, il y est fait référence uniquement au nombre de séances individuelles et au nombre de séances collectives. Les indicateurs de suivi sont beaucoup plus d'ordres quantitatifs que qualitatifs, le contenu des supports pédagogiques est très peu développé dans le document, tout juste une proposition de programmes d'ETP types pour certaines pathologies s'appuyant sur des programmes existants, le référentiel INPES et ceux de la Haute Autorité de Santé ... au fur et à mesure de leur parution.

Fait à Paris, le 12 Octobre 2009