

# "Séjour de la Santé"



Les propositions de la  
Fédération Nationale  
des Infirmiers

**fni**  
Fédération  
Nationale  
des Infirmiers  
[www.fni.fr](http://www.fni.fr)

## Propos liminaires :

Notre système de santé souffre de deux tares que sont **le médico centrisme et le structuro centrisme. La sur représentation médicale dans ce comité et la sur représentation des structures dans ce comité augurent de conclusions qui nous inquiètent....**

Plusieurs intervenants ont insisté sur le fait que notre système de santé ne repose pas que sur des établissements et des structures et encore moins sur le seul corps médical...

Il nous faut changer de paradigme et des mesures parfois simples peuvent y contribuer. Un système est composé d'engrenages et ne s'occuper que de quelques engrenages induirait un grippage du dispositif et conduirait les réformes engagées dans un immobilisme opérationnel.

Dans un contexte où les postulats socles reposent sur la collaboration, la coordination, la pluri professionnalité, il est inconcevable que le terme d'auxiliaire médical perdure dans les textes réglementaires qui nous régissent. Ce terme pèse sur l'inconscient collectif du système tout entier et potentialise le médico centrisme exposé précédemment.

C'est pour cette raison que la Fédération Nationale des Infirmiers demande l'abrogation du terme auxiliaire médical du Code de la santé publique pour le remplacer par celui de praticien de santé. Nous sommes tous des praticiens de santé et quand il s'agira de préciser une mesure pour une profession particulière, il conviendra de la nommer en spécialité.



## Pilier 2 : Investissement Modèle de financement

### 1- Sur la construction de l'ONDAM :

La crise sanitaire a mis en relief un pilotage éclaté et essentiellement dual de notre système de santé. C'est de notre point de vue, dans la segmentation de l'ONDAM qu'il faut chercher et trouver les causes de ce pilotage éclaté préjudiciable en contexte de crise sanitaire majeure.

En effet et schématiquement entre les soins de ville gérés par l'assurance maladie, les établissements de santé relevant de la Direction Générale de l'Offre de soins et en région des Agences Régionales de Santé, la gestion de la crise a mis en lumière des défauts de communication qui ont freiné et provoqué des retards à l'allumage de certaines mesures qui visaient à articuler des interventions décloisonnées notamment entre la médecine de ville et les établissements médico-sociaux mais également dans le cadre de la mise en place des centres dédiés Covid-9 et aujourd'hui des centres de dépistages massifs.

L'architecture de l'ONDAM et ses modalités de régulation ont de notre point de vue potentialisé des distorsions sur le terrain.

Le découpage actuel de l'ONDAM en 7 sous objectifs donc 7 sous enveloppes ne permet pas d'ajustements des structures de dépenses.

Ainsi dans le cadre des effets recherchés du virage ambulatoire posé par la stratégie nationale de santé, une part de transfert d'activité de l'Hôpital vers la Ville est recherchée.

Or aujourd'hui, dans le cadre de transfert d'activité de l'hôpital vers la ville, l'hôpital respecte son enveloppe et ne subit pas de régulation alors que la ville doit «rendre» l'équivalent du dépassement d'enveloppe, ce qui n'est pas logique.

Répartition de l'Ondam 2020 par sous-objectifs

	Objectif de dépenses pour 2019	Objectif de dépenses pour 2020	Taux de progression
Soins de ville	91,5 Md€	93,6 Md€	+2,4%
Etablissements de santé	82,7 Md€	84,2 Md€	+2,1%
Etablissements et services médico-sociaux	20,7 Md€	21,6 Md€	+2,8%
Fonds d'intervention régional (FIR)	3,5 Md€	3,5 Md€	+1%
Autres prises en charge (soins à l'étranger, établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, notamment en matière d'addictologie)	1,9 Md€	2,4 Md€	+5,2%
<b>Total</b>	<b>200,3 Md€</b>	<b>205,3 Md€</b>	<b>+2,3%</b>

**Plusieurs éléments plaident en faveur d'une articulation des modes de régulation entre les différents sous-ensembles de l'ONDAM et du développement d'une régulation plus transversale dans lesquels la prise en compte du fait générateur soit une réalité.**

À ce titre, les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) constituent un exemple. Ces prescriptions relèvent de l'ONDAM soins de ville (En 2016, elles représentaient près du quart de l'ensemble des prescriptions de médicaments, d'actes d'auxiliaires médicaux, de biologie, de dispositifs médicaux et de transports, ainsi que d'indemnités journalières).

Ceci est de nature à plaider pour une fongibilité des enveloppes plus accentuée et une cogestion des enveloppes décloisonnée entre l'assurance maladie et la DGOS.

Il serait de notre point de vue opportun de développer au sein de l'ONDAM des **dispositifs de fongibilité asymétrique, principe comptable établi en France par la Loi organique relative aux lois de finances.**

## 2- Sur la dotation populationnelle et les ORDAM :

Une réforme qui pousserait la mise en place d'une dotation populationnelle ne peut aboutir à une amélioration du système qu'à la condition d'un fléchage très précis des fonds alloués.

En ville cette dotation populationnelle doit être corrélée à des missions de santé publique qui s'accordent sur des objectifs d'amélioration de l'état de santé de la population.

À ce titre, la vaccination est un bon exemple : le taux de couverture vaccinale est un indicateur assez facile à mesurer et est de nature à soulager des tensions saisonnières ou non sur l'ensemble du système de santé.

**La Fédération Nationale des Infirmiers reste très attachée au conventionnement national. La régionalisation de l'ONDAM peut induire des effets néfastes sur l'accès aux soins.**

**La Fédération Nationale des Infirmiers est opposée à la mise en place d'un ORDAM qui inclurait le financement de l'activité des infirmiers libéraux dans la totalité de son champ. Elle considère que les dotations populationnelles doivent être réservées aux champs populationnels.**

La mise en place de conventions régionales qui affaibliraient la portée des conventions nationales, est de nature à induire des iniquités inter régionales et potentialiserait de possible distorsions d'accès aux soins.

La prise en compte des spécificités régionales plaide pour un abondement plus important du Fond d'Intervention Régional à certaines conditions :

- Que les fonds FIR ne se limitent pas pour la Ville au financement de mesures d'orientation de la politique nationale de santé (CPTS, MSP...) mais tiennent plus compte des spécificités régionales en termes de santé publique.
- Que les fonds FIR ne se limitent pas pour l'Hôpital à une variable d'ajustement budgétaire.

### 3- Sur la mise en place de filières captives de patients.

Si le libre choix de son praticien par le patient reste un postulat socle de notre système de santé, le phénomène d'ubérisation rampante du système fait planer des risques importants sur ce libre choix. De nombreux établissements de santé contractualisent avec des prestataires en adressage de sortie hospitalière et leurs objectifs commerciaux sont sans ambiguïté.

Le décloisonnement Ville Hôpital repose d'abord sur une confiance mutuelle, cette confiance est mise à mal par des adressages de patients en sortie d'hospitalisation qui échappent aux infirmiers référents du patients.

Des filières captives s'organisent entre elles et désorganisent le tissu libéral des infirmiers.

La Fédération Nationale des infirmiers demande un audit des modalités d'adressage de patients en sortie d'établissement et une transparence des contrats d'adressage patients en sortie d'établissements. Elle propose la création d'une commission mixte (Hôpital/Ville) de contrôle des adressages hospitaliers et SSR. Cette commission aurait pour objectif de valider les modalités d'adressage des services. Cette mesure est de nature à potentialiser l'articulation hôpital ville en relation avec les CPTS.

### 4- Sur les modalités de financement de l'activité des infirmiers libéraux dans les prises en charges réalisées par les SSIAD et les EHPAD .

Les effets pervers des modalités de financement des soins réalisés dans le cadre de la perte d'autonomie à l'échelle des territoires ne sont plus à démontrer.

Le financement des soins infirmiers réalisés dans le cadre de la prise en charge de la dépendance sont effectués selon deux modalités :

- 1-1 Soit par convention sous seing privé avec des structures de type SSIAD. Dans ce cadre, c'est la convention qui détermine les modalités de facturation des prestations effectuées par l'infirmier signataire qui les facture à la structure SSIAD. Le montant des actes réalisés dans ce cadre sont donc imputés sur les dotations financières du SSIAD.
- 1-2 Soit à l'acte et sous le régime de la convention nationale des infirmiers aux tarifs négociés. Les actes sont dans ce cadre directement facturés à l'assurance maladie.

Dans le premier cas, l'inclusion des actes infirmiers dans les dotations SSIAD amène une **sélectivité des patients pris en charge dans ces structures**. Les patients ayant des charges récurrentes en soins infirmiers sont très souvent écartés des files actives de patients (Exemple les patients diabétiques, les patients nécessitant des soins pluriquotidiens...)

De plus l'aménagement hétérogène des conventions sous seing privé par les directions locales des SSIAD crée des **distorsions en termes d'accès aux soins**.

**Dans ce contexte et dans de très nombreux territoires, les SSIAD et les infirmiers libéraux interagissent en concurrence plus qu'en complémentarité.**

La Fédération Nationale des Infirmiers demande une externalisation du financement des soins infirmiers réalisés par le secteur libéral dans le cadre de prise en charge conjointe avec les SSIAD et la possibilité de les facturer directement à l'assurance maladie. Cette mesure a fait l'objet d'une dérogation du 06 mars au 10 juin dans le cadre de la pandémie.  
La FNI ne revendique pas les majorations obtenues dans le cadre dérogatoire.

Une telle mesure est de nature à recentrer les SSIAD sur leur objet initial posé en 1981 (alternative à l'Hospitalisation). Les modalités de financement lèveraient les freins financiers à une meilleure collaboration sur les territoires et optimiseraient les prises en charge conjointes favorisant ainsi de meilleures garanties de maintien à domicile des patients âgés.

Cette optimisation sera également de nature à réduire les files actives des services hospitaliers qui n'ont pas vocation à réaliser des prises en charge longues de patients âgés chroniques.

De même le décloisonnement du médico-social passe par une révision des conventions tripartites au niveau des EHPAD. Là aussi la crise sanitaire a mis en relief les limites de ces conventions en état d'urgence sanitaire. L'intervention des infirmiers libéraux en appui dans les EHPAD a permis de faire face aux prises en charge dans ces structures sous médicalisées.

La Fédération Nationale des Infirmiers demande un aménagement des conventions tripartites EHPAD qui permettrait la re médicalisation de ces structures.  
Cette re médicalisation pourrait être pensée à l'échelle territoriale et dans le cadre du projet de santé des CPTS. Cette mesure serait de nature à impliquer les professionnels et à décloisonner le secteur sanitaire et médico-social.

## 5- Sur la portabilité des logiciels métiers

Le secteur des éditeurs de logiciel métier est traversé par de nombreux mouvements d'hyper concentration à l'échelle européenne.

Ces phénomènes sont de nature à mettre en place de véritables hégémonies commerciales et des monopoles à l'échelle européenne, prémices d'une ubérisation de notre système de santé.

La Fédération Nationale des Infirmiers demande une application pleine et entière des dispositions de l'article 20 du RGPD pour les éditeurs de logiciels métiers.  
Les infirmiers libéraux doivent être en mesure de pouvoir changer de logiciel métier à leur convenance. Aujourd'hui, les freins instaurés par certains éditeurs de logiciels sont tels qu'ils découragent tout professionnel à changer d'éditeur.  
Cette portabilité incluant toutes les données contenues dans le progiciel devrait avoir la souplesse de celles imposées dans le secteur des assurances, de la banque ou de la téléphonie.

## 6- Sur la dispense d'avance de frais

La crise sanitaire engendre une crise économique sans précédent, synonyme d'un renoncement aux soins accru, potentiellement chez un français sur quatre. Aussi, dispenser les patients du paiement des honoraires médicaux est synonyme d'un accès aux soins facilité. En outre, cela constituerait un amortisseur social qu'il pourrait être opportun d'actionner pleinement.

C'était l'enjeu du tiers payant généralisé, désormais généralisable mais sa mise œuvre (pour la part des soins non prise en charge par les régimes obligatoires), sous la gouvernance exclusive des organismes complémentaires d'assurance maladie, ne pouvait rencontrer l'adhésion de nos consœurs et confrères : un système de droit privé a, en effet, été construit (L'association InterAMC porte la solution de tiers payant des assureurs, mutuelles et instituts de prévoyance) par ces acteurs, pour leur seul bénéfice.

Pourtant, les professionnels de santé sont prêts à s'engager pour concrétiser cette dispense d'avance de frais, pour les patients titulaires d'un droit à la complémentaire santé, a minima pour tous les actes que nous facturons au tarif opposable. Plusieurs syndicats représentatifs ont d'ailleurs pris l'initiative de proposer à l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM) un cadre conventionnel de négociation, proposition qui a été déclinée.

Aussi, et pour assurer dès que possible à la population un accès aux soins facilité,

La Fédération Nationale des Infirmiers demande la mise en place d'une solution concertée instaurant une gouvernance partagée et conventionnelle de la dispense d'avance de frais (et de ses modalités pratiques), entre les organismes complémentaires d'assurance maladie et les professionnels de santé. A défaut, seule l'évolution réglementaire nous permettrait collectivement mais plus tardivement, de relever cet enjeu cependant très actuel.



## **Pilier 3 :** **Simplification des organisations** **Et du quotidien**

### **1- Valoriser les solutions numériques qui respectent le libre choix du patient et qui sont portées par les professionnels de terrain.**

Le virage ambulatoire socle de la stratégie de transformation du système de santé voulue par le gouvernement nécessite une bonne articulation de la Ville et de l'Hôpital. Cette articulation passe par des dispositifs d'adressage des patients en sortie d'hospitalisation afin d'éviter des ruptures de prises en charge en sortie d'épisodes hospitaliers.

La Fédération Nationale des Infirmiers a travaillé depuis plus de 4 ans à la mise en place d'un outil d'adressage et de coordination qui respecte le libre choix du patient et met en résonance l'offre et la demande au niveau des territoires.

**Cet outil élaboré en étroite concertation avec plus de 7 URPS infirmières, des Urps de Masseurs Kinésithérapeutes** est opérationnel et s'inscrit dans une démarche éthique. Notre objectif est aussi d'éviter l'ubérisation des professions de santé par des sociétés à vocation commerciale unique.

**Cet outil est soutenu par la Fédération National des Infirmiers et la Fédération Nationale des Orthophonistes.**

L'objet de l'application co construite en inter professionnalité repose sur les valeurs d'usage du produit.

Aujourd'hui se sont plus de 18 000 infirmières et infirmiers libéraux qui sont inscrits sur la plateforme [inzee.care](https://inzee.care).

**Au cœur de la crise sanitaire, sur la période du 26 mars au 26 mai 2020 :**

- Nous avons eu un taux d'inscriptions patients augmenté de 230%
- Une augmentation des inscriptions infirmières de 22%.
- L'inscription de 5 300 orthophonistes soit 25% de l'effectif.
- 780 structures de santé connectées dont 530 EHPAD inscrits pour un total de 1780 coordinateurs.
- Sur cette période près de 16 000 téléconsultations et télésoins ont été réalisés.
- Le site internet d'inzee.care a dépassé les 2 millions de pages vue par mois

L'[outil inzee.care](https://inzee.care) fluidifie le parcours patient, en lien avec l'ARS d'Ile de France il a été déployé sur la totalité des EHPAD de la région au plus fort de la crise pour assurer une continuité des soins dans ces structures, il a induit une réponse réactive et opérationnelle en lien avec les URPS concernées.

**La Fédération Nationale des Infirmiers demande un soutien des tutelles aux outils développés par la profession en termes d'adressage patients et de décloisonnement et qui s'inscrivent dans une démarche éthique qui a fait ses preuves.**



## INZEE.CARE, LA SOLUTION DIGITALE RECONNUE PAR LA PROFESSION

La plateforme **inzee.care** est une solution développée par Idelyo, société française basée à Paris et créée par des professionnels de santé.

Cette application fluidifie le parcours patient en facilitant les échanges entre les patients, les professionnels de santé libéraux et les structures de santé (hôpitaux, cliniques, CPTS, laboratoires d'analyses, établissements médico-sociaux).

Pluri-professionnelle, l'application est utilisée par des médecins, sage-femmes, kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, assistantes sociales.

inzee.care est une solution clé en main, accessible 7J/7 et 24H/24 permettant :

- la mise en relation entre les patients et les professionnels de santé libéraux et les établissements,
- la coordination (chat sécurisé),
- la téléconsultation,
- la gestion des rendez-vous (plannings partagés),
- la gestion des astreintes en EHPAD.

Toutes les données personnelles sont hébergées sur des serveurs en France, certifiés HDS (Hébergement Données de Santé).

Inzee.care est également intégré au programme de santé numérique initié par l'ARS Ile de France (Terrisanté) en collaboration avec les URPS Infirmiers et Kinésithérapeutes.

Inzee.care est soutenu par la FNI (Fédération Nationale des Infirmiers) et la FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes).

[www.inzee.care](http://www.inzee.care)



[Voir la vidéo](#)

Juin 2020



L'équipe inzee.care accompagne les ARS, URPS, associations locales et équipes de soins primaires (ESP) pour leur apporter des solutions concrètes et utiles sur le terrain. Grâce au module d'alertes sanitaires inzee.care, ils continuent d'informer les professionnels de terrain des mesures de précautions et soins à apporter pendant la crise Covid-19.

En outre, les professionnels de santé utilisent quotidiennement les outils inzee.care mis à leur disposition ou développés spécifiquement afin de répondre aux objectifs des projets de soins des :

- Cabinets médicaux et paramédicaux ;
- Cellules de crise, équipes de soins primaires ;
- CPTS ;
- Structures de santé.

Juin 2020

## INZEE.CARE, COVID-19

## 7 points clés

1 - inzee.care a permis de déterminer en quelques heures quelles infirmières étaient disponibles pour les nouveaux soins liés à la crise Covid :

- Prélèvements nasopharyngés PCR ;
- 1/2 journées de dépistage ;
- Prélèvements sérologiques Covid ;
- Téléconsultations Coronavirus ;
- Télésoin - télésoin Covid ;
- Interventions en EHPAD.

2 - La mise à disposition d'un module de téléconsultation et télésoin pour les coordinateurs de soins, médecins, sages-femmes, orthophonistes, infirmiers et kinésithérapeutes en collaboration avec la société Anamnèse.

3 - La mise en place avec les URPS infirmiers d'infirmiers régulateurs au sein des établissements de santé pour les sorties de patients Covid.

4 - La mise en relation entre les EHPAD et les infirmiers et kinésithérapeutes libéraux pour assurer la continuité des soins :

- Gardes et astreintes de nuit en EHPAD ;
- Interventions en EHPAD ;
- Soins palliatifs en EHPAD.

5 - La mise en place d'astreintes de nuit en collaboration avec :

- Les ARS en région Île de France et Grand Est ;
- Les URPS infirmiers ;
- Le réseau associatif de soins palliatifs Grand Est.

6 - La mise à disposition d'un planning partagé de dépistage Covid-19 pour les équipes de soins primaires en ville (laboratoires, médecins, infirmiers...) :

- MSP Léonie Chaptal Athis Mons (91)
- MSP Morsang sur Orge (91)

7 - L'interopérabilité et liens avec les ARS :

- ARS Ile de France et Grand Est (planning des astreintes nuit EHPAD)
- ARS Occitanie (envoi automatisé des statistiques Covid-19)



Juin 2020

## 2- Veiller à une bonne gradation des prises en charge à domicile.

De nombreux établissements de santé s'appuient sur des structures d'HAD pour désengorger leurs services. Les textes règlementaires permettent aux services d'HAD de collaborer avec les SSIAD pour des prises en charge conjointes.

L'inscription de patients dans ces parcours incluent les patients dans des filières captives dont ils ont les plus grandes difficultés à s'extraire.

Cela est de nature à générer sur le terrain des distorsions de concurrence avec le secteur libéral infirmier notamment, ces distorsions nuisent au découplage Ville /Hôpital.

Les relations entre les services d'HAD, les SSIAD et le secteur libéral infirmiers sont très hétérogènes sur le territoire national.

Il est entendu que certaines spécificités locales sont à prendre en compte, il apparaît cependant que sur de nombreux territoires, les distorsions de concurrence nuisent à la prise en charge efficiente du patient.

**La Fédération Nationale des Infirmiers propose l'élaboration de conventions cadres nationales avec les instances représentatives des services d'HAD et des SSIAD qui soient de nature à mieux articuler l'activité du secteur libéral avec ces structures.**



## Pilier 4 : Fédération territoriale des acteurs de santé

### 1- Coordination : Privilégier le pragmatisme au dogmatisme.

La réussite de la territorialisation est conditionnée à une **définition claire et partagée des niveaux de coordination** notamment sur les missions attribuées à ces différents niveaux.

**Équipe de soins primaires** : Coordination clinique de proximité autour du patient

**Communauté Professionnelle Territoriale de Santé** : coordination des parcours et approche populationnelle.

**La coordination recherchée doit avoir prioritairement un impact systémique.** (Relever les défis du grand âge et de l'explosion des maladies chroniques).

Pour être systémique, elle doit s'asseoir sur les acteurs qui assument une vraie continuité des soins. Aujourd'hui seuls les IDEL assument une réelle continuité des soins. La FNI revendique l'appellation d'infirmière et d'infirmier de famille, concept porté par l'OMS et qui serait le pendant du médecin traitant et du pharmacien correspondant.

La FNI considère qu'il convient de mettre en œuvre des mesures qui collent à la réalité des pratiques. Les ESP doivent être assises sur **la responsabilisation d'un triptyque socle composé d'un médecin généraliste, d'un pharmacien et d'un infirmier** auquel peut s'adjoindre selon les profils de prises en charge tout autre professionnel de santé.

**Les définitions des ESP contenues dans la Loi de janvier 2016 doivent être amendées en ce sens.**

La Fédération Nationale des Infirmiers demande une révision des modalités de reconnaissance des ESP hors MSP par les tutelles. La formalisation obligatoire d'un projet de santé à l'échelle granulo-métrique de la CCP est une ineptie. Elle induit de fait, une reconnaissance automatique des MSP de type SISA et exclut de fait les 88% de professionnels qui ne sont pas inclus dans ces structures.

La traçabilité de la coordination des acteurs préside au financement de la CCP. L'utilisation d'outils partagés et l'alimentation du dossier patient formalisent cette CCP.

La structuration des soins primaires est de nature à créer une dynamique efficiente de déploiement des CPTS à l'échelle des territoires. Dans bien des cas ces ESP « reconnues » constitueront les briques élémentaires des CPTS.

## 2- Défi du Grand Age et territoires : Privilégier la complémentarité plutôt que de favoriser la concurrence.

Les effets pervers des modalités de financement des soins réalisés dans le cadre de la perte d'autonomie à l'échelle des territoires ne sont plus à démontrer.

Le financement des soins infirmiers réalisés dans le cadre de la prise en charge de la dépendance sont effectués selon deux modalités :

1-3 Soit par convention sous seing privé avec des structures de type SSIAD. Dans ce cadre, c'est la convention qui détermine les modalités de facturation des prestations effectuées par l'infirmier signataire qui les facture à la structure SSIAD. Le montant des actes réalisés dans ce cadre sont donc imputés sur les dotations financières du SSIAD.

1-4 Soit à l'acte et sous le régime de la convention nationale des infirmiers aux tarifs négociés. Les actes sont dans ce cadre directement facturés à l'assurance maladie.

Dans le premier cas, l'inclusion des actes infirmiers dans les dotations SSIAD amène une **sélectivité des patients pris en charge dans ces structures**. Les patients ayant des charges récurrentes en soins infirmiers sont très souvent écartés des files actives de patients (Exemple les patients diabétiques, les patients nécessitant des soins pluriquotidiens...)

De plus l'aménagement hétérogène des conventions sous seing privé par les directions locales des SSIAD crée des **distorsions en termes d'accès aux soins**.

**Dans ce contexte et dans de très nombreux territoires, les SSIAD et les infirmiers libéraux interagissent en concurrence plus qu'en complémentarité.**

La Fédération Nationale des Infirmiers demande une externalisation du financement des soins infirmiers réalisés par le secteur libéral dans le cadre de prise en charge conjointe avec les SSIAD et la possibilité de les facturer directement à l'assurance maladie. Cette mesure a fait l'objet d'une dérogation du 06 mars au 10 juin dans le cadre de la pandémie. La FNI ne revendique pas les majorations obtenues dans le cadre dérogatoire.

Une telle mesure est de nature à recentrer les SSIAD sur leur objet initial posé en 1981 (alternative à l'Hospitalisation). Les modalités de financement lèveraient les freins financiers à une meilleure collaboration sur les territoires et optimiseraient les prises en charge conjointes favorisant ainsi de meilleures garanties de maintien à domicile des patients âgés.

Cette optimisation sera également de nature à réduire les files actives des services hospitaliers qui n'ont pas vocation à réaliser des prises en charge longues de patients âgés chroniques.

De même le décroisement du médico-social passe par une révision des conventions tripartites au niveau des EHPAD. Là aussi la crise sanitaire a mis en relief les limites de ces conventions en état d'urgence sanitaire. L'intervention des infirmiers libéraux en appui dans les EHPAD a permis de faire face aux prises en charge dans ces structures sous médicalisées.

La Fédération Nationale des Infirmiers demande un aménagement des conventions tripartites EHPAD qui permettrait la re médicalisation de ces structures. Cette re médicalisation pourrait être pensée à l'échelle territoriale et dans le cadre du projet de santé des CPTS. Cette mesure serait de nature à impliquer les professionnels et à décroiser le secteur sanitaire et médico-social.

### 3- Favoriser un dialogue et une gouvernance régionale et territoriale équitable : En finir avec le médico centrisme.

La crise pandémique a en général accentué le médico centrisme des ARS, très prompte à limiter pour la ville des discussions bilatérales avec les URPS médecins, considérant que ce qui est bon pour les médecins l'est de fait pour les autres professions de santé conventionnées.

Dès lors, la prise en compte de la parole des représentants des professionnels de première ligne qui ont été les seuls à assurer en masse leur activité au domicile des patients, a été occultée.

La différence de moyens attribués aux URPS (Taux de cotisation) comme les dotations généreusement attribuées aux syndicats de médecins au niveau national sur le Fond d'Aide à la Vie Conventiennelle (FAVC) créent une iniquité flagrante.

**La Fédération Nationale des Infirmiers demande une équité de traitement de toutes les professions conventionnées qui soit de nature à limiter la différence d'engagement de moyens au service des projets et du dialogue avec les ARS.**

### 4- CPTS : Sortir de la logique prépondérante de l'accès aux soins et des soins non programmés et valoriser les autres missions socles.

L'architecture de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) CPTS est lui aussi médico centrée. La Fédération Nationale des Infirmiers signataire de l'accord est consciente des distorsions induites par les difficultés d'accès aux soins, elle estime cependant que la valorisation des autres missions socles attribuées aux CPTS est de nature à diminuer les tensions sur le système de soins dans sa globalité.

Des thématiques précises et qui requièrent une approche populationnelle comme la vaccination par exemple sont à inscrire dans les priorités de santé publique à l'échelle des projets de santé des CPTS.

**Si une part de dotation populationnelle doit rentrer dans l'architecture de l'ONDAM de ville, la Fédération Nationale des Infirmiers demande la sanctuarisation des fonds aux missions prévention et pertinence des soins des CPTS adhérentes à l'ACI. Dans l'attente du déploiement plus homogène de ces CPTS à l'échelle nationale, la FNI demande le provisionnement partiel des fonds potentiellement allouables en région.**

**Paris le 15 juin 2020**