

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS À L'HÔPITAL PUBLIC

Assemblée Nationale - 126, rue de l'Université - 75355 Paris 07 SP

Mercredi 22 mai 2024

Contribution de l'Onsil

Réponse au questionnaire

1/ Selon les conclusions des derniers rapports sur ce sujet, la croissance du nombre d'infirmiers formés au cours des deux dernières décennies permet d'assurer une densité en progression par rapport à la population. Cependant, les chiffres qui fondent ces études sont parfois anciens et contestés.

a – Quel est votre regard sur l'évolution de la démographie des infirmiers au cours des dernières années ?

si l'on en croit la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), la démographie infirmière a considérablement augmenté ces dernières années. 250 000 professionnels se sont ajoutés en seulement 11 ans de 2010 à 2021 où ils étaient respectivement 450 000 et 700 000. On peut attribuer cette évolution d'abord aux besoins accrus de la population en soins dont notamment auprès des plus âgés avec l'augmentation de l'espérance de vie, et aussi au nombre d'étudiants formés en ifsi.

Les idels sont quant à eux passés, tjrs selon la Dress, de 90 000 en 2015 à 136 000 en 2022, soit 46 000 professionnels en seulement 7 ans. Leur effectif a augmenté proportionnellement plus vite que la croissance démographique entre 2000 et 2024. Ceci peut s'expliquer par la détérioration des conditions de travail en établissements hospitaliers et une rémunération jusqu'il y a peu plus attractive. Mais ces chiffres seront à reconsidérer en regard de la crise traversée par les idels.

Au 1er mars de cette année, l'agence du numérique en santé a délivré 107 600 CPS (cartes professionnels de santé) aux idels installés ou en collaboration, et 34660 aux remplaçants. Nous étions donc à cette date 142 260. Il y a environ 32 % de remplaçants (hors exercice mixte) dont l'augmentation est confirmée.

b – Quelle appréciation portez-vous sur la dynamique actuelle de la démographie de la profession ?

si la courbe des idels croît tjrs, il faut insister sur une répartition inégale sur le territoire. Bien qu'il n'y ait pas de déserts infirmiers, il reste qu'il existe des zones plus peuplées que d'autres. Nous sommes soumis depuis longtemps à des mesures contraignantes de régulation de notre démographie. Ces dispositions de notre convention nationale avec l'assurance maladie n'ont manifestement pas incité les professionnels à repeupler suffisamment les zones faiblement dotées.

c – Cette augmentation est-elle similaire dans tous les territoires et pour tous les modes d'exercice ?

la répartition des idels n'est pas uniforme selon les territoires. Ainsi, les zones urbaines sont plus densément peuplées que les zones rurales. Si les mesures conventionnelles n'ont pas permis un repeuplement massif de ces dernières, elles ont permis de limiter les installations en zones surdotées et les mesures incitatives dans les zones fragiles ont quant à elles suffi à ne pas voir de pénuries en offre de soins infirmiers.

d – A-t-elle un impact sur les rémunérations ?

en zone surdotée, on peut penser que la concurrence étant élevée, les actes peuvent être moins élevées. Quoiqu'il en soit, avec un niveau d'inflation élevée, des charges en augmentation, certains tarifs bloqués, une baisse du nombre des prescriptions, de mauvaises conditions tarifaires de la prise en charge de la dépendance, des conditions de travail de plus en plus complexes, une pénibilité réelle mais non reconnue, la rémunération des idels s'avère beaucoup moins attractive qu'auparavant et nombre de professionnels sont en difficulté ou même en cessation d'activité.

2/ Les règles d'installation des infirmiers diplômés d'État libéraux (IDEL) vous paraissent-elles adaptées ? Permettent-elles une bonne répartition des soins sur le territoire ? Quelles adaptations pourraient y être apportées ?

Les idels ont été des précurseurs dans la maîtrise de leurs conditions d'installation.

Si on a pu constater une offre pléthorique de remplaçants, celle-ci, même si elle semble ne pas fléchir, est disparate selon les territoires et il est souvent difficile de trouver des candidats dans certaines zones rurales en particulier.

Les mesures conventionnelles de régulation des installations ont par ailleurs eu pour conséquence de survaloriser les patientèles en zones surdotées où une installation n'est possible qu'en cas de cessation d'une Idel, alors que dans les autres zones la valeur a chuté et peut même être nulle dans la mesure où l'installation est libre.

De plus, au départ, l'expérience requise avant toute installation était surtout motivée, il faut l'avouer, pour freiner les transferts des infirmières hospitalières vers le libéral. Leur conditions de travail étant ce qu'elles sont, la fuite a bien eu lieu.

Concernant la régulation démographique, si les objectifs sont atteints en zones surdotées, ce n'est pas le cas dans les autres zones où l'attrait est moins grand.

De plus, en zone surdotée les idels qui veulent sursoir à une charge de travail important faisaient jusqu'à présent appel à des remplaçants selon un planning régulier.

Mais l'Urssaf opère depuis quelque temps certains contrôles et re qualifie ces contrats en salariat.

Le remplacement reste en effet juridiquement lié à une indisponibilité momentanée.

Nos collègues en zones surdotées vont avoir de nouvelles difficultés et il conviendrait d'instaurer des dérogations juridiquement et conventionnellement encadrées au remplacement dans ces zones.

Cette proposition a été émise par l'Onsil auprès du Ministère de la Santé.

Enfin et surtout les conditions d'exercice des idels induites par les diverses mesures conventionnelles et des rapports détériorés avec les caisses d'assurance maladie, ainsi qu'une pression administrative et des revalorisations tarifaires minimales, ne permettent plus un exercice serein et dissuadent les installations.

3/ Pouvez-vous présenter les raisons de l'attractivité de l'exercice libéral de la profession d'infirmier ? Au contraire, quelles raisons peuvent expliquer l'attractivité pour un exercice sous un statut de salarié ou de fonctionnaire ? L'exercice de la profession à l'hôpital public est-il toujours attractif aujourd'hui ?

S'agissant de la démographie infirmière, force est de constater que les conditions de travail se dégradant à l'hôpital, nous avons pu constater une fuite d'infirmiers attirés par le secteur libéral.

Il est vrai qu'il y a encore quelques années, notre secteur d'activité était encore attractif avec un revenu sensiblement supérieur à ceux de nos confrères et consœurs hospitaliers.

Le fonctionnement de la structure hospitalière, sa hiérarchie, les contraintes administratives dont on charge le personnel, et les cadences faisaient fuir les infirmiers hospitaliers.

L'attrait pour l'aspect indépendant, la maîtrise de l'organisation du travail, des horaires et l'organisation en cabinets de groupe pouvaient être des motivations suffisantes.

Plus que tout, la prise en charge de la personne à domicile, parfois pendant des années, dans son environnement et dans sa globalité pouvaient être des motifs de migration vers l'activité libérale des soins infirmiers en regard des cadences de plus en plus contraignantes à l'hôpital.

Ces dernières années, les infirmiers libéraux ont connu une détérioration exponentielle de leurs conditions d'exercice à plusieurs niveaux :

- d'un point de vue administratif avec une pression incessante des caisses d'assurance maladie, des contrôles parfois intimidants et sans distinction entre l'erreur de la fraude intentionnelle, avec un climat de suspicion délétère relayé dans les médias, une nomenclature trop dense et inadaptée avec des règles de cotation illisibles et sujettes à diverses interprétations selon les caisses locales ;
- dans la prise en charge de la dépendance, nous sommes actuellement soumis au BSI (bilan de soins infirmiers), dispositif algorithmique permettant la prise en charge des patients à l'aide du calcul de trois forfaits journaliers totalement décriés par la profession car inadaptés à la nature des soins en particulier les plus lourds et dissuasifs laissant des patients en difficulté. La dépendance, pourtant sujet prioritaire dans les politiques de santé successives, a toujours été un sujet sensible dans les relations entre les idels et l'assurance maladie. Il est vraisemblable que celle-ci préfèrerait transférer ces prises en charge du sanitaire vers le social.

Les remplaçants qui s'acclimatent peu à peu à l'exercice libéral sont souvent échaudés par tous ces aspects rébarbatifs et préfèrent soit continuer leur activité de remplaçants sans envisager d'installation, soit réintégrer les hôpitaux qu'ils ont pourtant quittés pour des raisons similaires de conditions de travail, soit envisager une reconversion.

Si à une époque l'attrait financier pour l'exercice libéral était patent, les modes de vie actuels et les choix qui en découlent sont parfois incompatibles avec les exigences de l'exercice libéral tant en matière d'obligation de continuité des soins qu'en matière de gestion d'une petite entreprise.

Il est à noter que nous sommes une profession réglementée. À ce titre, nous sommes soumis à une multitude de dispositions tant juridiques que fiscales. Le Code de déontologie, la convention nationale avec l'assurance maladie, les différentes conventions avec les services de soins infirmiers à domicile ou ceux de l'hospitalisation à domicile, la tenue de la comptabilité, les règles de facturation, de cotation, les différents contrats d'association, pour ne citer que cela, s'appréhendent malheureusement sur le tas.

Nombre de professionnels sont effrayés par la complexité de l'ensemble des règles qui font notre quotidien. C'est pourquoi l'Onsil demande depuis longtemps une formation préalable et obligatoire à l'installation en secteur libéral et même à l'activité de remplacement. Son contenu pourrait être élaboré et son enseignement animé par des représentants syndicaux, ordinaires, de l'administration fiscale, et des juristes.

Cette mesure nous paraît plus que nécessaire et prioritaire afin de permettre aux futurs idels une maîtrise de leur exercice et de leur gestion afin d'éviter les erreurs et les différents contentieux, mais aussi de dédramatiser l'aspect administratif rédhitoire au premier abord en le synthétisant et le vulgarisant, et ainsi redonner de la motivation.

4/ Quelle place l'exercice mixte de la profession occupe-t-il ? Permet-il une meilleure répartition des effectifs infirmiers entre l'hôpital et l'exercice libéral ? Doit-il être encouragé ou simplifié ?

L'exercice mixte paraît particulièrement compliqué dans l'organisation tant de la vie professionnelle que privée. En effet, assurer une vie de famille en jonglant sur les différents plannings, les horaires des deux secteurs, les exigences administratives du secteur libéral, l'éventualité de seconder voire remplacer un associé au pied lever paraît complexe.

À notre connaissance peu de professionnels adoptent un exercice mixte. La majorité sont des remplaçants selon l'agence du numérique en santé.

5/ Concernant l'évolution du champ de compétences des infirmiers, quel bilan tirez-vous des dernières réformes, notamment les lois Rist 2 et Valletoux ? Quelles sont vos attentes concernant les annonces du Gouvernement ?

L'accès direct est une très bonne idée en soi. Il est attendu par les idels beaucoup trop dépendants de la prescription dans un système encore totalement centré autour du médecin.

Nous avons un rôle propre clairement défini par le Code de la santé publique et l'onsil porte historiquement le concept de consultation infirmière.

Mais il s'agit pour nous et avant tout qu'elle soit d'abord en relation totale sur le rôle propre avec l'auto prescription des soins relatifs à la dépendance.

En secteur libéral, nous sommes effectivement tributaires de la prescription médicale pour la prise en charge par l'assurance maladie des soins relevant de notre rôle propre autonome. Il y a une contradiction entre cette réglementation et la nature autonome que nous confère notre décret de compétences. Cette situation est de plus en plus mal vécue par les idels.

Nous pensons que la consultation infirmière sur le rôle propre serait d'abord valorisante et motivante pour la profession mais permettrait aussi de développer notre expertise en matière de dépendance.

Elle devra être accompagné d'un élargissement de la prescription au matériel nécessaire au maintien à domicile. Et d'une rémunération adaptée et négociée.

En l'état, l'accès direct et l'élargissement de la prescription ne sont prévues que pour les Ipa et cela est totalement insuffisant.

L'élargissement de nos compétences est pour l'instant limitée à des mesures qui tentent de libérer du temps médical (vaccinations, certificats de décès, astreintes Samu).

Les idels attendent aussi des revalorisations professionnelles sur leurs propres compétences comme ci-dessus décrit, mais aussi en matière de prise en charge des plaies et de gestion de la cicatrisation des plaies chroniques.

6/ Quelles tâches aujourd'hui effectuées par les médecins (et éventuellement d'autres professionnels de santé) vous paraissent pouvoir être déléguées aux infirmiers ? La délégation de tâches et de compétences entre médecins et infirmiers peut-elle être une réponse à la désertification médicale ? Aux difficultés de fonctionnement de l'hôpital, en particulier de l'hôpital public ?

En matière de délégation de tâches, le constat est pour l'instant limité et l'existant ne correspondent pas aux attentes des idels.

Les mesures actuelles n'ont été prises qu'en considération de la pénurie de médecins et si les idels veulent bien participer à la réponse aux déserts médicaux elles veulent avant tout voir leurs missions propres valorisées et promues.

Les idels pourraient déjà décharger les prescripteurs de tout le côté administratif des prises en charge des patients dépendants en n'étant plus soumises à la prescription médicale et en faisant parvenir au médecin la synthèse de la consultation infirmière et du niveau de prise en charge.

Les plaies et leur cicatrisation pourrait aussi être déléguées aux idels dont l'expertise en la matière est reconnue et leur formation continue fait une large place à ce thème.

Elles peuvent déjà avoir recours à la télé expertise dans ce domaine et il conviendrait d'assouplir les règles de prescription infirmière de produits ou dispositifs destinés à la cicatrisation des plaies pour lesquels l'information au médecin est requise et demeure ou bien inexistante ou bien purement formelle dans les faits.

Nous pourrions aussi être les destinataires de soins de premiers recours comme ce qui est communément appelé la « bobologie » que les médecins pourraient aussi aiguiller vers nos cabinets. Du temps médical serait libéré et les urgences moins engorgées de soins qui ne leur sont pas destinées.

7/ Une mission de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la pénibilité du métier d'infirmier libéral a été lancée par le Gouvernement. Quelles sont vos attentes et vos revendications concernant cette reconnaissance de la pénibilité de votre profession ? Quelles sont les spécificités de la pénibilité du métier d'infirmier libéral par rapport aux infirmiers à l'hôpital ? Quelles en sont les caractéristiques communes ?

La pénibilité de l'exercice libéral des soins infirmiers n'est pas reconnue.

À notre connaissance il existe deux études sur le sujet qui n'ont pas abouties à des mesures concrètes.

L'une d'elle menée par la Dress fait état d'une amplitude horaire moyenne de travail de plus de 50 heures par semaine.

Avec des tournées souvent longues dans des territoires reculés où nous sommes souvent les seuls à nous déplacer, des manutentions multiples à pratiquer seuls même avec du matériel, sources de troubles musculo squelettiques et nombreuses tendinopathies, des patients lourds, ou vieillissant seuls, des pathologies de fin de vie, des atteintes néoplasiques ou de type Alzheimer, une société de plus en plus violente, exigeante et agressive, la pénibilité est non seulement physique mais aussi psychologique.

Rappelons aussi que nous sommes la seule profession de santé à être tenue à l'obligation des soins 24/24 h et 7/7 j sans rémunération pour cela, contrairement à la permanence des soins assurée par les médecins, les services de garde par les pharmaciens et les ambulanciers.

Devoir exercer jusqu'à 67 ans dans ces conditions pour avoir une retraite à taux plein n'est pas acceptable.

Les idels attendent une reconnaissance de cette pénibilité dans le calcul de leurs droits afin de permettre un avancement de l'âge de départ au moins à 62 ans.

Les indemnités journalières perçues via notre caisse de retraite en cas d'arrêt de travail doivent aussi être revalorisées et le délai de carence raccourci.

Avec l'inflation et l'augmentation de nos charges, certains professionnels hésitent en effet à contracter un contrat prévoyance souvent onéreux.

8/ Constatez-vous une perte de sens dans l'exercice de la profession d'infirmier ? Comment affecte-t-elle l'offre de soins ? Quelles sont vos recommandations pour y faire face ?

Il existe clairement une perte de sens dans l'exercice de notre profession.

Selon la Dress, une infirmière sur deux a quitté l'hôpital après dix ans de carrière.

Sur le site du Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI-CFE-CGC) on pouvait lire en février 2019 que « 30 % des nouveaux diplômés abandonnent au bout de 5 ans ».

Malheureusement et à notre connaissance, les données manquent pour l'exercice libéral.

En libéral, compte-tenu de l'investissement que représente la création d'un cabinet tout comme la reprise d'une patientèle, et la gestion d'une petite entreprise, il semble que cette durée de carrière soit supérieure mais on a pu

entendre au cours du mouvement qui nous secoue en ce moment nombre d'idels épuisées qui envisagent une reconversion de leur activité.

Les idels ne veulent plus que l'on compte sur leur dévouement ou sur leur abnégation. Elles veulent être reconnues comme des praticiennes de santé à part entière et plus seulement comme des auxiliaires médicales, termes qu'elles supportent de plus en plus difficilement. Elles ont un rôle en santé publique sous-évalué et sous utilisé.

Un moyen de redonner de la motivation serait avant tout la reconnaissance financière et les revalorisations des tarifs qui vont avec.

Le sens et le cœur de notre métier résident dans le care, le prendre soin.

Aussi, depuis nos aïeules comme Virginia Andersen qui nous ont ouvert la voie, il est plus sur temps de nous accorder une réelle autonomie et de nous attribuer en confiance l'accès direct sur nos compétences propres et sur celles relevant de notre expertise éprouvée.

