

**Analyse et modalités de  
régulation de l'offre globale en  
soins infirmiers**

**- note définitive -**

***Note de synthèse des travaux du groupe de travail***

***Note présentée par :***

***Emmanuèle JEANDET-MENGUAL et Jacques-Bertrand de REBOUL,***

***Membres de l'Inspection générale des affaires sociales***

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.  
Le présent document n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.***

***Note RM2008-017P  
Février 2008***

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
<b>PARTIE 1. IL EST NECESSAIRE D'APPREHENDER DE MANIERE GLOBALE L'OFFRE EN SOINS INFIRMIERS POUR GARANTIR UN ACCES AUX SOINS PLUS EQUITABLE ET UNE MEILLEURE REPARTITION DES RESSOURCES SUR LE TERRITOIRE.....</b>	<b>5</b>
1.1 LA PRISE EN CHARGE EN MATIERE DE SOINS INFIRMIERS DES PATIENTS ET DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES A DOMICILE EST ASSUREE A LA FOIS PAR LES INFIRMIERS LIBERAUX, LES CENTRES DE SOINS INFIRMIERS ET LES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE.....	5
1.1.1 <i>Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), infirmiers libéraux (IDEL) et centres de soins infirmiers (CSI) : des offres qui ne sont pas totalement substituables mais doivent s'organiser de manière complémentaires pour améliorer la prise en charge à domicile.</i> .....	5
1.1.1.1 Des infirmiers libéraux particulièrement mal répartis sur le territoire.....	5
1.1.1.2 Des SSIAD en forte croissance .....	7
1.1.1.3 Des CSI dont l'existence reste fragile .....	8
1.1.1.4 Un système paradoxal et une organisation en tuyau d'orgue.....	9
1.1.2 <i>La prise en compte, pour partie, des établissements sanitaires et médico-sociaux est par ailleurs utile pour apprécier la complémentarité de l'offre en direction des patients et des personnes âgées dépendantes.</i> .....	11
1.1.2.1 L'offre en EHPAD est un élément d'analyse complémentaire pour évaluer les besoins de prise en charge des personnes âgées dépendantes.....	11
1.1.2.2 L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une offre de soins spécifique, celle d'un établissement sanitaire hors les murs, dont l'activité ne doit pas en principe se révéler concurrente mais complémentaire de l'activité des IDEL et des SSIAD.....	11
1.2 LA CONNAISSANCE DE L'ACTIVITE DES SSIAD, DES CSI ET DES IDEL EST TRES INEGALE. ....	12
<b>PARTIE 2. LA DEFINITION DU PERIMETRE D'EVALUATION DU BESOIN DE PRISE EN CHARGE ET D'ANALYSE DE L'OFFRE POSE NOTAMMENT LE PROBLEME DU ZONAGE URBAIN.....</b>	<b>15</b>
2.1 EN MILIEU RURAL, LE BASSIN DE VIE FAIT L'OBJET D'UN LARGE CONSENSUS EN TANT QUE PERIMETRE D'EVALUATION DES BESOINS DE L'OFFRE EN SOINS INFIRMIERS. ....	15
2.2 POUR AUTANT, UNE DIFFICULTE PERSISTE LIEE AUX ZONES D'INTERVENTION DES SSIAD QUI NE RECOUPENT PAS FORCEMENT LES PERIMETRES DES BASSINS DE VIE. ....	15
2.3 EN MILIEU URBAIN, AUCUN ZONAGE PERTINENT N'EXISTE ENCORE. ....	16
<b>PARTIE 3. LA CONNAISSANCE PARTIELLE DE L'ACTIVITE DES SSIAD REND DELICATE LA CONVERSION DE LEUR ACTIVITE POUR LA RAPPROCHER DE L'OFFRE LIBERALE. ....</b>	<b>17</b>
3.1 LES CRITERES D'EVALUATION DE L'OFFRE LIBERALE ET DES BESOINS EN SOINS INFIRMIERS SEMBLENT POUVOIR FAIRE CONSENSUS. ....	17
3.1.1 <i>Les critères d'offre</i> .....	17
3.1.2 <i>Les critères de besoins</i> .....	19
3.1.3 <i>La question des seuils reste à négocier.</i> .....	19
3.2 UNE PREMIERE APPROCHE DE L'OFFRE GLOBALE DE SOINS INFIRMIERS POURRAIT PASSER PAR UNE CONVERSION DE L'ACTIVITE DES SSIAD EN AMI ET AIS. ....	19
<b>PARTIE 4. LA REDUCTION DES DISPARITES D'OFFRES SUR LE TERRITOIRE PASSE PAR DES DISPOSITIFS D'INCITATION ET DE DESINCITATION A L'INSTALLATION DES INFIRMIERS LIBERAUX QUI DOIVENT ETRE ELABORES EN COHERENCE AVEC LE DEPLOIEMENT DES SSIAD.....</b>	<b>21</b>
4.1 DES MESURES INCITATIVES DOIVENT ETRE UTILISEES DE MANIERE COMBINEE DANS LES ZONES DEFICITAIRES .....	21
4.2 LA SUSPENSION TEMPORAIRE DE TOUT NOUVEAU CONVENTIONNEMENT A L'INSTALLATION ET DE TOUTE CREATION DE PLACES DE SSIAD EST LA SEULE MESURE DESINCITATIVE APPROPRIEE DANS LES ZONES SUR-DENSES. ....	24
4.3 UNE METHODE GLOBALE DE COUVERTURE DES BESOINS DE SOINS INFIRMIERS (SOINS RELEVANT DU ROLE PROPRE ET SOINS DELIVRES PAR LES SSIAD) PAR APPEL D'OFFRES POURRAIT ETRE EXPERIMENTEE DANS CERTAINES ZONES. ....	26

<b>PARTIE 5. LA COORDINATION DES SOINS INFIRMIERS SUR UN TERRITOIRE LOCAL FAIT L'OBJET DE PRATIQUES DIVERSES ESSENTIELLEMENT INFORMELLES. ....</b>	<b>27</b>
5.1 LEVER LES OBSTACLES QUI FREINENT LA COLLABORATION ENTRE SSIAD, HAD ET INFIRMIERS LIBERAUX.....	27
5.2 L'EXTENSION EVENTUELLE DU ROLE DES INFIRMIERS COORDONNATEURS DE SSIAD EST FORTEMENT CONTESTEE PAR LES INFIRMIERS LIBERAUX. ....	27
5.3 COORDINATION ET COMPLEMENTARITE DANS LE ROLE ET LA PLACE DE CHACUN SONT LA CLEF D'UNE MEILLEURE EFFICACITE DES PRISES EN CHARGE SUR LE TERRAIN.....	28
5.4 EXPERIMENTER UNE COORDINATION RENFORCEE ET CONTRACTUALISEE AVEC LES DIFFERENTES PROFESSIONNELS.....	28
<b>PARTIE 6. LA MISE EN PLACE AU NIVEAU REGIONAL D'UN DISPOSITIF DE REGULATION GLOBAL ET COHERENT EST INDISPENSABLE.....</b>	<b>30</b>
6.1 LE NIVEAU REGIONAL EST LE BON NIVEAU D'ANALYSE, DE CONCERTATION ET DE REGULATION.....	30
6.2 UNE NOUVELLE COMPETENCE POUR LES MRS ET LES FUTURES ARS .....	31
6.3 LA NECESSAIRE MODIFICATION DES PRIAC ET DES DOSSIERS CROSMS .....	31
6.4 UN COMITE DE CONCERTATION OUVERT A TOUS LES PROFESSIONNELS INTERVENANT EN SOINS INFIRMIERS.....	32
<b>PARTIE 7. RECAPITULATIF DES PRECONISATIONS .....</b>	<b>33</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXES</b>	

## INTRODUCTION

Le ministre de la santé et des solidarités avait demandé en avril 2007 à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) qu'intervienne une mission d'analyse et de réflexion, en relation avec les professionnels, concernant l'organisation globale de l'offre en soins infirmiers, sous la forme d'un groupe de travail piloté par l'inspection générale et destiné à recueillir des contributions ouvertes et partagées par l'ensemble des professionnels sur ce sujet. Cette mission a été confirmée par la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports et a démarré de manière effective en septembre 2007.

Il s'agissait d'étudier les moyens de renforcer la cohérence de l'offre et de formuler des propositions pour garantir la présence d'une offre en soins infirmiers de qualité sur l'ensemble du territoire tout en assurant la complémentarité des différents intervenants (offre de soins infirmiers libérale, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), centre de soins infirmiers (CSI), compte tenu du constat d'une très grande disparité géographique de la répartition de l'offre en soins infirmiers.

Le protocole d'accord signé entre les représentants des infirmiers libéraux et la CNAMTS le 21 juin 2007 a ouvert la voie à une régulation de l'installation des infirmiers libéraux en fonction de la densité de l'offre en soins infirmiers.

Pour sa part la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a confirmé l'accord passé en lui conférant une base légale (article 46). L'objectif attendu à l'issue des travaux du groupe de travail est donc de jeter les bases d'une méthode d'analyse des besoins et de l'offre en soins infirmiers sur le territoire, en prenant en compte à la fois l'offre libérale à domicile et l'offre fournie par les structures de type CSI et SSIAD, puis de déterminer les mesures incitatives et désincitatives qui permettraient d'aboutir à moyen terme à une meilleure répartition de l'offre tout en assurant à la fois la couverture des besoins et la complémentarité entre l'offre dite « en structure » et l'offre libérale.

Le groupe de travail a été constitué par l'IGAS à la fin du mois de septembre 2007. Il comprend la représentation des quatre syndicats d'infirmiers libéraux : Convergence infirmière (CI), la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI), le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux (SNIL) et l'Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux (ONSIL), et celle des principales fédérations regroupant des CSI et des SSIAD : l'Union Nationale de l'Aide, des soins et des services à domicile (UNA), l'Union Nationale des Associations et Services de Soins Infirmiers (UNASSI), la Fédération Nationale A Domicile (AD) et l'ADMR. La Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés (FEHAP), l'Union Nationale Interfédérale des œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS) et la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD) ont également été appelées à participer aux travaux du groupe afin de prendre en compte non seulement l'offre en soins infirmiers stricto sensu mais également de ne pas ignorer le contexte institutionnel dans lequel celle-ci intervient, avec les établissements prenant en charge les personnes âgées dépendantes (EHPAD), les hôpitaux locaux et les services d'hospitalisation à domicile (HAD).

Le groupe de travail s'est réuni à cinq reprises d'octobre à décembre 2007. L'ensemble des professionnels y a participé de manière active et régulière. Le groupe a ainsi pour la première fois permis aux représentants des différentes composantes de l'offre de soins infirmière de se retrouver régulièrement autour de ces sujets difficiles et de dialoguer de manière constructive.

Les responsables de la mission IGAS ont en outre tenu régulièrement informées de l'avancée des travaux du groupe de travail les directions d'administration centrale concernées : DHOS, DGAS, DSS, DREES ainsi que les deux caisses nationales : CNAMTS et CNSA.

Des travaux complémentaires ont également été conduits par les membres de la mission parallèlement aux réunions du groupe avec les caisses nationales, en particulier avec l'appui de la CNAMTS, pour réfléchir à l'utilisation des données existantes et des différents critères d'analyse de ces données, ainsi qu'aux modalités de comparaison d'activité entre infirmiers libéraux et SSIAD.

La mission IGAS s'est en outre déplacée brièvement sur le terrain pour rencontrer des DDASS, des responsables de SSIAD et des infirmiers libéraux collaborant avec des SSIAD dans deux départements, l'un à dominante urbaine, le département des Hauts-de-Seine, l'autre à dominante rurale, le département de la Manche.

Cette première synthèse a pour objectif de faire état des constats de la mission et de rendre compte des principaux points qui ont donné lieu à discussion et validation orale au sein du groupe. Elle n'a pas permis un approfondissement de l'ensemble des questions :

Elle n'a pas en particulier exploré l'ensemble du périmètre médico-social et la complémentarité entre l'offre en établissements (USLD et EHPAD) et les différentes modalités de prise en charge à domicile.

Elle n'a pas non plus traité les questions de tarification, notamment celle liée à l'intervention des infirmiers libéraux dans les EHPAD. Ces questions, ou d'autres qui pourraient émerger à l'occasion des échanges qui auront lieu dans le cadre des états généraux de l'organisation de la santé avec l'ensemble des professionnels de santé, pourraient faire l'objet ultérieurement d'une poursuite de mission si nécessaire.

**PARTIE 1. IL EST NECESSAIRE D'APPREHENDER DE MANIERE GLOBALE L'OFFRE EN SOINS INFIRMIERS POUR GARANTIR UN ACCES AUX SOINS PLUS EQUITABLE ET UNE MEILLEURE REPARTITION DES RESSOURCES SUR LE TERRITOIRE.**

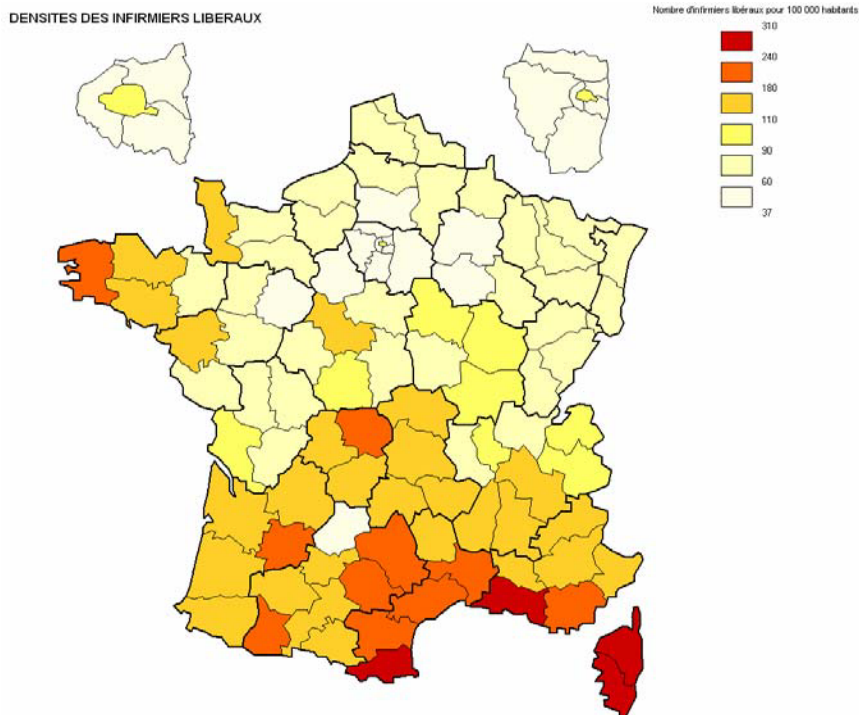
**1.1 La prise en charge en matière de soins infirmiers des patients et des personnes âgées dépendantes à domicile est assurée à la fois par les infirmiers libéraux, les centres de soins infirmiers et les services de soins infirmiers à domicile.**

*1.1.1 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), infirmiers libéraux (IDEL) et centres de soins infirmiers (CSI) : des offres qui ne sont pas totalement substituables mais doivent s'organiser de manière complémentaires pour améliorer la prise en charge à domicile.*

*1.1.1.1 Des infirmiers libéraux particulièrement mal répartis sur le territoire.*

Le nombre d'infirmiers a crû fortement ces dernières années, compte tenu de l'augmentation du quota en formation : 478 483 infirmiers étaient en activité au 1<sup>er</sup> janvier 2006 dont 52 967 exerçant en libéral.

La répartition sur le territoire des infirmiers libéraux est particulièrement inégale, la variation de densité allant de 1 à 5 par région et de 1 à 7 par département. Ces écarts sont plus marqués que ceux constatés pour les médecins (1 à 1,7 pour l'ensemble des médecins et 1 à 1,5 pour les médecins généralistes). Les densités d'infirmiers libéraux dans les départements du sud de la France, et en particulier du pourtour méditerranéen et la Corse, ainsi qu'en Bretagne sont bien supérieures à celles du reste du territoire.



**Densité d'infirmiers libéraux (nombre de professionnels/100 000 habitants).**

L'activité des IDEL est en forte croissance. Cette activité, telle qu'elle est enregistrée par le SNIRAM (système national interrégime l'assurance maladie), système d'information des régimes d'assurance maladie, à travers le mécanisme des remboursements, peut être décomposée en trois composantes : les actes techniques cotés en AMI (acte médical infirmier) prescrits par un médecin, ceux cotés en AIS (acte infirmier de soins), relevant du rôle propre des infirmiers et regroupant les soins de nursing<sup>1</sup>, enfin les indemnités kilométriques, qui remboursent les déplacements, identifiées en IK.

Une rapide accélération de la croissance des dépenses d'assurance maladie sur le poste des honoraires des infirmiers libéraux est observée depuis 2005. Elle est due pour partie à la croissance démographique des infirmiers (+ 3,6 %), mais on constate également une part de croissance d'activité par professionnel à raison de + 2,8 %<sup>2</sup>. Les honoraires AMI+AIS ont cru de 6,5 % entre 2005 et 2006. Le poids des honoraires en AIS représente 43 % des honoraires globaux (cf. annexe I). Mais le profil des régions est très différent si on examine la nature des actes infirmiers : certaines régions, PACA<sup>3</sup> notamment, ont une part d'activité en AIS beaucoup plus élevée que d'autres (cf. annexe I). La croissance est d'autant plus forte qu'il s'agit de patients en ALD : + 7,3 % (cf. annexe II).

<sup>1</sup> Article R 4311-3 du code de la santé publique : « relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R 4311-5 et 6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer avec les membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »

<sup>2</sup> Source CNAMTS.

<sup>3</sup> PACA : 8% de la population, 19% des honoraires, 25% de la croissance.

Il est essentiel de noter que l'activité des infirmiers libéraux s'exerce en population générale, quel que soit l'âge du patient, et ne recouvre donc qu'en partie l'offre des services infirmiers à domicile, essentiellement réservée à la population âgée de plus de 60 ans. Cependant la majeure partie des actes des infirmiers libéraux sont aussi tournés vers les personnes âgées. En effet, près de 70 % des actes infirmiers remboursés par le régime général concernent des patients de 70 ans et plus.

### *1.1.1.2 Des SSIAD en forte croissance*

Les services de soins infirmiers à domicile existent depuis le début des années 80. Leur organisation a été actualisée en 2004<sup>4</sup>. Ils assurent une offre centrée sur les soins infirmiers et les soins de nursing pour les personnes âgées de plus de 60 ans. Ils peuvent accueillir également des personnes en situation de handicap ou atteintes de maladies chroniques de moins de 60 ans.

Ce sont des structures de petite taille (en 2003, l'effectif moyen était de moins de 10 salariés) et de statut majoritairement associatif, mais de nombreux SSIAD sont adossés à une autre structure : établissement pour personnes âgées dépendantes, EHPAD, hôpital local notamment. Un infirmier coordonnateur organise la prise en charge des patients, qui est assurée par des aides soignantes salariées pour l'essentiel des soins de nursing et, pour les actes infirmiers techniques, soit par des infirmiers salariés soit par des infirmiers libéraux qui ont passé convention avec le SSIAD (seul un quart des SSIAD compte des infirmiers salariés en plus des infirmiers coordonnateurs).

Les SSIAD sont financés par un forfait global. Ils sont autorisés par arrêté du préfet de département pris après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). La maîtrise financière d'ensemble du dispositif est désormais entre les mains de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui assure le développement du dispositif en articulation avec celui des structures d'hébergement et définit des enveloppes financières régionales puis des dotations départementales, en fonction de l'âge de la population, des montants d'AIS et des taux d'équipement pondérés<sup>5</sup>.

Il y avait 81 478 places de SSIAD fin 2006<sup>6</sup>. Le plan solidarité grand âge mis en place par le ministre de la santé et des solidarités en juin 2006 prévoit une augmentation de 40 % en 5 ans, avec 6000 places créées tous les ans à partir de 2006 et 7500 à partir de 2010. Il s'agit de mailler convenablement le territoire pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées.

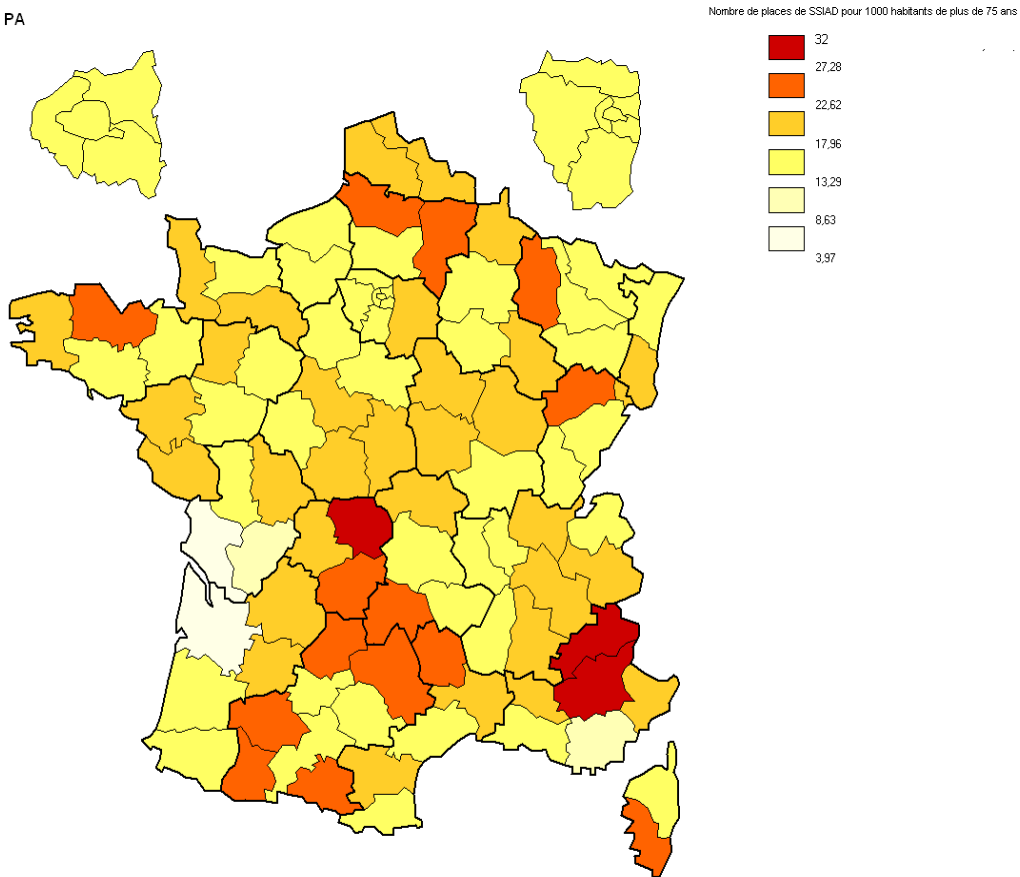
<sup>4</sup> Décret 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des services d'aide et d'accompagnement et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile. Circulaire DGAS/2C/2005/1111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD.

<sup>5</sup> La population âgée et son évolution à échéance de 2015 constitue le critère principal (50 %), le taux d'équipements en établissements et services sanitaires et médico-sociaux pèse sur 10% de l'enveloppe. Le critère de la dépense en AIS sur les personnes de plus de 75 ans joue comme un facteur minorant dans la distribution des places nouvelles. Ce critère est pondéré à hauteur de 40% de l'enveloppe à répartir.

<sup>6</sup> Source : DDASS/DRASS : enquêtes CNSA 1er et 2nd semestre 2006.



SSIAD PA



**Densité de SSIAD (nombre de places installées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus).**

Cependant la carte des SSIAD existants révèle une offre répartie de manière inégale sur le territoire (cf. annexe III). En outre, qu'il s'agisse des SSIAD déjà en fonctionnement ou des places nouvellement créées, les décisions sont prises sans prendre en compte la densité en infirmiers libéraux sur le territoire considéré.

### 1.1.1.3 Des CSI<sup>7</sup> dont l'existence reste fragile

Les centres de soins infirmiers sont des structures de proximité dispensant des soins infirmiers en centre et à domicile. Ils assurent, dans le respect du libre choix des usagers, des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à d'action sociale. Ils pratiquent le tiers payant et s'engagent à respecter les tarifs conventionnels. Ils sont créés et gérés par des organismes à but non lucratif ou par des collectivités territoriales. Ils sont souvent d'origine congréganiste, mutualistes ou créés par des grandes associations (ADMR, Croix Rouge Française, A Domicile...). Le personnel des centres est constitué d'infirmiers salariés, mais les actes qu'ils effectuent sont tarifés sur la même base que les actes effectués par les infirmiers libéraux.

<sup>7</sup> Les chiffres et les indications mentionnés ici sont extraits du rapport de l'IGAS, *Situation financière des centres de soins infirmiers*, Anne-Marie Léger et Huguette Mauss, Novembre 2006.

En 10 ans, entre 1994 et 2006, le nombre des CSI est passé de 811 à 532, sans cependant que le nombre d'infirmiers qui travaillent dans les centres diminue : ils sont près de 5 000 en 2006.

La répartition des CSI sur le territoire est totalement « disparate » suivant le terme employé par le rapport de l'IGAS consacré à la situation financière des centres de soins infirmiers en novembre 2006. Plus de 500 infirmiers travaillent en CSI en Rhône-Alpes ou en Pays de Loire alors qu'ils sont quasiment absents en PACA par exemple.

Les CSI représentent une part relativement limitée de l'offre en soins infirmiers globale, sauf dans les régions dans lesquelles ils sont historiquement fortement implantés. Cette structure hybride qui fonctionne sous agrément mais avec un système de financement à l'acte des infirmiers est mal positionnée et son avenir reste incertain. Ils sont mal connus et mal suivis sur le plan de leurs activités, le rapport précité de l'IGAS le soulignait. Une enquête de la CNAMTS réalisée en 2007 devrait permettre néanmoins de mieux appréhender leur activité et leurs modes de fonctionnement.

C'est pourquoi le groupe de travail et la mission IGAS ont consacré l'essentiel de leurs réflexions à envisager comment mieux articuler l'offre infirmier constitué principalement par les SSIAD et les infirmiers libéraux, sans méconnaître l'existence des CSI.

#### *1.1.1.4 Un système paradoxal et une organisation en tuyau d'orgue*

L'implantation sur le territoire de l'offre en soins infirmiers, excessivement inégale en densité et peu cohérente, traduit non seulement l'empilement historique de dispositifs mais surtout reflète une organisation administrative elle-même faiblement coordonnée. L'examen de la situation actuelle frappe par ses caractéristiques paradoxales.

On connaît aujourd'hui de manière approfondie l'activité des infirmiers libéraux, puisque les caisses nationales d'assurance maladie sont capables non seulement de mesurer finement, par catégorie d'actes, cette activité, mais de la rattacher à un patient et donc de connaître également les caractéristiques de la population prise en charge. A l'inverse, l'activité réelle des SSIAD et des CSI est fort peu et fort mal connue (cf. partie 1.2 de la présente note). Cependant les services de l'Etat, DDASS, instruisent les dossiers de SSIAD, préparent leur passage devant le CROSMS et prennent ensuite les décisions de création ou d'extension qui leur paraissent les meilleures au regard des enveloppes financières fixées par la CNSA et réparties en coordination avec les DRASS.

Pour décrire la situation de manière volontairement caricaturale, on dispose donc d'un système de régulation d'une partie de l'offre (SSIAD) par les services de l'Etat, mais sans véritable système d'information pour asseoir les décisions. Du côté de l'assurance maladie et du suivi de l'offre libérale, on dispose d'un système d'information sophistiqué et performant mais aucun mécanisme de régulation collective n'est en place.

En outre ces deux « boîtes » ne communiquent pas. Au sein de l'administration centrale du ministère, il n'y a pas de consolidation des informations et, le cas échéant, de coordination des décisions en provenance des deux secteurs, celui de l'offre en SSIAD d'un côté, celui de l'offre en soins infirmiers libéraux de l'autre. Quant aux caisses nationales, CNAMTS et

CNSA, elles n'ont pas non plus mis en place de dispositif d'échanges d'information et d'analyse en commun<sup>8</sup>.

Au niveau local, les CPAM enregistrent les données d'activité des professionnels libéraux qui peuvent être ensuite analysées par les URCAM ; les professionnels sont par ailleurs susceptibles d'être contrôlés par les services administratifs des caisses et les praticiens conseil si nécessaire. Mais ces données ne sont pas systématiquement communiquées aux DDASS et DRASS, qui d'ailleurs ne les demandent pas<sup>9</sup>.

Les entretiens et visites de terrain faits par la mission lui ont permis de constater que les dossiers de création ou d'extension de SSIAD ne font pas l'objet d'une analyse de la densité et de l'activité des infirmiers libéraux installés sur le territoire d'intervention du SSIAD. Il lui a même paru que la question de l'analyse de l'offre globale n'était pas vraiment envisagée par les services instructeurs et ne ressortait pas des avis pris en CROSMS ni du cadre d'analyse prévu pour les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). La mission estime ainsi que la question de la complémentarité de l'offre en soins infirmiers entre SSIAD, CSI et activités des infirmiers libéraux ne semble jamais ni analysée ni discutée au niveau local. Les services de l'Etat sont soucieux de répondre aux objectifs qui leur sont assignés par les autorités centrales, administrations centrales et CNSA, ceux de la croissance quantitative des dispositifs. Ils sont également à l'écoute des élus locaux et des porteurs de projet, eux-mêmes souvent déjà en charge de services et établissements identifiés sur le terrain (les grandes associations connues sur le secteur, les centres communaux d'action sociale, CCAS, ou les établissements médico-sociaux).

Quant à la mission régionale de santé (MRS), seule passerelle institutionnelle entre l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), les services de l'Etat qui y siègent et les caisses d'assurance maladie, elle est tournée exclusivement vers le sanitaire et n'a en charge qu'un nombre limité de sujets communs<sup>10</sup>. Cependant, les unions régionales des caisses d'assurances maladie (URCAM) et les ARH ont eu la responsabilité de faire un travail d'observation et de délimitation des zones de faible densité médicale. La plupart des URCAM ont également travaillé sur la densité et l'implantation des professionnels paramédicaux et disposent d'une bonne connaissance de la situation de chaque région. On aurait donc pu penser qu'une analyse plus complète de l'offre en soins infirmiers soit disponible pour analyser de manière fine la situation sur le terrain et étayer les décisions d'implantation et de développement des places de SSIAD.

Mais l'offre en soins infirmiers, située aux confins du sanitaire et du médico-social, partagée entre réponse libérale et structures administrées, échappe largement à tous les dispositifs qui permettraient une mise en commun globale entre les autorités et une vision partagée des points de complémentarité.

---

<sup>8</sup> Une convention est en préparation entre les deux caisses nationales qui devrait permettre une meilleure coordination de leurs actions.

<sup>9</sup> Les constats faits par la mission sont fondés sur un petit nombre de déplacements de terrain et d'entretiens, il convient donc de manier avec la plus grande prudence ce diagnostic critique.

<sup>10</sup> Cf. article L.162-47 du code de la sécurité sociale introduit par l'article 67 II de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

**1.1.2 La prise en compte, pour partie, des établissements sanitaires et médico-sociaux est par ailleurs utile pour apprécier la complémentarité de l'offre en direction des patients et des personnes âgées dépendantes.**

*1.1.2.1 L'offre en EHPAD est un élément d'analyse complémentaire pour évaluer les besoins de prise en charge des personnes âgées dépendantes.*

Le groupe de travail tel qu'il a été constitué ne comportait pas de représentants des EHPAD et n'a donc pas discuté des liens (en terme de prise en charge des patients) entre établissements et soins à domicile. La mission est parfaitement consciente qu'il doit y avoir continuité entre ces différents types de prise en charge et que sur le terrain des coordinations de fait fonctionnent, souvent d'autant plus aisément que certains SSIAD sont adossés à des établissements.

Pour déterminer le calibrage de l'offre en soins infirmiers sur le territoire, l'existence et la densité de l'offre en EHPAD est à l'évidence un des éléments d'analyse du contexte qui doit être intégré. La mission ne peut cependant émettre de recommandations sur la pondération des critères d'analyse qu'il faudrait opérer pour prendre en compte la densité en places d'EHPAD.

*1.1.2.2 L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une offre de soins spécifique, celle d'un établissement sanitaire hors les murs, dont l'activité ne doit pas en principe se révéler concurrente mais complémentaire de l'activité des IDEL et des SSIAD.*

Compte tenu des inquiétudes exprimées par l'ensemble des représentants de professionnels infirmiers, la mission IGAS a proposé à la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD) de participer aux travaux du groupe, afin que soit explicitée et débattue la question de l'articulation entre HAD et offre en soins infirmiers.

Le développement amorcé dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération et les annonces politiques de croissance importante du nombre de places en HAD<sup>11</sup> soulèvent une réelle inquiétude parmi les infirmiers libéraux et les représentants des SSIAD : les critères d'inclusion définis par la circulaire DHOS du 1<sup>er</sup> décembre 2006<sup>12</sup> ne seraient pas toujours respectés et certains patients bénéficieraient d'une prise en charge en HAD alors que celle-ci ne serait pas nécessaire. La mission, n'ayant pas fait d'investigation sur le terrain dans ce domaine, n'est pas en mesure de confirmer ou d'infirmer ces affirmations. Il est probable que les pratiques de terrain, qui diffèrent certainement d'un point à l'autre du territoire, peuvent dériver à la marge ; ce point a d'ailleurs été reconnu dans les discussions du groupe de travail.

La mission ne peut dans ce domaine que renvoyer aux textes, qui prévoient une gamme d'intervention et de professionnels avec chacun leurs spécificités et leurs compétences et qui, en principe, ne peuvent se substituer les uns aux autres mais doivent s'articuler et se

<sup>11</sup> L'objectif du Plan de solidarité Grand Age est de passer de 8 000 à 15 000 places d'HAD entre 2006 et 2010.

<sup>12</sup> Circulaire N° DHOS/O3/2006/506 du 1<sup>er</sup> décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.

coordonner<sup>13</sup>. Cependant les lacunes ou les superpositions entraînent inévitablement des pratiques substitutives et/ou redondantes, en fonction des circonstances locales, pour les prises en charge des patients ou des personnes âgées. Ceci se produit tout particulièrement lorsque les patients se situent à la frontière entre une prise en charge de type HAD et une prise en charge de type SSIAD ou par un infirmier libéral.

A l'autre bout de la chaîne, s'agissant des soins quotidiens de toilette et des soins relationnels, il y a sans doute également des pratiques substitutives et/ou redondantes entre infirmiers, aides soignants et auxiliaires de vie. Celles-ci peuvent être dues tout autant au manque de places de SSIAD ou à la présence d'infirmière libérale, qu'à la sur-densité des infirmiers libéraux les amenant parfois à pratiquer des actes en AIS qui pourraient ne pas être strictement indispensables.

Les participants au groupe de travail n'ont pas caché qu'à la marge, comme pour l'HAD, des dérives, des substitutions ou des redondances sont observées sur le terrain, notamment pour les patients dont l'état peut être considéré comme à la « frontière » entre les différents types de prise en charge possibles.

Face à ce constat, la mission estime qu'il est impossible et peu souhaitable de vouloir à tout prix normer la réalité. L'état d'un patient est évolutif, la nature de sa prise en charge doit l'être. Les textes doivent se contenter de poser des règles claires en termes de champs d'intervention, de compétences et de critères d'inclusion, comme c'est actuellement le cas, ou évoluer pour élargir le cadre des interventions des professionnels, comme le suggère le document de réflexion précité de la HAS.

Pour leur part, les pratiques doivent pouvoir s'adapter au mieux sur le terrain. Cependant la mission ne fait pas non plus preuve d'un angélisme excessif ; elle tient à souligner l'intérêt de mettre en place des coordinations formelles entre les différents professionnels (voir partie 5 de la présente note). Elle rappelle par ailleurs que les caisses d'assurance maladie et les praticiens conseil doivent opérer des contrôles de manière à éviter les dérives dont les conséquences en termes de prise en charge pour les patients sont manifestement à risque ou entraînent des dépenses indues pour l'assurance maladie.

## **1.2 La connaissance de l'activité des SSIAD, des CSI et des IDEL est très inégale.**

L'UNCAM dispose d'informations très détaillées et actualisées sur l'implantation et l'activité des infirmiers libéraux. Cette connaissance fine de l'activité des infirmiers libéraux repose en particulier sur la transmission des feuilles de soins pour obtenir le remboursement de leurs actes. Les systèmes d'information de la CNAMTS et des autres régimes d'assurance maladie permettent ainsi d'avoir des données fiables notamment sur :

- la densité des infirmiers libéraux (à l'échelle d'une région, d'un département, d'un bassin de vie) ;
- le volume d'activité moyen par infirmier (mesuré en honoraire par professionnel) ;
- la part moyenne respective des AMI et des AIS dans l'activité des professionnels ;
- les indemnités kilométriques perçues.

---

<sup>13</sup> Sur ce point, voir le projet de recommandation de la HAS, la haute autorité en santé, élaboré en collaboration avec l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé, ONDPS, en décembre 2007, « délégation, transferts, nouveaux métiers... conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ».

L'utilisation des feuilles de soins permet également de rattacher à chaque professionnel les patients pris en charge et leur caractéristiques : âge, affections de longue durée (ALD), couverture maladie universelle (CMU), CMU avec complémentaire (CMU/C)...

A l'inverse, et paradoxalement, comme cela a déjà été souligné, alors même que les services de l'Etat ont la complète maîtrise de la création et de l'extension des SSIAD, les informations disponibles sur leur activité sont aujourd'hui très lacunaires. Le mode de financement par forfait ne permet pas d'obtenir de manière aussi systématique des informations sur l'activité des aides soignants et des infirmiers, qu'ils soient salariés ou libéraux intervenant pour le compte du SSIAD, dans les mêmes conditions que pour les infirmiers libéraux intervenant dans le cadre conventionnel avec l'UNCAM.

Ces informations viennent de plusieurs sources :

- *d'un point de vue quantitatif*, le nombre de places en SSIAD autorisées et installées est connu des DDASS et DRASS qui autorisent les places nouvelles, et figure dans les PRIAC, dont le cadre est fixé par la CNSA et l'élaboration est pilotée par les DRASS. En outre, les CPAM étant chargées de verser les dotations aux SSIAD, la CNAMTS dispose d'une information actualisée sur les places installées et autorisées, ces informations devant être fournies à la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) avant que les CPAM ne puissent effectuer le versement. Ces données sont centralisées dans la base de données BREX (base de données des établissements<sup>14</sup>) ;
- *d'un point de vue qualitatif*, l'activité des SSIAD peut être appréhendée principalement par les rapports d'activité<sup>15</sup>, qui incluent les données recueillies au cours de la « période de référence » organisée au mois d'octobre de chaque année. Le rapport d'activité prévoit notamment un certain nombre d'indicateurs renseignant sur la patientèle et les conditions de fonctionnement du SSIAD (durée moyenne de prise en charge, coût de structure, coût d'intervention, charge en soins infirmiers, demandes non satisfaites...). Les rapports d'activités sont adressés aux DDASS, puis centralisées par la direction générale de l'action sociale (DGAS).

Si, en théorie, les rapports d'activité des SSIAD devraient donner une information fine sur leur activité au niveau national, l'absence de fiabilité des données transmises ne permet pas leur exploitation. En effet, tous les SSIAD ne remplissent pas les indicateurs demandés. Certains rencontrent des difficultés pour comprendre la nature exacte des informations attendues, conduisant à des modalités de calculs et de prise en compte de l'activité variables d'un SSIAD à l'autre, des erreurs de saisie ou des saisies partielles. Face à la relative complexité des indicateurs demandés, certaines DDASS reconnaissent ne pas être en mesure de renseigner les SSIAD avec certitude. L'agrégation de ces données fragmentaires et peu fiables au niveau départemental ou régional, et a fortiori au niveau national par la DGAS, ne permet donc pas d'obtenir un degré de connaissance comparable à celui de la CNAMTS pour les infirmiers libéraux.

C'est pourquoi il est nécessaire de recourir à des études ponctuelles pour mieux apprécier leur activité et leurs modalités de fonctionnement. Deux sources d'informations complémentaires sur l'activité des SSIAD peuvent ainsi être mentionnées :

<sup>14</sup> Alimentée par les CRAM et gérée par la CNAMTS, la BREX permet notamment de connaître le statut, le type de patientèle et le nombre de places installées de chaque SSIAD.

<sup>15</sup> Arrêté du 27 juillet 2005 fixant le rapport d'activité des services de soins infirmiers à domicile et comprenant les indicateurs mentionnés au 5° de l'article R. 314-17 du code de l'action sociale et des familles.

- les « enquêtes SSIAD » pilotées par la DREES, mais dont la dernière date de 2002. Compte tenu du rythme de développement des places en SSIAD, les données de cette étude ne sont plus à jour ;
- l'enquête « SSIAD - patient lourd », conduite par la DGAS et la CNAMTS en 2007 sur un échantillon de quarante deux services de soins infirmiers adhérents à trois fédérations (FEHAP, ADMR, A Domicile) dans cinq régions. Cette étude approfondie<sup>16</sup> devrait donner des informations riches en enseignements sur le fonctionnement des SSIAD, mais demeure néanmoins partielle dans son champ d'investigation.

De même, l'activité des CSI est mal connue. Le rapport de l'IGAS déjà cité sur les CSI soulignait : « *l'obligation pour chaque centre de fournir un rapport d'activité annuel est souvent négligée par les associations et ignorée des services déconcentrés. Très rares sont ceux qui exploitent ces rapports et les services n'ont souvent aucune connaissance de ces structures et de leur activité* ». Pour pallier cette méconnaissance, les CSI ont fait l'objet d'une enquête approfondie conduite par la CNAMTS en 2007, dont les résultats devraient prochainement être connus.

En outre, le traitement de ces informations lacunaires sur l'offre en soins dispensés par les SSIAD est effectué de manière cloisonnée. La CNAMTS d'un côté, la DGAS et la CNSA d'un autre, n'échangent pas de manière systématique leurs informations sur les SSIAD. Aucun processus de partage d'information n'a été mis en place. A ce titre, la mission de l'IGAS a permis d'initier une amorce d'échanges de données, mais de manière ponctuelle.

C'est pourquoi la mission préconise d'améliorer la connaissance de l'activité des SSIAD et des CSI, grâce à la mise en place d'un système d'information simple et régulier, qui permette une régulation régionale et nationale.

Trois solutions sont envisageables pour améliorer la connaissance de l'activité des SSIAD et rendre directement exploitables les données recueillies. La première possibilité consiste à mettre en place un recueil de données exhaustif qui pourrait venir compléter les informations transmises par les SSIAD aux CRAM, alimentant aujourd'hui la base de données BREX, qui incluraient la charge en soins infirmiers. Ces indicateurs, suffisamment rustiques pour être remplis avec fiabilité, seraient déconnectés du rapport d'activité adressés annuellement par les services. La deuxième possibilité consiste à limiter ce recueil de données à une « période de référence » telle qu'elle existe aujourd'hui pour les SSIAD (quinze jours). Moins exactes car non exhaustives, ces données permettraient néanmoins d'avoir des données actualisées sur l'activité des services de soins infirmiers sans pour autant leur imposer des tâches administratives trop lourdes. La troisième solution consisterait enfin à réduire la périodicité des enquêtes SSIAD réalisées par la DREES et à l'étendre aux CSI en mettant en place un rythme bi- ou tri-annuel. Une solution optimale qui pourrait être retenue consiste à réaliser une enquête sur les services de soins infirmiers pilotée par DREES en 2008, parallèlement aux travaux nécessaires pour élaborer les indicateurs et arrêter les modalités de remontée d'informations du recueil de données en continu (ou en en période de référence) qui pourrait être opérationnel en 2009/2010 et se substituer à l'actuel rapport d'activité.

La définition des indicateurs et l'exploitation des données recueillies pourrait être confiées à la DREES, en collaboration avec la DGAS, la CNSA et la CNAMTS.

---

<sup>16</sup> Etude destinée à mesurer la part des patients dits « lourds » dans les prises en charge en SSIAD et donc évaluer la question du relèvement éventuel du forfait.

## **PARTIE 2. LA DEFINITION DU PERIMETRE D’EVALUATION DU BESOIN DE PRISE EN CHARGE ET D’ANALYSE DE L’OFFRE POSE NOTAMMENT LE PROBLEME DU ZONAGE URBAIN.**

### **2.1 En milieu rural, le bassin de vie fait l’objet d’un large consensus en tant que périmètre d’évaluation des besoins de l’offre en soins infirmiers.**

Le protocole signé en marge de la convention des infirmiers libéraux avec la CNAMTS en juin 2007 stipule qu’« *afin de pouvoir quantifier l’offre en infirmières libérales nécessaire par région, les parties signataires souhaitent fixer des objectifs cibles régionaux. Ces objectifs cibles régionaux correspondraient à la répartition annuelle optimale d’infirmières libérales qui devraient être conventionnées dans chacune des régions pour faire face aux besoins de soins. L’atteinte de ces objectifs est assurée grâce à une action favorisant ou limitant l’installation au niveau des bassins de vie* ».

Le périmètre optimal d’évaluation de l’offre et des besoins a été largement débattu dans le cadre du groupe de travail. Les représentants des infirmiers libéraux comme de l’offre en structure ont convenu qu’en milieu rural le bassin de vie apparaissait le territoire le plus pertinent. Plusieurs notes et études de la DREES, de la CNAMTS et d’URCAM vont dans ce sens : les bassins de vie sont actualisés lors des recensements de l’INSEE (ils sont donc relativement stables dans le temps), ils sont construits à partir de l’ensemble des équipements et services disponibles, y compris ceux de la santé, ils présentent une taille suffisante (plus de 4400 habitants pour 90 % d’entre eux). De plus, des indicateurs économiques, sociaux et démographiques peuvent être obtenus par agrégation à ce niveau.

A titre d’illustration, l’étude réalisée par l’ORS de Champagne Ardennes en juin 2007 a été présentée lors d’une réunion du groupe de travail. En superposant les pôles d’attraction traduisant les habitudes de déplacement des patients pour les soins de proximité, établis à partir d’une analyse des flux de patients, et les découpages préexistants les plus appropriés (territoires de santé, territoires de permanence des soins, pays, bassins de vie), l’étude a mis en évidence la plus grande pertinence des bassins de vie.

### **2.2 Pour autant, une difficulté persiste liée aux zones d’intervention des SSIAD qui ne recoupent pas forcément les périmètres des bassins de vie.**

La perspective d’une régulation de l’installation des infirmiers libéraux au niveau des bassins de vie rend nécessaire une évaluation de l’offre en structure à la même échelle, en particulier l’offre en SSIAD. S’il est possible de comptabiliser le nombre de SSIAD, et donc le nombre de places correspondantes à cette échelle, cette mesure est effectuée par rattachement du nombre de places aux communes sièges des services, sans tenir compte de leurs périmètres d’intervention exacts qui peuvent déborder des périmètres des bassins de vie. Ni la DGAS ni la CNSA ne disposent des éléments qui permettraient, à l’échelle nationale, de superposer les périmètres d’intervention des SSIAD avec ceux des bassins de vie, ce qui permettrait de vérifier leur cohérence. S’il n’est pas possible de réviser les périmètres d’intervention des SSIAD existants pour tenir compte de cette contrainte, il serait en revanche souhaitable d’intégrer cette contrainte lors des autorisations de création de nouveaux SSIAD.



### 2.3 En milieu urbain, aucun zonage pertinent n'existe encore.

L'ensemble des études conduites en vue d'élaborer une méthodologie pour définir des zones de densité de professionnels pointent la difficulté du zonage en milieu urbain. Sur ce point, une note de la DREES du 29 septembre 2006<sup>17</sup> souligne ainsi que « *le découpage des bassins de vie ne couvre pas les unités urbaines de plus de 30 000 habitants [...]. L'INSEE a cependant complété ce maillage par les unités urbaines, assimilées à des bassins de vie urbains, de façon à couvrir tout le territoire. [Elles] devront sans doute faire l'objet d'un traitement particulier pour les plus gros d'entre eux ; ainsi le plus important comporte plus de 10 millions d'habitants, regroupant plusieurs départements de la région Ile-de-France mais aussi une centaine de communes hors de ces départements...* ».

La Mission Régionale de Santé (MRS) d'Ile-de-France a proposé une méthodologie pour délimiter les territoires déficitaires en infirmiers basée sur le découpage en zones de recours aux médecins généralistes<sup>18</sup>. Elle a mis en avant trois avantages : la méthodologie utilisée pour créer les zones de recours aux médecins généralistes s'apparente en partie à celle retenue par l'INSEE pour les bassins de vie ; elle tient compte de la volonté de regroupement inter-professionnel dans la perspective de création de maisons de santé pluridisciplinaires ; elle évite enfin la multiplication des zonages, puisque les zones déficitaires en médecins généralistes ont été définies sur la même base. Pour autant, un zonage établi conformément à cette méthode présente deux inconvénients majeurs aux yeux de la mission : d'une part sa forte variabilité dans le temps potentielle, d'autre part sa forte hétérogénéité sur le territoire.

Dans l'attente d'un périmètre pertinent en milieu urbain, la commune ou le pseudo-canton<sup>19</sup> pourrait provisoirement être retenu pour évaluer l'offre en soins infirmiers libérale et en structure dans les agglomérations de plus de 30 000 habitants.

La mission préconise que soit lancé un chantier, piloté par la DREES, en collaboration notamment avec l'INSEE, la délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (DIACT) et la délégation interministérielle à la ville (DIV), afin de définir un zonage pertinent en milieu urbain pour évaluer l'offre et les besoins de soins. Ces travaux pourraient être inscrits dans le prochain programme de travail de la DREES, avec pour perspective de déboucher sur des propositions utiles au plus tard en 2009.

---

<sup>17</sup> Note DREES-DIR-BPS n° 157-06 au directeur de cabinet du ministre de la santé et des solidarités du 29 septembre 2006, *Méthode de détermination des zones déficitaires pour les infirmiers et masseurs kinésithérapeutes libéraux*.

<sup>18</sup> Note MRS-RIF, *Note méthodologique sur les difficultés liées au découpage en bassin de vie en Ile-de-France, 2006*.

<sup>19</sup> Zonage élaboré par l'INSEE

### **PARTIE 3. LA CONNAISSANCE PARTIELLE DE L'ACTIVITE DES SSIAD REND DELICATE LA CONVERSION DE LEUR ACTIVITE POUR LA RAPPROCHER DE L'OFFRE LIBERALE.**

#### **3.1 Les critères d'évaluation de l'offre libérale et des besoins en soins infirmiers semblent pouvoir faire consensus.**

Les critères envisageables pour l'évaluation de l'offre libérale et des besoins en soins infirmiers ont été largement discutés lors des réunions du groupe de travail. Certains ont rassemblés un relatif consensus auprès de l'ensemble des participants. En outre, le protocole signé par les infirmiers libéraux en juin 2007 précise que la désignation des zones déficitaires s'opérerait en fonction de plusieurs types d'indicateurs : indicateurs de besoins de soins, d'activité et d'offre de soins.

##### **3.1.1 Les critères d'offre**

S'agissant des critères d'offre, il est apparu nécessaire de combiner des critères de densité avec des critères d'activité pour apprécier avec justesse l'offre disponible.

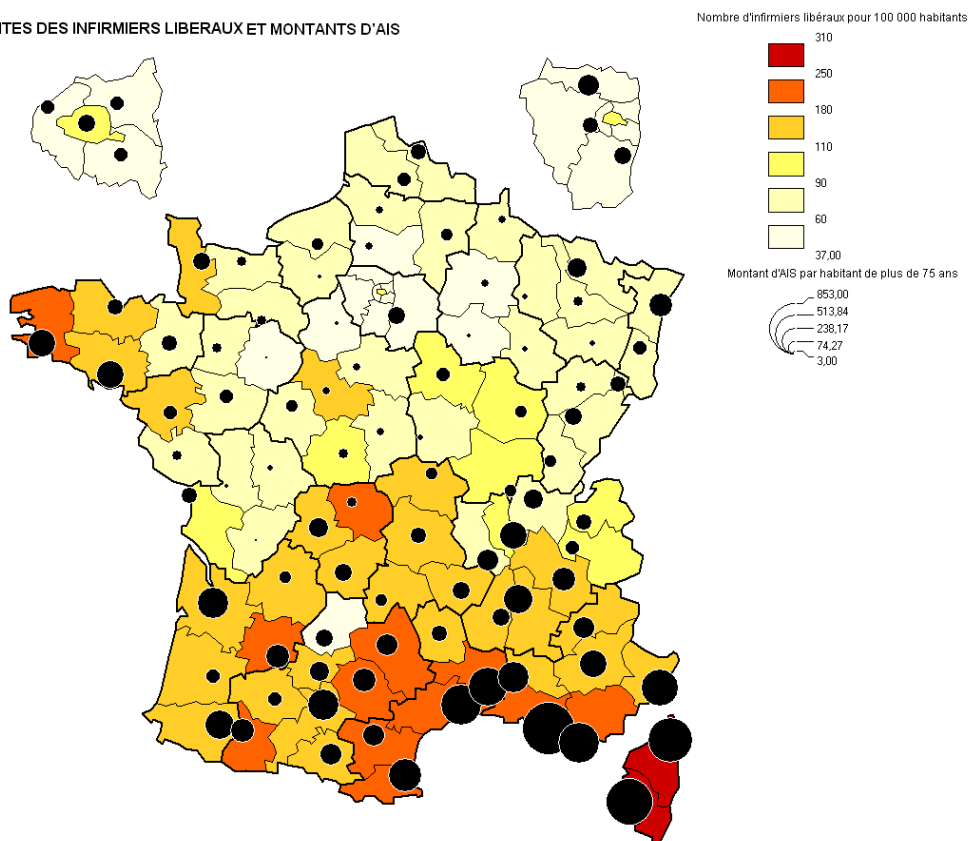
Pour les infirmiers libéraux, le critère de densité peut se mesurer en rapportant le nombre de professionnels à la population âgée de plus de 75 ans (nombre de professionnels pour 100 000 habitants de plus de 75 ans). Mais la densité ainsi mesurée ne permet pas de prendre en compte les durées de travail variables des professionnels. La prise en compte de l'activité permet de corriger ce biais.

L'activité doit être mesurée de manière globale, mais également en tenant compte de la nature de l'activité des professionnels. Il s'agit donc d'une part de mesurer le volume d'activité moyen de chaque professionnel (mesuré par les montants d'honoraires par professionnel), d'autre part de mesurer la proportion des AIS et des AMI dans l'activité globale.

En effet, la part des AIS dans l'activité globale des infirmiers libéraux apparaît étroitement corrélée avec la densité en professionnels. Alors qu'en moyenne les AIS représentent 43% de l'activité des IDEL au niveau national, cette part s'élève à 67,1% en PACA, 63,9% en Languedoc-Roussillon, 50,8% en Bretagne, autant de régions fortement dotées en infirmiers libéraux. A l'inverse, les AIS ne représentent que 6,7% de l'activité des infirmiers libéraux en Champagne-Ardenne, 15,1% en Haute-Normandie et 15,9% dans le Centre.

Une forte proportion d'AIS dans l'activité globale tendrait donc à indiquer que la densité de professionnels est forte ou trop forte sur le territoire considéré. Inversement, une forte proportion d'AMI serait le signe d'une tension sur l'offre et sans doute une « sous-densité » de professionnels.

## DENSITES DES INFIRMIERS LIBERAUX ET MONTANTS D'AIS



Densité des infirmiers libéraux (nombre de professionnels/100 000 habitants) et montant d'AIS par habitant de plus de 75 ans (*ronds noirs*).

La prise en compte des indemnités kilométriques donne une indication sur la tension qui peut peser sur l'offre compte tenu des caractéristiques géographiques d'un territoire (montagne, habitat très dispersé...). Si cette information est facilement accessible pour les infirmiers libéraux, elle est plus difficile à obtenir pour les SSIAD, sauf à mettre en place un système de reporting fiable et exploitable, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Par ailleurs, il serait sans doute nécessaire d'engager une réflexion sur l'évolution des modalités de prise en compte des déplacements des infirmiers libéraux pour tenir compte des contraintes propres à l'exercice en milieu urbain : si les distances parcourues sont plus faibles qu'en milieu rural, le temps passé pour parcourir une même distance est en revanche beaucoup plus long.

Un critère complémentaire, la prise en compte du nombre de places en EHPAD rapporté à la population de plus de 75 ans, permettrait d'avoir une vision globale de l'offre destinée aux personnes âgées et d'apprécier les besoins relatifs en aide à domicile.

D'autres critères, évoqués lors des réunions du groupe de travail, semblent en revanche devoir être écartés. Il s'agit notamment de la prise en compte des listes d'attente des SSIAD. On aurait pu penser que cet indicateur renseignerait sur leur capacité à prendre en charge les demandes sur un territoire donné. Dans les faits, la mission a pu observer que ces listes n'avaient pas forcément de sens. Les refus de prise en charge peuvent être liés à un coût induit trop important au regard de l'activité actuelle du SSIAD. En outre, face à un refus, les patients trouvent d'autres moyens de prise en charge : sortie retardée d'un établissement ou d'un

service d'HAD, infirmiers libéraux, CSI, auxiliaires de vie sociale, EHPAD, prise en charge par la famille. Quand une place dans le SSIAD se libère, les intéressés souhaitent souvent maintenir la « solution temporaire » trouvée.

### **3.1.2 Les critères de besoins**

S'agissant de l'évaluation des besoins en soins infirmiers sur un territoire considéré, la prise en compte des caractéristiques de la population est apparue nécessaire, à travers deux critères :

- proportion de la population âgée de plus de 75 ans<sup>20</sup> ;
- proportion de la population affectée par une ALD.

### **3.1.3 La question des seuils reste à négocier.**

Si les périmètres d'évaluation possibles et les critères ont été discutés au sein du groupe de travail, les seuils à retenir, notamment pour définir les zones de sur-densité et de sous-densité, n'ont pas été arrêtés. A défaut de pouvoir définir un niveau optimal d'offre en infirmiers libéraux et en structures, la définition des zones peut s'appuyer sur des écarts à la moyenne dans la perspective de corriger les inégalités géographiques observées. La classification des territoires en cinq zones (très sous-dotées, peu dotées, médianes, assez bien dotées, sur-dotées) permet de dégager sans ambiguïté les zones extrêmes qui méritent que des mesures incitatives ou désincitatives soient mises en œuvre.

Les documents cartographiques présentés au groupe de travail lors des séances de travail et annexés à la présente note s'appuient sur cette hypothèse.

Pour prendre en compte les différents critères, la méthode des scores pourrait être retenue. Elle permet à la fois de prendre en considération un nombre important de critères et de pondérer leur impact sur la définition des zones sur- ou sous-denses. La clef de pondération reste à négocier avec les partenaires. Une autre solution, qui a la préférence de la mission, pourrait consister à privilégier un critère principal, par exemple le volume global d' AIS (SSIAD, CSI et IDEL) rapporté au nombre d'habitant sur un territoire considéré, puis d'affiner le diagnostic des territoires en utilisant les autres critères à titre complémentaire. En tout état de cause, quelle que soit la méthode retenue, il serait judicieux de prévoir une période d'expérimentation afin de valider sa pertinence sur le terrain.

## **3.2 Une première approche de l'offre globale de soins infirmiers pourrait passer par une conversion de l'activité des SSIAD en AMI et AIS.**

Une ébauche de prise en compte de l'activité des infirmiers libéraux a déjà été mise en place par la CNSA pour la répartition des enveloppes relatives aux mesures nouvelles en SSIAD et en EHPAD dans les PRIAC. Le critère de la dépense en AIS concernant les personnes de plus de 75 ans est un des critères parmi d'autres qui est pris en compte pour la programmation de places nouvelles. Ce critère est pondéré à hauteur de 40% de l'enveloppe à répartir<sup>21</sup>. Mais ce

<sup>20</sup> La CNSA s'appuie pour élaborer sa programmation sur l'indice de vieillissement et les projections démographiques des personnes âgées de plus de 75 ans et de plus de 85 ans, ce sont des indicateurs indispensables pour faire une évaluation des besoins.

<sup>21</sup> La population âgée et son évolution à échéance de 2015 constitue le critère principal (50 %), le taux d'équipements en établissements et services sanitaires et médico-sociaux pèse sur 10% de l'enveloppe.

critère s'applique à l'échelle de la région et non pas du bassin de vie, niveau auquel une régulation de l'offre de soins infirmiers est envisagée.

Lors de l'instruction des dossiers d'autorisation de places nouvelles en SSIAD, il est exceptionnel que les DDASS prennent en compte la densité et l'activité des infirmiers libéraux sur le territoire d'intervention du service concerné. Même si l'activité des SSIAD, CSI et IDEL n'est pas strictement identique, il semble essentiel d'organiser une complémentarité entre ces différentes modalités d'intervention. Le principal critère pris en compte demeure les taux d'équipement moyen du département au regard du taux d'équipement moyen des autres départements de la région. Les consultations préalables à la décision d'autorisation n'assurent pas une prise en compte de ce critère.

Dans l'attente d'un système d'information qui permette d'avoir une estimation fiable de l'activité en soins infirmiers assurée dans les SSIAD d'un territoire donné (cf. 1.2. de la présente note), une conversion standard du nombre de places de SSIAD en coefficients d'AMI et d'AIS permettrait d'avoir une estimation de l'offre globale en soins infirmiers disponible, par agrégation avec l'activité des libéraux. Plusieurs études ont déjà conduites en ce sens par des URCAM et la Direction de la stratégie, des études et des statistiques de la CNAMTS.

Deux solutions de transition sont ainsi envisageables :

La première repose sur l'hypothèse qu'un patient en SSIAD a les mêmes besoins qu'un patient recevant des AIS assurés par une infirmière libérale. Un niveau moyen d'AIS par patient peut ainsi être dégagé et appliqué au nombre de places installées de chaque SSIAD. Une telle simulation a été présentée au groupe de travail (cf. carte en annexe IV). Dès lors que l'hypothèse de départ ne repose pas sur la charge en soins effectivement observée dans les SSIAD, cette méthode prête aisément à la contestation. Les représentants des infirmiers libéraux ont soulevé un certain nombre de critiques dont la mission a conscience mais elle estime qu'en l'état du système d'information, il reste intéressant de tenter une approche de ce type.

Une autre solution consiste à opérer cette conversion sur la base d'une estimation de la charge en soins infirmiers dans les SSIAD, s'appuyant sur une enquête réalisée sur un échantillon suffisamment représentatif. A ce titre, les résultats de l'étude « SSIAD patients lourds » menée par la DGAS en 2007, permettrait d'avoir des données actualisées sur un nombre suffisant de services de soins infirmiers pour proposer une conversion pertinente. La mission n'est pas parvenue à accéder à ces données et n'a pas donc pu effectuer de simulations sur cette base. Si cette étude devait être prolongée et approfondie, il serait essentiel d'associer la CNSA, la CNAMTS et la DHOS à l'élaboration de son cahier des charges afin notamment que l'exploitation des résultats sur la charge en soins infirmiers dans les SSIAD permette d'expérimenter cette conversion.

## **PARTIE 4. LA REDUCTION DES DISPARITES D'OFFRES SUR LE TERRITOIRE PASSE PAR DES DISPOSITIFS D'INCITATION ET DE DESINCITATION A L'INSTALLATION DES INFIRMIERS LIBERAUX QUI DOIVENT ETRE ELABORES EN COHERENCE AVEC LE DEPLOIEMENT DES SSIAD.**

La définition de zones de sur- et sous-densité a pour objectif la mise en œuvre de mesures de régulation de l'installation des professionnels libéraux et de la création de places nouvelles en services de soins infirmiers. Plusieurs pistes d'incitations et de désincitations ont été évoquées au cours des réunions du groupe de travail. Le détail de leurs modalités de mise en œuvre doivent être arrêté par la négociation conventionnelle. Celles mentionnées dans la présente note ont recueilli un assentiment de la part de l'ensemble des participants.

Les éléments d'évaluation sur des dispositifs similaires en France et à l'étranger<sup>22</sup> mettent en avant la nécessité de disposer d'une palette d'instruments, incitatifs et désincitatifs, mobilisables au niveau local en fonction des spécificités des territoires. Des expérimentations préalables sur les mesures incitatives et désincitatives sont souhaitables, pour évaluer leur efficacité et leurs effets pervers et adapter leur modalités de mise en œuvre.

### **4.1 Des mesures incitatives doivent être utilisées de manière combinée dans les zones déficitaires**

Plusieurs pistes d'incitations à l'installation des professionnels dans les zones déficitaires ont été ainsi évoquées par le groupe de travail :

- Une formation spécifique à l'exercice libéral du métier d'infirmier.

Dès la formation dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), il apparaît souhaitable de sensibiliser les futurs infirmiers à la pratique libérale<sup>23</sup>. Un module de formation spécifique, comportant un stage auprès d'un infirmier libéral, devrait être intégré au cursus et s'adresser à tous les futurs infirmiers.

Certains syndicats ont exprimé leur préférence pour un module non pas inscrit dans le cadre de la formation initiale, mais organisé à l'issue de la formation pour ceux des élèves qui se destinent à l'exercice libéral. La question du maintien de l'obligation des deux années d'exercice en milieu hospitalier avant toute installation en libéral a fait débat au sein du groupe de travail, et la mission n'a pas constaté de consensus sur ce point. L'incitation forte à l'installation dans les zones sous-denses ne vaut pas que pour l'exercice libéral mais aussi pour l'embauche dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, il est donc indispensable de choisir des mesures qui, tout en offrant des choix à la sortie des IFSI aux jeunes diplômés, ne mettent pas en péril l'équilibre des établissements. La mission estime qu'il convient donc d'être prudent sur cette question et qu'il faut tout d'abord sensibiliser

<sup>22</sup> Cf. par exemple : *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France*, Yann Bourgueil, Julien Mousquès, Ayden Tajahmadi, IRDES, Juin 2006.

<sup>23</sup> En outre, la possibilité de stages en CSI et en SSIAD permettrait une sensibilisation au métier d'infirmier à domicile.

pendant la durée des études à l'éventualité d'un exercice libéral au cours de la vie professionnelle.

Par ailleurs, la mission a présenté au groupe de travail les résultats de l'expérimentation de tutorat qui a eu lieu en Haute-Normandie et qui vient de faire l'objet d'une évaluation par l'URCAM<sup>24</sup>.

### **L'expérience de tutorat en Haute-Normandie**

Le tutorat a trois composantes :

l'information et la formation des étudiants infirmiers en 2<sup>ème</sup> année sur les conditions de l'exercice libéral de la profession et sur le contenu du tutorat ;

l'apprentissage du contenu technique des soins infirmiers dispensés dans le cadre de l'exercice libéral ;

la formation aux aspects organisationnels, conventionnels et règlementaires, comptables et informatiques liés à l'exercice libéral sous convention.

Les infirmiers qui acceptent de prendre en charge un étudiant de 3<sup>ème</sup> année d'IFSI doivent suivre une formation au tutorat organisée par les caisses d'assurance maladie, accueillir et former un étudiant, en échange ils obtiennent une rémunération forfaitaire.

Un bilan d'évaluation initial de chaque étudiant infirmier, puis un bilan final sont prévus.

Le bilan de l'expérimentation est considéré par l'URCAM comme globalement positif même s'il ne porte que sur un échantillon faible : 20 tutorats.

Le rapport d'évaluation souligne : « *sur le plan démographique, l'expérimentation du tutorat ne peut pas se traduire par une évolution marquée des indices de densité... néanmoins 40% des infirmiers ayant bénéficié d'un tutorat contribuent au titre d'un exercice de remplaçant à l'accroissement global de l'offre de soins infirmiers sur la région.* » Concernant leur implantation territoriale à l'issue du tutorat : « *il s'est avéré que les infirmiers se sont majoritairement installés dans les cantons à faible ou moyenne densité régionale.* »

Cette expérience, qui semble concluante, pourrait être étendue aux régions à faible densité d'infirmiers.

- Bourses d'études en échange d'un engagement à rester pendant une certaine période (5 ans par exemple) dans le département ou la région où ils ont été formés.

Ces bourses ou allocations pourraient être financées totalement ou partiellement par l'assurance maladie et/ou prises en charge par les collectivités locales, une négociation locale au coup par coup étant en ce cas nécessaire. La mission souligne cependant que des mécanismes de ce type ont déjà été expérimentés par des établissements voire par des collectivités locales et ne se sont pas toujours révélés efficaces, le « rachat » de l'allocation ou de la bourse étant possible.

- Avantages liés à la retraite : soit la possibilité de valider des périodes comportant une majoration de durée ou une majoration du revenu de remplacement, en échange d'une période d'exercice dans une zone déficitaire.

<sup>24</sup> L'avenant n° 6 à la convention nationale, JO du 25.06.2004, prévoit qu'une expérimentation sera conduite pendant 2 ans au sein d'une région URCAM afin d'évaluer la possibilité et les modalités d'encadrement par des infirmiers libéraux de tutorat des infirmiers qui souhaitent s'installer à titre libéral pour la première fois. La région Haute-Normandie a été choisie compte tenu de son déficit en infirmiers libéraux ; l'expérimentation s'est déroulée en 2005 et 2006 ; elle a fait l'objet d'une évaluation par l'URCAM en octobre 2007.

Cette proposition est à expérimenter. Il n'est cependant pas certain qu'elle puisse attirer de jeunes infirmiers. En revanche, elle pourrait peut-être tenter des infirmiers plus âgés, qui envisageraient, au moment où ils quittent une première partie de vie professionnelle en établissement, de choisir de s'installer dans une zone bénéficiant de ce type d'avantages.

➤ Aides et accompagnement à l'installation.

Ce sont les dispositifs les plus faciles à mettre en œuvre et à expérimenter ; certains le sont déjà totalement ou partiellement pour favoriser l'installation des médecins en zone déficitaires avec l'aide de l'assurance maladie et des collectivités locales.

- Mise à disposition de locaux

Ce sujet peut donner lieu à des aides diverses : locaux prêtés, minoration de bail, accès à un bailleur social... la question étant encore plus importante quand il s'agit d'installation en milieu urbain où le prix au m<sup>2</sup> est particulièrement dissuasif.

- Aides à l'équipement

Il s'agit essentiellement de financer les aménagements nécessaires à l'exercice des locaux, incluant notamment les questions d'accessibilité aux personnes en situation de handicap (accès du cabinet et table d'examen).

Il est également possible d'envisager le prêt de véhicule ou une aide à l'acquisition.

- Aides au regroupement de professionnels

Cette question est une des plus cruciales, notamment pour les jeunes professionnels qu'on aimerait voir s'installer dans des zones très déficitaires (milieu rural profond) ou très difficiles (milieu urbain sensible). La plupart d'entre eux refuse d'être contraint à un exercice isolé et souhaitent s'installer à plusieurs. Cependant dans les discussions du groupe de travail, il est apparu clairement que les infirmiers, qui pratiquent déjà pour une partie d'entre eux des regroupements pluri-professionnels (sous des formes juridiquement diverses et que la mission n'a pas explorées), sont intéressés à les voir se développer<sup>25</sup>.

La question des « maisons médicales ou des maisons de santé » favorisant des regroupements pluri-disciplinaires les intéressent comme une modalité parmi d'autres d'exercice mais qu'ils ne privilégient pas nécessairement (sur ce point la contribution de la FNI est très claire).

Cependant, en fonction des résultats de la consultation issue des états généraux de l'organisation de la santé, des organisations de ce type pourraient donner lieu à des encouragements divers, notamment de la part des collectivités locales qui sont particulièrement intéressées à favoriser des regroupements dans les zones déficitaires en professionnels de santé, médecins et professionnels paramédicaux.

---

<sup>25</sup> La grande méconnaissance des formes actuelles d'exercice des infirmiers doit amener les pouvoirs publics, la CNAM notamment, à lancer une étude sur ce sujet pour faire le point de la situation actuelle et explorer les différentes formes juridiques de regroupement afin de les encourager. Cette suggestion était inscrite dans le rapport 2005 de l'ONDPS.



- Majoration des honoraires (sur le modèle des médecins généralistes).

Cette mesure est évoquée dans le protocole de juin 2007 (augmentation du montant des honoraires encadrée par un plafond maximal de 20 %) pour les zones à densité particulièrement faible.

Elle est proposée par la FNI dans sa contribution mais n'a pas été discutée de manière approfondie au sein du groupe ; elle doit être évaluée et chiffrée par la CNAMTS.

La mission considère que des mesures de ce type, qui ont un impact important sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie, ne peuvent être envisagées que si les mesures désincitatives prévues au protocole de juin 2007 sont également mises en place. Elles doivent faire l'objet d'une expérimentation et doivent être limitées dans le temps.

- Exonération de taxe professionnelle par les collectivités territoriales, compensées par l'Etat.

Cette mesure dont l'évaluation relève des services du ministère des finances, n'a pas fait l'objet de discussion au sein du groupe ; la mission la mentionne dans la mesure où elle peut être incitative notamment si elle est couplée aux aides matérielles à l'installation.

- Modulation de la prise en charge des allocations familiales (sur le modèle des médecins généralistes).

Il s'agit d'une revendication développée notamment dans la contribution de la FNI, dont le chiffrage et l'opportunité relève de l'UNCAM puisque c'est une mesure appliquée aux médecins généralistes de secteur 1.

- Enfin, des mesures de simplification administrative et d'aide à la gestion sont à envisager avec les caisses d'assurance maladie :
  - Centralisation sur un mode de guichet unique de toutes les informations sur les aides, les contraintes et les modalités de gestion du cabinet.
  - Appui à la première installation et mesures d'aide à la gestion du cabinet.
  - Dispositif de « bourse de remplacement » pour assurer la continuité des soins et aider à la recherche de remplaçant.
  - Simplification de la procédure de transferts de données électroniques entre les caisses d'assurance maladie et les cabinets pluri-praticiens. Cette mesure imposera une évolution du système d'information de la CNAMTS, qui paraîtrait souhaitable à la mission<sup>26</sup>.

Cette liste n'est pas exhaustive.

## **4.2 La suspension temporaire de tout nouveau conventionnement à l'installation et de toute création de places de SSIAD est la seule mesure désincitative appropriée dans les zones sur-denses.**

Les mesures évoquées ci-dessus ont indirectement des effets désincitatifs : ne pas bénéficier d'un avantage, surtout s'il a des conséquences financières sensibles, est en partie désincitatif.

<sup>26</sup> Aux yeux de la FNI, la simplification de la procédure SESAM VITAL dans le cadre de cabinets pluri-praticiens est une mesure de nature à encourager le regroupement de professionnels.

Il est également envisageable de diminuer l'assiette de prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie dans les zones dont la densité est élevée sans être encore classée en surdensité.

Cependant le groupe de travail a convenu que la mesure principale à mettre en place, telle que prévue dans le protocole de juin 2007, était le non conventionnement d'infirmiers libéraux désireux de s'installer dans des zones de sur-densité. Cette « fermeture » des zones excédentaires à l'installation de libéraux doit être globale et valoir aussi pour toute création de places nouvelles en SSIAD ou d'extension d'activité des CSI.

La mesure n'a pas fait l'objet de désaccord ni de réserve sur son principe dans le groupe de travail et a été acceptée unanimement du côté des représentants des SSIAD et des CSI.

Cependant elle soulève de redoutables problèmes de mise en œuvre dès lors que se pose la question des modalités de réouverture des zones fermées. Le protocole ne prévoit que la compensation en matière de perte patrimoniale des infirmières cessant définitivement leur activité et renonçant par nécessité à leur remplacement. Mais il n'envisage pas les modalités de gestion de la « liste d'attente » dès lors que la zone serait considérée comme susceptible d'accueillir de nouveaux entrants. Deux questions ont été évoquées avec les participants au groupe de travail :

- faudra-t-il privilégier l'offre en structure ou l'offre libérale ?
- parmi les professionnels libéraux candidats, comment gérer la liste d'attente et qui doit le faire ?

Sur le premier point, le débat ne peut être tranché que par l'instance de régulation régionale, au regard des besoins évalués dans la zone considérée. En cas de demande de création ou d'extension de places de SSIAD, une enquête ad hoc, conduite par les médecins inspecteurs ou les praticiens conseil, sur la validité et la permanence sur la durée des refus de prise en charge doit permettre de prendre une décision.

Il ne peut être admis cependant que la création de places supplémentaires de SSIAD bloque de manière définitive de nouvelles installations d'infirmiers libéraux : une alternance entre installations libérales et places de SSIAD doit être prévue, assurant un équilibre dont le niveau national doit garantir l'équité.

Sur le deuxième point, la mission IGAS a ouvert ce débat au sein du groupe de travail sans que des solutions n'aient émergé. Si la question est seulement de gérer une file d'attente dont le critère unique est l'antériorité de la demande, l'autorité de régulation régionale doit être en mesure de gérer de manière simple ce dispositif.

Il est possible de raffiner la gestion de l'ouverture en utilisant une technique connue dans les SROS, celle de la « fenêtre » d'ouverture permettant, suivant un calendrier régional connu à l'avance, de proposer aux candidats de se déclarer en fonction du nombre d'installations possibles. L'autorité de gestion les choisit en fonction de la qualité des projets proposés : installation de groupe, permanence des soins, collaboration avec les SSIAD, coordination des soins, exigence qualité, etc. Bien entendu, ces critères sont connus et évalués de manière transparente. Cela permet de faire progresser des objectifs qualitatifs en matière de prise en charge des patients.

La question se complique si l'on choisit de prendre en compte le droit de ceux qui ont travaillé dans des zones déficitaires pendant une période donnée (à définir) à s'installer prioritairement dans la zone réouverte : ils auraient ainsi acquis une « antériorité » qui s'imposerait aux autres candidats à l'installation. Ce sujet n'a pas été tranché par le groupe de travail. Il semble cependant indispensable à la mission que les directions d'administration centrale étudie ce point en articulation avec la CNAMTS. La mission souhaite mettre en garde contre le risque d'une gestion centralisée des autorisations individuelles, qui lui paraîtrait un contresens dans la situation actuelle.

Enfin, pour parer à toute dérive imaginable dans un contexte de forte contrainte, la mission considère que l'ordre infirmier doit être associé à la réflexion en tant que garant déontologique du respect des critères adoptés pour gérer le dispositif de « réouverture ».

### **4.3 Une méthode globale de couverture des besoins de soins infirmiers (soins relevant du rôle propre et soins délivrés par les SSIAD) par appel d'offres pourrait être expérimentée dans certaines zones.**

Un mécanisme d'appel d'offre global pourrait être expérimenté. Ce mécanisme pourrait soit s'appliquer aux libéraux uniquement, soit être étendu également aux services de soins infirmiers à domicile et aux CSI.

Cette hypothèse a été brièvement évoquée avec les membres du groupe de travail mais n'a pas été approfondie. La mission pense cependant qu'elle mériterait d'être testée car elle permettrait la mise en place d'un dispositif global où les activités peuvent être considérées comme fongibles.

L'autorité régionale de régulation fixerait un volume global d'actes cotés en AIS qui pourraient être réalisés au cours d'une période donnée (éventuellement pluriannuelle) sur un territoire donné (le bassin de vie de préférence). Les infirmiers libéraux installés ou candidats à l'installation et les services de soins infirmiers pourraient répondre à cet appel d'offre dans la limite du volume global maximum d'actes arrêté par l'autorité de régulation.

Pour les professionnels libéraux, cela pourrait se traduire par une rémunération forfaitaire des actes cotés en AIS réalisés au cours de la période considérée, le volume d'actes rémunérés par l'assurance maladie étant arrêté a priori lors de la réponse à l'appel d'offre. On pourrait envisager que ce forfait soit supérieur à l'application des coefficients actuels des AIS, en contrepartie d'une acceptation par les professionnels libéraux d'un engagement contractuel sur le volume des actes cotés en AIS.

Pour les services de soins infirmiers, la réponse à l'appel d'offre se traduirait par une augmentation du nombre de places autorisées dans les services concernés, ou une augmentation du forfait leur permettant de prendre en charge une proportion plus importante de patients plus lourds.

L'autorité de régulation pourrait distinguer dans l'appel d'offre la part ouverte aux libéraux de celle ouverte aux SSIAD ou au contraire lancer un appel d'offre commun sur la base du volume global d'AIS à réaliser. Mais ce dispositif exige que la charge en soins dans les SSIAD soit estimée de manière fiable. La mise en place d'un système de remontée d'informations exploitables constitue donc un préalable à une telle expérimentation.

## **PARTIE 5. LA COORDINATION DES SOINS INFIRMIERS SUR UN TERRITOIRE LOCAL FAIT L'OBJET DE PRATIQUES DIVERSES ESSENTIELLEMENT INFORMELLES.**

### **5.1 Lever les obstacles qui freinent la collaboration entre SSIAD, HAD et infirmiers libéraux**

Des débats incidents ont eu lieu dans le groupe de travail sur la prise en charge financière des actes assurés par les infirmiers libéraux en SSIAD. La mission a considéré que cette question comme celles relevant plus globalement des modes de financement ou de tarification des soins infirmiers ne faisaient pas partie du champ du groupe de travail, au moins à ce stade de la réflexion. Elle signale cependant que certains professionnels se sont exprimés sur ce sujet.

La FNI notamment a proposé que soient sortis du forfait SSIAD les actes infirmiers pratiqués par des libéraux pour éviter que les services ne limitent le recours à des infirmiers libéraux pour des raisons purement financière, afin de respecter l'enveloppe qui leur a été allouée. Les IDEL seraient rémunérés directement par l'assurance maladie. Les représentants de l'offre en structure au sein du groupe se sont exprimés clairement contre ce projet, au nom de la vocation même des SSIAD d'assurer une prise en charge globale des patients, tout en affirmant leur engagement à continuer de collaborer avec les professionnels libéraux.

Dans ce cadre, une question a été mise en avant de façon récurrente par les participants au groupe de travail : il s'agit de la non-prise en charge des cotisations patronales par l'assurance maladie lorsque les infirmiers libéraux interviennent pour le compte des SSIAD ou des services d'HAD<sup>27</sup>. Cette prise en charge n'est assurée que pour les actes effectués par des infirmiers libéraux conventionnés, dans le cadre de leur exercice libéral, couvert par la convention avec l'UNCAM. Les représentants des SSIAD ont estimé que les forfaits n'étaient pas suffisants pour qu'ils prennent eux-mêmes en charge cette part de cotisations patronales. La mission n'a pas à ce jour approfondi ce point sur lequel elle compte cependant interroger la CNAMTS et l'ACOSS.<sup>28</sup>

### **5.2 L'extension éventuelle du rôle des infirmiers coordonnateurs de SSIAD est fortement contestée par les infirmiers libéraux.**

La question de la coordination des soins infirmiers sur une zone (découpage actuel des territoires couverts par les SSIAD ou futur bassin de vie) a été évoquée dans le groupe de travail notamment à propos du rôle des infirmiers coordonnateurs au sein des SSIAD. Ce sujet a donné lieu à des échanges assez vifs et pas toujours consensuels.

Le rôle fixé à l'infirmier coordonnateur par le décret du 25 juin 2004 est centré sur le fonctionnement du service et la coordination des prises en charge ; mais l'alinéa 4 de l'article 6 prévoit que les activités de coordination de l'infirmier comprennent « *le cas échéant, les*

<sup>27</sup> L'assurance maladie prend en charge une part des cotisations patronales des infirmiers libéraux conventionnés.

<sup>28</sup> La FNEHAD a souligné auprès de la mission qu'elle ne souhaitait pas se prononcer sur les modalités de prise en charge de ces cotisations sociales par ses établissements adhérents dans l'attente d'éclaircissements. Elle considère que les modalités financière d'intervention des infirmiers libéraux dans les structures d'HAD seront précisées dans la convention en cours de négociation avec les syndicats d'infirmiers libéraux.

*activités de coordination du service avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux concernés* ». Cette dimension étendue du rôle de l'infirmier coordonnateur paraît tout à fait intéressante à la mission IGAS, sous la réserve que cette coordination étendue s'exerce dans le respect des rôles et responsabilités de chacun.

Cependant certains représentants des infirmiers libéraux craignent, (certains dénoncent même des pratiques qu'ils estiment critiquables), que cette coordination n'en vienne à nier la responsabilité et le rôle propre de l'infirmier libéral auprès des patients.

### **5.3 Coordination et complémentarité dans le rôle et la place de chacun sont la clef d'une meilleure efficacité des prises en charge sur le terrain.**

La question du respect de la place et des compétences de chacun est revenue à de multiples reprises dans les débats du groupe. Les infirmiers libéraux expriment la crainte que les SSIAD et les services d'HAD ne les cantonnent au rang de simples prestataires de service, supplétifs à la demande, comblant les lacunes ou les difficultés ponctuelles de fonctionnement des structures. Les représentants des SSIAD ou des services d'HAD s'en défendent mais reconnaissent que des situations ponctuelles de ce type peuvent se produire.

En sens inverse, la mission, lors de ses déplacements sur le terrain, a mesuré les efforts fournis, parfois vainement, par les infirmières coordonnatrices rencontrées pour organiser des réunions avec l'ensemble des infirmiers libéraux d'une commune ou d'un secteur, autour de questions générales d'information et/ou d'échanges de pratiques. Dans certains cas, les initiatives sont acceptées et nourrissent entre infirmières libérales et personnels des SSIAD des relations de travail et d'échanges fructueux, dans d'autres cas, chacun reste cantonné à sa pratique sans faire l'effort (ou sans pouvoir le faire, notamment dans les zones sous-denses où les professionnels vivent une forte pression en temps de travail et d'interventions) d'un rapprochement.

La mission a interrogé les participants du groupe sur l'intérêt de la mise en place d'une coordination territoriale formalisée, autour de l'un ou l'autre des professionnels de santé, en particulier du médecin généraliste. Cette suggestion a suscité des réserves, notamment dans l'hypothèse où ce rôle serait attribué au médecin. La mission n'a pas eu le temps de prolonger ces échanges ni d'aller sur le terrain observer les besoins précis de coordination des professionnels de santé sur une zone donnée. Elle a cependant constaté dans les deux départements où elle s'est rendue, que des coordinations de fait fonctionnaient entre les différents professionnels : infirmiers libéraux, infirmiers coordonnateurs de SSIAD, directeur d'EHPAD et d'hôpital local. Chacun se connaît, sait sur qui compter et échange informellement au cas par cas en fonction des nécessités de prise en charge de tel ou tel patient.

### **5.4 Expérimenter une coordination renforcée et contractualisée avec les différents professionnels**

Cette situation est certainement perfectible, la mission en est convaincue. L'extension du rôle de l'infirmier coordonnateur à un rôle de coordonnateur de zone<sup>29</sup> pour les soins infirmiers lui paraît envisageable, en tout cas mériter une expérimentation. Mais les infirmiers libéraux ont vivement manifesté leur opposition à une telle dimension ; il faudrait donc l'entourer de

<sup>29</sup> Dans les zones où il existe des CSI, cette coordination doit bien sûr les prendre en compte.

garanties<sup>30</sup> pour qu'elle puisse être acceptée, même à titre expérimental. Au-delà de la convention classique qui lie les infirmiers libéraux intervenant en SSIAD avec le service, il faudrait probablement tisser un réseau conventionnel d'adhésion avec l'ensemble des professionnels intervenant dans une zone donnée pour les soins infirmiers, sur une base négociée où chacun trouverait son compte. C'est en tout cas dans ce cadre que des progrès qualitatifs peuvent être envisagés : dossier de soins infirmiers commun, amélioration et évaluation des prises en charge, formation, etc.

En complément d'une approche expérimentale sur le territoire, les principes d'une coordination respectueuse des rôles de chacun pourrait être formalisés dans une convention ou un ensemble de conventions passées entre les syndicats d'infirmiers libéraux et les principales fédérations regroupant les SSIAD et les CSI.

---

<sup>30</sup> Notamment pour préserver la liberté de choix du patient.

## **PARTIE 6. LA MISE EN PLACE AU NIVEAU REGIONAL D'UN DISPOSITIF DE REGULATION GLOBAL ET COHERENT EST INDISPENSABLE.**

La mission a constaté, comme cela a été décrit dans la partie 1 de la note, qu'il n'y avait pas actuellement de régulation globale de l'offre en soins infirmiers et que les dispositifs existants étaient totalement cloisonnés : d'un côté le champ conventionnel est encadré par la négociation nationale entre les professionnels et l'UNCAM, de l'autre les procédures d'autorisation des SSIAD sont de la responsabilité des autorités déconcentrées de l'Etat : des DRASS pour l'élaboration du PRIAC (qui englobe par contre l'ensemble des établissements et services en direction des personnes âgées et handicapées) et le dialogue de gestion sur le suivi des enveloppes avec la CNSA, et des DDASS pour l'instruction des dossiers, la préparation des avis CROSMS et la décision finale par arrêté du préfet de département. Du côté des CSI, les procédures d'agrément relèvent des préfets de région après avis de la CPAM d'implantation du centre.

Dans un objectif de réduction des disparités d'accès aux soins infirmiers et d'une meilleure répartition de l'offre sur le territoire, il apparaît indispensable d'articuler étroitement les procédures, de disposer à un même niveau opérationnel des données issues du système d'information des caisses d'assurance maladie et de celles issues des services de l'Etat, de disposer également à ce niveau d'une capacité d'analyse et de mise en œuvre des décisions prenant en compte l'offre en soins infirmiers de manière globale et sa nécessaire articulation avec les EHPAD et les services d'HAD.

### **6.1 Le niveau régional est le bon niveau d'analyse, de concertation et de régulation.**

Le groupe de travail et la mission estiment que le pilotage du système d'information et de la régulation doit revenir au niveau régional, tout en respectant les responsabilités propres de la CNAMTS et de l'Etat au plan national.

En effet, pour les décisions relevant aujourd'hui de l'Etat dans le champ médico-social, le niveau régional est celui de l'élaboration et du suivi des PRIAC et des enveloppes financières déterminant l'équipement sur le terrain. Pour les analyses de situation relevant du secteur des professionnels de santé libéraux, les URCAM représentent un échelon qui fédère les différents régimes et a la possibilité de disposer des données issues des caisses primaires et, le cas échéant, des caisses régionales. Leurs travaux sont d'ailleurs actuellement les seuls qui ont permis d'amorcer dans bon nombre de régions des réflexions sur le diagnostic des disparités infra régionales et sur les critères à prendre en compte dans l'analyse des besoins et de l'offre en soins infirmiers<sup>31</sup>. L'élaboration des SROS, leur déclinaison en matière d'évolution du rôle des hôpitaux locaux et de développement des services d'HAD relèvent des ARH, au sein desquelles siègent à la fois CRAM, URCAM et direction régionale du

---

<sup>31</sup> Cf. études réalisées par l'URCAM de Bretagne en 1999, de l'URCAM du Languedoc-Roussillon en 2006 ou d'Ile-de-France en 2007.

service médical (DRSM) pour les partenaires de l'assurance maladie, DDASS et DRASS pour les représentants de l'Etat<sup>32</sup>.

Le niveau régional est donc celui qui réunit les principaux acteurs du champ ; ce sont ceux qui sont en mesure de prendre des décisions portant sur les soins infirmiers, domaine situé aux confins du sanitaire et du médico-social et relevant à la fois d'une offre libérale et d'une offre « administrée ». Aujourd'hui ces acteurs ne travaillent pas dans un service unique mais dans des groupements formels ou informels qui leur permettent cependant d'articuler et de coordonner leurs décisions. La perspective de création des ARS, annoncée par le gouvernement, permettra probablement d'unifier et de simplifier cette organisation. D'ici là, il reste tout à fait possible de mettre en place temporairement un dispositif d'analyse et de co-décision ARH-DRASS-URCAM.

## 6.2 Une nouvelle compétence pour les MRS et les futures ARS

La mission régionale de santé, qui regroupe ARH et URCAM, avec une présidence annuelle alternée entre directeur de l'ARH et directeur de l'URCAM, pourrait voir son champ de compétence accru à la régulation de l'offre en soins infirmiers libérale : système d'information, gestion du zonage et des critères d'analyse des besoins et de l'offre, préparation et décision en matière de gestion des mesures incitatives ou désincitatives concernant les professionnels libéraux.

## 6.3 La nécessaire modification des PRIAC et des dossiers CROSMS

L'élaboration des PRIAC et les relations financières avec la CNSA pourraient rester sous la responsabilité technique des services déconcentrés de l'Etat, DRASS et DDASS, mais les décisions d'implantation et de développement des places de SSIAD devraient relever de l'autorité conjointe Etat/MRS dans l'attente des ARS, en fonction des analyses de zones telles que définies en amont. Dans les zones considérées comme sur-denses il ne peut pas y avoir de décisions de développement de places de SSIAD, dans les zones considérées comme sous-denses il faut au contraire mettre en place un mécanisme favorisant des implantations considérées comme prioritaires, tout en respectant les périmètres des bassins de vie.

Les PRIAC devront donc comporter un volet d'analyse reprenant la situation des zones et ne prévoir de développement de SSIAD que lorsque le zonage retenu le permet voire y incite.

Les dossiers présentés en CROSMS et la grille d'instruction devront également comporter un volet retraçant non seulement la future coopération entre infirmiers libéraux et SSIAD, mais d'abord un diagnostic sur la situation du bassin de vie au regard des critères fixés pour l'analyse des besoins et de l'offre (y compris les établissements EPHPAD et USLD) sur ce territoire.

Le dispositif doit être identique lorsqu'il s'agira de l'agrément des CSI ou du développement de leur activité.

---

<sup>32</sup> Ces différents organismes et services siègent à la commission exécutive de l'ARH (COMEX) qui dans sa forme de groupement d'intérêt public (GIP) réunit à la fois les décideurs locaux de l'assurance maladie et de l'Etat.



#### **6.4 Un comité de concertation ouvert à tous les professionnels intervenant en soins infirmiers**

La future ARS<sup>33</sup> devrait assurer cette nouvelle mission en liaison étroite avec les professionnels. En effet, la principale leçon que tire la mission IGAS du pilotage du groupe de travail national est que les échanges et le dialogue entre les différents représentants des professionnels, infirmiers libéraux et offre en structures ont été riches et appréciés par tous. Ils ont permis à la fois d'exprimer de part et d'autre les contraintes qui pèsent différemment sur chaque partie et les inquiétudes suscitées parfois par des pratiques de concurrence ou des comportements d'hostilité. Au niveau régional il doit en être de même. L'ARS animera un comité formellement constitué des partenaires libéraux et des fédérations représentant les SSIAD et les CSI, le cas échéant avec les représentants de l'offre en établissement, qui disposera des analyses ayant permis la réalisation du zonage et de sa qualification en « sur-dense », « sous-dense » ou « proche de la médiane » (voir parties 2 et 3 du rapport) et pourra évoquer toutes les questions utiles à une bonne approche de la complémentarité de l'offre sur le territoire. Ce comité n'a pas, aux yeux de la mission IGAS, à intervenir ponctuellement pour avis au niveau de chacune des décisions qui seront prises, ni à se substituer aux instances de dialogue conventionnel pour les professionnels libéraux, ni au CROSMS. Cependant c'est une pièce essentielle du futur dispositif de régulation, car il ne faut pas perdre de vue que c'est le dialogue entre les différentes composantes de l'offre en soins infirmiers et de son articulation avec le reste du secteur médico-social et sanitaire qui permettra de progresser vers l'objectif de réduction des disparités sur le territoire.

La mission IGAS a constaté un consensus de la totalité des professionnels participant au groupe de travail sur les objectifs poursuivis par l'ensemble du dispositif tel qu'il est esquissé dans cette note.

Cette note n'aborde pas la question de la régulation centrale par les directions d'administration centrale et les caisses nationales, cette question n'ayant pas été abordée dans le groupe de travail. Cependant la mission IGAS souligne qu'il serait vain de construire un dispositif global et cohérent au niveau régional s'il n'en était pas de même au niveau central.

---

<sup>33</sup> Jusqu'à la création des ARS, le dispositif de co-décision MRS/DRASS

## PARTIE 7. RECAPITULATIF DES PRECONISATIONS

- Système d'information et partage de données
  - 1) Améliorer la connaissance de l'activité des SSIAD et des CSI, grâce à la mise en place d'un système d'information simple et régulier, en continu ou sur une période de référence, qui permette une régulation régionale et nationale. Une enquête menée par la DREES pour actualiser celle de 2002 paraît indispensable à un horizon de court terme pendant que s'élaborerait un système d'information continu utilisable par tous.
  - 2) Affiner le niveau de connaissance et de programmation des SSIAD par la CNSA à un niveau infra-départemental.
  - 3) Organiser et formaliser le partage d'informations sur les SSIAD et les CSI entre la CNAMTS, la CNSA, la DGAS et la DHOS.
  - 4) A court terme, rendre possible l'accès aux données de l'enquête « SSIAD – Patients lourds » conduite par la DGAS et la CNAMTS pour expérimenter une conversion de l'activité des SSIAD en AMI et AIS. Si cette étude devait être prolongée et approfondie, associer la CNSA, la CNAMTS et la DHOS à l'élaboration de son cahier des charges afin notamment que l'exploitation des résultats sur la charge en soins infirmiers dans les SSIAD permette d'expérimenter cette conversion.
  
- Détermination du zonage en milieu urbain
  - 5) Lancer un chantier, piloté par la DREES, en collaboration avec l'INSEE<sup>34</sup>, la DIACT et la DIV, afin de définir un zonage pertinent en milieu urbain pour évaluer l'offre et les besoins de soins. Ces travaux devraient être inscrits dans le prochain programme de travail de la DREES, avec au plus tard 2009 comme échéance.
  
- Expérimentation dans plusieurs régions pendant au moins deux ans des méthodes de détermination des zones déficitaires ou sur-denses et d'évaluation de la pertinence des dispositifs incitatifs et désincitatifs.
  - 6) Tester les critères d'analyse des besoins et de l'offre en soins infirmiers, pour déterminer les zones déficitaires ou plus ou moins denses.
  - 7) Tester les méthodes de conversion en AIS pour apprécier l'offre globale en soins infirmiers dans le bassin de vie.
  - 8) Tester un panel de mesures comprenant un ensemble de dispositifs incitatifs dans les zones déficitaires.
  - 9) Suspendre tout nouveau conventionnement lié à l'installation d'infirmiers dans les zones considérées comme sur-denses et bloquer corrélativement tout développement de places de SSIAD.
  - 10) Dans ces zones :
    - recenser les demandes d'installations en instance et mettre en place des critères de gestion de la file d'attente en collaboration avec l'ordre national des infirmiers ;
    - assurer un suivi des listes d'attente ou des refus de prise en charge dans les SSIAD.

---

<sup>34</sup> La mission n'a pas pris contact sur ce sujet avec l'INSEE et considère qu'il appartient à la DREES de discuter des conditions de leur nécessaire collaboration sur ce sujet.

- 11) Faire une évaluation globale des méthodes et des effets de ces dispositifs avant d'envisager de les généraliser ; revoir les conditions d'autorisation des SSIAD, en assurant la prise en compte au niveau local de l'offre en soins infirmiers libérale.
  - 12) Associer les professionnels au suivi des expérimentations et à leur évaluation.
- Coordination locale des professionnels
- 13) Tester une coordination assurée par l'infirmier coordonnateur du SSIAD dans un cadre négociée contractuellement avec l'ensemble des infirmiers libéraux sur quelques bassins de vie.
- Regroupement des professionnels
- 14) Lancer une étude pour mieux connaître l'organisation actuelle des cabinets d'infirmiers libéraux (regroupements pluri-professionnels, pluri-disciplinaires...)
- Pilotage régional global
- 15) Organiser une régulation régionale de l'installation des infirmiers libéraux et de la création/extension des services de soins infirmiers, en s'appuyant sur les MRS, en cohérence avec les évolutions prévues par la programmation des PRIAC pour les établissements médico-sociaux.
  - 16) Réviser les conditions d'autorisation des SSIAD, en assurant la prise en compte au niveau local de l'offre en soins infirmiers libérale.
  - 17) Revoir le cadre d'analyse des PRIAC pour prendre en compte l'activité des infirmiers libéraux au niveau régional et départemental.
  - 18) Assurer la cohérence entre le développement des services d'HAD prévu dans les SROS et l'activité des infirmiers libéraux, des CSI et des SSIAD.
  - 19) Mettre en place un comité régional de concertation avec l'ensemble des professionnels infirmiers libéraux et des représentants des SSIAD, des CSI et des services d'HAD, le cas échéant les représentants de établissements médico-sociaux.
  - 20) En fonction de la montée en charge du système d'information et des résultats de l'évaluation, développer de manière homogène les outils d'analyse et de régulation sur l'ensemble du territoire à partir de 2010.
- Coordination nationale
- 21) Envisager la signature de conventions entre les syndicats d'infirmiers libéraux et les principales fédérations regroupant SSIAD et CSI pour poser les principes d'une coordination respectueuse des rôles de chacun.

## CONCLUSION

Indépendamment des questions techniques abordées lors de ses réunions et des pistes d'organisation et de régulation qui ont pu s'y dessiner, le groupe de travail piloté par l'IGAS a eu pour principal bénéfice de rendre possible un dialogue serein et constructif entre les représentants des syndicats d'infirmiers libéraux et les représentants des fédérations de services et d'établissements médico-sociaux et sanitaires. Ce dialogue et ces échanges mériteraient d'être pérennisés et organisés tant par les directions d'administrations centrales concernées et les caisses nationales qu'au niveau régional, afin de faciliter et améliorer les relations entre des professionnels amenés à travailler ensemble quotidiennement et à nouer des partenariats qui devraient se développer dans l'avenir. Ce dialogue souffre aujourd'hui du cloisonnement des organisations administratives dont relèvent les différents partenaires (libéraux d'un côté, offre en structure d'un autre) et les champs médico-social et sanitaire.

Les pistes retracées dans la présente note ont vocation à alimenter la réflexion engagée dans le cadre des états généraux de l'organisation de la santé. Elles devront être explorées plus avant dans leurs aspects techniques, en fonction des orientations qui seront retenues, puis expérimentées afin de s'assurer de leur pertinence et de leur efficacité et éviter les effets pervers qui pourraient se révéler lors de leur mise en œuvre.

Emmanuèle JEANDET-MENGUAL

Jacques-Bertrand de REBOUL

## **ANNEXES**

## ANNEXES

### **A/ Annexes techniques**

- Annexe 1 : Part des AMI dans l'activité des infirmiers libéraux
- Annexe 2 : Evolution des effectifs de patients en ALD et coûts associés
- Annexe 3 : Places de SSIAD en 2006 par région
- Annexe 4 : Conversion de l'activité des SSIAD en AMI et AIS
- Annexe 5 : Participants au groupe de travail
- Annexe 6 : Calendrier des réunions du groupe de travail
- Annexe 7 : Liste des personnes rencontrées

### **B/ Contributions des membres aux réunions du groupe de travail.**

- Contribution de la FNI
- Contribution de Convergence Infirmière
- Contribution du SNIIL
- Contributions de l'ONSIL
- Propos liminaire lu en séance le 18 décembre 2007 au nom des fédérations représentant les SSIAD
- Contribution de l'UNA
- Contribution de l'UNASSI
- Contribution de A Domicile

### **C/ Réactions des administrations et des participants au groupe de travail à la version provisoire de la note en date du 2 janvier 2008.**

- Avis de la CNSA
- Avis de la DREES
- Avis de la FNI
- Avis de Convergence infirmière
- Avis de la FEHAP
- Avis de l'UNIOPSS
- Avis de l'ADMR
- Avis de A Domicile
- Avis de la FNEHAD
- Avis de la CNAMTS

## **ANNEXES TECHNIQUES**

**Annexe 1 : Part des AMI dans l'activité des infirmiers libéraux.**



## Part des AMI et des AIS dans l'activité des infirmiers libéraux

### Contributions par région

	Poids de la région dans les honoraires totaux en 2005	Orientation : part des honoraires en AIS dans les honoraires AIS+AMI en 2005	Evolution entre 2005 et 2006				Contribution à l'augmentation des honoraires
			Honoraires totaux	Honoraires en AIS	Honoraires en AMI	Honoraires des frais de déplacement	
11- Ile-De-France	11,0%	32,3%	5,0%	-0,6%	7,9%	4,0%	8,5%
21- Champagne-Ardenne	1,8%	6,7%	7,1%	7,4%	7,4%	5,9%	1,9%
22- Picardie	2,4%	14,8%	1,9%	-5,4%	2,9%	2,2%	0,7%
23- Haute-Normandie	2,3%	15,1%	5,7%	-2,1%	7,3%	4,3%	2,0%
24- Centre	2,8%	15,9%	5,4%	3,2%	6,0%	4,3%	2,3%
25- Basse-Normandie	1,9%	24,9%	5,4%	3,5%	6,3%	4,3%	1,6%
26- Bourgogne	2,2%	22,3%	3,8%	-1,4%	5,3%	3,3%	1,3%
31- Nord-Pas-de-Calais	6,5%	21,6%	6,6%	9,4%	6,6%	4,0%	6,5%
41- Lorraine	3,6%	20,4%	8,2%	8,3%	9,0%	5,8%	4,6%
42- Alsace	2,5%	33,2%	8,2%	8,9%	8,4%	6,3%	3,1%
43- Franche-Comté	1,4%	27,0%	6,4%	-0,2%	9,6%	4,2%	1,4%
52- Pays-De-Loire	2,9%	27,6%	5,6%	3,6%	5,8%	4,5%	2,5%
53- Bretagne	5,1%	50,8%	5,3%	4,2%	6,5%	4,9%	4,1%
54- Poitou-Charentes	2,1%	19,3%	4,5%	10,0%	3,7%	3,1%	1,4%
72- Aquitaine	6,0%	53,6%	6,6%	5,9%	7,4%	6,3%	6,0%
73- Midi-Pyrénées	5,5%	50,2%	5,6%	5,2%	6,3%	4,2%	4,8%
74- Limousin	1,3%	37,3%	5,4%	9,1%	4,0%	4,3%	1,1%
82- Rhône-Alpes	9,2%	46,5%	6,1%	4,5%	7,2%	5,8%	8,6%
83- Auvergne	2,0%	31,3%	6,3%	7,5%	6,2%	5,3%	2,0%
91- Languedoc-Roussillon	7,6%	63,9%	7,8%	7,8%	8,3%	6,7%	9,2%
93- Provence-Alpes-Côte d'Azur	18,5%	67,1%	8,7%	9,1%	8,4%	7,4%	24,8%
94- Corse	1,3%	70,1%	8,0%	10,1%	6,4%	5,1%	1,6%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0%</b>	<b>43,1%</b>	<b>6,5%</b>	<b>6,3%</b>	<b>7,1%</b>	<b>5,2%</b>	<b>100,0%</b>

Source : CNAMTS.

**Annexe 2 : Evolution des effectifs de patients en ALD et coûts associés.**

## Evolution des effectifs de patients en ALD

### et des coûts associés

	Evolution 1er semestre 2005/1er semestre 2006			
	Patient en ALD	Patient exonéré autre cause qu'ALD	Patient non exonéré	Ensemble des patients
Quantité d'actes AMI	7,9%	2,8%	0,1%	6,0%
Nombre de coefficients AMI	8,7%	4,3%	2,7%	7,2%
Montants remboursés AMI	8,7%	4,4%	2,6%	7,5%
Quantité d'actes AIS	6,2%	7,9%	20,9%	6,9%
Nombre de coefficients AIS	6,1%	7,7%	20,9%	6,9%
Montants remboursés AIS	6,1%	7,4%	20,8%	6,6%

#### Contributions à l'augmentation des montants remboursés :

	Patient en ALD	Patient exonéré autre cause qu'ALD	Patient non exonéré	Ensemble des patients
Montants remboursés AMI	89,4%	6,4%	4,2%	100,0%
Montants remboursés AIS	83,2%	8,4%	8,4%	100,0%

**Annexe 3 : Places de SSIAD en 2006 par région.**

### Places de SSIAD en 2006 par région

Régions	Places autorisées	Places installées
<b>Alsace</b>	2 064	2 018
<b>Aquitaine</b>	5 407	5 374
<b>Auvergne</b>	2 354	2 350
<b>Bourgogne</b>	2 983	2 979
<b>Bretagne</b>	5 320	5 320
<b>Centre</b>	4 146	4 096
<b>Champagne-Ardenne</b>	1 979	1 979
<b>Corse</b>	394	394
<b>Franche-Comté</b>	1 892	1 853
<b>Ile de France</b>	12 197	12 066
<b>Languedoc-Roussillon</b>	4 536	4 482
<b>Limousin</b>	2 042	2 042
<b>Lorraine</b>	2 951	2 919
<b>Midi-Pyrénées</b>	5 009	4 958
<b>Nord-Pas-de-Calais</b>	5 583	5 583
<b>Basse-Normandie</b>	2 734	2 734
<b>Haute-Normandie</b>	2 295	2 295
<b>Pays de la Loire</b>	5 235	5 232
<b>Picardie</b>	2 828	2 706
<b>Poitou-Charentes</b>	2 946	2 926
<b>Provence-Alpes-Côte-d'Azur</b>	8 253	8 158
<b>Rhône-Alpes</b>	7 711	7 628
<b>Total métropole</b>	90 859	90 092
<b>Guadeloupe</b>	528	528
<b>Martinique</b>	370	287
<b>Guyane</b>	91	91
<b>Réunion</b>	480	480
<b>Total DOM</b>	1 469	1 386
<b>France</b>	92 328	91 478

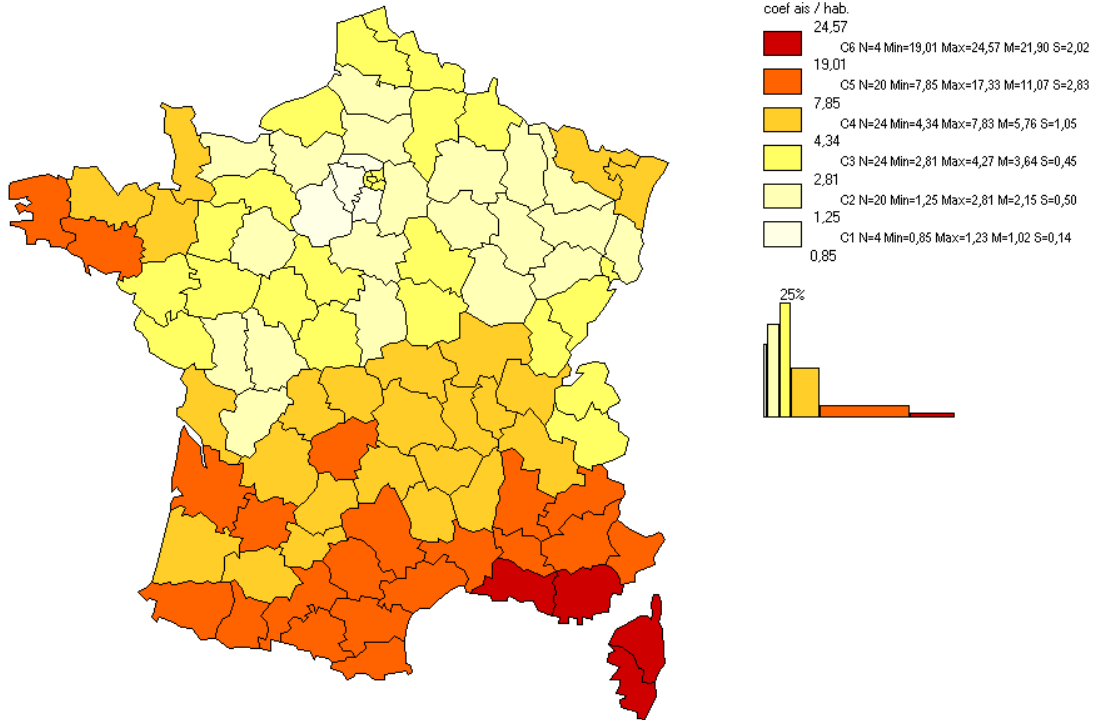
**Annexe 4 : Conversion de l'activité des SSIAD en AMI et AIS.**

## Conversion de l'activité des SSIAD en AMI et AIS

### Cartographie du volume d'activité en AIS des SSIAD et des IDEL rapporté à la population

#### Nombre moyen de coefficients AIS, effectués en libéral et en SSIAD, par habitant

Source : Ev1 2006, FINPS janvier 2005, BREX, régime général uniquement



**Annexe 5 : Participants au groupe de travail.**



## Participants au groupe de travail

### ➤ Représentants des infirmiers libéraux :

- Convergence infirmière (CI)  
*Marcel Affergan*
- Fédération Nationale des Infirmiers (FNI)  
*Philippe Tisserand, Daniel Guillerm et Patrice Thoraval*
- Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux (SNIIL)  
*Annick Touba, Ghislaine Mailleray*
- Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux (ONSIL),

### ➤ Représentants des fédérations :

- Union Nationale de l'Aide, des soins et des services à domicile (UNA)  
*Florence Leduc, Paloma Moreno*
- Union Nationale des Associations et Services de Soins Infirmiers (UNASSI)  
*Nicole Faget, Nicole Chapelet*
- Fédération Nationale A Domicile (AD)  
*Aurore Rochette*
- ADMR  
*Michelle Landreau, Stéphanie Bertrand*
- Fédération Hospitalière de France (FHF)  
*Marie-France Wittmann*
- Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés (FEHAP)  
*Franck Lecas, Samah Benabdhalah, Réjane Conia*
- Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)  
*Cécile Chartreau*
- Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD)  
*Philippe Hermant*

**Annexe 6 : Calendrier des réunions du groupe de travail.**

## Calendrier des réunions du groupe de travail

- **Mardi 9 octobre 2007** : Présentation de la mission, exploration du périmètre de travail du groupe.
  
- **Mercredi 24 octobre 2007** : Réflexion sur les positionnements respectifs des offres, le périmètre et les critères d'évaluation de l'offre et des besoins.
  
- **Mardi 6 novembre 2007** : Réflexion sur le périmètre et les critères d'évaluation de l'offre et des besoins et les modalités de régulation.
  
- **Mercredi 28 novembre 2007** : Réflexion sur les mesures incitatives et désincitatives.
  
- **Mardi 18 décembre 2007** : Réunion de synthèse.

**Annexe 7 : Liste des personnes rencontrées.**

## Liste des personnes rencontrées

### ➤ **Fédérations.**

#### *UNA*

- Florence Leduc, Présidente

#### *UNASSI*

- Nicole Faget, Présidente
- Nicole Chapelet

#### *ADMR*

- Michelle Landreau, Administratrice nationale, en charge de la santé
- Stéphanie Bertrand, Responsable Département Développement, en charge de la santé

#### *A Domicile*

- Hugues Vidor, Directeur général
- Aurore Rochette, conseiller technique santé

#### *FNEHAD*

- Dr Elisabeth Hubert, Présidente
- Philippe Hermant, Trésorier

#### *FHF*

- Gérard Vincent, délégué général
- David Causse, délégué général adjoint, en charge de l'organisation sanitaire et médico-sociale
- Andrée Barreteau
- Agnès Bertrand
- Marie-France Wittmann

#### *FEHAP*

- Véronique Covin, directeur du secteur social et médico-social
- Dr Michel Jacquet, directeur de Santé service Limousin
- Réjane Conia, directrice adjointe de Santé service Limousin
- Martine Ternisien, directrice de ADSSID

#### *UNIOPSS*

- Alain Villez, Conseiller technique personnes âgées
- Cécile Chartreau, Chargée de mission santé, personnes âgées, handicap

### ➤ **Syndicats d'infirmiers libéraux.**

#### *FNI*

- Philippe Tisserand, Président
- Daniel Guillerm, vice-Président

### *ONSIL*

- Jean-Michel Elvira, Président

### *Convergence infirmière*

- Marcel Affergan, président
- M. Gérard Pastoré, vice-président

### *SNIIIL*

- Annick Touba, Présidente
- Ghislaine Mailleray, secrétaire générale

## ➤ **CNAMTS et CNSA.**

### *CNSA*

- Evelyne Sylvain, directrice des établissements et services médico-sociaux
- Hervé Droual, directeur délégué des établissements et services médico-sociaux
- Myriam Mesbah

### *CNAMTS*

- Thomas Fatome, directeur de cabinet
- Dominique Polton, directrice, direction de la stratégie, des études et des statistiques
- Claude Gissot,
- Eric Hausalter, direction des négociations et des relations UNCAM et UNOCAM
- Jean-Pierre Robelet, directeur de l'offre de soins
- Fanny Richard

### *URCAM Ile-de-France*

- Serge Morais, chargé de mission

## ➤ **Administrations centrales.**

### *DSS*

- Laurent Habert, chef de service
- Jean-Philippe Viquant, sous-directeur, sous-direction du financement du système de soins
- Cécile Tagliana, chef du bureau des relations avec les professions de santé
- Jérôme Séquier, chef du bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux

### *DHOS*

- Christine de Masson d'Autume, chef de service
- Florence Nivet, chef du bureau des réseaux, complémentarités et recomposition des activités de soins
- Christine Matraglia
- Chloé Bateau
- Jean Malibert

*DGAS*

- Mireille Gaüzere, chef de service
- Annick Bony, chef du bureau des personnes âgées
- Serge Canape

*DREES*

- Anne-Marie Brocas, Directrice
- Lucile Olier, sous-directrice, sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie
- François Guillaumat-Tailliet, chef du bureau des professions de santé

*ONDPS*

- Pr Yvon Berland, Président
- Martine Burdillat, secrétaire générale

➤ **Déplacements réalisés sur le terrain.**

*Hauts-de-Seine*

**DDASS**

Philippe Damie, directeur départemental  
Mme Burdin, inspectrice principale  
Mmes Revelli et Malaguen, inspectrices

**SSIAD d'Asnières**

Mme Prudhomme, directrice de SSIAD et d'EHPAD  
Ergothérapeute  
Infirmiers libéraux sous convention avec le SSIAD  
Aides soignantes

*La Manche*

**DDASS**

Pascal Hoste, directeur départemental  
Mmes Jacqueline Lelion et Anne Sophie Fourier, inspectrices

**SSIAD de Mortain**

Directrice de SSIAD et de l'hôpital  
Infirmière coordonnatrice  
Infirmière libérale sous convention avec le SSIAD

**SSIAD de Barenton**

Directeur de SSIAD et d'EHPAD  
Infirmière coordonnatrice et infirmières libérales sous convention avec le SSIAD

**SSIAD de Pont Hebert**

Infirmière coordonnatrice

**CONTRIBUTIONS DES MEMBRES  
AUX REUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL**





**Groupe de travail offre globale en soins infirmiers  
28 novembre 2007  
PROPOSITIONS DE LA FEDERATION NATIONALE DES  
INFIRMIERS**

## Préambule

Suite à la réunion qui s'est tenue à l'IGAS le 28 novembre dernier, il a été convenu que chaque délégation composant le groupe de travail démographie fasse part aux inspecteurs en charge du dossier des propositions concrètes de leur organisation en terme de mesures susceptibles d'impacter l'offre de soins.

La Fédération Nationale des Infirmiers a défini trois typologies de mesures : les mesures incitatives, les mesures dés incitatives et les mesures de décloisonnement qui touchent à l'articulation Secteur Libéral / structures et qui peuvent impacter sur la régulation globale de l'offre

### 1. Mesures incitatives :

#### Création d'une Option conventionnelle :

La FNI demande la création d'une option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des IDEL exerçant dans les zones déficitaires par une majoration des honoraires dans une proportion identique à celle accordée aux médecins.

#### Création d'une Majoration de la prise en charge des cotisations d'allocations familiales :

La FNI demande la prise en charge des cotisations d'allocations familiales par l'assurance maladie à la même hauteur que les médecins généralistes de secteur I. Cette mesure pourrait être de nature à encourager les installations dans les zones déficitaires.

Actuellement il reste à la charge du médecin conventionné de secteur I **0,40 % dans la limite de 31 068 € et 2,5 % au-delà**. L'assurance maladie prend en charge ces cotisations à hauteur de 5 % dans la limite de 31 068 € et 2,90 % au-delà.

**L'infirmière libérale paye 5,40 % !**

#### Mise en place d'Aides aux regroupements des cabinets :

Aujourd'hui, le développement des « maisons de santé pluridisciplinaires » préconisé par le rapport Julliard et consacré par certains articles de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale est présenté comme le remède pertinent contre la désertification médicale notamment et plus largement la désertification des Professions de santé.

**Il nous semble extrêmement plus pertinent actuellement que ne soit pas privilégiée l'aide à la création de maisons de santé pluri disciplinaires au détriment de la promotion indispensable des regroupements pluri professionnels (en cabinet de groupe).**

L'exercice en cabinet mono praticien couplé aux modalités de l'exercice libéral et notamment à l'obligation de continuité des soins qu'impose les traitements et soins prodigués induisent des

phénomènes de « burn out » chez les professionnels qui peuvent aller jusqu'à la fermeture définitive de cabinets.

Il serait extrêmement dangereux de corréler dans un constat global la démographie médicale à la démographie infirmière. Et nous pouvons reprendre à notre compte le constat du rapport Berland<sup>1</sup> qui dit textuellement que « *Contrairement aux médecins, l'Ile de France, et particulièrement Paris, sont peu pourvus en infirmiers libéraux. Outre les coûts importants représentés par l'installation et le fonctionnement d'un cabinet dans cette région, les hôpitaux leur offrent une alternative d'exercice professionnel plus valorisant et mieux rémunéré. La présence de nombreux médecins généralistes entraîne une concurrence importante et souvent préjudiciable pour les infirmiers libéraux. D'une manière générale, le constat d'une faible implantation des infirmiers libéraux peut être fait pour les villes de plus de deux cent mille habitants.* ».

Ceci tend à mettre à mal la théorie et le raccourci rapide qui ont cours selon lesquels les installations d'infirmières suivent les installations de médecins.

La mise en relief de ce raccourci poursuit à notre sens un seul objectif qui est de permettre la « mise à disposition » du corps médical dans des « maisons de santé » d'un personnel dont la fonction serait d'apporter plus de « confort » dans l'exercice de la médecine générale. La mise en avant du « gain de temps médical utile » de manière transversale dans les expérimentations de coopération entre professionnels de santé en constitue la meilleure illustration.

**Cette aide aux regroupements des cabinets doit être négociée dans le cadre conventionnel.**

## **2. Mesures dés incitatives :**

### **Mise en œuvre de mesures conventionnelles de rééquilibrage :**

La F.N.I demande la mise en œuvre du protocole d'accord signé en juin 2007 et adossé à la Convention Nationale des Infirmiers. Ce protocole expose des mesures de rééquilibrage et prévoit notamment l'établissement d'une classification des bassins de vie, il envisage dans les bassins de vie à forte densité d'infirmières libérales des conventionnements corrélés à la cessation d'activité d'infirmières libérales installées. (Cf annexe 1)

### **Modulation de la participation de la prise en charge des cotisations d'allocations familiales :**

Cette modulation aurait à notre sens une portée limitée dans la mesure où les professionnels disposent d'un volant de correction de leur activité, donc de leur revenu constitué par la hausse sans cesse croissante de la demande en soins. Cette demande n'est pas forcément corrélée aux besoins. En zone sur dense, un professionnel surtaxé aura la possibilité de faire jouer ce volant de correction pour atteindre un revenu cible.

---

<sup>1</sup> Yvon BERLAND- Démographie des Professions de santé- Rapport au Ministre chargé de la Santé- 2003

### **3. Mesures de décloisonnement :**

#### **Abrogation de la règle des deux ans d'expérience préalable :**

La réussite de tout projet professionnel repose sur la formation. Cette formation doit être initiale, complémentaire et continue.

Les modalités actuelles d'installation en secteur libéral ne réunissent pas les conditions optimales pour la réussite d'un projet professionnel. Elles peuvent même impacter sur la répartition géographique des professionnels.

Le Doyen Yvon Berland<sup>2</sup> souligne que les conditions d'installation en libéral notamment l'obligation d'expérience professionnelle de deux années en structure encadrée, a pour conséquence la faible attractivité de l'exercice libéral en zone déficitaire. En effet ce « stage » se déroule le plus souvent en milieu hospitalier et à l'instar des médecins, la formation et le début de l'exercice professionnel se font principalement dans des centres urbains. Les professionnels souhaitent donc continuer à bénéficier de ce tissu social, culturel et commercial pour le déroulement de leur carrière professionnelle.

#### **Remplacement de la règle des deux ans d'expérience préalable par une formation obligatoire avant installation en secteur libéral**

L'abrogation de ces règles d'installation et son remplacement par des modules de formation complémentaires propres à l'exercice libéral sous convention doit être envisagé.

Cette formation complémentaire devra comporter au minimum trois modules :

- ▶ Un module juridique
- ▶ Un module de connaissance de la convention nationale et du système de soins
- ▶ Un module comptabilité et informatique

L'instauration d'une telle mesure aura pour effet d'atténuer le nomadisme professionnel initial source de distorsion de concurrence sur le terrain. Un tutorat peut être couplé à cette mesure le temps nécessaire à la validation des modules sus cités.

Cette mesure serait de nature à limiter les installations « par défaut » et permettrait d'apporter aux professionnels porteurs d'un véritable projet la formation indispensable que nécessitent les spécificités de l'exercice libéral. En situant la place de l'exercice libéral infirmier dans le système de soins et ses différentes articulations avec les autres composantes du système, cette formation permettrait d'opérer la révolution culturelle nécessaire au décloisonnement réclamé par tous.

#### **La refonte du Décret N° 2004-613 du 25 juin 2004**

Ce Décret relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile nécessite offre aux SSIAD la possibilité de passer convention avec le secteur libéral afin d'établir théoriquement une coopération entre les deux secteurs.

---

<sup>2</sup> Yvon BERLAND- Démographie des Professions de santé- Rapport au Ministre chargé de la Santé- 2003

La réalité est que la disproportion qu'apporte ce Décret entre les prérogatives de l'infirmière libérale et les prérogatives de l'infirmière coordonnatrice de la structure induit des difficultés dans les prises en charge conjointes. Dès lors il est extrêmement fréquent que les infirmières libérales préfèrent conserver la totalité des soins (nursings soins d'hygiène et actes techniques) que de se voir imposer le simple rôle de prestataire de service pour le compte de la structure.

L'antériorité de la prise en charge du patient est dans la majorité des cas le fait du secteur libéral, ce dernier accepte mal d'être dans la plupart des cas de prises en charge conjointes (IDEL/SSIAD) écarté du projet de soins du patient d'autant que le projet de soins leur est opposable juridiquement.

La plupart des infirmières libérales qui tentent de participer à l'élaboration de ce projet de soins se voient opposer le Décret sus cité.

### **L'externalisation des actes techniques facturés sur les forfaits SSIAD :**

**La Circulaire N° DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005** relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile précise que pour effectuer les interventions prévues à l'article 1<sup>er</sup> du Décret N° 2004-613 du 25 juin 2004 le SSIAD peut faire appel à du personnel salarié du service ou à des intervenants libéraux. Dans le chapitre 4.2 de cette Circulaire intitulé « Les intervenants libéraux » il est précisé :

*« Les SSIAD peuvent avoir recours à l'intervention d'infirmiers et de pédicures podologues libéraux pour assurer les interventions nécessaires à la prise en charge des patients. Cette intervention se fait sous la responsabilité de l'infirmier coordonnateur du service et après que le professionnel libéral a conclu une convention telle que mentionnée à l'article 7 du Décret N° 2004-613 du 25 juin 2004. Cette convention doit rappeler que l'évaluation des besoins des personnes soignées est réalisée par l'infirmier coordonnateur qui est seul responsable tant de cette évaluation que de la coordination de l'ensemble des soins dispensés par le service.*

*Vous veillerez à ce que la convention conclue entre le SSIAD et les professionnels libéraux prévoie explicitement que l'intervention de ces derniers auprès de bénéficiaires du SSIAD ne peut se faire sans une information préalable de l'infirmier coordonnateur. Cette convention précisera également la nécessité pour l'infirmier exerçant à titre libéral de mentionner dans le dossier de la personne suivie, tenu au sein du SSIAD, les actes effectués et les éléments significatifs relevés. L'infirmier coordonnateur apprécie, au regard des besoins des personnes prises en charge par le service et des moyens alloués à ce dernier, l'opportunité de passer une convention avec les pédicures podologues libéraux ou de laisser l'intervention de ces professionnels hors de prise en charge par le service de soins infirmiers à domicile. »*

Ce chapitre 4.2 de la Circulaire n° DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 condense à lui seul l'ambiguïté et les enjeux inhérents aux prises en charge effectuées conjointement par les SSIAD et le secteur Libéral.

Les modes de tarification des SSIAD couplés au financement à l'acte du secteur libéral qui dans le cadre d'une prise en charge conjointe adresse ses facturations au SSIAD qui les règle sur ses allocations forfaitaires induit des effets pervers clairement identifiés :

► Captation de patientèle : Les structures qui emploient des IDE salariées peuvent être tentées de ne pas respecter le libre choix du patient pour ce qui concerne l'infirmier qui lui prodiguera les soins.

► Distorsion de concurrence sur le terrain : l'élément cité supra induit ces distorsions.

► Sélection des patients par les structures SSIAD : Le forfait n'encourage pas les SSIAD qui ne disposent pas d'IDE salariés à prendre en charge des patients qui relèvent de soins infirmiers techniques.

► « Saucissonage » des prises en charge : L'aggravation de l'état des patients induit bien souvent des hospitalisations par défaut de réponses adaptées. A ce propos le nombre de décès à domicile dans le cadre des prises en charge SSIAD peut être un indicateur de cet effet pervers.

► Glissements de tâches vers les aides soignants en dehors du cadre légal : Les syndicats d'IDEL sont de plus en plus sollicités pour des interventions d'aides soignantes qui réalisent des actes infirmiers hors collaboration avec l'infirmière des actes (notamment des pansements) qui ne relèvent pas (du moins pas encore) de leur champs de compétence.

**La Fédération Nationale des Infirmiers demande à ce que la facturation des actes réalisés par le secteur libéral dans le cadre de prises en charges conjointes SSIAD/IDEL soit réglés directement par les caisses d'assurances maladie aux professionnels libéraux en dehors des forfaits SSIAD alloués.**

**Nous pensons à juste titre que cette mesure simple facile à mettre en œuvre non seulement n'induirait pas de coûts supplémentaires pour l'assurance maladie, mais qu'elle générerait des économies.**

**De plus cette mesure ne justifierait plus la création d'un forfait spécifique pour les prises en charge plus lourdes au niveau des SSIAD.**

**De même cette mesure serait de nature à freiner les velléités de mise en place de véritables filières captives pour le patient Hôpital/SSIAD/HAD dont l'efficience ne sera probablement pas la qualité première.**

**L'annexe 2 jointe au présent dossier n'est qu'un exemple récent des difficultés induites par l'application aveugle du Décret N° 2004-613 du 25 juin 2004 et de la Circulaire N° DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005.**

**L'annexe 3 jointe au présent dossier est un compte rendu de réunion qui s'est déroulé dans les Côtes d'Armor en début d'année et qui permet d'éclairer le lecteur sur les positionnements de certains acteurs dans ce dossier.**

Fait à Paris le 07 décembre 2007

# **Annexe 1**

**PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE L'UNCAM  
ET LES SYNDICATS REPRESENTATIFS  
DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS LIBERAUX**

**Préambule :**

L'UNCAM et les syndicats représentatifs de la profession des infirmières libérales, ont signé le 19 avril 2007 un protocole d'accord qui fixait le cadre et les principes d'une convention nationale.

A la suite des travaux de négociation de cette convention, elles ont convenu de conclure un nouveau protocole d'accord parallèlement à la signature de celle-ci, fixant les principes et les modalités d'un dispositif de régulation démographique.

En effet, les infirmières libérales constituent une des professions de santé pour laquelle les écarts de densité entre les départements sont parmi les plus importants. Ce déséquilibre a des incidences en termes d'accès aux soins et de satisfaction des besoins de soins pertinents pour la population.

Les parties signataires estiment en conséquence nécessaire, sur la durée de la convention, de rééquilibrer la répartition géographique des infirmiers et infirmières libéraux.

Elles souhaitent instaurer une régulation des nouvelles installations sous convention sur le territoire, en fonction du diagnostic établi par région et, au niveau local, par bassin de vie.

Constatant qu'elles ne disposent pas actuellement du cadre juridique adapté pour la mise en place de cette régulation, les parties signataires décident donc de soutenir conjointement auprès des pouvoirs publics les démarches nécessaires à l'adaptation des dispositions légales et réglementaires correspondantes. Ces démarches s'inscrivent en cohérence avec les dispositions prévues dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie.

Les parties signataires s'entendent pour que le dispositif de régulation décrit ci-après soit mis en place de façon paritaire par voie d'avenant, pour une durée expérimentale de deux ans, dans un délai de trois mois à compter des modifications législatives et réglementaires nécessaires, et sous réserve de la mise en oeuvre d'un dispositif de régulation de l'offre de soins alternative c'est-à-dire en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), services d'hospitalisation à domicile (HAD) et centres de soins infirmiers (CSI), en cohérence avec le rapport de l'IGAS.



## **Article unique**

Les parties signataires s'engagent à rencontrer les pouvoirs publics à l'occasion de groupes de travail afin d'envisager les modifications législatives et réglementaires nécessaires à la mise en œuvre d'un dispositif de régulation de la démographie des infirmières libérales, prenant en compte toutes les composantes de l'offre de soins de proximité.

Le dispositif de régulation envisagé s'inscrit dans la volonté commune des parties signataires d'améliorer l'accès aux soins infirmiers, telle qu'exprimée à l'article 2.1 du projet de convention nationale.

### **1. Viser un rééquilibrage régional de la démographie des infirmières libérales**

#### **1.1. Etablir des objectifs cibles régionaux**

Afin de pouvoir quantifier l'offre en infirmières libérales nécessaire par région, les parties signataires souhaitent fixer des objectifs cibles régionaux.

Ces objectifs cibles régionaux correspondraient à la répartition annuelle optimale d'infirmières libérales qui devraient être conventionnées dans chacune des régions pour faire face aux besoins de soins.

L'atteinte de ces objectifs est assurée grâce à une action favorisant ou limitant l'installation au niveau des bassins de vie tels que définis au 1.2.

#### **1.2. Etablir une classification des bassins de vie**

Une première classification des bassins de vie serait élaborée à partir des travaux réalisés par la DREES et l'assurance maladie pour la désignation des zones déficitaires et s'opèrerait en fonction de plusieurs types d'indicateurs :

- indicateurs de besoin de soins,
- indicateur d'activité,
- indicateurs d'offre de soins.

Cette première classification permettrait aux parties signataires de déterminer trois catégories de bassins de vie :

- Les bassins de vie à densité d'infirmières libérales particulièrement faible ;
- Les bassins de vie à densité d'infirmières libérales intermédiaire ;
- Les bassins de vie à forte densité en infirmières libérales.

Les critères et les seuils permettant de catégoriser les bassins de vie seront déterminés de façon à permettre l'atteinte des objectifs de rééquilibrage régionaux.

Des aménagements régionaux permettraient d'intégrer les spécificités locales en tant que de besoins.

Le nombre de catégories pourrait être revu par les parties signataires, si nécessaire, sur la durée de la convention. De même l'état des lieux de l'offre de soins en libéral pourrait être affiné dès lors que les conditions techniques permettraient l'identification des remplaçantes.

## **2. Mettre en œuvre des mesures de rééquilibrage**

Dans chaque région, selon le classement du bassin de vie dans une des trois catégories précitées, des actions et mesures auprès des professionnelles souhaitant s'installer dans les zones à densité particulièrement faible ou à forte densité seraient mises en œuvre.

- dans les bassins de vie à densité d'infirmières libérales particulièrement faible, des mesures d'incitation à l'installation seraient développées par les caisses d'assurance maladie et les installations en groupe seraient favorisées ;
- dans les bassins de vie à situation intermédiaire, les conventionnements ne seraient soumis à aucune modalité particulière ;
- dans les bassins de vie à forte densité d'infirmières libérales, seuls les départs d'infirmiers libéraux ouvriront l'accès à de nouveaux conventionnements : un nouveau conventionnement ne sera autorisé qu'en remplacement d'une infirmière mettant fin à son activité libérale dans le bassin de vie considéré.

Le dispositif précisera les dérogations de conventionnement qui pourraient toutefois être accordées aux infirmières souhaitant s'installer dans les bassins de vie à forte densité d'infirmières libérales, prioritairement au cas où elles auraient exercé au préalable au moins cinq ans à titre libéral dans un bassin de vie à très faible densité en infirmières libérales.

Par ailleurs, les parties signataires demandent que la mise en œuvre de ce dispositif soit corrélée à la suspension par l'Etat de toute création ou extension d'offre alternative (SSIAD) dans les bassins de vie à forte densité, jusqu'au retour à une situation jugée comme pleinement satisfaisante.

Les parties signataires demandent à l'Etat que les éventuelles créations de structures HAD correspondent à un véritable besoin non couvert par l'offre existante.

L'UNCAM s'engage, par ailleurs, à contrôler le respect des critères d'inclusion dans les structures HAD et cela selon les conclusions du prochain rapport de l'IGAS sur le sujet.

## **3. Inciter à l'installation et au maintien dans les zones sous-denses**

### **3.1. Informer les infirmières libérales et développer une offre de services attentionnés par l'assurance maladie**

- A partir des outils d'aide à l'installation développés par les caisses d'assurance maladie, une information destinée à inciter les professionnelles à s'installer dans les zones à densité particulièrement faible serait mise en œuvre, en cohérence avec les mesures prises par les collectivités territoriales, et une aide dans leurs démarches à l'installation serait réalisée.

- Chaque professionnelle serait suivie de façon personnalisée par un correspondant de la CPAM.

- L'assurance maladie interviendrait auprès des infirmières en formation dans les IFSI en s'attachant spécifiquement à délivrer une information sur les choix judicieux en terme d'implantation au regard des besoins de santé.

### 3.2. Réaliser des études complémentaires pour développer des mesures d'aides adaptées

- Les partenaires conventionnels recenseraient et évalueraient les dispositifs d'aide à l'installation existants dans un objectif d'amélioration de l'accès aux soins ;
- Les parties signataires s'entendent notamment pour étudier la mise en œuvre d'une aide financière dont le montant pourrait atteindre au maximum 20% des honoraires réalisés dans les bassins de vie à densité particulièrement faible ;
- Les motifs prévalant à l'installation des infirmières libérales et les modalités d'exercice seraient analysés. Les résultats du dispositif de tutorat expérimenté en Haute-Normandie seraient également étudiés et pourraient donner lieu à généralisation en cas de résultat positif.

### 3.3. Développer un véritable partenariat avec les collectivités territoriales

Dans un souci de rationalisation et d'amélioration de l'efficacité des différentes mesures d'aide à l'installation, les parties signataires développeraient un véritable partenariat avec les collectivités territoriales.

## **4. Mesures de compensation dans les zones sur-denses**

Afin de parer à la perte patrimoniale des infirmières qui cesseraient leur activité définitivement dans le cadre d'un départ à la retraite ou en raison d'une maladie, ou devraient quitter définitivement leur lieu d'exercice, en renonçant à leur remplacement dans les zones à forte densité d'infirmières libérales, une mesure de compensation pourra être envisagée, sur la base du calcul communément admis en matière de cession de droit de présentation de clientèle. Dans ce cas de figure, les remplacements seront interdits.

## **5. Suivi et évaluation**

Les parties signataires s'entendent pour que le suivi et l'évaluation du présent dispositif soient réalisés par l'observatoire conventionnel tel que défini au titre 4 de la convention nationale.

Fait à Paris, le

**Pour l'UNCAM,**  
Monsieur Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur Général,

**Pour la FNI,**  
Monsieur Philippe Tisserand, Président,

**Pour le SNIL,**  
Madame Annick Touba, Présidente,

**Pour l'ONSIL,**  
Monsieur Jean-Michel Elvira, Président,

**Pour Convergence Infirmière,**  
Monsieur Marcel Affergan, Président.

## **Annexe 2**



Saint Brieuc le 29 novembre 2007

Objet / IGAS/SSIAD /convention  
Patrice Thoraval  
Président FNI 22  
Administrateur national  
Rapporteur du groupe de  
travail interne "SSIAD et HAD"

J'ai reçu hier par mail, copie d'un courrier adressé aux infirmiers libéraux du secteur de Lamballe par la direction du CIAS local, adhérent à l'UNA qui regroupe un service d'aide et un SSIAD.

Pour les interventions aides soignantes le CIAS a passé convention avec l'hôpital local de Lamballe, pour les actes médicaux délégués, il fait appel aux infirmiers libéraux, après avoir passé convention avec chaque IDEL (ce qui n'est pas toujours le cas dans les faits).

La convention proposée est la convention Type de l'UNA, et ce malgré les propositions d'amendements que nous avons formulées lors de travaux communs avec la direction de l'UNA départementale en mars 2007.

Lors des travaux et en présence des représentants des caisses (médecin conseil MSA, gestion du risque de la CPAM) il n'y a pas eu de protestation ni de remarque particulière de la part de l'UNA sur les propositions de rééquilibrage de la convention type proposée.

Par contre, la direction nationale de l'UNA les a rejetées en bloc, la consigne passée auprès de leurs adhérents étant de faire signer la convention UNA telle que rédigée par l'UNA Nationale (dixit direction UNA 22).

En l'état, cette convention crée, par une application à la lettre du décret de 2004, un lien de subordination entre les infirmières libérales et la structure, incompatible avec notre exercice libéral et nos règles professionnelles.

Lors de l'entretien téléphonique que j'ai eu ce jour avec Mr MADEC, directeur du SSIAD de Lamballe, il confirme verbalement ce qu'il écrit, à savoir : sa volonté de préciser aux infirmières libérales, l'obligation qui leur est faite d'informer l'infirmière coordinatrice du SSIAD avant tout début de soin, et surtout de s'assurer auprès d'elle que la ligne de crédit consacrée aux honoraires infirmiers dans le budget du CIAS ne soit pas épuisée. A défaut d'information ou si le budget est épuisé, les factures ne seront pas honorées.

Le directeur déclare que la prise en charge des honoraires des IDELS par les caisses d'assurance maladie, en dehors des forfaits SSIAD, éviterait ce type de problème, et lèverait un frein majeur à l'inclusion de patients "lourds" dans le SSIAD.

Au vu de la place que tiennent ces honoraires dans le budget du SSIAD (environ 3%) cette solution serait préférable, selon le directeur, aux conseils donnés par la DDASS et la MSA caisse pivot, à savoir : ne pas prendre en charge des patients susceptibles de générer des honoraires infirmiers, ou encore je cite " d'étirer les prescriptions médicales " (essayer de transformer les prescriptions hebdomadaires en bimensuelles par exemple).

Ceci est à rapprocher sur le département, des positions de la Direction départementale de l'ADMR, qui préconise elle, l'éviction d'un SSIAD des patients trop lourds, après avoir fait visiter ces patients par le médecin conseil de la MSA (charge aux libérales du secteur de reprendre ces patients).

Encore une fois ce n'est pas la charge de travail aide soignant qui provoque cette situation, mais les honoraires libéraux jugés trop lourds pour le budget du SSIAD. Cette fois encore le Directeur de l'ADMR déclare que si les honoraires infirmiers étaient réglés en dehors du forfait SSIAD, ces prises en charge ne poseraient plus problème.

En l'état actuel de la législation, seule une augmentation du nombre de places du SSIAD avec des nouvelles prises en charge légères (3 interventions d'aide soignante par semaine) peut permettre de rééquilibrer le budget du SSIAD. C'est la solution très provisoire adoptée par la direction de l'ADMR, couplée au refus de nouvelle acceptation de patients lourds ou susceptibles de le devenir à brève échéance.

#### Pièces jointes

- Convention amendée
- Courrier CIAS Lamballe

LAMBALLE, le 7 novembre 2007

**Mmes LE MEHAUTE - URVOY**  
**La Doberie**

**22400 SAINT-AARON**

CIAS  
Référence :  
Affaire suivie par :  
Fabrice LE MADEC

**Objet :**  
**Commission Permanente**

Madame, Monsieur

Le Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) ayant repris les compétences du Comité d'Entraide du Penthièvre, il est désormais compétent pour le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), auprès duquel vous assurez des prestations.

Je vous confirme que vous bénéficiez actuellement d'une prise en charge par le CIAS des actes que vous réalisez auprès des patients dûment répertoriés auprès du SSIAD.

Le SSIAD fait l'objet d'une convention de prestation avec l'Hôpital Local de Lamballe.

Ce service bénéficie d'une dotation annuelle octroyée par les autorités de tutelle et sur la base d'un budget adopté par le CIAS.

J'ai l'honneur de vous informer qu'il vous appartient d'une part d'informer l'infirmière coordinatrice du SSIAD de toute intervention (Mme GUITCHARD tel: 02.96.50.15.10.) et d'autre part de vous assurer de l'existence de crédit auprès du CIAS avant tout acte; faute de quoi aucun acte ne sera réglé par le CIAS.

De plus, je vous remercie de ne plus adresser d'imprimés type CERFA pour vos remboursements, mais une facture en bonne et due forme. Si ce point n'est pas respecté, le CIAS ne prendra pas en compte vos demandes.

Pour toute information complémentaire, je vous invite à prendre contact avec le Directeur du CIAS (M. LE MADEC tel: 02.96.50.73.20.).

En vous remerciant de votre attention,

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.



**Loïc CAURET**  
Président du CIAS

Pour le Président,  
Le Vice-président délégué,

**Jean THEZE**

CIAS - Centre Intercommunal d'Action Sociale  
Siège social : Hôtel de Ville de Lamballe - Tél. 02 96 50 73 20 Fax 02 96 21 21 84  
Site Internet : www.lamballe-communaute.com E-mail : ciass@lamballe-communaute.com  
Tous les droits réservés. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la CIAS est formellement interdite.



# Modèle de convention entre un SSIAD et un infirmier libéral

## Entre les soussignés

(nom de la structure)  
(forme juridique)  
(siège social ou adresse du service).  
représentée par M....., agissant en qualité de (président(e) ou titre de la personne habilitée)

ET

.....(nom de l'infirmier(e) libérale infirmier(e) diplômée d'état ou autorisé(e) légalement, agissant en son nom personnel.

## Préambule

la structure, service de soins infirmiers à domicile, assure, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :

- de personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes
- de personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap
- de personnes adultes de moins de soixante ans atteintes de pathologies chroniques ou d'affections invalidantes.(article 1 du décret n°204-613 du 25 juin 2004).

Pour assurer ces prestations, la structure, peut avoir recours le cas échéant à des infirmiers diplômés d'état exerçant à titre libéral comme M... qui souhaite apporter son concours à la structure

## Article 1 - Objet

La présente convention a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'infirmier libéral pourra collaborer aux soins dispensés par le service de soins infirmiers à domicile

## Article 2 - Des soins

### 2-1 recours à l'infirmier(e) libéral(e)

lors de la prise en charge du patient par la structure, celui ci choisit librement l'infirmier libéral qui lui prodiguera les soins médicaux-délégués.

- Si cet infirmier a déjà signé convention avec la structure, il est habilité à effectuer

les soins dans le cadre de la prise en charge SSIAD

- S'il n'a pas signé la convention, il doit la signer
- Si l'infirmier ne signe pas, la structure propose l'intervention d'un autre infirmier ayant déjà passé convention
- si le patient désire conserver un infirmier n'ayant pas passé convention avec la structure, il ne pourra y avoir de prise en charge par cette structure

En cas de refus ou d'impossibilité pour la personne soignée ou son entourage d'exprimer un choix, la structure fera appel à l'infirmier de son choix, parmi les infirmiers ayant passé convention.

## 2. 2 obligations de l'infirmier libéral

l'infirmier(e) libéral(e) dispense les soins sur prescription médicale, dans le respect des règles professionnelles et du décret de compétence sous sa propre responsabilité, en s'engageant à respecter les dispositions de cette convention .

L' Infirmier(e) libéral(e) s'engage à transmettre toutes les informations utiles à une prise en charge satisfaisante de la personne par le service

Pour ce faire, il participe à la tenue du dossier de soins en effectuant des transmissions écrites efficaces sur le support fourni par la structure .

Les informations à caractère confidentiel seront transmises au médecin traitant et l'infirmière coordinatrice

L'infirmier libéral s'engage à participer, selon une périodicité fixée d'un commun accord à des réunions de coordination de service qui lui seront rémunérées 40 € . ces réunions seront organisées dans des plages horaires compatibles avec les horaires habituels de la profession en privilégiant les débuts d'après midi . Dans le cadre d' un cabinet de groupe la présence exigée par la structure de plusieurs professionnels donnera lieu à paiement de 40 € pour chaque professionnel

En cas de congés ou d'empêchement l'infirmier(e) Libéral(e) s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires à son remplacement. Il propose en temps utile au service le choix de son remplaçant et se porte fort que celui-ci respecte les termes de la présente convention.

L'infirmier libéral doit avoir souscrit une Responsabilité Civile Professionnelle, un certificat ou une copie de la RCP en cours sera joint à la convention

## Article 3 - Des honoraires

### 3-1 facturation

l'infirmier libéral présente directement son relevé mensuel d'honoraires à la structure en appliquant la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels )Il appose sa signature sur ce relevé.

**Ce relevé ne doit en aucun cas être rédigé sur des formulaires certifiés de l'assurance Maladie .**

Il doit néanmoins faire apparaître la date et la cotation des actes et les indemnités afférentes (déplacement, nuit, fériés )et doivent pouvoir être rapprochés de la prescription médicale permettant leur facturation . La production de l'ordonnance est obligatoire à

chaque nouvelle prescription . Pour les actes en série , la production de l'ordonnance en début de soins est suffisante . Pour les infirmiers exerçant en groupe , la production d'une ordonnance pour l'ensemble du cabinet est suffisante .

les actes non inscrits à la NGAP, s'ils sont effectués sur demande de la structure ou du médecin traitant (exemple : contrôle répétés de pression artérielle ) seront facturés après accord préalable des deux parties .

Afin de permettre une gestion satisfaisante de la structure, l'infirmier s'engage à faire parvenir ses relevés d'honoraires dans des délais raisonnables: les relevés mensuels sont souhaités Dans tous les cas :

- Les factures présentées plus d'un an après la fin des soins ne seront pas honorées
- les factures présentées après le 31 mars suivant la fin de l'exercice précédent ne seront pas honorées .

### 3.2 Le règlement des honoraires

- La structure s'engage à régler les honoraires correspondant aux actes effectués ainsi que des indemnités afférentes sur la base de la nomenclature , dans les 30 jours suivant la réception du relevé.
- En cas de non respect de ce délai un taux légal d'intérêt sera appliqué à la totalité de la créance .
- En cas de désaccord sur l'application de la NGAP, la structure s'engage à ne retenir que le montant correspondant à la cotation contestée et à régler le reste des honoraires .
- En cas de litige la structure prendra l'avis du médecin conseil de la caisse pivot . L'infirmière libérale prendra l'avis du syndicat représentatif de son choix . Si le désaccord persiste une commission paritaire sera créée. Elle sera composée des deux experts consultés, d'un représentant de la structure, et de l'infirmier ou son conseil .

## Article 4 - Cadre d'intervention des infirmiers libéraux

- l'infirmier libéral intervient sur prescription médicale, il effectue la totalité des actes médicaux délégués .
- Il assure la continuité, et la permanence des soins pour tous les actes médicaux délégués.
- Les soins sont prodigués en tenant compte de l'organisation des autres professionnels de santé, et des capacités d'intervention de la structure .
- L'infirmière coordinatrice pour sa part , sauf en cas d'urgence, n'effectue pas d'actes médicaux délégués, elle coordonne les interventions des professionnels de santé libéraux et des salariés de la structure .

- En l'absence de l'infirmière coordinatrice, et d'organisation par le service d'une astreinte, **quand l'état de santé du patient le nécessite**, l'infirmier libéral peut demander aux aides soignantes de modifier l'organisation et la nature de leurs interventions . Il en informera l'infirmière coordinatrice à son retour .
- L'infirmier utilise son **propre matériel** et son propre véhicule, éléments qui demeurent sous sa responsabilité.
- L'infirmier(e) libéral(e) assure l'élimination de ses propres déchets de soins selon les règles en vigueur

### **Article 5 - Durée et résiliation**

La présente convention est conclue, à compter de sa date de signature, pour une année, renouvelable par tacite reconduction d'année en année, sauf dénonciation expresse par l'une des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, avec un préavis de trois mois.

En cas de manquement aux obligations inscrites dans cette convention par l'une des parties, l'autre partie pourra mettre fin de plein droit à la présent convention, 15 jours après une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception demeurée infructueuse.

Fait à .....le ..

Pour ..... (nom de la structure), .....(nom de l' infirmier(e) libéral(e))

Le Président

« Lu et **approuvé** »

« Lu et **approuvé** »

**CENTRE INTERCOMMUNAL D'ACTION SOCIALE**

**MEYER SOCIÉTÉ INTERNATIONALE**

**CONVENTION**

**Régime des parties**

Entre l'association communale d'Action Sociale (SAC) et ses membres fondateurs et  
sociétaires par leur représentant  
et

Monsieur LE MICHALLE Elisabeth  
intervenir individuellement

Intervenir les ONG'S : OCEG LAMBALE

**PREAMBULE**

La présente convention a pour but de faire les conditions dans lesquelles les deux parties  
collaboreront pour servir dignement par le service de Santé à Dourges pour personnes âgées et particulièrement

**Article 1<sup>er</sup>**

**Objets**


- 1. Pour toute personne âgée prise en charge par le service de soins à domicile, le SAC S'ADRESSERA directement à l'intéressé, au moment de la prise en charge de l'USAG. L'intéressé pourra les informer librement et régulièrement de sa présence, conformément aux dispositions en vigueur.
- En cas de refus ou d'impossibilité d'acquiescer au choix, le service peut faire appel à un intervenant de son choix, après avis des équipes pluriprofessionnelles concernées.
- Par conséquent, l'intéressé sera au dernier étage de l'annexe n° 4 du dossier n° 844946 du RSMAI DICE, pour bénéficier de soins des soins aux personnes âgées prises en charge par le service social d'urgence et de soins de soins infirmiers agréés.
- 2. Madame LE MICHALLE Elisabeth assure ses activités dans sa qualité représentative et celle de son conseil d'administration de l'association. Elle assure une gestion saine et diligente de son propre patrimoine.

La présente convention est conclue pour le 1<sup>er</sup> trimestre 2017

En cas d'impossibilité à ses obligations par l'une des parties, l'autre partie pourra exercer les fonctions prévues à la présente convention par lettre recommandée avec accusé de réception.

La présente convention est conclue à l'effet de la date de sa signature

LAMBALE, le 21/01/2017

Madame Jeanne  


Le Président  
  
LE MICHALLE Elisabeth  
SAC

- 3. Madame LE MICHALLE Elisabeth s'engage à transmettre toutes informations utiles à son  
service au chargé d'entretien de la personne âgée par le service des interventions des  
services sociaux pour l'usager d'un autre établissement concerné au siège administratif du  
SAC.

Les informations personnelles sont adressées directement au médecin traitant de l'intéressé  
et/ou au directeur général de l'établissement concerné n° 41761 du dossier DSI.

Madame LE MICHALLE Elisabeth s'engage également à participer, selon une périodicité  
faute d'un contre-avis, à nos réunions de coordination de service ayant pour objet  
l'évaluation de la situation des personnes âgées hospitalisées et l'identification d'un plan de  
prise en charge, notamment pour la programmation des interventions des soins infirmiers  
et l'appréciation de la durée d'hospitalisation.

Madame LE MICHALLE Elisabeth engage l'association, son travail et services des autres des  
membres, des associations du territoire et du fait de son activité à participer à un événement  
annuel.

Madame LE MICHALLE Elisabeth se sera en outre de contribuer à améliorer la qualité  
des prises en charge réalisées par le service, sous son engagement à participer aux  
réunions.

- 4. En cas de conflit ou d'impossibilité, Madame LE MICHALLE Elisabeth s'engage à rendre  
toutes les décisions relatives à son engagement. Elle propose en temps utile, au service,  
le choix de ses représentants qui ont l'usage de tous droits, des droits et obligations de  
Madame.

**Article 2**

**Art. 2.1 - Durée**

Madame LE MICHALLE Elisabeth indique par écrit, chaque fin de mois, le lieu et le nombre d'années  
effectives après de chaque personne âgée, leur situation selon la réglementation des soins  
ambulatoires et les frais accessoires y afférents. Elle envoie le relevé de signature.

Le SAC s'engage, en vertu de ce contrat à procéder au règlement des sommes  
compréhensives aux dites effectives avec des remboursements de dépenses, à solliciter des  
attestations médicales.

**Article 3**

**Art. 3.1 - Signature**

## **Annexe 3**

Guingamp, le 12 janvier 2007

## COMPTE RENDU DE LA JOURNÉE SSIAD UNA CÔTES D'ARMOR

### **Intervenantes :**

Madame Le Duc Florence (directrice adjointe de l'UNA)

Madame Sassart Pauline

Madame Baudet (UNA Côtes d'Armor)

### Première partie : SSIAD et loi du 2 janvier 2002

Etat des lieux par rapport à la conformité à cette loi, le décret du 25 juin 2002 autorisait un délai de 3 ans pour la mise en conformité.

Première évaluation reportée à fin 2008 voir début 2009 en raison du retard pris par la majorité des structures, une obligation de conformité à la loi est exigée pour entre autre pouvoir reconduire les financements.

Cette loi introduit la notion de la mise à la disposition des usagers bénéficiaires et de leur environnement des structures SSIAD et non l'inverse.

### OUTILS OBLIGATOIRES

- un projet de service est obligatoire (quel public, les spécialités, partenaires à définir)
- livret d'accueil avec présentation services, fonctionnement, charte
- un document individuel de prise en charge (conditions de prise en charge, quelle place aux aidants naturels)
- un conseil de la vie sociale dans lequel les usagers ont une vraie place
- évaluation : comprend une auto-évaluation passage obligée pour une reconduction des financements et dans deux ans une évaluation extérieure.

Les hôpitaux, les réseaux, les HAD doivent être des partenaires.

### Deuxième partie : les instruments sociaux et médico-sociaux

- 1- pour une meilleure compréhension des différentes structures, pouvoir faire des comparaisons au niveau des coûts, pouvoir justifier ou corriger les variations. Le but étant d'obtenir une convergence tarifaire modulée par les justifications.
- 2- Pour une meilleure exploitation des rapports d'activité en vue des contrôles médicaux et financiers.

3- Ceci permettra une meilleure description des prises en charge par la DDASS

Les différents indicateurs : exemples :

**1- de population** : âge, sexe, conditions de cohabitation .....

**2-d'activité**

**3-financiers :**

- coût structure
- coût encadrement
- coût transport
- coût interventions
- coût ide libéral(e)s

**4-temps actif mobilisable :**

- tps de travail dans le service
- tps disponible pour l'usager
- tps de transport

**5-nombre de refus de prise en charge :**

Nombre de refus au 31 décembre, 1 refus / personne

**Le refus :**

- Non prise en charge après 30 jours
- Réorientation vers les libéraux
- un manque de place
- un usager hors secteur géographique
- un besoin d'intervention supérieur aux capacités actuelles de réponse des services

**N'est pas un refus:**

- absence de prescription médicale
- une prise en charge par AVS
- une réorientation vers un autre service
- Réponse donnée sous 30 jours

**6-charge en soins infirmiers (coordinatrice) :**

- Nombre de passages
- Temps chez la personne

**7- infirmiers libéraux:**



- types d'actes médicaux-infirmiers(AMI)

## Quatrième partie : SSIAD et SAAD avec HAD

### 1. Ouverture des SSIAD aux moins de 60 ans,

exige une adaptation aux deux publics, c'est une obligation de part la loi, il faut une autorisation pour les deux publics, celle-ci peut être demandée sans extension de capacité (répartition du nombre) ou avec extension de capacité dédiée uniquement alors au moins de 60 ans ( crosm nécessaire si aug>30%)

### 2. Relations SSIAD/ide libéraux :

- **revoir les conventions** ( modèles pré-établis par l'UNA)  
une ide ne peut intervenir directement auprès d'un malade inclus en SSIAD que dans un cadre d'urgence.  
En effet pour Madame Le Duc, une prescription médicale est établie soit pour une structure (SSIAD) ou pour un intervenant libéral (les deux systèmes de soins existant pour le domicile).  
Donc pour un usager utilisant les services d'un SSIAD la prescription doit d'abord transiter par l'infirmière coordinatrice afin que celle-ci soit informée de la charge en soins prescrite et qu'après seulement l'ide exécute l'acte prescrit. Ceci au nom de leur responsabilité de l'équilibre financier du service, et de leur rôle de coordination et donc de répartition des soins entre AS et IDE.
- **Le rôle de l'infirmier coordinateur** : le décret de juin 2004 a renforcé son rôle, il est garant de la continuité des soins, il doit organiser la coordination des soins au domicile de l'usager et répartir les soins entre AS, AVS et ide, organiser des réunions de coordination.

## Quatrième partie : SSIAD et SAAD avec HAD

Madame Le Duc recommande la recherche d'une complémentarité, les SSIAD peuvent demander à l' HAD de lui dédier des places, le SSIAD est alors une "antenne indépendante de la HAD" qui conserve la gestion.

La signature d'une convention de partenariat SSIAD/HAD est possible, seule la prise en charge commune reste non prévue par la loi, il en est de même pour la facturation d'éventuelles interventions.

## Cinquième partie : de l'équilibre financier des SSIAD

### 1 Définition d'un profil de malade léger :

- durée d'intervention=30mn,
- 4 passages /sem.
- surveillance infirmière

### 2 Définition d'un malade lourd:

- 14 à 16 passages /sem.
- Honoraires idels importants

### 3 De l'équilibre

- Pour Madame Le Duc, au regard du forfait journalier actuel des SSIAD, du nombre de places accordées et de l'équilibre du budget seulement 1/10<sup>ème</sup> des usagers peuvent avoir un profil lourd.
- Le constat actuel est que pour les maladies chroniques invalidantes il y a une ligne spécifique de financement. Or la tarification actuelles des SSIAD est < à 35 euros/ jour, mais que la tarification des HAD commence à environ 90euros, aussi Madame Le Duc nous informe qu'actuellement il y a des groupes de travail au ministère pour ajuster une tarification intermédiaire pour la prise en charge de patient lourd dans les SSIAD.

Madame Baudet nous informe qu'une réunion aura lieu avec le Docteur SPINELLI (médecin conseil référent CPAM 22) et un groupe restreint de SSIAD au sujet des difficultés engendrées par les facturations des infirmières libérales.

**Colette Le Guével, administratrice du SSIAD de Guingamp le 12 /01/2007**



## **Propositions Convergence Infirmière**

Je tiens à remercier Mme Emmanuelle JEANDET-MANGUAL et M. Jean-Jacques BERTRAND-REBOUL pour leur professionnalisme leur qualité d'écoute notamment dans le cadre de cette mission mais aussi l'ensemble des participants des fédérations et d'associations des structures de soins à domicile.

Il est à noter que les échanges ont été respectueux et francs lors de ces rencontres.

### **Rappel**

Les syndicats infirmiers et notamment Convergence Infirmière ont sollicité le Ministre Monsieur Philippe BAS d'engager une réflexion approfondie sur une régulation entre les structures de soins comme les SSIAD, HAD et EHPAD et infirmiers libéraux avant de négocier toutes mesures de régulation des infirmiers conventionnés sur le territoire.

Ces mêmes syndicats ont signé un protocole d'accord avec les caisses d'assurance maladie afin de réguler l'offre libérale mais pour nous, il est indispensable de réguler l'offre de soins globale.

Telle a été la lettre de mission adressée à l'IGAS par le Ministre Monsieur Philippe BAS.

### **Le contexte.**

#### **1/ Général**

Le premier constat que nous avons relaté par l'ensemble des partenaires, c'est que l'offre en soins s'est organisée sans concertation entre les différents acteurs, tant dans leurs implantations que dans leur tarification qui dépendent de différentes administrations et tutelles.

#### **2/ Les Infirmiers libéraux.**

Depuis quelques années le développement des SSIAD, HAD et la médicalisation des maisons de retraite inquiètent la profession des infirmières libérales.

L'exemple le plus explicite est le sort des infirmières libérales avec la mise en place de la réforme de la tarification des maisons de retraite.

### **3/ Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)**

Le gouvernement depuis quelques années, développe la prise en charge des personnes âgées dépendantes par le biais de ces structures de prise en charge (SSIAD,...) tout en culpabilisant les infirmières libérales qui dépendent des soins sur ces groupes de patients.

En effet, les SSIAD offrent à ce jour 80.000 lits et devraient augmenter leur nombre pour atteindre les 245.000 lits dans les cinq prochaines années.

Ces services vont faire appel aux infirmières libérales dans certains cas, mais organiseront leurs soins par leur propre moyen et principalement organisés autour de l'infirmier coordonnateur du service.

On peut noter que dans ce type de collaboration, l'infirmier libéral joue la variable d'ajustement et en aucun cas, il ne fait parti de l'équipe soignante dans la prise en charge globale du patient. C'est l'infirmier référent qui établit le projet de soins sans prendre en compte la démarche de soins infirmiers qui est pourtant, une démarche qualitative, quantitative et un outil de coordination avec les autres professionnels de santé.

Par ailleurs, ces structures sont autorisées à faire de la publicité concernant leur offre de soins, leur permettant ainsi d'être plus visibles autant vis-à-vis de l'hôpital que des patients.

La publicité étant interdite aux infirmiers libéraux, cela a pour conséquence un manque total de visibilité vis-à-vis de la population, ce qui favorise une concurrence déloyale entre les structures type SSIAD et les infirmiers libéraux.

Ces mêmes structures sont autorisées à créer des plateformes de soins et de services dans un objectif de prise en charge globale du patient, alors même qu'il est actuellement impossible pour les infirmiers libéraux de pouvoir envisager une création de plateformes de ce type.

D'un point de vue économique, les études montrent que les infirmiers libéraux avec une fréquence d'intervention beaucoup plus importante sur un même patient, sont beaucoup plus économiques que les structures type SSIAD.

### **4/ Maisons de retraite et EHPAD**

Depuis une vingtaine d'années, plus de 10.000 infirmières exerçaient en maison de retraite et avait répondu à la demande des pouvoirs publics afin d'assurer la prise en charge des résidents.

L'Etat a décidé de médicaliser ces établissements sans tenir compte des intervenants libéraux dans ces établissements, ce qui a eu comme conséquence l'éviction des infirmiers libéraux et de surcroît la suppression du libre choix des patients.

De leur côté, les directeurs sont à la recherche de professionnels compétents pour assurer les soins aux résidents.

Nous rappelons pourtant que la loi prévoit le maintien de l'intervention des infirmières en EHPAD mais il a omis volontairement d'organiser les mesures d'accompagnement comme le contrat, stipulant les modalités d'intervention ainsi que d'autres formes de rémunération des libéraux.

La mission IGAS doit aussi donner ces propositions.

### **5/ Hospitalisation à domicile (HAD)**

Depuis la création de l'HAD, qui a pour vocation de permettre la sortie ou de raccourcir la durée d'hospitalisation en soins aigus ou en soins de suite et de réadaptation.

Depuis les deux dernières années, nous observons une concurrence effrénée sur l'ensemble du territoire entre les libéraux et les HAD, en raison de la prise en charge par certaines de ces structures, de patients, qui sans aucun doute, pourraient être pris en charge exclusivement par la médecine libérale.

Bien évidemment, c'est en redéfinissant les critères d'inclusion dans les HAD « trop vastes, trop interprétables », qu'ils pourront être générateurs d'économies importantes pour la collectivité et de plus, amélioreront les rapports entre les HAD et les infirmiers libéraux.

En conclusion

**Le développement non organisé de ces structures d'offres en soins (EHPAD, SSIAD, HAD...) Contraint les infirmiers libéraux à devenir de simples prestataires de services auprès de ces établissements.**

Convergence infirmière dénonce cette perspective et décide dans le cadre de la régulation de la démographie de l'offre en soins, d'établir **3 axes possibles** pouvant résoudre les difficultés actuelles :

- **Renforcer le partenariat entre les infirmiers libéraux et les structures,**
- **Réguler l'offre de soin globale en fonction des territoires entre les infirmiers libéraux et les structures de soins,**
- **Rénover l'offre de soins libérale afin de s'adapter à la prise en charge globale des patients et personnes.**

### **Renforcer le partenariat entre les infirmiers libéraux et les structures (principe de complémentarité)**

- **Dans le cadre des SSIAD, les mesures recommandées sont :**
  - Imposer le même outil d'évaluation de la personne en ambulatoire (DSI+ girage)
  - Déterminer un plan d'évaluation avec l'infirmière coordonnatrice et l'infirmière libérale
  - Prévoir des séances de surveillance clinique infirmière pour l'infirmière libérale afin qu'elle puisse collaborer avec les aides soignantes
  - Etablir une convention cadre nationale avec les SSIAD et autres offreurs de soins, qui fixe les modalités d'organisation des soins à domicile, les outils communs utilisés, le partenariat et son mode opératoire ainsi que les modes de rémunération des professionnels.  
Cette convention fixe les termes des conventions individuelles sur le terrain (possibilités de conventions avec des regroupements de professionnels)
  - Faire en sorte que **l'infirmier libéral** devienne **le référent** auprès de la structure pour la prise en charge personnalisée du patient.

A ce propos, Convergence infirmière ne remet pas en question les missions de l'infirmier coordonnateur du SSIAD sur *l'organisation collective du service*, mais à titre de *prise en charge individualisée*, il en revient à l'infirmier libéral de disposer de cette compétence. **C'est une démarche qualité.**

- Paiement des séances de coordination
  - Augmenter le prix de l'acte à la nomenclature ou négocier des forfaits d'intervention afin de résoudre la problématique de la participation aux charges sociales des infirmiers libéraux.
- **Dans le cadre des EHPAD, il est nécessaire de maintenir l'exercice libéral et le libre choix des résidents pour leurs intervenants libéraux**  
**Les mesures recommandées :**
    - Concertation avec la DGAS, les établissements et les syndicats d'infirmiers libéraux afin de définir les modalités d'intervention, leur participation dans le cadre du projet de soins et du projet de vie, les modalités de rémunération autres que « l'acte » compatible avec le tarif « soins » versé à l'établissement.

*Parution du décret de l'article 58 de la loi de janvier 2002.*

- **Dans le cadre des HAD, les mesures recommandées sont :**
  - Mettre en place un contrat type entre HAD et infirmiers libéraux : « convention cadre nationale » avec les HAD, qui fixe les modalités d'organisation des soins, les outils communs utilisés, le partenariat et son mode opératoire ainsi que les modes de rémunération des professionnels. Cette convention fixe les termes des conventions individuelles sur le terrain (possibilités de conventions avec des regroupements de professionnels)
  - Paiement des séances de coordination
  - Revoir les critères d'inclusion des patients dans le cadre du HAD

### **Réguler l'offre de soin globale en fonction des territoires entre les infirmiers libéraux et les structures de soins.**

Les syndicats d'infirmiers libéraux se sont entendus avec les Caisses d'Assurance Maladie à mener une large réflexion sur la répartition géographique des infirmiers libéraux sur tout le territoire.

Les mesures d'accompagnement ne pourront se faire qu'à la condition que cette démarche soit pour l'ensemble des offreurs de soins à domicile.

On constate à ce jour, sur la répartition démographique des infirmiers, une variante de 1 à 7 sur l'ensemble des départements français.

Cette situation a des conséquences, à la fois sur l'égal accès aux soins, mais aussi sur les revenus des infirmiers libéraux, ainsi que sur le rôle des infirmiers libéraux.

La traduction de ce dernier point est significative, si on juxtapose le nombre d'infirmiers par rapport à la nature des actes.

Par exemple, dans une région où le coefficient moyen d'infirmiers est inférieur à 70 pour 100 000 habitants, la proportion d'actes médicaux infirmiers (AMI) est beaucoup plus importante que les actes AIS, concernant principalement les soins aux personnes âgées et handicapées dépendantes.

Nous rappelons que dans le cadre d'une séance de soins infirmiers AIS, sont compris les actes AMI.

De ce fait, un débat existe au sein même de la profession des infirmiers libéraux, des Caisses et des Pouvoirs Publics, que le cœur du métier d'infirmier serait les actes médico-infirmiers.

Convergence Infirmière dénonce fortement cette réduction du champ et du rôle des infirmières à l'heure où le vieillissement de la population est un enjeu majeur de santé publique.

La régulation de la démographie n'est pas une fatalité mais tous les acteurs responsables doivent concourir à améliorer cette répartition et principalement un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

- **Mesures recommandées :**
  - Définir la notion de « territoire »

Comme nous l'avons évoqué lors de nos rencontres, le **bassin de vie** à priori, pourrait être le territoire le plus pertinent dans les zones non urbanisées et non appropriées.

Si le bassin de vie peut être considéré comme référence en termes de découpage géographique et social de nature à équilibrer l'offre et les besoins de soins en zone rurale et semi rurale, il n'en va pas de même en milieu urbain.

La solution réside peut-être à interroger les communes sur leur découpage propre (arrondissement, quartier etc.), ou à utiliser les IRIS PROFIL DEMOGRAPHIE de l'INSEE qui offrent avantageusement un découpage par îlots (pour un îlot : 800 habitations et 2000 habitants).

La France compte ainsi 50 800 IRIS dont 16 000 pour toutes les communes urbaines de plus de 5000 habitants et 34 800 communes pour les petites communes qui n'ont pas été découpées.

Les IRIS s'appuient sur les données du recensement de 1999 qui fait encore référence aujourd'hui.

**Qui plus est, les bassins de vie ont été définis essentiellement sur deux paramètres qui ne reflètent pas la réalité de l'offre en soins libérale : le nombre d'infirmières et leur chiffre d'affaires.**

**Ainsi, ce découpage géographique et social omet l'organisation des soins et la réalité de proximité qui influent de façon significative sur la réponse aux besoins et la classification démographique (sur dense et sous dense).**

**L'organisation des cabinets, leur modalité d'exercice, la recherche légitime d'une qualité de vie ont des conséquences réelles sur les données démographiques et surtout sur le rapport offre/besoins.**

**Un cabinet de 3 infirmiers implanté sur une commune de 1200 habitants déterminera en densité le secteur comme sur dense à 250 pour 100 000 habitants. Quand on sait que ces trois professionnels travaillent chacun 10 jours par mois, le rapport est tout autre et redevient conforme à la moyenne nationale (83 pour 100 000 habitants).**

**Les modes d'organisations de ce type sont pléthores en France. Il faut donc aller y regarder de plus près pour ne pas faire n'importe quoi en termes de régulation avec des conséquences irréversibles sur l'égal accès aux soins.**

**Prendre en compte le niveau et la nature d'activité des cabinets, leurs nombres de patients pris en charge au regard des DSI.**

**Ce travail doit être confié à une Commission Régionale qui regroupe l'ensemble des acteurs concernés pour mener avant tout, une évaluation et une étude qui reflète la réalité.**

**Travailler et prendre des dispositions de régulation à partir de données approximatives serait propice à des dérives lourdes de conséquences.**

- Nous allons définir les zones de ces territoires qu'ils soient :
  - Sur denses
  - Denses
  - Moyens
  - Sous denses

Toute la réflexion que nous devons mener, porte sur la définition des curseurs, qui définissent dans un territoire donné « les zones ».



Il va s'appliquer dans ces dernières, différentes mesures soient incitatives, soient désincitatives.

Pour Convergence Infirmière, la régulation de la démographie doit s'appliquer en priorité dans des zones sous denses et secondairement, dans les zones sur denses.

Dans les autres zones (denses et moyennes), aucunes mesures ne seront appliquées.

Les critères :

- **Le nombre de professionnels de santé dans un territoire donné**
- **L'organisation des professionnels (regroupement, travail en collaboration, ...)**
- **Le nombre de structure (HAD, SSIAD...) existante sur un territoire donné**
- **Le rapport AMI/AIS**
- **Les besoins réels de la population dans un territoire donné**

A ce jour, nous ne disposons pas d'indicateurs reconnus et fiables permettant d'évaluer les besoins de santé d'une population donnée.

Pour autant, ce critère est indispensable si nous voulons mettre en place des mesures désincitatives dans les zones sur denses.

Cependant, Convergence infirmière propose que l'on s'appuie sur les travaux de l'URCAM Bretagne réalisés par Patrice Prévost et Stéphanie Bouric « Comment évaluer l'offre et les besoins dans le domaine gériatrique ? ».

Ces travaux sont les plus pertinents et ont été utilisés par de nombreuses autres URCAM.

L'analyse des besoins pour l'ensemble des personnes de plus de 60 ans s'appuie sur la définition d'un girage de la population déterminant ainsi une durée de soins à lui apporter (GIR 1-2= 2h30 à 3h de soins etc....)

L'offre quant à elle, est analysée au regard des AIS 3, réalisées dans chaque région (activité des IDE + activité de toutes les structures convertie en AIS) déterminant ainsi un temps total de soins.

L'activité des libéraux est également convertie en nombre théorique de lits au regard d'une analyse des ententes préalables rapprochée du nombre de coefficients réalisés (AIS et AMI pris en compte)

Une réflexion pourrait être menée pour mettre en place des capteurs d'évaluation des besoins réels de la population.

Par exemple, liste d'attente au sein des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des SSIAD, niveau d'engorgement des urgences, nombre d'APA attribuée avec le GIR Age moyen

Mesures à apporter d'ordre général :

- Généralisation du « tutorat » mis en place dans le cadre conventionnel par Convergence infirmière et les Caisses d'assurance maladie à titre expérimental
- Formations recommandées avant l'installation des infirmiers libéraux

Mesures incitatives à apporter pour les zones sous denses :

- Augmentation du prix de l'acte à hauteur de 20 %
- Participation plus importante aux charges sociales par les Caisses d'Assurance Maladie
- Défisicalisation de type « zone franche »
- Regroupement de professionnels avec participation par les collectivités locales concernant les locaux et la mise en place d'un secrétariat

- Reconnaissance par les Caisses d'Assurance Maladie de ces regroupements, autrement dit, mise en place d'une « convention » entre les Caisses et les regroupements de professionnels ou toute autre organisation de ce type.

#### Mesures désincitatives à apporter pour les zones sur denses :

Convergence Infirmière réaffirme le principe de la liberté d'installation et de conventionnement des infirmiers libéraux.

Les Etats généraux de l'Offre en soins (EGOS) mis en place par la Ministre Madame Bachelot, va permettre d'envisager des mesures désincitatives dans les zones sur denses.

Cependant, Convergence infirmière mène une réflexion portant sur la limitation en termes de la liberté de conventionnement.

Cette disposition ne pourra rentrer en vigueur qu'à la suite :

- D'une expérimentation sur un territoire donné
- D'indicateurs des besoins en soins d'une population
- De l'arrêt d'installation et de création de lits de SSIAD
- De recommandations précises sur les critères d'inclusion appliqués et contrôlés dans les HAD
- De la réintégration ou du maintien des infirmiers libéraux dans les EHPAD.

*Par exemple, dans les Bouches du Rhône, plus de 600 à 700 infirmiers exercent toujours dans les EHPAD.*

La mise en place de la réforme de la tarification qui s'emploie à exclure ces professionnels aura pour conséquences d'accentuer la surdensité d'infirmiers libéraux au sein de ce département.

#### Mise en place du dispositif

La répartition démographique est un dossier très délicat, car en son sein, il peut exister des effets pervers sur lesquels nous devons être vigilants afin de pouvoir les anticiper.

Nous rappelons que dans tous les pays où une régulation a été mise en place, les résultats n'ont pas été probants.

Pour Convergence Infirmière, le législateur doit :

- Définir la notion de « territoire » et les mesures pouvant être négociées dans le cadre conventionnel
- Articuler l'offre de soin libérale et l'offre de soins des diverses structures
- Accompagner par des mesures significatives le regroupement de professionnels
- Donner la possibilité aux acteurs libéraux de s'organiser afin d'assurer une prise en charge globale
- Inviter toutes les institutions publiques et hautes administrations (DGAS, CNSA, DHOS, UNCAM) à coordonner leur politique dans le domaine du sanitaire, du social, et du médico social, afin de favoriser la cohésion, la coordination et la régulation des différents offreurs de santé et de soins.

De plus, la définition des zones pourrait être appréciée selon des critères, recommandés par le législateur par la **convention nationale** de chacune des professions.

Les modalités de suivi seraient, selon nous, dans le cadre d'une **Commission Régionale indépendante et décisionnelle** regroupant à la fois les syndicats représentatifs de la

profession, les représentants des Caisses d'Assurance Maladie, les membres des Ordres professionnels, et les représentants des associations de malades.

Par ailleurs, cette commission devra comporter un représentant de l'Etat dans la région donnée, afin qu'il fasse le lien entre les décisions prises dans ce cadre et la création ou l'extension de lits de SSIAD ou d'HAD.

Cette commission pourrait par ailleurs, faire la coordination entre la ville et l'hôpital, faire observer les conventions entre les infirmiers libéraux, les HAD, les SSIAD et les EHPAD.

Elle pourra également accompagner et soutenir tout projet de regroupement de professionnels ou de plateformes de soins et de services notamment pour les personnes fragilisées.

Cette commission donnera des dérogations aux mesures désincitatives dans les zones sur denses pour des cas particuliers auxquels sont confrontés les professionnels de santé libéraux (arrêt maladie et autres accidents de la vie, désirs d'interrompre temporairement son activité) ainsi que pour les regroupements de professionnels.

Cette Commission régionale devra en fin d'année, donner son évaluation qualitative et quantitative à la Commission Paritaire Nationale concernant la répartition démographique de sa zone, afin qu'elle puisse redéfinir la nature de la zone.

Malgré la création prochaine des Agences Régionales de Santé (ARS), la commission devra conserver sa composition initiale et ses missions propres afin de maintenir le pragmatisme et le réalisme des acteurs ayant la plus grande proximité.

### **Rénover l'offre de soins libérale afin de s'adapter à la prise en charge globale des personnes et des patients et possibilité pour ces derniers d'avoir le choix de leur type de prise en charge**

A ce jour, l'exercice libéral individualisé, non coordonné et non organisé avec les rémunérations principalement à l'acte, n'est plus en adéquation avec les besoins et les types de prise en charge réalisés dans la médecine de ville.

Convergence Infirmière, sans pour autant remettre en question le statut **libéral** ni la notion de **libre choix**, suggère de rénover l'exercice libéral afin de s'adapter aux nouveaux enjeux et aux nouveaux défis de l'organisation du système de santé français.

Les structures de soins malgré leur handicap, en termes d'implantation géographique, de pénurie importante de professionnels de santé compétents, assurent avec plus ou moins de difficultés, une organisation, un suivi, et une coordination de la prise en charge globale des patients et des personnes.

Ces structures sont des organisations sur lesquelles les pouvoirs publics se reposent afin de mettre en place une planification de leur politique de santé et de soins.

Il est à constater, que les professionnels libéraux, qui, aujourd'hui répondent aux grandes problématiques de la prise en charge des patients, et qui sont répartis sur tout le territoire, ne sont pas des acteurs sur lesquels les politiques de santé s'appuient.

Pour le patient et la personne, avoir un **réfèrent unique et visible**, avec une mise en place d'un suivi et la possibilité d'avoir différentes prestations tant dans le domaine sanitaire que dans le domaine social, est bien évidemment une **demande majeure** de leur part.

*En conséquence, l'exercice libéral doit prendre en compte impérativement tous ces enjeux et innover en termes d'organisation, d'évaluation, de coordination, d'autres formes de rémunération, mettre en place des démarches qualité, des procédures de suivi, de prévention et d'éducation.*

**Les mesures recommandées par Convergence Infirmière :**

## **1/ Organisation**

### **1.1 Regroupement des infirmiers libéraux et reconnaissance juridique**

Le regroupement de libéraux et prioritairement, profession par profession, doit être rapidement mis en place, tout en maintenant le caractère libéral des différents professionnels. Depuis quelques années, le concept de regroupement circule dans tous les travaux, dans toutes les études et chez tous les professionnels de santé.

Mais ces regroupements n'ont aucune reconnaissance, ni juridique, ni économique.

Convergence Infirmière propose que les regroupements de professionnels qui doivent prendre la forme de personnalité morale (exemple : SEL, SELAFA, SELARL, SCP...) soient reconnus par les pouvoirs publics et les Caisses d'Assurance maladie.

A ce jour, les conventions entre les Caisses d'Assurance Maladie et les professionnels de santé libéraux sont signées entre la Caisse et un professionnel quel que soit son mode d'organisation.

### **1.2 Création de plates-formes soins et services par l'association d'un regroupement de professionnels et d'un service à la personne.**

Possibilité avec un regroupement de professionnel infirmier reconnu de s'associer ou d'inclure un service à la personne tout comme les SSIAD, centres de santé, EHPAD peuvent avoir cette possibilité

#### Textes réglementaires de référence

- *Dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées ou handicapées, seuls les SSIAD, EHPAD, et centres de santé sont reconnus par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et le médico-social.*
- *De plus, dans le cadre des services à la personne, dans l'article de loi L 129-1 du Code du travail, seuls les SSIAD, EHPAD et centres de santé bénéficient de la **dispense d'activité exclusive**. Ceci les autorise de fait, à créer des plates formes de soins et de services au sein d'un même lieu. Les acteurs libéraux et essentiellement les infirmiers ne peuvent en aucun cas créer ce type de structure, car la réglementation en vigueur ne les autorise pas étant donné que les regroupements de professionnels n'ont aucune identité juridique reconnue.*

**→Recommandations** : reconnaissance juridique et de négociation des regroupements de professionnels et disposition des mêmes possibilités que les autres structures types

SSIAD, HAD et EHPAD et donc possibilités de ces regroupements de créer des plates-formes de soins et de services

*Cette proposition de Convergence a été débattue par la commission Alzheimer qui a recommandé cette disposition dans le cadre du Plan Alzheimer remis au Président de la République*

### **1.3 Regroupement Pluridisciplinaire**

Dans l'exercice libéral de groupe pluridisciplinaire, aucune personnalité morale ne reconnaît cette pratique, alors que celle-ci est essentielle en termes d'organisation.

Les SEL, les SELAFA et autres structures, ne peuvent aujourd'hui être constituées, qu'avec des professionnels libéraux de même discipline.

Il serait donc judicieux d'amender ces textes afin qu'au sein d'une même personnalité morale, plusieurs disciplines puissent se regrouper.

**→Recommandation** : possibilité de créer une SEL pluridisciplinaire

### **2/ Rémunération**

Au sein de ces structures, nous pourrions à ce moment là, développer toutes les autres possibilités et mesures afin de réaliser une prise en charge globale de qualité, coordonnée, et assurant à la fois le suivi, l'éducation, la formation et l'information auprès des patients et des personnes.

Nous pourrions par ailleurs, négocier dans certains cas et certaines prises en charge d'autres formes de rémunération adaptée.

Pour Convergence Infirmière, il serait indispensable que la profession des infirmiers libéraux bénéficie d'une certaine flexibilité leur permettant d'adapter leur mode de rémunération en fonction des types de prise en charge (négocié dans le cadre des conventions avec l'Assurance Maladie)

La rémunération à l'acte ne doit donc pas être remise en question sur certains actes.

**→Recommandation** : mixité de rémunération : actes et/ou forfait, etc...

### **3/ Transfert et partage de compétences**

Ces regroupements seraient des facilitateurs pour le transfert et le partage de compétences entre les différentes professions.

Ce nouveau dispositif aurait donc pour avantage de décloisonner les professions avec une réduction des frictions entre les professionnels de diverses disciplines.

Nous tenons à préciser que ces regroupements pourraient dans certains cas, salarier des aides soignantes.

### **4/ Évaluation**

Mise en place d'outils d'évaluation communs à tous les acteurs de la prise en charge des patients tels que la Grille AGGIR, la Démarche de soins Infirmier, et Pathos

#### **5/ Démarche qualité du regroupement de professionnels de santé**

Bien évidemment, ces regroupements doivent mettre en place une démarche qualité en termes de continuité et de suivi de la prise en charge, avec des outils tels que le dossier de soins, le cahier de liaison entre les différents acteurs, etc...

**→Recommandation** : élaboration et mise en œuvre d'une démarche qualité au sein des regroupements

#### **6/ Coordination**

Ces regroupements de professionnels libéraux organisés, seraient donc en mesure de passer des conventions avec les hôpitaux, cliniques, HAD, etc...

Mise en place de sites internet, numéro d'appel unique

Cette coordination permettrait ainsi une meilleure visibilité des professionnels de santé libéraux.

**→Recommandation** : accompagner et soutenir les projets de coordination des professionnels de santé libéraux

## CONCLUSION

Les débats et la réflexion menée depuis la signature du protocole d'accord avec les Caisses d'Assurance maladie, en passant bien évidemment par diverses concertations mises en place par l'IGAS, concernant la régulation de l'offre de soins globale, nous a révélé les dysfonctionnements du système de santé français.

Ce diagnostic partagé sera émis lors des Etats Généraux de l'Offre en Soins (EGOS).

L'histoire des structures, des professionnels de santé, avec les partenaires et les rémunérations différentes nous amènent aujourd'hui à une cacophonie de l'offre de soin.

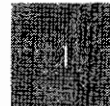
Celle-ci, crée à la fois un manque de visibilité pour les patients, avec dans certaines régions en fonction du nombre de structures et du nombre de professionnels, une concurrence entre elles ainsi qu'un accroissement des dépenses de santé et malheureusement dans d'autres territoires où il est observé une pénurie en termes de structures et de professionnels, une grande difficulté en termes d'accès aux soins.

Ces pistes de réflexion que Convergence Infirmière vous propose, tendent à harmoniser et renforcer la complémentarité entre les structures et les professionnels de santé et à essayer de mieux répartir l'offre de soins globale principalement dans les zones sous denses et sur denses.

Par ailleurs, nous avons émis des recommandations afin de renforcer l'offre de soins libérale en termes d'innovation afin de répondre aux légitimes demandes des personnes et des patients ainsi que des pouvoirs publics.

Nous vous rappelons, sans être obsessionnels, qu'un point reste à traiter : il s'agit de l'intervention des libéraux au sein des EHPAD !

L'équipe Convergence Infirmière  
27/12/07



## **INTRODUCTION**

La mission sur l'organisation de l'offre de soins infirmiers sur le territoire confié à l'IGAS par Monsieur Philippe Bas (Alors Ministre de la santé) est chargée d'étudier les moyens de renforcer la cohérence de l'offre et les complémentarités entre les différents types d'offre de soins infirmiers (offre libérale, SSIAD, HAD, centres de soins infirmiers), en concertation avec l'ensemble des professionnels réunis en un groupe de travail.

Cette mission s'inscrit dans le contexte de la convention signée au mois de juin entre les syndicats d'infirmiers libéraux et la CNAMTS. Le protocole annexé à la convention signé à cette occasion, ouvre la voie à une régulation de l'installation des infirmiers libéraux sur le territoire. Mais cette régulation de l'offre doit être envisagée de manière globale, et prendre en considération les différents types d'offre, libérale et en structure.

## **ETAT DES LIEUX**

### **L'infirmière libérale et le soin à domicile : Un métier qui change.**

Le contour du métier d'infirmière libérale a changé depuis 20 ans. Les soins à domicile ont bénéficiés de l'amélioration des sciences et des techniques facilitant une prise en charge de qualité et en toute sécurité.

Nous assistons ces dernières années, avec la diminution des durées moyennes de séjours hospitaliers, au développement des alternatives à l'hospitalisation (ou à l'institutionnalisation) des personnes dépendantes et des patients traités en MCO. Le virage ambulatoire augmente de façon exponentielle la charge de travail en soins infirmiers, surcharge bien souvent invisible car non cotée.

Les infirmières libérales dans le cadre de leur cotation en AIS répondent de plus en plus à des demandes de soins de patients souffrant de problèmes psychiatriques et/ou désorientés qui obligent les infirmières à vérifier l'observance du traitement, évaluer les effets secondaires ou les conduites déviantes, gérer le stock médicamenteux en coordination avec les prescripteurs et les pharmaciens, faire le suivi et réadapter les doses des médicaments, etc. Les prises en charge s'alourdissent et se complexifient. Et dans les familles les infirmières sont amenées à être inévitablement pour une part des acteurs sociaux que ce soit face à la dépendance ou aux maladies chroniques ce qui n'est pas incompatible avec leurs compétences réglementaires.

D'autres missions telle que la coordination, l'éducation à la santé, le dépistage et la prévention relèvent de l'activité invisible qui n'apparaît pas sur les RIA (Relevé Individuel d'Activité) et SNIR délivré périodiquement par l'UNCAM. Il en est de même pour l'article 11Bis de la NGAP qui rend invisible le deuxième acte coté à demi ainsi que le troisième qui

Sniiil – Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux

111 Bis, Boulevard Ménilmontant – 75011 PARIS

Tél. : 01 55 28 35 85 – Fax : 01 55 28 35 80

[sniiil@sniiil.fr](mailto:sniiil@sniiil.fr)





est gratuit. Sans parler de tous les actes techniques coté en AMI qui sont intégrés automatiquement dans les AIS, donc pas traçables.

De plus, à l'heure de la télétransmission et de l'informatique, la charge de travail administrative n'a cessée d'augmenter. (Traçabilité des examens de biologie, dossiers de soins...). Afin de se ménager des périodes de repos, les infirmières conventionnées ne trouvent plus de remplaçantes, tout au moins dans les zones à faible densité de professionnels. N'oublions pas que ce sont les seules professionnelles libérales à assurer, sans contre partie non plus, la continuité et la permanence des soins (7 jours / 7 et 24h/24)

### **EVALUATION DES BESOINS EN SOINS INFIRMIERS**

La finalité de l'évaluation consiste en la recherche d'une adéquation entre les besoins de soins de la population et l'offre de soins pour réduire les inégalités de santé régionales et infrarégionales, afin d'améliorer la répartition des professionnels de santé libéraux mais aussi de tous les offreurs de soins infirmiers (tels que les SSIAD, les HAD et les centres de soins) et ainsi, favoriser l'accès aux soins de façon équitable et uniforme sur tout le territoire.

Il nous paraît pertinent de définir dans un premier temps les besoins, plutôt que de partir de l'offre.

Source : Le rapport « évaluation des besoins en soins –Etude nationale- paru en janvier 2006 (Réalisé par plusieurs URCAM, il constitue un outil d'aide à la décision et un premier diagnostic dans le domaine sanitaire) est l'aboutissement de plusieurs années de réflexion entre les URCAM et la CNAMTS. Ce rapport présente une méthode de laquelle nous nous sommes inspiré et qui permet d'évaluer les besoins de soins des français à partir d'une combinaison d'indicateurs mesurables (l'âge, la morbidité via les affections de longue durée, la mortalité et la précarité à travers la couverture maladie universelle complémentaire).

Pour évaluer les besoins, c'est finalement l'approche par combinaison de 4 indicateurs que nous proposons : l'âge, la mortalité (ICM), la morbidité (ALD)). L'indice de précarité (CMUC) joue un rôle complémentaire de facteur aggravant

L'unité géographique de référence choisie est le bassin de vie en zone extra urbaine et le canton\* (plus petit que le bassin de vie) en zone urbaine. Reste à déterminer le seuil (en nombre d'habitants) qui permet de déterminer les zones. Peut il y avoir des zones intermédiaires et sur quels critères ?

La méthodologie consiste à les positionner sur une échelle des besoins à 4 niveaux (Graduation croissante de 0 à 3) obtenus par addition des valeurs des indicateurs âge et état de santé (SCORE). L'indice de précarité vient aggraver ou atténuer la situation.

Cette méthode permet d'éclairer une analyse des inégalités à l'intérieur du territoire national La comparaison entre régions conduit, par exemple, à identifier celles comportant une grande part de bassins de vie ou de cantons aux besoins de soins élevés.

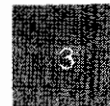
\*Source Insee : Le canton est une subdivision territoriale de l'arrondissement. C'est la circonscription électorale dans le cadre de laquelle est élu un conseiller général. Les cantons ont été créés, comme les départements, par la loi du 22 décembre 1789. Dans la plupart des cas, les cantons englobent plusieurs communes.

Sniil –Syndical National des Infirmières et Infirmiers Libéraux

111 Bis, Boulevard Ménilmontant – 75011 PARIS

Tél. : 01 55 28 35 85 – Fax : 01 55 28 35 80

[sniil@sniil.fr](mailto:sniil@sniil.fr)



### UNITE GEOGRAPHIQUE RETENUE :

#### **LE BASSIN de VIE en ZONE EXTRA URBAINE et LE CANTON en ZONE URBAINE**

Ce n'est qu'à partir de ce type de zonage fin en zone urbaine que la régulation peut prendre tout son sens. Le bassin de vie étant trop grand pour permettre une analyse fine des besoins en soins dans les grandes agglomérations urbaines. Encore faudra t'il tenir compte des zones dites « sensibles » ou l'accès est difficile aux infirmières (difficultés de stationnement et de circulation, quartiers difficiles ou la sécurité des soignants n'est pas garantie...)

Rien n'indique qu'il n'existe pas dans les bassins de vie des zones en sous densité professionnelle et à contrario des zones en sur densité professionnelle par rapport aux besoins en soins infirmiers.

Une analyse fine par canton ou par bassin de vie, montre que les inégalités de répartition sont aussi de nature *infra* départementale. C'est ainsi que des départements, apparemment bien pourvus peuvent avoir des cantons ou bassins de vie à faible densité.

De même, l'activité dépend de la conformité géographique. On peut retenir le nombre d'IK (cotation appliquée quand le déplacement dépasse 2 kilomètres au-delà du cabinet) qui est un indicateur de temps d'accès au domicile du patient dans des zones d'habitat rural, de montagne...

### **INDICATEURS de BESOINS en SOINS:**

#### **N° 1 : L'AGE :**

Les prévisions démographiques à l'horizon 2050 indiquent selon l'INSEE, la France métropolitaine compterait 70 millions d'habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2050, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005.

Le nombre des personnes de plus de 60 ans (à partir duquel on évalue généralement le vieillissement) passerait de 12,8 à 20,9 millions en 2035 et à 22,3 millions en 2050, soit un quasi doublement (+80 %) en 45 ans.

Le nombre des personnes de plus de 75 ans connaîtrait une évolution similaire, soit un doublement d'ici 2050, représentant 15,6 % de la population française contre 8% aujourd'hui.

Deux certitudes : l'effet « cohorte » à l'horizon 2025 de l'arrivée à l'âge adulte des générations du « baby boom » et la courbe exponentielle (incidence) des pathologies chroniques en corrélation avec le vieillissement de la population.

Sniil – Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux

111 Bis, Boulevard Ménilmontant – 75011 PARIS

Tél. : 01 55 28 35 85 – Fax : 01 55 28 35 80

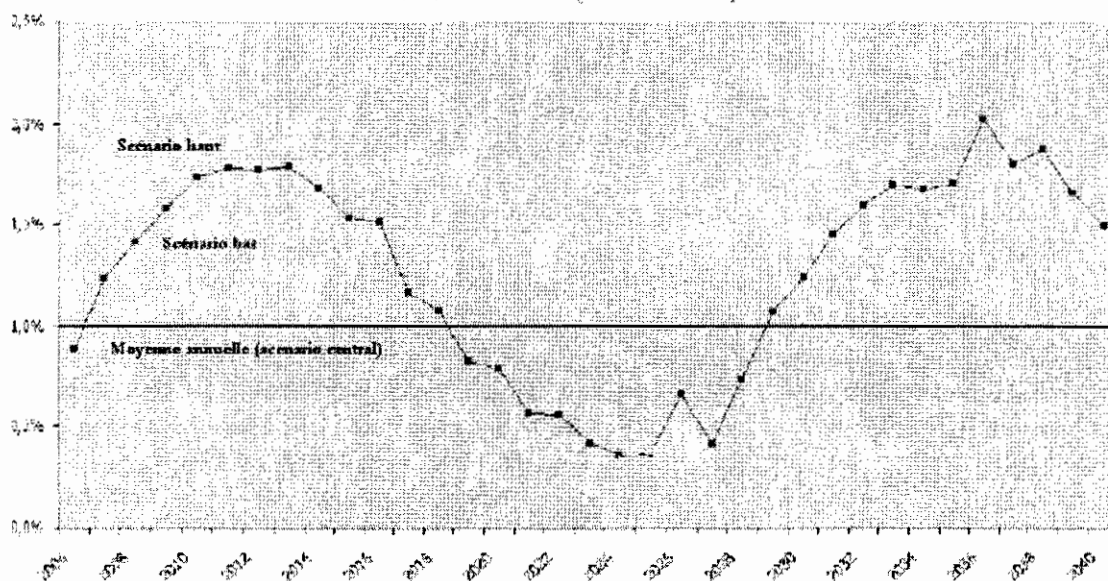
[sniil@sniil.fr](mailto:sniil@sniil.fr)



Des chiffres alarmants mais une anticipation défailante : Les chercheurs estiment actuellement la population des personnes âgées dépendantes entre 628 000 à 850 000. Si l'on se concentre sur les cas qui qualifient la dépendance lourde \* :

- 69 000 en équivalent GIR 1,
- 262 000 en équivalent GIR 2,
- 201 000 en équivalent GIR 3,
- 264 000 en équivalent GIR4

Projection de l'évolution en rythme annuel du nombre de personnes âgées dépendantes - au sens de l'APA- (source DREES)



Source : DREES

Les besoins de soins augmentent avec le vieillissement de la population ; cette observation est objectivée par la courbe de la consommation de soins en fonction de l'âge (page 5) et par la probabilité d'hospitalisation en court séjour selon l'âge.

L'indicateur AGE est donc destiné à prendre en compte la composition démographique des cantons compte tenu de son incidence sur les besoins.

L'indice âge est construit à partir de données démographiques (structure par âge de la population).

Si on regarde le tableau en infra, il semble pertinent de ne pas limiter le seuil à 75 ans mais de l'abaisser aux alentours de 64-70 ans.

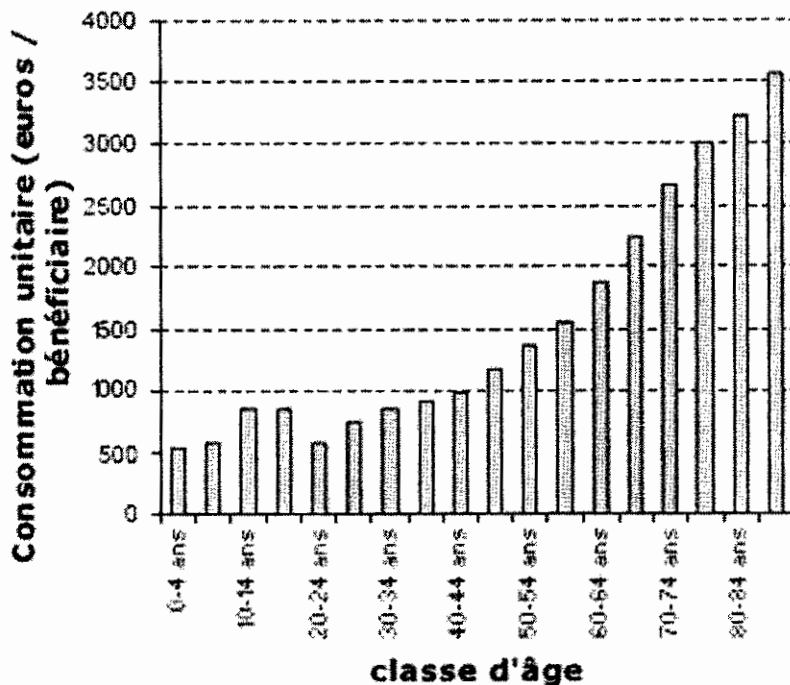
Sniil – Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux

111 Bis, Boulevard Ménilmontant – 75011 PARIS

Tél. : 01 55 28 35 85 – Fax : 01 55 28 35 80

[sniil@sniil.fr](mailto:sniil@sniil.fr)

### Consommation unitaire en fonction de l'âge - France entière



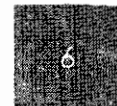
#### Le rôle des infirmières libérales dans le cadre de la prise en charge de la dépendance :

Le croisement des différents chiffres cités plus haut illustre les enjeux sous tendus par le bouleversement démographique auquel nous aurons à faire face demain. Les pouvoirs publics non seulement ignorent, mais méconnaissent, l'énorme potentialité des compétences des infirmières libérales en matière de santé publique, notamment dans la prise en charge sanitaire et sociale de la dépendance.

Ne pas tenir compte du rôle essentiel des infirmières libérales auprès des personnes âgées dépendantes c'est de fait, faire l'impasse sur 75% des prises en charge.

La pertinence dans un système, qui subit et subira des contraintes budgétaires exponentielles, ne serait-elle pas d'accompagner la structuration, l'organisation et le regroupement de professionnels d'un secteur d'activité qui réalise les 2/3 des prises en charge des personnes âgées dépendantes ? (à un coût 1.5 inférieur au SSIAD par exemple)

L'articulation des conventions nationales qui régissent le soin, l'aide et la coordination médico-sociale ne serait-elle pas souhaitable afin d'alléger et de clarifier les dépenses afférentes à l'assurance maladie et la CNSA ?



La promotion des prises en charge à domicile par les infirmières libérales est la voie la plus économique. L'utilisation et l'optimisation de l'outil DSI (Démarche de soins Infirmiers) qui met l'infirmière au cœur du soin aux personnes dépendantes et de la coordination médico sociale a été créé pour cela en 2002 mais n'a malheureusement pas été exploité. Nous en préconisons la promotion.

Un renforcement de l'aide fournie aux personnes isolées et dépendantes avec une surveillance par l'infirmière libérale ( prévue dans le cadre de la DSI) au domicile associée à une vraie coordination médico-sociale formalisée est de plus indispensable pour une qualité de suivi.

### **Indicateur n°2 : L'ETAT DE SANTE :**

L'indicateur ETAT DE SANTE est obtenu à partir des indicateur MORTALITE et MORBIDITE. Il constitue la moyenne arithmétique des deux indices.

L'indicateur MORTALITE est l'indicateur comparatif de mortalité (ICM), utilisé de façon courante en épidémiologie, en particulier pour effectuer des comparaisons géographiques. Il est construit à partir de données de mortalité et de données démographiques.

La morbidité complète la mortalité pour évaluer l'état de santé de la population en tant que composante des besoins de soins.

L'indicateur MORBIDITE est construit à partir des dénombrements de bénéficiaires d'une exonération au titre d'une ALD, et des données démographiques à l'échelle du canton.

Le taux de prise en charge des ALD est un indicateur de morbidité incontournable en matière de recours aux soins.

Au 31 décembre 2006, 7,7 millions de personnes du régime général bénéficient d'une affection de longue durée prise en charge à 100% par la sécurité sociale. Le taux de personnes en affection de longue durée exonérante est de 13,6%. Au cours de l'année 2006 le nombre de bénéficiaires de l'ALD progresse de près de 265 000, soit +3,6% par rapport à 2005, dont 0,9 point lié au vieillissement de la population. A noter que le taux de croissance annuel moyen entre 1994 et 2004 est de + 5,7%. Ceci s'explique par l'augmentation du nombre moyen d'ALD par personne.

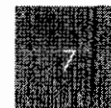
**Maladies cardiovasculaires, diabète, tumeurs et affections psychiatriques de longue durée contribuent pour 80% à l'augmentation du nombre d'ALD.**

Les pathologies qui contribuent le plus à la croissance des ALD sont le diabète (+7,0%), les maladies cardiovasculaires (+5,8%), et les tumeurs malignes soumises à dépistage comme le cancer de la prostate (+11,7%) et le cancer du sein (+5,7%).

Cette population concentre près de 60% des remboursements de l'assurance maladie.

Cf. Tableau ALD (page 19)





### Indicateur n°3 : LA PRECARITE :

L'indicateur de PRECARITE intervient comme facteur aggravant de l'indice global des besoins de soins. La Couverture Maladie Universelle Complémentaire est utilisée pour intégrer la précarité au niveau cantonal dans l'indice des besoins. Il est construit à partir des chiffres de bénéficiaires de la CMU Complémentaire (CMUC) et des données démographiques. La forte dispersion de cet indicateur et la difficulté d'estimer sa part dans la détermination des besoins de soins fait qu'il n'entre pas directement dans le calcul du niveau de besoins mais constitue un facteur aggravant.

La prise en compte de critères socio économiques est un indicateur non négligeable de recours aux soins.

Une enquête effectuée par la DREES au deuxième trimestre 2006 auprès de personnes allocataires de minima sociaux (RMI\*, API\* et ASS\*) au 31 décembre 2004 démontre que l'état de santé de ces allocataires est moins bon que celui de la population générale. De plus, les bénéficiaires des minima sociaux ont plus de problèmes de santé affectant leur travail que les personnes sorties de ces dispositifs.

Les difficultés économiques et financières constituent l'élément principal des conditions préjudiciables à la santé et sont généralement plus souvent citées par les femmes que par les hommes. Ce sont les allocataires de l'API\*. Ainsi, pour les allocataires du RMI\* qui déclarent un état de santé médiocre, la relation entre santé et travail semble jouer dans les deux sens. Près d'un tiers des allocataires ou ex-allocataires de l'API et du RMI et 45 % des allocataires ou ex-allocataires de l'ASS\* disent avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières dans les douze derniers mois. Il s'agit des soins de spécialistes (10 à 16 %) ou de généralistes (4 à 6 %).

AU 31 décembre 2005, **1,3 million** de personnes étaient allocataires du RMI, **400 000** de l'ASS et **206 000** de l'API.

- Le revenu minimum d'insertion (RMI) est accordé sous condition de ressources à toute personne âgée de 25 ans et plus.
- L'allocation de parent isolé (API) s'adresse aux personnes isolées assumant seules la charge d'un ou de plusieurs enfants de moins de trois ans ou à naître.
- L'allocation de solidarité spécifique (ASS) s'adresse aux chômeurs ayant épuisé leurs droits à l'assurance chômage et qui justifient d'au moins cinq années d'activité salariée au cours des dix années précédant la rupture de leur contrat de travail. L'ASS est attribuée sous condition de ressources.

SOURCE : *ÉTUDES et RÉSULTATS* \_ n° 603 - octobre 2007- *Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins*

Sniil – Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux

111 Bis, Boulevard Ménilmontant – 75011 PARIS

Tél. : 01 55 28 35 85 – Fax : 01 55 28 35 80

[sniil@sniil.fr](mailto:sniil@sniil.fr)



Par ailleurs, la disposition de la population à recourir aux EHPAD dépend évidemment du niveau socio économique. L'indicateur de précarité reste donc un bon indice de recours aux soins infirmiers ambulatoires.

## INDICATEUR D'ACTIVITE EN SOINS :

### Comment quantifier l'activité des libéraux et des structures de soins infirmiers ?

L'activité des infirmières libérales est notifiée dans les SNIR et les RIA des CPAM. Reste le problème des actes invisibles (article 11bis de la NGAP, AMI compris dans les AIS, toute l'activité non nomenclaturée –éducation, prévention, coordination, charge administrative...)

L'activité est différente selon les zones géographiques (temps de déplacement en zone montagne par exemple)

La capacité de travail varie également selon les individus. A la différence du salariat, l'infirmière libérale travaille selon son propre besoin et pas forcément en fonction des besoins de la population. Selon le type de soins la rentabilité est également différente. Certains tarifs de nuit ( pour les diabétiques) sont appliqués dans certains départements alors qu'ils ne le sont pas dans d'autres. Les honoraires peuvent donc être source d'erreur en matière de comptabilisation de l'activité.

#### **Proposition :**

Une étude de l'activité pourrait être révélatrice en secteur libéral.

On retiendra un échantillonnage (équitablement réparti sur le territoire : nord Loire et Sud Loire- zone montagne, urbaine semi urbaine et rurale.

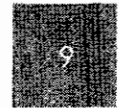
Le suivi permettrait de tracer l'activité réelle de l'infirmière libérale.

L'unité retenue, dans un souci d'objectivité doit être ciblée sur une patientèle et non pas l'activité d'un individu. (par exemple en se basant sur les prescriptions médicales-document légal qui ne donnent pas toujours lieu à facturation)

En ce qui concerne les HAD – La tarification à l'activité devrait permettre une quantification de l'activité au plus près de la réalité.

Reste à clarifier les critères d'inclusions dans ces structures, qui au vu des nombreux témoignages de nos adhérents et cadres départementaux ne sont pas toujours respectés.

En ce qui concerne les SSIAD, la cotation globale de l'activité en AIS pourrait permettre de la rendre comparable à celle d'une infirmière libérale (en partie seulement). Une heure d'aide soignante pour un AIS6. Ce qui ne prend pas en compte évidemment l'encadrement et la coordination avec l'infirmière du SSIAD. ...



## **Quels seuils retenir, notamment pour définir les zones sous-denses et les zones sur-denses ?**

Les infirmiers libéraux sont inégalement répartis sur le territoire. 60 000 infirmiers libéraux pour 60 Millions d'habitants, soit une moyenne nationale de 60 pour 100 000, 6 pour 10 000\*. Les départements du sud de la France ont des densités supérieures à 200 infirmiers pour 100 000 habitants, tandis que le Val de Marne, les Hauts de Seine et la Seine Saint-Denis ou la Sarthe sont dotés de moins de 40 infirmiers pour 100 000 habitants. Le choix du lieu d'installation pour les infirmiers libéraux peut s'expliquer, pour partie, par l'attrait du sud de la France. Mais aussi par un nombre de personnes âgées et d'ALD plus important.

Cependant, cette implantation importante dans le sud conduit à une prédominance des actes en AIS sur les soins dits techniques. Les actes techniques de pratique courante cotés en AMI restent la plupart de temps invisibles au niveau de l'activité remboursée par l'Assurance maladie. La faible valeur de l'acte conduit à la multiplication des actes et contribue donc à la pénibilité de la tâche. Pour autant cela ne signifie pas que les soins ne soient pas justifiés. Les critères démographiques de déficit d'une zone doit également tenir compte de la ruralité, de l'isolement (le lieu d'implantation doit offrir de réelles opportunités de travail pour le conjoint), des spécificités propres aux zones urbaines difficiles (insécurité ou sentiment d'insécurité des professionnels dans leur pratique professionnelle quotidienne ou lié à la composante sociale de la population concernée)

*\*source : Décret n° 2003-1140 du 28 novembre 2003 relatif à la détermination des zones déficitaires en matière d'offre de soins en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes*

Concernant la démographie médicale, une zone est considérée comme déficitaire lorsque sur un territoire comportant au moins 5000 habitants, sont constatées des difficultés d'accès au médecin liées à une faible densité médicale (moins de trois médecins ETP pour 5000 habitants). La proportion de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans est supérieure à 10 % de la population sur le territoire considéré ; La proportion de bénéficiaires de minima sociaux, de la couverture médicale universelle et/ou de personnes souffrant d'une affection de longue durée est supérieure à la moyenne nationale et régionale sur le territoire considéré ;

Le territoire considéré est qualifié au titre de la politique de la ville ou des zones de revitalisation rurale.

Le dénombrement de non de prise en charge dans les SSIAD ( liste d'attente) comme indicateur pour évaluer le niveau d'offre et de besoin n'est pas recevable puisqu'il ne peut pas être comparé au secteur libéral. Il est probable qu'une partie des soins pris en charge par des professionnels de santé au sud de la Loire ne le soient pas au nord de cette même ligne.

Sniil – Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux

111 Bis, Boulevard Ménilmontant – 75011 PARIS

Tél. : 01 55 28 35 85 - Fax : 01 55 28 35 80

[sniil@sniil.fr](mailto:sniil@sniil.fr)





### **Quelles mesures incitatives pour l'installation ?**

Compte tenu de l'écart démographique des infirmières libérales sur le territoire (De 1 à 7), il est important de s'intéresser à cette situation qui soulève une réelle problématique voir un problème de santé publique dans les départements à faible concentration.

Que devient dans ce cas le droit d'égalité devant les soins, devant la santé ?

Il faut donc intervenir à deux niveaux :

- 1- Au niveau national
- 2- Au niveau régional ou local

Les mesures devront être soit du domaine réglementaire et législatif (modification des règles professionnelles, exonérations de charges sociales, de taxe professionnelle, d'impôts, aide à l'installation d'un cabinet) soit du domaine conventionnel de l'Assurance Maladie.

Avant de mettre en place des mesures, l'observation des comportements et des constats selon la littérature nationale ou internationale s'imposent. En effet, tous les pays développés sont confrontés au problème des inégalités de répartition géographique des professionnels de santé..

De ce fait, nous pouvons retenir :

-Selon différentes études (internationales Felix 2004, Rabinowitz 2001, en France Bui 2002) les médecins sont davantage guidés dans leur choix de lieu d'installation par des raisons d'ordre personnel : cadre de vie, vie de famille, proximité avec la famille, travail du conjoint, scolarisation des enfants, que par des raisons d'ordre professionnelle : étude de marché, besoins. En l'absence d'étude similaire pour les infirmières, nous pouvons penser qu'il en est de même pour les infirmières libérales.

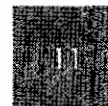
*Les politiques d'aménagement du territoire sont en théorie les plus à même d'avoir un impact direct sur les facteurs primordiaux dans le choix du lieu d'installation comme les conditions et les modes de vie (services proximités, éducation des enfants,...)*

*Pour autant ces démarches sont peu l'objet d'intérêt de la part des politiques.*

-Les mesures visant à reformer la formation initiale sont assez développées dans les pays anglo-saxons (Royaume Uni, Canada, Etats-Unis, Australie) Elles peuvent porter sur le

[Sniil - Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux](http://www.sniil.fr)  
111 Bis, Boulevard Ménilmontant - 75011 PARIS  
TÉL. : 01 55 28 35 85 - Fax : 01 55 28 35 80  
[sniil@sniil.fr](mailto:sniil@sniil.fr)





recrutement privilégié des étudiants les plus à même d'exercer plus tard dans des zones mal desservies, comme par exemple ceux qui en sont originaires.

Il apparaît notamment que les étudiants originaires de zones rurales ou défavorisées sont plus à même d'exercer plus tard dans ces zones. Cette mesure semble prometteuse.

- L'augmentation des effectifs de professionnels de santé formés ne constitue pas une solution au problème de mauvaise distribution.

- Les mesures d'aides financières à la formation (bourses d'études ou prêts aux conditions préférentielles) sont d'un impact positif à court terme, plus incertain à moyen et long terme mais elles n'ont pas encore été essayées pour les infirmières.
- Les mesures de coercition administrative à l'installation qui consistent à limiter le nombre de nouveaux professionnels pouvant s'installer dans des zones considérées comme en surplus, comme celles conduites au Royaume Unis, en Allemagne ou en Autriche (Taylor 1998, Sbbald 2005, Kopetsch 2003) n'ont pas permis de mettre fin aux inégalités de répartition géographique. De plus le récent amendement au PLFSS 2008 concernant la démographie médicale et la liberté d'installation ne peut pas être remis en cause pour les infirmières.
- Incitation du type majoration de la rémunération dans le cas d'exercice en zones rurales ou défavorisées, couplé ou non à la diminution ou au plafonnement de la rémunération dans le cas d'exercice dans des zones à densité élevée (Adoptée au Québec) démontre une influence modérée à court terme.

*Mis en place récemment pour une minorité de médecins généralistes*

- Une incitation favorisant l'installation ou le maintien portant sur l'investissement semble être plus intéressante. Elle porte sur l'aide financière pour l'investissement du bâti, l'équipement, l'informatique

-Les mesures mises en place ces dernières années par l'Assurance Maladie pour les généralistes n'ont jamais été mises en place pour les infirmières libérales : Contrat de Bonnes Pratiques pour zones spécifiques (station montagne, ZFU, zone rurale) favorisant l'obtention d'aides au remplacement ou de majoration forfaitaire en contrepartie d'engagement à l'exercice sur une durée déterminée. Le CBP montagne prévoit une majoration forfaitaire de 2 000€ pour un engagement de 3 ans.....



Dans tous les cas une politique volontariste doit être mise en place visant à former, installer ou retenir les infirmières en zone difficile.

**La Loi permet actuellement des aides incitatives. Quelles aides ?**

On peut classer les aides selon une typologie des mesures comprenant 8 classes

<b>Classe A</b> Avant la formation	<ul style="list-style-type: none"><li>- Informer et promouvoir le métier.</li><li>- Augmenter la capacité de formation dans les zones de sous densité (nombre de place en IFSI)</li><li>- Favoriser la Promotion professionnelle assortie d'une aide publique.</li></ul>
<b>Classe B</b> Pendant la formation	<ul style="list-style-type: none"><li>- instauration d'un module libéral en fin d'études.</li><li>- Développer le Tutorat (projet professionnel et stage dès la 2<sup>ème</sup> année d'étude)</li><li>- Favoriser les terrains de stage en secteur ambulatoire (Forfait d'encadrement destinés aux infirmières qui accueillent les étudiants – Les soins ne sont pas soumis au remboursement par l'AM)</li><li>- Attribuer des bourses d'études sous condition sous condition de stages en secteur ambulatoire en vue d'installation</li></ul>
<b>Classe C</b> Pour l'installation	<ul style="list-style-type: none"><li>- Développer le tutorat dans les zones déficitaires.</li><li>- Prime à l'installation.</li><li>- Défisicalisation et prise en charge partielle ou globale des charges à l'installation.</li><li>- Campagne d'information</li></ul>
<b>Classe D</b> Pour l'exercice (Aides financières)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Financement de dispositifs favorisant la collaboration et la coordination entre les professionnels de santé</li><li>- Majoration des honoraires.</li><li>- Défisicalisation, exonération de charges</li></ul>
<b>Classe E</b> Pour l'exercice	<ul style="list-style-type: none"><li>- Facilitation de l'accès aux technologies de l'information et de la communication (TIC)</li><li>- Soutien aux formes d'organisation innovantes (permanence des soins, collaboration entre</li></ul>

Sniil – Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux

111 Bis, Boulevard Ménilmontant – 75011 PARIS

TÉL : 01 55 28 35 85 – Fax : 01 55 28 35 80

[sniil@sniil.fr](mailto:sniil@sniil.fr)

(Aides en nature)	<p>professionnels de santé, compétences partagées, maisons médicales pluridisciplinaires)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien au développement de nouveaux métiers et aux nouveaux rôles</li> <li>- Aides aux remplacements</li> <li>- Incitation au retour à l'emploi des professionnels</li> <li>- Facilitation de l'accès des patients aux professionnels de santé (transport</li> </ul>
<b>Classe F</b> Influant sur le cadre de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aménagement du territoire</li> <li>- Aide aux logements</li> <li>- Facilitation aux structures d'accueil de la petite enfance et de la scolarisation</li> <li>- Emploi du conjoint</li> </ul>
<b>Classe G</b> Favoriser la qualification et la promotion professionnelle	
<b>Classe H</b> Autres	

### **Partager les compétences constitue une réponse aux problématiques de démographie**

La formalisation des transferts de compétences et la collaboration entre professionnels de santé préconisés dans le rapport du doyen Berland (notamment entre les médecins et les infirmière en secteur ambulatoire) en matière d'éducation à la santé et de prévention des patients atteint de pathologies chroniques, permet d'économiser du temps médical et de recentrer l'infirmière sur le cœur de son métier.

Dans de nombreux pays de l'OCDE, en Europe, les infirmières travaillent en collaboration avec les médecins. Les prises en charges s'avèrent de qualité et sécurisantes pour la population. Bon nombre de rapports le prouvent. Les indices de satisfaction du patient et d'efficacité en matière d'économie de temps médical sont très positifs. Il existe cependant dans notre pays, un frein essentiel à cette collaboration ou à ce partage de compétences qui d'un point de vue réglementaire sont sans équivoque, c'est la difficulté pour le corps médical de céder du terrain à d'autres professions non médicales. C'est sans conteste entretenir un esprit de clivage et de cloisonnement qui nuit à la modernité et à une réorganisation efficiente de notre système de soins.

[Snill - Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux](http://snil.fr)

111 Bis, Boulevard Ménépart - 75011 PARIS

TÉL. : 01 55 28 35 85 - Fax : 01 55 28 35 80

[snill@snill.fr](mailto:snill@snill.fr)

De nombreuses expérimentations ont déjà eut lieu en France, mais ne sont pas toujours satisfaisantes pour les infirmières à l'image de l'expérimentation AZALEE (Charente Poitou) qui consiste à nous déléguer aux infirmières des compétences qu'elles ont déjà !

### **Promouvoir les nouveaux rôles des infirmières libérales.**

Un exemple : Le diabète de type 2, qui touche plus de deux millions de personnes en France. Sa prévalence de 3% devrait augmenter en raison de la fréquence accrue de l'obésité et du vieillissement de la population. Une proportion importante de diabètes n'est pas diagnostiquée ou l'est trop tardivement, ce qui contribue à une prévalence élevée des complications et donc au coût important de leur prise en charge.

Une réflexion a été engagée par la Section Généralistes de l'URML-IDF sur la nécessaire coordination des soins. Constatant la désaffection grandissante des internes pour la médecine générale, l'URML alerte sur les problèmes de démographie médicale. Les prévisions annoncent une baisse des médecins d'ici 2025 de 15, 6% pour 100 000 habitants et font redouter un véritable problème d'offre de soins primaire et une désertification accrue. Cette enquête\* sur la délégation des compétences devrait permettre de revaloriser les métiers de santé et de créer de nouveaux métiers.

La Commission Exercice à Domicile de l'Union Régionale d'Ile-de-France a réalisé une vaste enquête (10 084 médecins généralistes), sur la Visite à domicile en se demandant : Quelle est la justification de la visite à domicile aujourd'hui ? Comment est-elle considérée par le médecin ? De quelle manière la visite à domicile peut-elle évoluer ?

Ses objectifs étaient d'effectuer un véritable état des lieux de la visite afin de connaître son contenu, ses spécificités, ses limites et d'identifier ses évolutions.

Le résultat de l'enquête montre qu'en moyenne les médecins effectuent 33 visites à domicile en deux semaines, le nombre moyen de visites injustifiées serait de 9 en deux semaines. Le temps moyen est de 41 minutes, soit 23 minutes de plus qu'une consultation au cabinet. 42,7% des visites à domicile concernent les personnes non autonomes. Le tarif moyen appliqué par les médecins franciliens est de 34 euros, mais plus de la moitié (56%) pratique un tarif de 30 euros.

*Source : URML Ile de France : Enquête visite à domicile janvier 2006.*

### **La coopération entre professionnels de santé est un axe de travail central pour l'avenir du système de santé.**

#### **Les enjeux :**

Le principal enjeu est d'améliorer la prise en charge des patients en adaptant l'intervention des professionnels tant aux évolutions de pratiques et de comportements qu'aux évolutions

Sniil - Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux  
111 Bis, Boulevard Ménilmontant - 75011 PARIS  
Tél. : 01 55 28 35 85 - Fax : 01 55 28 35 80  
[sniil@sniil.fr](mailto:sniil@sniil.fr)



des techniques et des produits de santé.

Le deuxième enjeu relève de l'attractivité des professions, par la reconnaissance de leurs compétences réelles, l'amélioration de leurs conditions de travail et une possibilité d'évolution des carrières dans le soin.

Le troisième enjeu découle du précédent, tout en étant plus conjoncturel car il s'inscrit dans le contexte annoncé de tension de la démographie médicale. La redéfinition du rôle de chaque acteur de santé dans la prise en charge des patients devrait permettre de faire face à la demande de soins.

Le quatrième enjeu est de s'assurer de l'efficacité des nouvelles formes de coopération des professionnels de santé. La coopération entre professionnels de santé repose sur la confiance que s'accorde les différents acteurs dans leur pratique quotidienne. Mais elle s'inscrit également dans un cadre qui structure l'organisation de notre système de santé en définissant les rôles, les compétences et les responsabilités de chacun.

Le cinquième enjeu est un **enjeu financier**. En générant des économies pour l'assurance maladie, en **économisant du temps médical** réparti sur d'autres professionnels de santé (en l'occurrence les infirmières) et en les recadrant dans leurs compétences, qu'elles partagent avec le corps médical, les pouvoirs publics et les professionnels s'inscrivent réciproquement dans une politique de restructuration du système de soins dans notre pays dans une logique « gagnant-gagnant » et dans l'esprit de la Loi de réforme de la Sécurité Sociale de 2004.

Pour renforcer la coopération, pour libérer le clivage entre professionnels, certaines évolutions réglementaires et professionnelles sont nécessaires, telles qu'une reconnaissance de la délégation, du transfert de compétence. Ces évolutions auront nécessairement un double impact : organisationnel et financier sur le système de santé. Ce double impact doit être anticipé et les conditions dans lesquelles les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé pourront se développer doivent être définies afin de préserver la cohérence de l'organisation du système et d'optimiser les ressources de l'Assurance maladie.

Certains points ont été identifiés comme nécessitant un éclairage réglementaire ou juridique :

- les différentes modalités de partage de responsabilité ;
- le mode de définition juridique des professions paramédicales et notamment la question de l'opportunité des décrets d'actes ;
- le mode de « collaboration » et ses modalités notamment par la création d'un forfait de coordination.



### **La coordination dans le cadre de prises en charges protocolisées.**

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a placé le parcours de soins coordonné au centre du dispositif de prise en charge de l'assuré social. Les modalités d'accompagnement du patient, tout au long de son parcours dans le système de soins, à partir du médecin traitant qui l'oriente, vers d'autres soignants lorsque son état de santé le requiert sont essentielles.

Selon l'ANAES : La coordination est un processus conjoint d'analyse de la situation et de prise de décision qui permet à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise et leurs compétences pour les mettre au service des personnes soignées afin de planifier et réaliser ensemble un projet thérapeutique et de soins et dans certains cas d'insertion ou de réinsertion sociale

Tout récemment le Décret no 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (NOR : *SANS0721645D*-Jo du 16 mai 2007 – Texte 223 sur 413-). Placé au chapitre Ier du titre II du livre II de la troisième partie du code de la sécurité sociale, il instaure *le FIQCS qui remplace l'ancien FAQSV et la Dotation Nationale des Réseaux*. Destinée à promouvoir la coordination des soins en secteurs ambulatoire, cette nouvelle instance est pilotée conjointement par le ministère de la santé et l'assurance maladie. Placé au sein de la CNAMTS et des URCAM, qui recevront leur part pour la gestion, le FIQCS est une structure à 2 niveaux (national et régional)

Les infirmières exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. » (En référence décret d'Actes professionnels –code de la santé publique-Tome IV- l'Article R4311-1)

L'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

La coordination des soins repose sur la réalisation de protocoles coopératifs de soins, l'utilisation d'un dossier médical partagé, la définition des objectifs prioritaires, les actions à entreprendre pour l'année à venir, le suivi et l'évaluation des objectifs lors des réunions de coordination organisées entre les professionnels concernés.

A court terme, la finalité première est l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Ainsi l'adéquation aux recommandations de la Haute Autorité de santé devrait logiquement s'accompagner d'une augmentation du nombre d'examen, de prescriptions et des coûts ambulatoires de suivi. Par contre, à plus long terme, l'amélioration de l'efficacité de la prise en charge devrait s'accompagner d'une amélioration de l'état de santé et donc d'une réduction des coûts médicaux (diminution des complications, des hospitalisations surtout lorsqu'elles sont injustifiées).

[Sniiil - Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux](http://sniiil.fr)  
111 Bis, Boulevard Ménilmontant – 75011 PARIS  
Tél. : 01 55 28 35 85 – Fax : 01 55 28 35 80  
[sniiil@sniiil.fr](mailto:sniiil@sniiil.fr)

*La coordination, c'est* le travail en équipe autour d'une situation de soin et d'un patient. Elle est d'ores et déjà formalisée par le cadre légal : l'infirmière est coordinatrice des différents intervenants et dispose, pour ce faire, de connaissances légales sur l'exercice de sa profession et ses limites. La prise en charge holistique du patient requiert la présence de différents acteurs intervenants au domicile. Les intervenants relèvent du secteur sanitaire mais aussi du secteur social. L'intervention quotidienne d'un professionnel de santé n'est pas toujours nécessaire et/ou suffisante (notamment dans le domaine de la gérontologie et de la dépendance lorsqu'il s'agit d'aide). Développer la pratique d'une surveillance clinique infirmière (séance de surveillance clinique hebdomadaire déjà inscrit à la NGAP et cotée AIS 4) qui serait à l'initiative de l'infirmière et en coordination avec le médecin traitant et les professionnels du secteur social, au domicile des patients, serait un gage de qualité et de sécurité pour le patient. Obligation inscrite dans l'article R.4311-1 et 5 du CSP.

La coordination des soins est un aspect qui s'additionne à l'activité habituelle des infirmières libérales qui transforme son activité jusque là exercée et rémunérée à l'acte. Elle exige de la part de l'infirmière du temps et de nouveaux savoirs. C'est une partie invisible de l'activité, elle n'est pas tarifée, ni inscrite à la nomenclature. Elle nécessite la **mise en place d'un dossier de soins** utilisable par tous y compris les aidants naturels, **La participation dans les réunions interdisciplinaires**, la gestion du stock médicamenteux, le suivi et l'observance des traitements notamment chez les personnes âgées qui prennent des médicaments à marge thérapeutique étroite (AVK) repose sur l'IDEL en lien avec les pharmaciens et les médecins prescripteurs. Elle génère des économies substantielles pour l'assurance maladie et limite le risque de iatrogénie médicamenteuse source de nombreuse hospitalisation (priorité nationale de santé publique).

Les critères et les modalités des temps de coordination seront à définir dans le cadre des négociations conventionnelles (Forfaits – création de nouvelles lettres clés ...) Il peut être envisagé une convention nationale avec la CNSA dans le cadre de la coordination médico-sociale des patients dépendants. Il peut être également envisagé une convention nationale avec les fédérations nationale qui gèrent les structures de soins à domicile (SSIAD et HAD) – Un accord cadre qui formalise les modalités de coopération cohérente à domicile entre la FNHAD et le Sniil est en cours d'élaboration.

**Conclusion :**

Le « tout structure », synonyme de gaspillage d'argent public (dont il faudra compter chaque denier dans les années à venir) est une erreur économique en matière de politique de santé qui doit impérativement inclure les acteurs comme les infirmières libérales dans le cadre de partenariats équilibrés et équitables sur l'ensemble du territoire et à tous les niveaux. Suivant la vision que la société a de la vieillesse, les réponses apportées par les politiques sociales vont être totalement différentes. Les infirmières ne peuvent s'exonérer de faire de la

Sniil – Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux

111 Bis, Boulevard Ménilmontant – 75011 PARIS

Tél. : 01 55 28 35 85 – Fax : 01 55 28 35 80

[sniil@sniil.fr](mailto:sniil@sniil.fr)

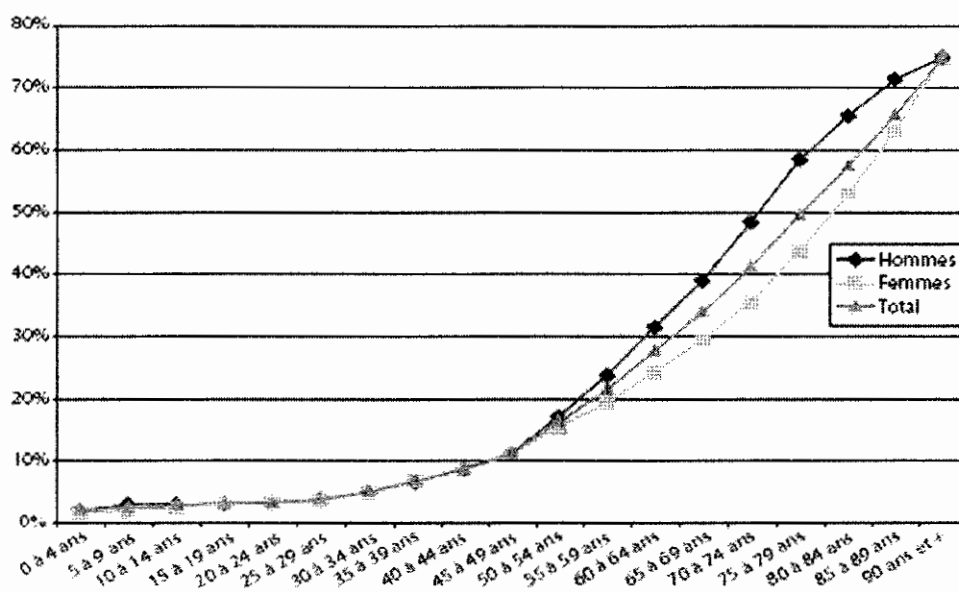




politique sociale. Parce qu'elles sont tous les jours derrière la porte des maisons au plus près des besoins des usagers de la santé, elles sont des acteurs incontournables des pouvoirs publics.

Figure 2

Taux de personnes en ALD par classe d'âge et par sexe au 31 décembre 2006



Source : SNIR-AM ; Direction de la stratégie, des études  
et des statistiques - CNAITS

Sniil - Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux

111 Bis, Boulevard Ménilmontant - 75011 PARIS

Tél. : 01 55 28 35 85 - Fax : 01 55 28 35 80

[sniil@sniil.fr](mailto:sniil@sniil.fr)



Tableau 1

**Répartition et taux de personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2006 pour le régime général (y compris sections locales mutualistes), caractéristiques d'âge et de sexe**

Intitulé de l'affection	effectif au 31/12/2006 régime général	taux pour 100 000	hommes	femmes	âge moyen
<b>Maladies cardiovasculaires</b>	<b>2 476 184</b>	<b>4 384</b>	<b>54,8%</b>	<b>45,2%</b>	<b>69,9</b>
<i>Hypertension artérielle sévère (ALD12)</i>	909 619	1 611	42,1%	57,9%	71,2
<i>Maladie coronaire (ALD13)</i>	746 142	1 321	68,7%	31,3%	70,3
<i>Insuf. cardiaque grave (ALD5)</i>	486 206	861	51,0%	49,0%	69,0
<i>Artériopathies chroniques (ALD3)</i>	349 184	618	66,9%	33,1%	70,7
<i>Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD1)</i>	209 294	371	52,0%	48,0%	67,3
<b>Tumeur maligne (ALD30)</b>	<b>1 500 517</b>	<b>2 657</b>	<b>44,8%</b>	<b>55,2%</b>	<b>65,3</b>
<i>tumeur maligne du sein chez la femme</i>	429 563	1458*	0,0%	100,0%	64,2
<i>tumeur maligne de la prostate</i>	249 712	925*	100,0%	0,0%	72,8
<i>tumeur maligne du colon</i>	158 591	281	49,7%	50,3%	71,3
<i>tumeur maligne des bronches et du poumon</i>	59 291	105	74,7%	25,3%	64,7
<b>Diabète de type 1 et diabète de type 2 (ALD8)</b>	<b>1 402 573</b>	<b>2 483</b>	<b>52,0%</b>	<b>48,0%</b>	<b>64,3</b>
<b>Affections psychiatriques de longue durée (ALD23)</b>	<b>889 796</b>	<b>1 576</b>	<b>44,9%</b>	<b>55,1%</b>	<b>47,6</b>
<b>Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD14)</b>	<b>277 620</b>	<b>492</b>	<b>52,6%</b>	<b>47,4%</b>	<b>60,2</b>
<b>Maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD15)</b>	<b>198 319</b>	<b>351</b>	<b>25,8%</b>	<b>74,2%</b>	<b>81,9</b>
<b>Affections neurologiques et musculaires, épilepsie (ALD9)</b>	<b>171 999</b>	<b>305</b>	<b>50,2%</b>	<b>49,8%</b>	<b>43,0</b>
<b>Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD6)</b>	<b>145 508</b>	<b>258</b>	<b>58,3%</b>	<b>41,7%</b>	<b>53,8</b>
<b>Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave (ALD22)</b>	<b>140 526</b>	<b>249</b>	<b>25,8%</b>	<b>74,2%</b>	<b>61,3</b>
<b>Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn (ALD24)</b>	<b>92 984</b>	<b>165</b>	<b>44,6%</b>	<b>55,4%</b>	<b>45,3</b>
<b>Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH (ALD7)</b>	<b>83 281</b>	<b>147</b>	<b>67,4%</b>	<b>32,6%</b>	<b>42,1</b>
<b>Maladie de Parkinson (ALD16)</b>	<b>75 063</b>	<b>133</b>	<b>46,4%</b>	<b>53,6%</b>	<b>75,4</b>
<b>Néphropathie chronique et syndrome néphrotique (ALD19)</b>	<b>74 990</b>	<b>133</b>	<b>56,5%</b>	<b>43,5%</b>	<b>55,8</b>
<b>Sclérose en plaques (ALD25)</b>	<b>54 647</b>	<b>97</b>	<b>27,2%</b>	<b>72,8%</b>	<b>48,5</b>
<b>Spondylarthrite ankylosante grave (ALD27)</b>	<b>53 245</b>	<b>94</b>	<b>58,1%</b>	<b>41,9%</b>	<b>49,4</b>
<b>PAN, LEAD*, sclérose en plaques généralisée évolutive (ALD21)</b>	<b>43 036</b>	<b>76</b>	<b>17,7%</b>	<b>82,3%</b>	<b>54,7</b>
<b>Maladies métaboliques héréditaires (ALD17)</b>	<b>32 787</b>	<b>58</b>	<b>53,4%</b>	<b>46,6%</b>	<b>44,2</b>
<b>Paraplégie (ALD20)</b>	<b>31 898</b>	<b>56</b>	<b>58,7%</b>	<b>41,3%</b>	<b>46,9</b>
<b>Hémophilies et affections de l'hémostase graves (ALD11)</b>	<b>18 646</b>	<b>33</b>	<b>51,0%</b>	<b>49,0%</b>	<b>44,6</b>
<b>Scoliose structurale évolutive (ALD26)</b>	<b>16 564</b>	<b>29</b>	<b>18,5%</b>	<b>81,5%</b>	<b>21,0</b>
<b>Tuberculose active, lèpre (ALD29)</b>	<b>10 642</b>	<b>19</b>	<b>53,2%</b>	<b>46,8%</b>	<b>49,8</b>
<b>Hémoglobinopathies, hémolyses (ALD11)</b>	<b>10 137</b>	<b>18</b>	<b>45,8%</b>	<b>54,2%</b>	<b>25,4</b>
<b>Insuffisances médullaires (ALD2)</b>	<b>9 311</b>	<b>16</b>	<b>44,3%</b>	<b>55,7%</b>	<b>64,9</b>
<b>Suites de transplantation d'organe (ALD28)</b>	<b>5 050</b>	<b>9</b>	<b>60,6%</b>	<b>39,4%</b>	<b>50,1</b>
<b>Mucoviscidose (ALD18)</b>	<b>4 811</b>	<b>9</b>	<b>51,9%</b>	<b>48,1%</b>	<b>18,0</b>
<b>Bilharziose compliquée (ALD4)</b>	<b>145</b>	<b>0</b>	<b>71,0%</b>	<b>29,0%</b>	<b>48,5</b>
<b>cause médicale d'ALD non précisée</b>	<b>687 939</b>	<b>1 218</b>	<b>44,3%</b>	<b>55,7%</b>	<b>60,9</b>
<b>Total patients en ALD30 (un patient peut avoir plusieurs ALD)</b>	<b>7 382 992</b>	<b>13 073</b>	<b>48,5%</b>	<b>51,5%</b>	<b>61,8</b>
<b>Total patients en ALD31</b>	<b>356 694</b>	<b>632</b>	<b>39,4%</b>	<b>60,6%</b>	<b>51,6</b>
<b>Total patients en ALD32</b>	<b>70 829</b>	<b>125</b>	<b>23,5%</b>	<b>76,5%</b>	<b>75,9</b>
<b>Total patients (ALD30, 31 ou 32)</b>	<b>7 686 890</b>	<b>13 611</b>	<b>48,0%</b>	<b>52,0%</b>	<b>61,4</b>

\* taux pour 100 000 femmes

\* taux pour 100 000 hommes

\* PAN périarthritis noueuse, LEAD lupus érythémateux aigu disséminé

Source : SNIR-AM, Direction de la stratégie, des études et des statistiques - CNAIMTS

Sniil - Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux

111 Bis, Boulevard Ménilmontant - 75011 PARIS

Tél. : 01 55 28 35 85 - Fax : 01 55 28 35 80

[sniil@sniil.fr](mailto:sniil@sniil.fr)





## ORGANISATION NATIONALE DES SYNDICATS D'INFIRMIERS LIBÉRAUX

3. Boulevard de Strasbourg - 31000 TOULOUSE - Tél. : 05 62 30 00 78 - Fax : 05 61 22 70 30  
Site : <http://www.onsil.fr> - E-mail : [onsil@wanadoo.fr](mailto:onsil@wanadoo.fr)

Toulouse, le 23 octobre 2007

### **Propositions ONSIL pour évaluer la densité de l'offre en soins infirmiers sur le territoire**

Compte tenu de tout ce qui a déjà été abordé sur la démographie des infirmières libérales sur le territoire, l'ONSIL estime que la situation des infirmières n'est pas aussi catastrophique que celle des médecins : en effet, il y a davantage de petites villes dont les besoins sont couverts en soins infirmiers qu'en soins médicaux.

Le problème tient plutôt à la répartition Nord/Sud et au fait que les infirmières effectuent davantage de soins en AIS pour des raisons essentiellement culturelles dans le Sud, là où elles sont plus nombreuses. Il existe cependant des régions sous-dotées en infirmières libérales, où il est nécessaire d'encourager les installations.

Pour cela, nous estimons qu'il est nécessaire de ne tenir compte que d'un nombre limité de facteurs, pour une plus grande compréhension des limitations qui vont voir le jour.

→ L'unité géographique qui nous paraît la plus pertinente pour discuter du nombre d'infirmières installées, est le **Bassin de Vie**. Au nombre de 5 à 8 par département, ils sont plus significatifs que le département lui-même qui peut présenter des variations très importantes d'un secteur géographique à l'autre.

→ A l'intérieur d'un bassin de vie, il convient ensuite de déterminer les besoins en soins de la population, en tenant compte notamment de son âge. Pour une population de 100.000 habitants, le chiffre de 90 infirmières a précédemment été retenu.

→ Ce chiffre doit être pondéré en fonction de 3 critères :

- l'âge de la population concernée
- les distances que les soignants doivent parcourir pour assurer la demande en soins.
- La présence d'autres structures de soins infirmiers : SSIAD et HAD notamment.

#### **L'âge de la population**

A partir de 2020, les effets du « baby-boom » se produiront sur la classe d'âge des plus de 75 ans : celle-ci devrait représenter à cet horizon près de 10% de la population, et les personnes de plus de 85 ans un peu plus de 3%. A partir de 75 ans que les pathologies croissent avec l'âge, avec une large part de personnes très âgées poly pathologiques. L'incidence annuelle de la seule maladie d'Alzheimer est estimée à 100 000 nouveaux cas dont les deux tiers concernent des personnes de plus de 80 ans. 75% des personnes souffrant des pathologies démentielles vivent à domicile, y compris à un stade évolué de la maladie. Les estimations actuelles évaluent à environ 700 000 les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, la moitié étant à la charge de l'entourage, avec des aides sociales éventuelles et du personnel non qualifié ou insuffisamment qualifié.

Le maintien à domicile préconisé et souhaité de la personne âgée, pourtant souvent fragilisée par l'isolement, un contexte financier et social dégradé, une perte d'autonomie et de repères, sont au cœur de la problématique. Les 90 infirmières semblent suffire lorsque la moyenne de personnes âgées de plus de 75 ans ne dépasse pas 7%. Au-delà, 100 infirmières semble un chiffre correct jusqu'à 10% de la population.

## Les distances à parcourir

Une infirmière **en milieu rural** parcourt facilement 200 kilomètres par jour, alors que ses collègues en ville en font en moyenne une quarantaine. On peut parler de rayon d'action à partir du lieu du cabinet, qui s'étend à peu près sur une vingtaine de kilomètres à la ronde. Les conditions climatiques et de circulation en zone de montagne sont des éléments qu'il faut ajouter, mais qu'on ne peut détailler ici.

Une bonne connaissance du terrain est donc nécessaire pour décider du nombre d'infirmières nécessaires sur un secteur. L'idéal serait que chaque cabinet ait la possibilité de juger de l'opportunité d'une nouvelle installation sur son secteur en en faisant la demande à la CPAM dont il relève. Ou encore que cette demande puisse être examinée par les instances de proximité comme les commissions paritaires départementales, à même de juger des difficultés locales.

## Présence d'HAD et de SSIAD

L'ouverture d'un nouveau SSIAD ou d'un nouvel HAD est conditionnée à l'agrément de la DDASS ou de l'ARH.

Les HAD s'installent à **proximité d'une ville le plus souvent**, et « tournent » sur un certain périmètre. C'est la règle des 30-30-30 qui leur est appliquée: 30 lits dans un rayon de 30 km ou à 30 minutes de l'hôpital le plus proche. L'HAD fonctionne alors comme un gros cabinet d'infirmières libérales, mais il doit pouvoir intégrer celles-ci dans les soins. Les critères d'admissibilité des patients traités par un HAD sont d'ailleurs les mêmes que ceux des infirmières libérales.<sup>1</sup>

Les infirmières demandent à être associées aux prises de décision de création de ces structures, de façon à éviter les relations de concurrence qui ne peuvent être que préjudiciables à une offre de soins cohérente. Elles doivent avoir voix délibératives et non pas simplement consultative.

En ce qui concerne les SSIAD, ceux-ci ont un grand rôle à jouer en milieu rural comme l'ont prouvé tous ceux créés à l'initiative de la MSA ces dernières années. Une infirmière coordinatrice et des aides-soignantes travaillant en lien avec les infirmières libérales sur un secteur étendu, assurant un suivi à des personnes nécessitant peu de soins infirmiers.

Bien souvent les SSIAD ne respectent pas les règles déontologiques en vigueur chez les professions de santé, notamment en ce qui concerne la publicité. Or tous les acteurs de soins doivent être soumis aux mêmes règles : si la publicité est interdite aux infirmières libérales, elle doit l'être aussi pour les SSIAD et les HAD. Sinon, c'est de la concurrence déloyale.

La collaboration déloyale hôpital H.A.D. qui, par commodité nous excluent du parcours de soins (surtout après hospitalisation de nos patients que nous ne revoyons pas à leur retour) si nous avons notre **bilan d'évaluation**, la **traçabilité du suivi** de nos patients les choses seraient peut-être différentes, les hôpitaux doivent nous connaître et nous reconnaître

---

<sup>1</sup> Les critères d'admissibilité en HAD sont au nombre de cinq :

**les soins ponctuels** : patient ayant une pathologie non stabilisée, pour laquelle il est pris en charge pour une durée préalablement déterminée avec des soins techniques lourds et complexes, soins fréquemment réitérés ;

**les soins continus** : patient ayant une pathologie évolutive, pour laquelle il est pris en charge pour une durée non déterminée, associant des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie ;

**les soins de phase terminale** : patient qui est pris en charge pour des soins de phase terminale et qui décède dans les quelques jours suivant l'entrée ;

**la réadaptation au domicile** : patient qui est pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polyopathie traitée en vue de sa réadaptation au domicile ;

**la reprise d'autonomie des parents** : enfants pris en charge pour une durée déterminée après une phase aiguë de la maladie traitée, en vue de sa réadaptation au domicile grâce à l'apprentissage des soins par ses parents

## **La dépendance**

La dépendance doit rester dans le domaine de la santé, bien qu'on ne sache pas toujours très bien ce que l'on met sous ce terme. Ces dernières années, on a cherché à faire des distinctions entre l'aide et le soin, attribuant l'aide aux auxiliaires de vie sociales, et les soins aux paramédicaux.

Or ce n'est pas au médecin de décider si les besoins du patient relèvent du soin ou de l'aide. Il faut arrêter de raisonner comme au temps de la DSI. La plupart des médecins généralistes ignorent comment fonctionnent les différentes structures et sont incapables de distinguer un SSIAD d'un HAD. Eux aussi, bien souvent, voient leur patient disparaître après une prise en charge par un HAD. Le généraliste est un libéral, il doit faire appel à un infirmier libéral. Celui-ci, avec son diagnostic infirmier, au cours d'une consultation infirmière, décidera s'il prend le patient en charge ou s'il faut faire appel à une structure. Nous sommes libéraux, donc polyvalents. Si le patient nécessite des soins d'hygiène, ce sera le SSIAD ou l'infirmier libéral lui-même. Si le patient nécessite des soins techniques, ce sera l'infirmier libéral ou l'HAD.

L'ONSIL propose que l'on parle désormais de la Charge en Soins Infirmiers, qui pourrait se référer aux travaux entrepris par le CREDES sur le sujet, et qui mesure la dépendance par un indice : le SIIPS : Soins Infirmiers Individualisé à la Personne Soignée. Ce SIIPS donne la mesure résumée de la charge de travail des soignants à partir de la demande en soins du patient. Il est en outre le reflet de l'état de santé du patient. Il couvre ainsi trois dimensions : les soins d'hygiène cotés en ISB, les soins techniques cotés en IST, et les soins relationnels et éducatifs cotés en ISRE. La somme des scores de ces 3 dimensions fournit l'indicateur global de charge en soins infirmiers, allant de 0 (pas de soins), à 60 (charge maximale en soins sur tous les plans). Quatre classes de prises en charge sont ensuite décrites : charge faible, modérée, importante ou lourde.

Actuellement, quand un patient est sortant de l'hôpital, il est pris en charge en priorité par une structure liée directement à l'hôpital, c'est-à-dire un HAD, et c'est ça qu'il faut arrêter. C'est une filière, et c'est interdit, parce que cela entraîne des détournements de clientèle.

Le médecin doit faire le diagnostic de la maladie et prescrire un traitement. Ensuite l'infirmière libérale doit faire le diagnostic infirmier, (grâce au SIPPS par exemple), se charge de la bonne exécution des soins, et décide qui fait quoi. Elle devient ainsi le pivot de la prise en charge des soins, les renvoyant sur le SSIAD ou les gardant pour elle-même.

## **En conclusion : Politique de santé et infirmières libérales**

Du point de vue politique, il faudrait savoir :

- S'il existe une volonté de prise en charge de la prévention et de l'éducation à la santé
- Si l'on veut toujours le maintien à domicile des pathologies lourdes hors structures lourdes
- Si l'on veut favoriser les structures de type EHPAD, HAD qui sont coûteuses financièrement et peu adaptées au travail à domicile, ou la médecine libérale, beaucoup plus souple, mais qu'il faut intéresser pour travailler dans des zones peu attractives.

Une solution résiderait peut-être dans la rémunération durant les études, en échange de quelques années d'installation en zone difficile. Ce sujet n'a pas été abordé, mais il mériterait d'être étudié. Le tutorat d'une nouvelle installée est une autre piste à exploiter qui d'ailleurs est en expérimentation en Normandie.



## ORGANISATION NATIONALE DES SYNDICATS D'INFIRMIERS LIBERAUX

3, Boulevard de Strasbourg—31000 TOULOUSE—Tél. : 05 62 30 00 78—Fax : 05 61 22 70 30

Site : <http://www.onsil.fr> - E-mail : [onsil@wanadoo.fr](mailto:onsil@wanadoo.fr)

### **Proposition ON SIL pour évaluer la densité de l'offre en soins infirmiers sur le territoire :**

⇒ Il faut évaluer la population cad nombre d'habitants, mais aussi le pourcentage de personnes de plus de 65 ans, et surtout de plus de 85 ans. En effet, dans les 10 prochaines années, les plus de 85 ans vont augmenter de 25 % et le besoin en soins de cette population est le triple de celle de plus de 65 ans ;

⇒ Il faut aussi définir si la population se trouve en secteur de ville, semi rural ou montagne, car pour une même pathologie, les besoins en soins ne sont pas les mêmes suivant le territoire et le temps pour les déplacements d'un patient à un autre n'est pas identique.

⇒ Il faut connaître le nombre de SSIAD et de HAD déjà existants, car cela demeurera un état de fait ;

⇒ Il faut encore tenir compte du nombre de médecins généralistes ou spécialistes pour cette population. S'il y en a pas ou peu, c'est moins de prévention, donc plus de pathologies et de besoins en soins donc plus de travail pour les infirmier(e)s libéral(e)s.

⇒ Il faut aussi tenir compte de l'âge moyen des infirmier(e)s libéral(e)s en exercice.

Si l'on considère, comme il l'a été fait jusqu'à présent, une population de 10.000 habitants, un nombre de 90 infirmier(e)s libéral(e)s semble correct, à condition que le nombre de plus de 65 ans soit dans la moyenne, que nous nous trouvions en ville et qu'il n'y a pas ou peu de SSIAD, HAD ou autres.

Mais si le nombre des plus de 65 ans ou de 85 ans est important, ou si cette population est très rurale, il faut plus d'infirmiers que 90 pour 10.000, même s'il y a des SSIAD, HAD ou autres et même encore plus que cela si l'on ne dispose pas de ces structures.

De la même façon, si nous nous trouvons en ville avec une population jeune, il faut moins de 90 infirmier(e)s libéral(e)s.

Enfin, du point de vue politique, il faut savoir :

⇒ S'il y a une volonté de prise en charge de la prévention et de l'éducation,

⇒ Si l'on veut toujours le maintien à domicile (ce qui ne veut pas dire en structure)

⇒ Et si l'on veut une prise en charge des malades lourds, chroniques et/ou en fin de vie à domicile ou par des structures.

Quelle sécurité attend-on ?

En conclusion, on ne peut donc dégager un chiffre moyen pour 10.000 habitants, mais plusieurs chiffres suivants des critères définis pour une population.

Pour l'ONSIL, les bassins de vie me semblent un bon référentiel géographique, il nous faut donc demander le pourcentage des plus de 65 ans et de 85 ans sur le bassin, selon que c'est du rural, du semi rural, de la ville ou de la montagne et selon le nombre de médecins, de SSIAD, HAD et autres structures d'hébergement. Il faut également lister les avantages et les inconvénients du bassin de vie et dire s'il faut plus ou moins d'infirmier(e)s libéral(e)s.

De plus, la politique menée actuellement par le gouvernement tend à ne prendre en charge que ce qui relève de la solidarité nationale, il y a donc un énorme risque de voir une prise en charge de la dépendance par les assurances privées. Il faut imposer une définition de la dépendance, afin qu'elle reste dans le domaine de la santé et donc dans la solidarité et pas dans le social.

L' infirmier(e) libéral(e) doit être le référent de la prise en charge du soin, c'est lui qui doit décider si le patient est pris en charge en libéral, par le SSIAD, l'HAD ou autre. Le médecin fait un diagnostic, prescrit un traitement, l'infirmier(e) libéral(e) se charge de la bonne exécution des soins et décide en ce domaine du qui fait quoi.

Pour ce qui est de la dépendance, c'est au médecin et à lui seul de décider si les besoins du patient relèvent du soin ou de l'aide.



**ORGANISATION NATIONALE DES SYNDICATS D'INFIRMIERS LIBERAUX**  
3, Boulevard de Strasbourg—31000 TOULOUSE—Tél. : 05 62 30 00 78—Fax : 05 61 22 70 30  
Site : <http://www.onsil.fr> - E-mail : [onsil@wanadoo.fr](mailto:onsil@wanadoo.fr)

## **Evaluation de la densité de l'offre en soins infirmiers sur le territoire**

### **En vu d'organiser l'offre en soins infirmiers.**

#### **Techniques d'évaluation :**

**-Compte tenu du vieillissement de la population, et de la prevalence de 25% des plus de 85 ans (dont le besoin en soins est triple en rapport des 65 ans) au cours des 10 prochaines années, il semble necessaire :**

**1-- d'évaluer au niveau de la population, les plus de 65 ans et surtout les plus de 85 ans . Ainsi que la position géographique des populations évaluées, car les besoins en soins ne sont pas identiques, en fonction de la localisation de ces groupes sur le territoire (le temps des déplacements d'un patient à un autre n'est pas identique suivant la situation géographique)**

**2--de connaître le nombre de SSIAD et de HAD déjà existants.**

**3--de tenir compte du nombre de medecins generalistes et specialistes pour ces populations. En effet peu de medecin c'est une prevention deficitaire, une augmentation des pathologies, et donc une augmentation des besoins en soins infirmiers.**

**4-- Il faut aussi tenir compte de l'âge moyen des infirmier(e)s libéral(e)s en exercice.**

#### **Critères de delimitation des territoires de reference**

**Selon l'Onsil, les bassins de vie semblent être le bon référentiel géographique  
C'est donc à ces bassins de vie qu'il faut appliquer l'ensemble des critères d'évaluation precedement cités et non se contenter d'appliquer la formule :**

**« « 90 infirmiers pour 100 000 habitants. » »**

**Car ce chiffre ne reste correct, que si le nombre des plus de 65 et 85 ans reste dans la moyenne nationale, et que l'on se trouve en ville avec pas ou peu de structures d'hebergement.**





**ORGANISATION NATIONALE DES SYNDICATS D'INFIRMIERS LIBERAUX**  
3, Boulevard de Strasbourg—31000 TOULOUSE—Tél. : 05 62 30 00 78—Fax : 05 61 22 70 30  
Site : <http://www.onsil.fr> - E-mail : [onsil@wanadoo.fr](mailto:onsil@wanadoo.fr)

**L' infirmier libéral doit être le référent de la prise en charge du soin, lui seul de par son expérience de terrain est apte à décider si il prend en charge le patient, ou l'oriente vers une structure SSIAD, HAD ou autre, en collaboration éventuellement.**

**Le médecin fait le diagnostic, prescrit un traitement, l'infirmier libéral se charge de la bonne exécution des soins infirmiers prescrits et décide en ce domaine de « qui fait quoi » .**

**Pour ce qui est de la dépendance, c'est au médecin et à lui seul de décider si les besoins du patient relèvent du soin ou de l'aide.**

**Enfin, et pour être précis, il faut savoir du point de vue politique,:**

⇒ **S'il y a une volonté de prise en charge de la prévention et de l'éducation par les infirmiers libéraux.**

⇒ **Si l'on veut vraiment et en tenant compte de avantages (pour les patients et leurs familles) et du cout de la formule, maintenir à domicile les patients qu'ils soient lourds chroniques et/ou en fin de vie (ce qui ne veut pas dire en structure) .**

**Enfin : Quelle sécurité le politique veut il mettre en place pour la prise en charge de ces patients ?**

**En conclusion, nous ne pouvons nous contenter d' un nombre d' infirmiers pour 100.000 habitants pour affirmer que l'offre de soins sur un secteur donne est correcte et suffisante.**

**Il faut au contraire, moduler ce chiffre en fonction des criteres d'evaluations et des zones géographiques comme precedement indiqué .**



## ORGANISATION NATIONALE DES SYNDICATS D'INFIRMIERS LIBÉRAUX

3, Boulevard de Strasbourg—31000 TOULOUSE—Tél. : 05 62 30 00 78—Fax : 05 61 22 70 30

Site : <http://www.onsil.fr> - E-mail : [onsil@wanadoo.fr](mailto:onsil@wanadoo.fr)

Toulouse le 04 janvier 200

### Contribution ONSIL

Monsieur,

En lisant les comptes rendu des différentes réunions, l'ONSIL ne peut faire que le constat suivant :

Aucune proposition réalisable n'a été faite par les représentants des SSIAD ou des HAD pour réguler l'installation de ces structures, de plus, les responsables ne veulent en aucune façon travailler en partenariat avec les IDEL, ceux ci restent des prestataires de services soumis à des conventions non évolutives.

Par contre, les représentants des infirmiers à domiciles, dont l'ONSIL, ont fait des propositions qui permettraient à chacun et à tous, de trouver des solutions au problème qui nous préoccupe : l'offre de soins.

L'ONSIL rappelle que la prise en charge des patients en soins à domicile par les infirmiers libéraux existait avant la création des SSIAD et des HAD. Il semblerait donc logique que dans le rôle de pivot du soin à domicile, ce soit aux plus anciens de donner des conseils et non l'inverse.

L'ONSIL constate aussi sur un point précis, la rémunération des infirmiers libéraux, la mauvaise foi des représentants des structures. En effet, ceux ci déclarent qu'ils ne peuvent payer les ami ou ais à un tarif supérieur à celui de l'assurance maladie, car le forfait alloué ne le leur permet pas. Cela est faux, lorsqu'un budget SSIAD est dépassé pour cause d'augmentation des dépenses en soins, le déficit du SSIAD est tout de suite compensé par l'assurance maladie.

L'ONSIL ne peut que regretter l'état d'esprit étriqué de ces réunions.

Les représentants des structures n'ont jamais remis en question leur mode de fonctionnement, ils restent sur leur acquis et n'ont, en aucune façon, cherché à faire évoluer le débat.

Le refus par ces derniers de sortir les actes réalisés par les idels du forfait ssiad en est l'exemple.

L'ONSIL ne peut accepter que seuls les IDEL modifient leur manière d'exercer, de plus à leur détriment.

L'ONSIL vous fait part, dans le document qui suit, de ses propositions.

**L'ONSIL PRECISE QU'ELLE N'ACCEPTERA AUCUNE REGULATION DE LA DEMOGRAPHIE INFIRMIERE S'IL N'EN EST PAS DE MEME POUR LES SSIAD, HAD ET AUTRES STRUTURES PROPOSANT DES SOINS INFIRMIERS.**

En préalable, l'ONSIL ne souhaite plus d'ouvertures sauvages de SSIAD, HAD ou EPAD, mais des créations de ces structures en fonction des besoins et de l'offre déjà existante. Ces créations tenant

compte aussi de l'évolution de la population, de la pyramide des âges et des pathologies sur les bassins de vie.

Les infirmiers libéraux ne sont pas des concurrents des structures, mais des partenaires complémentaires.

Le secteur de la santé ne peut pas être un secteur purement marchand : l'offre de soins ne peut être couverte par de simples sociétés prestataires de services du secteur concurrentiel, n'ayant comme seul objectif que de rester bénéficiaires. Le secteur de la santé doit tenir compte des grands principes tels que l'accès aux soins pour tous, avec une adéquation entre les besoins et l'offre, ainsi que la maîtrise médicale qui apportera en retour une maîtrise comptable.

Nous sommes conscients que l'exercice infirmier libéral n'apporte pas toujours une solution à la demande en soins. Peuvent être mis en cause l'installation géographique, le nombre et la compétence des professionnels, mais il en est de même pour les structures que nous évoquons.

Il est donc souhaitable qu'à la création de l'une de ces structures, le projet prenne en compte les libéraux existants sur la zone géographique, ainsi que les besoins réels de la population.

**De leur côté, les responsables UNCAM et les syndicats infirmiers sont prêts à mettre en place des mesures pour la régulation démographique des professionnels (bourses d'études et annuités supplémentaires), ainsi que pour la structuration de la profession (obligation et formation ( voir propositions FNI. ) )**

Dès lors, la prise en charge de la dépendance et des pathologies lourdes et chroniques seront performantes, un système adapté compétent et économique pourra répondre à l'urgence des soins et du suivi.

### **Constat :**

Les infirmiers libéraux et les structures sont en surnombre à égalité sur 10 % du même territoire français et sont en sous nombre sur 10 % du territoire différemment répartis, ce qui entraîne soit une offre trop importante et donc une gabegie financière, soit une offre minimum avec des besoins en soins non couverts.

Les solutions auxquelles nous pensons pour résoudre ces problèmes seraient :

- une étude précise du cadre,
- un nombre adapté des services, et des idel
- des SSIAD prenant en charge l'hygiène, les infirmières les soins et le suivi, les HAD les soins spécialisés.

Il est possible aussi d'imaginer des infirmiers libéraux coordonnateurs de la prise en charge des besoins et il est évident qu'il y aurait une interaction entre tous les partenaires.

**Nous souhaitons travailler pour assurer à la fois le confort des patients et la survie de l'assurance maladie.**

### **H.A.D et S.S.I.A.D :**

Depuis toujours, l'ONSIL considère que l'hôpital n'a pas vocation à soigner hors de ses murs.

Les services hospitaliers manquant déjà de personnel infirmier il semble inutile et incongru d'envoyer ce personnel là où il existe des professionnels susceptibles de prodiguer les mêmes soins pour un coût inférieur.

Ajoutons que le terme « hospitalisation » à domicile est très largement surévalué. Il s'agit en effet ni plus de moins d'actes de soins dispensés à domicile.

L'hospitalisation se caractérise par le fait d'être soigné dans un endroit précis, où le personnel médical et paramédical est présent EN PERMANENCE et peut intervenir à tout moment en cas de nécessité, ce qui n'est pas le cas dans le cadre de l'H.A.D. la continuité et la permanence des soins les nuits, week-end et jour fériés sont bien souvent assurée par des libéraux, payés à l'acte, alors que le service d'HAD continue d'encaisser les prix de journée et n'assure qu'une permanence téléphonique. La réalité veut que les HAD se reposent sur les IDELS pour assurer la continuité des soins, au pied levé dans la plupart des cas.

Il serait par ailleurs judicieux d'engager une étude sur la comparaison des coûts entre les libéraux et les HAD pour des soins égaux. Aucune étude sur le sujet n'ayant été faite ces dernières années. Le CREDES en a publié une en juin 2003 en comparant les coûts HAD/ hospitalisation classique, mais jamais HAD/infirmières libérales

En ce qui concerne les SSIAD, le « I » d'infirmier n'est souvent présent que dans le sigle.

En effet, ces services fonctionnent avec une majorité d'aides soignants qui n'hésitent pas à pratiquer des soins infirmiers. (au mépris des règles professionnelles, de la sécurité des patients et de la qualité des soins.)

De plus le système de financement de ces structures est un gouffre à subventions. (les lits facturés à la journée, 365 jours par an, qu'il y ait intervention quotidienne du SSIAD ou non, ceci sans DSI ou tout autre justificatif.) Une étude en Bretagne avait montré que le SSIAD avait en moyenne 1/2H d'intervention quotidienne pour un prix de journée de 36€ .Ceci est ressenti comme une provocation par les infirmières libérales qui, pour une prestation semblable, ne perçoivent que 7€20. Le prix de journée est le même pour un patient pour lequel le SSIAD se déplace tous les jours, que pour un patient chez lequel il ne va qu'une fois par semaine. Les charges salariales sont telles, que là encore, comme pour les HAD, les libérales sont plus concurrentielles

Quoiqu'il en soit, et compte tenu que ces services sont financés par l'Assurance Maladie, il semble équitable qu'ils soient soumis aux mêmes règles que les infirmières libérales. A prestation égale, financement égal.

**L'ONSIL demande que les HAD et les SSIAD ne se créent que dans les régions déficitaires en infirmières libérales ou en utilisant leurs capacités sur le terrain. De même, les caisses doivent veiller à ce que ces structures restent dans le cadre légal qui les définit et ne doivent pas outrepasser leurs compétences quand elles ne relèvent pas de soins infirmiers proprement dits. En cas d'exercice illégal de la profession d'infirmière, il appartiendra à l'Ordre infirmier de les dénoncer et c'est aux organismes financeurs de prendre les sanctions qui s'imposent.**

D'après l'UNCAM, les SSIAD prendraient en charge en majorité des patients GIR 1 et 2, c'est-à-dire lourd, nos études auprès des SSIAD montrent l'inverse.

Les dépenses d'un SSIAD gérant 50 lits et 20 salariés, sont d'environ 700. 000 euros par an, AMI compris, avec des patients qui nécessitent des soins d'hygiène légers. ( ssiad bois joli Montpellier)

50 patients, pris en charge par des IDELS pratiquant 2 AIS 6 par jour, tous les jours de l'année, génèreraient une dépense de 620.000 euros par an.

Si l'on rajoute les AMI dont les patients lourds ont parfois besoin et que l'on peut facturer en plus des AIS. (Comme les perfusions et les grands pansements) nous n'arrivons tout de même pas aux 700.000 euros des SSIAD.

De plus, nous savons que sur une population de 50 patients pris par un SSIAD, 10 seraient facturés en AIS 6 par les IDELS et 40 en AIS 3, (acte moyen en ais = 3.2, soit 1/8° des patients) ce qui ferait donc une dépense, AMI compris, d'environ 400.000 euros par an.

Pour les HAD, toujours d'après les documents donnés par l'UNCAM, 150 euros par jour et par personne sont dépensés pour des patients qui nécessitent soit des nursings lourds soit des gros pansements ; 40 % de cette dépense revient au poste "soin d'infirmiers et d'aides-soignants", cad 60 euros.

Une IDEL facturerait 33 euros par jour pour nursing lourd et 17 euros par jour pour pansement lourd, déplacement et majoration de dimanche et jour férié compris.

Il semble donc important que les soins pratiqués par les SSIAD et les HAD le soient par les IDELS pour générer une économie importante.

Il est évident que dans certaines régions de France, le manque d'infirmiers oblige la création de SSIAD et d'HAD, afin de couvrir les besoins. Aux vues du document remis par l'UNCAM, les SSIAD et les HAD se créent dans des endroits déjà pourvus en infirmiers libéraux.

**Il est donc important de faire en sorte, (soit en incitant les infirmiers libéraux à exercer leur activité dans une région déficitaire, soit en créant des SSIAD et des HAD dans ces mêmes régions) que les besoins soient couverts par l'offre et non que l'offre crée les besoins.**

La consultation infirmière, reconnue par l'UNCAM et par les médecins après concertation, permettrait aux IDELS de réaliser un acte intellectuel et non simplement un acte administratif comme la DSI.

La consultation infirmière est un acte infirmier qui demande un examen clinique, un interrogatoire du patient et de son entourage, qui demande la connaissance de l'environnement du patient, de sa pathologie et de la façon dont il veut vivre sa dépendance ou sa maladie ; tout ceci dans le cadre du rôle propre.

**La consultation permettra de mettre en place tous les moyens nécessaires et les mieux adaptés à la prise en charge des patients dépendants lourds ou ayant une pathologie chronique ou évolutive.**

**A la suite de cette consultation, les IDELS pourront effectuer une prescription du matériel et des soins infirmiers adaptés. L'orientation et la coordination des soins relèveront de l'infirmière qui pourra répondre aux questions : "qui, quoi, pourquoi, comment, où"**

En nous accordant la consultation infirmière, l'UNCAM fera de substantielles économies.

**Grâce à la consultation, l'infirmière est le pivot des soins. La consultation infirmière se fait dès que le malade a un besoin en soins infirmiers à domicile, AIS ou AMI, sur demande du médecin, à domicile ou à l'hôpital.**

De ce fait, l'IDEL décide s'il effectue lui-même des soins ou s'il demande la prise en charge du patient par le SSIAD ou l'HAD.

De ce fait, le patient sera pris en charge par l'infirmier pour un coût raisonnable (s'il n'y a pas de problème de démographie). Nous avons prouvé que les SSIAD et les HAD n'effectuaient que des actes qui pouvaient être pris en charge par des IDELS.

Le malade serait pris en charge par un SSIAD si l'infirmier, ne peut assurer les soins et si ces soins ne sont que des AIS.

Si le malade demande en plus des soins en AMI, l'infirmier effectuerait ces soins avec accord entre lui et le SSIAD.

Les patients seraient dirigés vers les HAD s'ils ont besoin d'un matériel ou de médicaments hospitaliers et l'IDEL effectuerait tous les soins infirmiers après accord avec l'HAD.

**LES RELATIONS SSIAD / OFFRE LIBERALE  
18 DECEMBRE 2007**

Lors de la rencontre du 28 novembre 2007 à l'IGAS qui a réuni les principales fédérations gestionnaires de SSIAD et les syndicats infirmiers libéraux pour évaluer les moyens de maîtrise de l'offre infirmière sur le territoire national, certains propos nous ont alerté et nous ont paru contraire à la réglementation et à la mission globale des SSIAD.

Aussi, les principales organisations et fédérations gestionnaires de SSIAD se sont réunies pour vous livrer ce jour leurs conclusions communes.

- 1) Nous rappelons le rôle pivot de l'infirmier coordinateur de SSIAD dans la prise en charge des usagers et en particulier son rôle d'évaluation des besoins de la personne, d'élaboration du projet de soins et de coordination des interventions qu'il s'agisse des interventions des aides-soignants et des infirmiers salariés, des libéraux conventionnés avec le SSIAD ou des infirmiers exerçant en centre de soins infirmiers.
- 2) Nous confirmons notre engagement à œuvrer avec les infirmiers libéraux dans une relation de partenariat dans laquelle les rôles et missions de chacun sont définis et sont complémentaires. Cette relation partenariale est fixée dans un cadre réglementaire qui est celui du décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des SSIAD et sa circulaire d'application du 28 février 2005.
- 3) Ces relations sont décrites dans la convention signée entre le SSIAD et chaque infirmier libéral. Cette convention reste d'application volontaire pour les infirmiers libéraux qui acceptent de travailler en collaboration avec les SSIAD dans le cadre réglementaire énoncé ci-dessus.
- 4) L'ensemble des fédérations gestionnaires de SSIAD sont opposées à la remise en cause de la dimension globale de la mission des SSIAD par l'exclusion des soins techniques infirmiers de la dotation globale octroyée aux SSIAD. L'infirmier coordonnateur reste le pivot de la prise en charge de l'utilisateur en SSIAD.
- 5) Enfin, sur la question des charges sociales des infirmiers libéraux lorsqu'ils agissent dans le cadre d'une prise en charge en SSIAD, nous attendons qu'une régulation puisse être effectuée par les autorités concernées à savoir la DGAS, la CNSA et la CNAMTS. Avant cette prise de position des pouvoirs publics, les SSIAD ne pourront procéder à aucun règlement pour des raisons juridiques – risque de requalification – et pour des raisons financières – ces charges ne sont pas opposables à ce jour-.
- 6) Pour ce qui concerne les arguments relatifs au défaut de connaissance de l'activité des SSIAD, cela ne saurait leur être reproché. En effet, il faut s'interroger sur le sort qui est réservé aux différents rapports d'activité produits annuellement par chaque SSIAD depuis le décret de 1981 (quatre moutures différentes dont la dernière intègre les indicateurs), et trimestriellement (registre médical et tableau trimestriel) fournis aux différents organismes de contrôle.



---

## Groupe de travail IGAS : Offre de soins infirmiers

---

Dans le cadre du groupe de travail IGAS sur l'offre de soins infirmiers, UNA émet des propositions concernant trois sujets :

1. La définition des critères d'appréciation des zones sous-denses et sur-denses ;
2. La coordination entre SSIAD et infirmiers libéraux ;
3. Les mesures incitatives et désincitatives pour équilibrer l'offre de soins sur le territoire.

### 1. La définition des critères d'appréciation des zones sous-denses et sur-denses

Pour définir la proportion adéquate sur un territoire donné entre les soins effectués en SSIAD, ceux effectués par les infirmiers salariés des CSI et ceux pris en charge par les Infirmiers libéraux (IDEL), UNA propose, en plus des propositions d'ores et déjà retenues par l'IGAS, de :

- travailler sur une proportion adéquate entre les soins effectués par les IDEL, par les CSI et par les SSIAD, en tenant compte du fait que les IDEL et les CSI interviennent auprès de toute la population, et que les SSIAD n'interviennent qu'auprès de personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans, adultes handicapés ou atteints de maladies chroniques invalidantes.

L'équilibre entre ces trois formes de soins pourrait s'appuyer sur un ratio pertinent à construire d'AIS / AMI pour les CSI et les IDEL et de soins d'hygiène / soins techniques pour les SSIAD.

*A cet effet, une étude qualitative sur deux ou trois zones pourrait permettre de travailler sur les ratios SSIAD / CSI / IDEL en tenant compte des soins se superposant (personnes âgées, personnes handicapées) et des spécificités de chaque réponse. Il s'agit ainsi de sortir de la concurrence et de l'affrontement entre ces différentes réponses et de construire une offre de soins adaptée aux besoins des personnes présentes sur un territoire ;*

- redécouper les zones d'intervention des uns et des autres, afin de respecter un équilibre entre le ratio d'IDEL présents et le nombre d'IDE salariés au sein d'un CSI et le nombre de places de SSIAD sur la zone ;
- tenir compte des objectifs exprimés dans le cadre des PRIAC (Programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) ;
- prendre en compte le nombre total d'habitants, en plus du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans.



## **2. La coordination des SSIAD et des IDEL**

Afin d'améliorer et de conforter la coordination entre SSIAD et IDEL sur tout le territoire français, UNA propose de :

- rémunérer la participation des IDEL aux réunions de coordination, en assimilant un heure de coordination à une heure de soins d'hygiène ;
- proposer aux médecins généralistes des forfaits de coordination pour la coordination dans le cadre des « cas lourds », comme par exemple les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ;
- identifier et formaliser les passages entre IDEL et SSIAD pour permettre un parcours de soins fluide à une personne qui nécessiterait l'un puis l'autre, en fonction de ses besoins et par rapport aux compétences requises ;
- appliquer une convention entre SSIAD et IDEL dans le cadre du décret du 25 juin 2004, en laissant une latitude à la négociation locale afin d'adopter une convention adaptée au plus près des situations locales.

## **3. Les mesures incitatives et désincitatives pour équilibrer l'offre de soins sur le territoire.**

Dans le cadre de mesures incitatives pour repeupler en offre de soins des zones sous-denses, UNA, outre les propositions retenues en réunion, fait la proposition suivante :

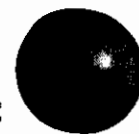
- proposer des facilités de charges sociales pour permettre le remplacement des IDEL et des IDE salariés d'un CSI lorsque ceux-ci n'arrivent pas à être remplacés ;

Par ailleurs, UNA soutient particulièrement les mesures incitatives proposées par l'IGAS :

- favoriser les regroupements et la création de cabinets de groupe ;
- s'appuyer sur une instance de régulation (au niveau régional).

Enfin, dans le cadre des mesures désincitatives, UNA propose de :

- autoriser la création de SSIAD et le conventionnement d'IDEL et de CSI de façon cohérente par rapport aux besoins de la population sur des zones géographiques définies.



**PROPOSITIONS CONCERNANT OFFRE DE SOINS INFIRMIERS**

1. Les besoins en soins peuvent être appréciés en analysant les demandes faites auprès des SSIAD et des IDEL, en partant du postulat que la dite demande correspond aux critères d'inclusion de prise en charge tant pour le SSIAD que pour l'IDEL.  
Pour le SSIAD l'indicateur n°14 : « demandes non satisfaites » qui mesure le nombre de demandes d'interventions non satisfaites dans l'année.  
Les besoins en soins infirmiers peuvent être évalués par un infirmier coordonnateur du SSIAD tout comme par un infirmier libéral lors d'une demande : de par leur compétence chacun étant en capacité de réaliser un diagnostic infirmier.  
Il faut, par ailleurs, tenir compte du choix de l'usager en l'informant sur l'offre existante (ou éventuellement orienter vers d'autres services si le besoin en soins n'est pas réel.)
2. L'activité libérale doit pouvoir se quantifier à l'aide des relevés du SNIR ou selon le principe de mise en place d'indicateurs tout comme pour les SSIAD.  
L'informatisation des cabinets IDEL tout comme celle des SSIAD doit permettre semble-t-il d'avoir ce type d'information sur une année ou sur une durée définie.
3. Pourquoi ne pas envisager des enquêtes sur des secteurs donnés en « sur densité » et en « sous densité » en prenant en compte les refus de prise en charge associés à l'activité des différentes offres libérales et SSIAD et au taux de la population âgée de plus de 60 ans.
4. Les bassins de vie semblent les zones les plus pertinentes et les plus stables (pour le moment) en milieu rural. En zone urbaine on pourrait retenir un nombre d'habitants de plus de 60 ans (1000/ 5000,..) sur l'arrondissement ( ?)
5. Les mesures incitatives pour l'installation en zone sous dotée (quelques suggestions) :  
Bénéficier d'exonération de charges, d'allégement fiscal, pendant plusieurs années  
Favoriser l'installation par des aides matérielles à l'installation (informatisation, mise à disposition de locaux publics non utilisés)  
Réduire les contraintes liées à l'installation pour de jeunes diplômés IDE

En zone sur dense :

IDE libérale ayant 5 ans d'exercice, issue d'un autre secteur.

Intégration dans un cabinet de groupe ou convention de partenariat avec des cabinets existants.

**Pour rappel dans les SSIAD on peut connaître par les différents indicateurs :**

Indicateur n°1 : les publics pris en charge (âge)

Indicateur n°2 : les conditions de vie de la personne (personne seule, en couple âgé,...)

Indicateur n°3 : la durée de prise en charge qui révèle la nature de la prise en charge

Indicateur n°8 : la mesure du temps de travail des paramédicaux salariés du service

Indicateurs 9 : relatif au transport du personnel, permet d'analyser les facteurs géographiques

Indicateur n°12 : la charge en soins infirmiers personnels de soins salariés

Indicateur n°13 : la charge en soins IDEL



## **IGAS - Audition offre de soins infirmiers – 5 octobre 2007**

### **I – Avantages d'une prise en charge institutionnelle -**

#### **1- Coordination / prise en charge globale**

Les patients pris en charge en structure bénéficient d'un accompagnement coordonné

- HAD coordination médicale + soins infirmiers + sociale
- coordination infirmière + sociale

Les structures implantées historiquement dans le paysage sanitaire et médico-social bénéficient d'une légitimité à coordonner les intervenants libéraux assise par l'expérience et la connaissance des acteurs (CLIC, assistants sociaux, CPAM ...)

Les structures mettent en place un projet de soins en phase avec les besoins de la personne établi suite à une évaluation (infirmière coordinatrice dans les SSIAD, équipe pluridisciplinaire en HAD)

#### **2- Garanties en termes de qualité**

##### **a. Loi 2002-2 pour les SSIAD**

La loi du 2 janvier 2002 pose un certain nombre d'obligations aux services qui relèvent de son champ (évaluation interne et externe, droit des usagers). Les structures doivent se soumettre à ces obligations ce qui conditionnera l'octroi ou le renouvellement des autorisations de fonctionnement

##### **b. Réglementation sanitaire pour l'HAD**

Sécurité, hygiène, droit des malade, certification ...

#### **3- Visibilité des pouvoirs publics sur l'activité des structures.**

Validation des budgets, contrôles, inspections.  
Indicateurs médico-sociaux, certification, évaluation

#### 4- Régulation des coûts

- financement des structures liés à l'ONDAM / mécanisme des enveloppes fermées ce qui implique la justification des dépenses de la structure à l'euro près par opposition à la relative liberté des libéraux pour lesquels les contrôles sur l'activité sont rares. Il n'existe en tout cas aucun systématisme comme pour les structures qui doivent rendre des comptes. Le seul regard qui pèse sur les libéraux serait justement celui des structures :
- Les structures engageant leur responsabilité de gestionnaire ne peuvent se permettre de se comporter en payeur aveugle lorsqu'elles fonctionnent avec des libéraux. Elles se substituent à l'assurance-maladie en contrôlant, par nécessité, leur activité.
- Les structures associatives exercent leur activité sans souci de lucrativité. Le seul objectif est l'équilibre budgétaire.

#### 5 – Organisation planifiée

#### SROS III – Schémas - PRIAC

### II- Complémentarités

#### 1- Compétence des libéraux exclusive pour les Actes techniques (AMI)

Il existe au sein de la FEHAP deux modèles d'organisation des SSIAD : certains fonctionnent avec des IDE salariés et d'autres avec des Infirmiers libéraux pour la réalisation des actes techniques. L'une ou l'autre alternative est déterminée par un choix d'organisation (organisation des soins), des contraintes de territoire ou par le contexte local.

Les SSIAD qui n'ont pas d'infirmières salariées font donc appel aux libéraux pour les actes que seuls les infirmiers peuvent effectuer.

Pour les HAD, la diversité des structures existantes ne permet pas de faire de généralités, certains fonctionnant avec des salariés, d'autres avec des libéraux exclusivement.

Pour tous les cas où la structure ne dispose pas d'infirmières salariées, les AMI sont réalisés par les infirmiers libéraux qui interviennent en collaboration avec la structure (voie conventionnelle).

Cette collaboration permet une acceptation par les infirmiers libéraux d'un regard sur leur pratique.

#### 2- Activités d'appoint

Excepté pour les structures fonctionnant avec des IDE salariés, cette éventualité est plutôt rare pour les structures du domicile.

L'intervention en appoint des libéraux concerne par contre les EHPAD. La réforme de la tarification, impliquant la médicalisation des établissements et l'embauche de personnels soignants, ces derniers sont désormais « autonomes » sur le plan de la réalisation des soins.

#### 3- Une coopération à préserver

Notre souhait est de préserver ce mode de fonctionnement efficace et réactif en collaboration avec les libéraux.

En revanche, l'éventualité de développer de nouvelles formes d'organisation et d'intervention des infirmiers libéraux (projet de plates-formes proposé par convergence infirmière) n'est pas sans susciter notre inquiétude. Nous nous interrogeons en sur la nature juridique exacte de ces structures, et également sur leur place au sein du dispositif prévu par la loi du 2 janvier 2002. Nous craignons que ces nouvelles entités viennent à développer une activité proche, voire similaire à celle des Services de Soins Infirmiers à Domicile sans toutefois avoir à se conformer au cadre protecteur pour les usagers de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale. Quelles seront en effet les obligations qui concerneront ces plateformes en termes de planification, d'autorisation, de projet de service, de modalités de participation des usagers et d'évaluation ?

Le système actuel permet de développer des partenariats qui du restent existent déjà et qu'il faut développer. Il nous paraît peu rationnel d'engager des dépenses sur la mise en place de nouvelles structures dont l'efficacité demeure plus qu'hypothétique et sur lesquelles il n'existe aucune évaluation.

Autres points :

#### Projet de décret relatif à l'intervention des libéraux en EHPAD.

Nous étions favorables à la parution de ce décret. Néanmoins, dans l'article relatif au contenu du contrat **de prestation de service prévu pour permettre l'intervention des libéraux**, une clause relative à l'organisation de l'activité et des interventions du professionnel libéral au sein de l'établissement nous paraissait inopportune.

En effet, le risque de voir requalifier par l'URSSAF ce type de contrat en **contrat de travail salarié** semblait non négligeable.

#### Le service de veille infirmière en lien avec les Maisons Départementales des Personnes Handicapées.

Nous étions favorables à la mise en place de ce type de service afin de répondre aux besoins des personnes handicapées.

La loi du 11 février 2005 crée au sein de la MDPH une **équipe de veille pour les soins infirmiers** qui a pour mission :

- l'évaluation des besoins de prise en charge de soins infirmiers
- la mise en place des dispositifs permettant d'y répondre
- la gestion d'un service d'intervention d'urgence auprès des personnes handicapées

Cette équipe peut être saisie par le médecin traitant avec l'accord de la personne handicapée ou par la personne elle-même. Dans les dix jours qui suivent la date du dépôt du dossier de demande, l'équipe procède à l'évaluation précise des besoins d'accompagnement de la personne en soins infirmiers et propose des solutions adaptées.

En cas de défaillance, elle intervient auprès des services de soins existants pour qu'une solution rapide soit trouvée.

Une enquête a été menée au sein de notre réseau : peu de MDPH ont effectivement mis en place ces services.

Toutefois, il faut noter que le décret d'application relatif aux équipes de veille pour les soins infirmiers au sein des MDPH fait partie des derniers textes réglementaires d'application de la loi du 11 février 2005 non parus à ce jour, ce qui constitue inévitablement un frein à l'instauration de ce dispositif.



## **Mission IGAS - Avis FEHAP**

Votre mission a souhaité recueillir l'avis de notre fédération dans le cadre du rapport qu'est chargé de rendre l'IGAS à M. Philippe Bas. A l'issue de la seconde réunion de travail nous souhaiterions formuler quelques observations.

Tout d'abord, à la lecture des comptes rendus et des diverses observations (notamment le document de propositions de l'OSNIL), nous réitérons les observations qui ont été formulées en séance sur la confusion entre les missions respectives des HAD – des SSIAD et des infirmiers libéraux.

Il ne s'agit nullement de rapports de concurrences tels qu'ils ont été relevés à plusieurs reprises mais bien de complémentarités dans les missions. Il s'agit bien au contraire d'optimiser une ressource devenue rare en évitant les doublons de prise en charge. C'est pourquoi, l'offre de soins infirmiers qui doit être étudiée dans le cadre de la mission doit être examinée à partir de la définition d'une palette de service coordonnée. D'ailleurs, nous constatons que sur le terrain, les acteurs entretiennent des rapports tout à fait sereins.

Pour sa part, l'hospitalisation à domicile bénéficie d'un cadre réglementaire très précis quant aux patients pouvant être inclus dans ce type de prise en charge. A ce titre nous émettons des réserves quant à la pertinence de l'inclusion des HAD dans le champ de l'étude. Si en effet environ 30 % des HAD ont recours aux services d'infirmières libérales (notamment les HAD Ex OQN), il s'agit d'une hospitalisation au même titre qu'une hospitalisation au sein d'une structure.

L'objet de la mission étant d'examiner la répartition de l'offre de soins infirmiers sur le territoire, l'observation de l'ensemble des structures dans lesquelles sont susceptibles d'intervenir les infirmières doit effectivement être envisagé mais selon nous ne doit pas relever d'une étude exhaustive de l'ensemble des besoins de la population en santé.

Le champ de la mission doit se cantonner à l'étude de besoins en soins infirmiers libéraux, certes en cohérence avec les besoins d'intervention des autres acteurs. C'est pourquoi, il s'agit de définir précisément les champs d'intervention respectifs des SSIAD et des infirmiers libéraux puisque, seule question pouvant poser des difficultés.

Selon nous, les missions des SSIAD sont distinctes de celles des infirmiers libéraux. Le rôle de coordination de la prise en charge notamment doit très clairement relever des structures dédiées et rémunérées pour se faire, ce qui est le cas des SSIAD ou encore des CLIC pour ce qui les concerne. Si les infirmiers libéraux ont en pratique un rôle de coordination, ce dernier doit pouvoir être identifié et correspondre à une volonté politique de mise en cohérence avec l'intervention des autres acteurs au chevet du patient.

La mission qui vous est dévolue s'inscrit entre autre dans le cadre de l'Article 32 du PLFSS qui fait état dans l'exposé des motifs de 20 % d'activité des SSIAD et des infirmiers libéraux qui se recourent. De cet élément il est conclu « ...éviter le financement de nouveaux SSIAD dans les zones sur-denses ».

Une telle appréciation nous paraît porter précisément en germe une confusion entre le champ de compétence SSIAD et infirmiers libéraux. En effet, si la volonté de rationaliser l'offre en soins infirmiers nous paraît plus que nécessaire, il ne peut s'agir de se servir de la régulation de l'installation des infirmiers libéraux pour réguler le développement des SSIAD qui correspond à une volonté politique annoncée dans le plan solidarité grand âge.

Sur ce point, la mission devra sans doute à cet égard prévoir un examen particulier des frontières respectives entre acteurs.

Plus généralement, notre fédération s'inscrit dans la démarche de régionalisation de la planification à terme par l'intermédiaire des ARS. Le niveau de décision le plus pertinent de décision étant la région, le niveau national ne doit avoir qu'un rôle de stratège et d'orientations politiques (ce qui est le cas pour la question des moyens de régulation de l'installation à adopter). A ce titre, les préconisations de la mission pourraient intégrer des outils d'évaluation des besoins en soins infirmiers à destination des régions.

L'article 32 du PLFSS prévoit de confier aux MRS la définition des territoires sous et sur-denses. Cette proposition s'accompagne de la prise en compte l'offre de soins infirmiers au travers de l'offre globale notamment des PRIAC. De fait, il faudra que cela impacte également les SROS et plus particulièrement les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale

Dans le même sens, et pour reprendre la lettre de mission de M. Bas, il s'agit de décrire une organisation cohérente de la prise en charge en étudiant les moyens de renforcer la coopération entre acteurs.

Pour se faire, un inventaire de l'existant doit être élaboré ainsi qu'une analyse comparée entre réponse institutionnelle et réponse libérale.

Il est d'ailleurs précisé dans la lettre de mission que le travail doit être fait en concertation avec la CNAMTS, la CNSA ainsi que les administrations centrales concernées.

A ce jour, seules les fédérations et les syndicats représentatifs se sont rencontrés. Nous avons pris note que les syndicats infirmiers ne souhaitent pas à ce stade échanger avec l'ensemble des partenaires susceptibles d'être concernés notamment avec la CNAMTS afin de débattre librement et de formuler leurs propres propositions. Néanmoins l'absence des financeurs en séance risque de biaiser la teneur des débats, compte tenu des éléments chiffrés qu'ils seraient susceptibles de fournir.

Compte tenu des observations ci-dessus et pour répondre aux interrogations du groupe de travail, notre fédération souhaiterait toutefois pouvoir disposer des données chiffrées de la CNAMTS afin de pouvoir discuter et formuler des propositions en connaissance de cause, notamment s'agissant de l'activité des infirmières libérales. Ainsi aux questions « *Comment prendre en compte l'offre en structure pour apprécier la densité de l'offre globale en soins infirmiers ?* » et « *Comment quantifier l'activité des libéraux et des structures de soins infirmiers ?* », nous répondons qu'au moins une réunion spécifique devrait être consacrée à cette question à partir de données objectives permettant de comparer des éléments comparables et d'éviter des conclusions hâtives. En effet, les fédérations d'établissements n'ayant pas pris part aux débats sur la convention des infirmiers libéraux, ni plus sur le protocole d'accord sur la démographie des infirmiers, nous ne disposons pas de tous les éléments propres à nous forger une opinion précise sur la question.



Plus particulièrement, certaines questions telles que les mesures incitatives à mettre en place ou les critères pour accepter de nouveaux conventionnements dans les zones « sur-denses » nous paraissent davantage relever de la négociation avec les infirmiers libéraux bien que les structures que nous représentons puissent être concernées de manière indirecte.

Pour les questions encore en suspend :

- Sur la définition du territoire d'évaluation des besoins et de l'offre : Nous rappelons qu'il ne peut s'agir de définir une nouvelle strate de planification aux nombreux schémas déjà existants. A ce titre, les frontières à retenir doivent être celles déjà existantes pour la planification des structures intervenant dans le champ de la prise en charge des personnes âgées (puisque en l'occurrence la plupart des besoins sont identifiés auprès de cette population). Le bassin de vie nous paraît être un cadre tout à fait propre à permettre une bonne évaluation. De la même manière, s'agissant du périmètre urbain, nous suggérons de reprendre les périmètres retenus dans les schémas existants.

- Sur les critères d'évaluation des besoins de soins, il s'agit en effet de définir des critères d'évaluation suffisamment simples afin de disposer d'un état des lieux compréhensible de tous et exploitable à partir des autres évaluations de besoins existantes.

- Critères quantitatifs : Densité de la population ; âge de la population (celui à retenir est selon nous celui des + de 75 ans compte tenu de la moyenne d'âge ayant recours aux soins infirmiers, mais cela doit être affiné en fonction de la moyenne d'âge des personnes accueillies en SSIAD) ; projections à 10 et 20 ans. Sur ce point, nous souhaiterions d'ailleurs pouvoir disposer des données de l'ONDPS.

- L'environnement sanitaire et médico-social (densité de structures) en tenant compte des besoins non couverts (listes d'attentes notamment)

- Critères géographiques : Temps de déplacement (accès routiers et autres ; zones montagneuses ; isolement ...)

- Critères qualitatifs : indicateurs économiques (qui indiqueraient propension de la population à avoir recours à une formule d'hébergement) ; Etat de santé de la population (ALD...)

- Sur les critères à retenir pour la définition des zones sur-denses et sous-denses, compte tenu de la diversité des besoins et de l'offre, il ne pourrait pas envisageable de définir des ratios globaux. En revanche des fourchettes indicatives et des moyennes peuvent être fournies à la condition que des facteurs de pondération soient identifiés.

Ainsi, à partir de la moyenne nationale de la densité d'infirmières libérales avec précision de la densité la plus faible et la plus haute, nous proposons de définir des facteurs de pondération tenant aux besoins de la population (voir supra les critères de définition des besoins de la population).

Il est tout à fait entendu qu'à enveloppe fermée, une telle démarche vise à mieux répartir l'offre de soins infirmiers existante sur le territoire et nullement à mettre en adéquation l'offre aux besoins, certaines régions pouvant être considérées comme sur-denses mais sans disposer pour autant d'une offre optimale.

En conclusion et pour la bonne compréhension des travaux du groupe, notre fédération souhaiterait pouvoir disposer d'une feuille de route concernant les questions encore en suspend. Par ailleurs, une rencontre avec la CNAMTS, la CNSA et les autres administrations centrales

concernées nous paraît indispensable afin de nous permettre d'éclairer et de faire avancer le débat.

## **Contribution de A DOMICILE Fédération Nationale au groupe de travail IGAS relatif à l'offre de soins infirmiers sur le territoire**

### **1. Présentation des centres de soins infirmiers**

**Les centres de soins infirmiers : une alternative entre établissements de santé et soins de ville**

Les centres de santé, dont font partie les centres de soins infirmiers interviennent dans le secteur des soins ambulatoires. Gérés par des organismes à but non lucratif, ils constituent une alternative entre l'établissement de santé et les soins de villes. Les missions des centres sont définies par le code de santé publique articles L.6323-1 et s. du CSP, articles D.6323-1 et s. du CSP, ainsi que par l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie du 19 avril 2003.

Les centres de santé, qui pratiquent le tiers payant, assurent des activités de soins sans hébergement. De taille variable, les centres de soins infirmiers qui interviennent principalement à domicile, participent à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

Le principe de financement des CSI est la rémunération à l'acte sur les mêmes bases que les infirmiers libéraux (application de la NGAP). Le personnel des centres est constitué d'infirmiers salariés qui interviennent auprès des patients, d'un infirmier coordinateur et d'un secrétariat qui permettent d'organiser le travail d'équipe, qui est une des bases du fonctionnement des CSI.

Ces structures de proximité organisent les interventions des infirmiers salariés, au sein même du centre de soins ou au domicile de la personne soignée sur prescription médicale. Les centres de soins infirmiers ont dès lors un rôle primordial dans le maintien à domicile des personnes, qu'elles soient, âgées, handicapées, dépendantes, isolées, atteintes de maladies chroniques, de démences ou en phase de retour à domicile suite à une hospitalisation.

Ce fonctionnement spécifique fondé sur un travail d'équipe permet aux CSI de prendre le temps pour soigner et accompagner tant le patient que l'entourage.

Leurs missions sont d'autant plus indispensables que les CSI interviennent le plus souvent dans des zones déficitaires en infirmiers libéraux.

### **Un mode d'organisation optimal**

Le rôle particulier des centres de soins infirmiers dans le système de santé est notamment inhérent à la coordination interne et externe qu'ils mettent en œuvre. En effet, leur démarche passe par une prise en charge globalisée, décloisonnée, continue et personnalisée.

La prise en charge développée par les centres est fondée sur le principe de l'accès de toute personne aux soins, dans une logique de qualité renforcée par une organisation coordonnée des professionnels de santé.

Dans le cadre de leur organisation, les centres de soins infirmiers mettent en œuvre une coordination interne et externe qui suppose un mode de fonctionnement spécifique.

Cette coordination se traduit par la mise en place d'un dossier de soins infirmiers, de fiches de liaisons en cas de transfert de la personne soignée vers une autre structure, de cahiers de transmission entre les infirmiers du centre ainsi que de réunions de coordination pour favoriser les échanges entre les infirmiers et améliorer le suivi du patient.

Ces réunions de coordination sont réalisées tant avec les infirmières du centre, de manière à surveiller l'évolution de l'état de santé des patients qu'avec les autres acteurs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux qui interviennent auprès du patient.

Cette coordination externe est par ailleurs renforcée par l'obligation pour le centre de signer une convention de coopération relative à la prise en charge des patients avec un établissement de santé.

### **Pratiques à la charnière du sanitaire et du social**

Comme le met en exergue très justement le rapport de la mission de l'IGAS rendu publique en décembre 2006, les centres de soins infirmiers ont « *un positionnement à la charnière du sanitaire et du social.* » A ce titre la mission souligne qu'« *en contact avec les patients et interlocuteurs privilégié des difficultés de prise en charge, les CSI jouent un rôle de relais avec les intervenants sociaux ou avec les centres locaux d'information et de coordination (CLIC).* »

Dans ce sens, elle relève également que « *la collaboration des CSI avec les SSIAD et les HAD est quasi systématique.* »

L'IGAS indique également qu'« *ils peuvent être considérés comme des atouts dans un contexte d'offre coordonnée de proximité et de démarche de prise en charge globale des patients.* »

## Les caractéristiques de la prise en charge en centres de soins infirmiers

*L'organisation et le mode de fonctionnement souples des C.S.I sont les gages :*

- du maintien à domicile des personnes âgées, dépendantes, handicapées et pour les retours à domicile suite à une hospitalisation, dans le cadre d'une prise en charge globale.
- d'un véritable accompagnement de la personne soignée et de son entourage. Cela vise notamment toute la phase d'éducation du malade, voire des aidants, en termes d'hygiène de vie par rapport à la pathologie et aux soins réalisés.
- d'une mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion de la santé, privilégiant dès lors une approche globale de la personne qui dépasse le seul aspect curatif.
- d'une attention particulière des professionnels, qui ne limitent pas leur temps d'intervention au domicile à la stricte exécution des actes infirmiers. En effet, les centres de soins infirmiers, développés dans un esprit humaniste et de missions d'intérêt général, placent la relation soignant/soigné et la qualité des soins au cœur de leur intervention.
- d'une continuité des soins. Les centres assurent les soins 365 jours sur 365, voire 24 heures sur 24, grâce à l'exercice en équipes.
- d'une prise en charge de personnes atteintes de pathologies lourdes (maladies chroniques, démences, etc.). Le fonctionnement en équipe permet le partage des bonnes pratiques et la réflexion sur la prise en charge la plus adaptée. Les réunions de coordination de l'équipe ou avec les autres intervenants favorisent d'autant ce suivi.
- d'une expérience reconnue dans la gestion des situations complexes. La coordination externe développée par les C.S.I favorise l'orientation du patient au sein du système de santé et sa mise en relation avec les structures sanitaires, sociales et médico-sociales. Cette orientation adaptée est d'autant plus importante face à des situations complexes, comme dans les cas de dépendance ou d'isolement de la personne malade.
- de qualité d'exécution des soins au sein même du lieu d'accueil des patients ou à domicile. Les centres de soins infirmiers sont soumis au respect des mesures d'hygiène, d'asepsie, d'élimination des déchets et à l'application des normes relatives aux locaux accueillant du public

Selon les mots de la mission de l'IGAS « *ces centres ont connu des évolutions importantes au cours des 15 dernières années, mais ils sont encore des acteurs incontournables dans le paysage de l'offre de soins ambulatoire.* »

## **2. La place des centres de soins infirmiers dans l'offre en soins infirmiers**

Pour ce qui concerne l'évaluation de l'offre en soins infirmiers sur un territoire donné, il est nécessaire d'une part de prendre en compte l'existence de centres de soins infirmiers ainsi que leur implantation en termes de secteur géographique couvert d'autre part d'identifier le nombre de professionnel y exerçant.

Les annexes des centres de soins infirmiers qui contribuent à une offre de soins infirmiers de proximité doivent également être recensées et prises en considération dans l'analyse de l'offre en soins infirmiers sur un territoire donné.

Ce recensement est primordial pour établir véritablement le déficit ou non d'une zone en professionnels infirmiers. Si les centres de soins infirmiers n'étaient pas bien pris en compte le risque serait de la mise en place de mesures incitatives à l'installation d'infirmiers libéraux et de fait l'installation de ceux-ci alors que le centre de soins infirmiers couvrirait parfaitement les besoins de la population sur cette zone.

Les centres de soins infirmiers doivent pouvoir bénéficier, tout comme les infirmiers libéraux d'aides tant au maintien qu'à l'installation dans les zones qui seront jugées déficitaires en soins infirmiers.

Il faut par ailleurs souligner la pertinence des centres de soins infirmiers comme mode d'exercice attractif : travail en équipe, travail administratif réduit, coordination améliorant le suivi, partage de responsabilités et de pratiques, exercice à temps partiel choisi, formation tout au long de la vie etc.

Au regard de ces avantages pour les professionnels y exerçant, la création d'un centre de soins infirmiers pourrait être privilégié dans les zones qui malgré la mise en œuvre de dispositifs incitatifs restent déficitaires en soins infirmiers.

## **3. Les critères d'appréciation de l'offre en soins infirmiers et des besoins**

Nous sommes favorables à la prise en compte d'un certain nombre de critères afin de recenser tant les besoins que l'offre en soins, sachant que pour déterminer le niveau en soins infirmiers nécessaire il faut partir des besoins qui sont exprimés sur un territoire donné.

- Evaluation des besoins
  - prendre en compte la population de plus de 65 ans,
  - prendre en compte le nombre de refus de prise en charge dans les SSIAD comme indicateur pour évaluer le niveau d'offre et de besoin,

- prendre en compte les ALD,
- prendre en compte la CMUC, l'AME,
- Evaluation de l'offre de soins
  - utiliser un critère populationnel (nombre de patients) afin de connaître le nombre de patients soignés par chaque type d'offre,
  - prendre en compte les distances d'intervention,
  - prendre en compte l'activité et le ratio AIS sur AMI,
  - densité de l'offre en EPHAD,
  - nombre de places en SSIAD mis en lien avec le nombre de patients soignés,
  - bien recenser tous les types d'offre en soins infirmiers sur le territoire concerné et pour les centres de soins infirmiers les annexes et le nombre de professionnels y exerçant.

#### **4. Les mesures incitatives et désincitatives**

- Mesures incitatives
  - Des aides au maintien et à l'installation de structures dans des zones déficitaires en soins sont indispensables pour les centres de soins infirmiers,
  - Des mises à disposition de locaux pourraient être envisagées pour les centres de soins infirmiers,
  - Des subventions d'investissement pour du matériel lors de la création de centres de soins infirmiers,
  - Les demandes d'autorisation ou d'extension de SSIAD ou de centres de santé pourraient être accélérées,
  - Envisager un nouveau mode de financement pour les centres de soins infirmiers afin de garantir leur pérennité,
  - Un rebasage des dotations des SSIAD permettrait l'installation ou l'extension de places dans des zones déficitaires ou défavorisées.
- Mesures désincitatives
  - Arrêt des créations ou des extensions de structures

**REACTIONS DES ADMINISTRATIONS ET DES PARTICIPANTS  
AU GROUPE DE TRAVAIL A LA NOTE PROVISOIRE  
EN DATE DU 2 JANVIER 2008**



**Avis de la CNSA.**

## **Rapport provisoire de l'IGAS sur l'offre de soins infirmiers** **observations de la CNSA**

### **1. Une approche centrée sur l'offre,**

Conformément à la demande qui avait été exprimée par la Ministre de la Santé, de la jeunesse et des sports, et dans la logique de l'exercice des états généraux de l'offre de soins, l'analyse présentée par l'IGAS porte essentiellement sur l'offre de soins infirmiers (densité d'infirmiers libéraux par département et région, répartition de leur activité entre actes médicaux infirmiers et acte infirmier de soins, nombre de places de SSIAD par habitant de plus de 75 ans), dans une optique de régulation de l'installation des professionnels libéraux.

L'approche de la CNSA s'efforce, dans la répartition qu'elle doit faire de l'ONDAM médico-social, et en particulier des places nouvelles de SSIAD et d'EPHAD, de partir des besoins des personnes en situation de perte d'autonomie. De ce point de vue, une approche qui se limite aux IDEL rapportés à la population globale, indépendamment notamment de la structure démographique des départements et des régions, apparaît insuffisante pour caractériser l'offre par rapport à la demande potentielle. L'indice de vieillissement, (et les projections démographiques, notamment pour les plus de 75 ans et plus de 85 ans) est notamment une donnée que la CNSA prend en compte dans son analyse territoriale lorsqu'elle échange avec les préfets de région et de départements au sujet de leur programmation PRIAC. En termes financiers, c'est le cumul de l'enveloppe ONDAM médico-social personnes âgées + USLD + AIS par rapport à la population de 75 ans et plus qui sert à caractériser le niveau relatif des dépenses d'une région par rapport à la moyenne nationale. C'est pourquoi la dépense totale (à domicile et en établissement en euros par habitant), -et non les seuls AIS comme le note l'IGAS-, a été retenue par le Conseil de la CNSA comme élément dans l'allocation des places nouvelles<sup>1</sup>.

### **2. La nécessaire prise en compte de l'ensemble des établissements et services pour quantifier l'offre**

L'histoire des territoires en matière médico-sociale se traduit aujourd'hui par des taux d'équipement très différents (et il a été fixé à la CNSA un objectif de rééquilibrage global). Cette diversité des taux d'équipement concerne aussi bien les IDEL que les EHPAD et les structures sanitaires, USLD notamment. Il nous paraît indispensable d'avoir cette vision globale de l'offre, tant à domicile qu'en établissement, pour agir éventuellement sur la régulation de tel ou tel segment. Toutes les études montrent en effet qu'il existe de forts recouvrements entre les cas individuels pris en charge par les établissements et services sanitaires et médico-sociaux, entre prise en charge institutionnelle et à domicile, en fonction de la densité relative des différentes offres.

---

<sup>1</sup> L'IGAS relève (P.20) que ce critère s'applique « à l'échelle de la région, et non pas du bassin de vie, niveau auquel une régulation de l'offre de soins est envisagée ». Ceci s'explique par les rôles respectifs des préfets de région et de la CNSA : celle-ci répartit les enveloppes départementales sur proposition du préfet de région, après un échange destiné à éclairer les motifs de ces propositions. C'est donc à l'administration territoriale de réguler l'offre au niveau du bassin de vie, la CNSA se bornant à rechercher un rééquilibrage inter-régions, et à demander à l'administration territoriale d'explicitier ses choix au regard des données quantitatives disponibles (y compris en retenant éventuellement un zonage qui ne serait pas celui des départements).

A titre d'illustration, les tableaux de bord qui servent à la CNSA à mener le dialogue avec les DRASS/DDASS autour des PRIAC tiennent compte : du taux d'équipement en hébergement médicalisé, des places de SSIAD, des accueils de jour et hébergements temporaires (pour 1000 habitants de 75 ans et plus), et des dépenses d' AIS et des dépenses d'assurance maladie par habitant de 75 ans et plus.

Il ne nous paraît donc pas possible, comme le suggère la note de l'IGAS (proposition 15) d'organiser une régulation régionale de l'installation des seuls infirmiers libéraux et SSIAD indépendamment des autres établissements et services pour personnes âgées en perte d'autonomie. Ce serait nier la logique même des PRIAC.

Dans le même esprit, il serait nécessaire d'examiner l'offre infirmière libérale en matière d' AIS (et celle des SSIAD) au regard également de l'offre et de la dépense en services d'aide à domicile : on sait (cf. observation en page 12 de la note) que dans les régions où existe une forte densité d'infirmiers libéraux, les actes qu'ils effectuent au titre de l' AIS sont dans d'autres régions susceptibles d'être effectués pour une part dans le cadre de l'aide à domicile (ce que traduit bien le fait que, comme le montre la carte en page 18 de la note de l'IGAS et le tableau de l'annexe 1, il existe une forte corrélation entre la densité d'IDEL et la part relative des AIS dans le total de leur activité). De ce point de vue, les SSIAD qui emploient majoritairement (80%) des aides soignantes sont en théorie mieux adaptés (et peut-être moins coûteux, mais ceci demanderait une meilleure connaissance du service rendu, cf. point 4) pour ce qui est des qualifications que les IDEL pour gérer la diversité des besoins de prise en charge.

### **3. Le service rendu par les SSIAD et les IDEL n'est pas strictement substituable.**

Les SSIAD ont un rôle de coordination des soins et interventions auprès de la personne âgée malade ou dépendante qu'ils prennent en charge, afin d'éviter les hospitalisations qui peuvent l'être, faciliter un retour rapide au domicile après hospitalisation, et prévenir ou retarder la dépendance qui impliquerait une prise en charge en institution. C'est donc un élément essentiel de la priorité affichée du maintien à domicile. Ils rejoignent sur cette fonction le rôle du « gestionnaire de cas », que le plan Alzheimer en cours d'élaboration veut promouvoir.

Leur mode d'intervention – diversité des personnels selon les besoins, coordination avec les autres intervenants, organisation de la permanence de la prise en charge- va donc au-delà de ce que font les IDEL rémunérées à l'acte. Les données disponibles ne permettent pas de comparer les populations prises en charge : mais on sait (DREES 2002) que les SSIAD prennent en charge environ 10% de GIR1 et 40% de GIR 2 parmi leur clientèle, que 45% souffrent de dépendance psychique, et que la moitié des entrées font suite à une hospitalisation. Les infirmiers sont d'ailleurs très minoritaires dans le personnel salarié des SSIAD, et affectés principalement à des fonctions de coordination, alors que les actes infirmiers sont majoritairement effectués par des infirmiers libéraux rémunérés par le SSIAD. Et dans ce cas, ce qui est logique, ils effectuent à plus de 80% des actes infirmiers de soin, et très minoritairement des AMI.

De ce fait, geler l'implantation des SSIAD dans des zones géographiques « surdenses » en IDEL risque de se faire au détriment de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, et amener à des prises en charge en institution qui auraient pu être évitées ou retardées. Il faudrait donc, si un gel conjoint des implantations d'IDEL et de SSIAD devait être décidé dans certaines zones, l'assortir d'un mécanisme de coordination des interventions d'IDEL avec les autres acteurs médico-sociaux afin de procurer sur ces zones, pour les personnes les plus dépendantes, un service qui se rapproche autant que possible de celui offert par les SSIAD.

#### **4. La question du système d'information et de la tarification des SSIAD**

La note de l'IGAS met en exergue (point 1.2), du fait de leur financement au forfait, que la connaissance de l'activité des SSIAD est insuffisante. En particulier, les rapports d'activité qui remontent aux DDASS et à la DGAS ne sont pas assez fiables pour permettre un degré de connaissance comparable à celui de la CNAMTS pour les infirmiers libéraux. Même cette base d'information ne fait pas l'objet d'une exploitation régulière, la dernière (et seule) enquête exhaustive de la DREES portant sur l'année 2002, comme le note l'IGAS.

La CNSA rejoint ce constat, et a commencé à initier des travaux destinés à y remédier. Outre l'étude spécifique « SSIAD lourds », la CNSA a inscrit à son programme de travail 2008, dans le cadre de la convention qui la lie à la CNAMTS, une étude sur la mesure de l'efficacité des SSIAD.

Par ailleurs, la CNSA rejoint les observations de l'IGAS quand à l'utilité de réexaminer les modalités de tarification des SSIAD. L'étude « SSIAD patients lourds » devrait contribuer à éclairer sur les évolutions possibles. Le principe d'un réexamen des modalités de tarification des SSIAD, qui est conditionné par une meilleure connaissance de leur activité, devrait être acté dans le cadre du « plan Alzheimer », afin de permettre un suivi renforcé auprès de certains patients : même si le phénomène n'est pas aujourd'hui mesurable, il est clair qu'une rémunération au forfait peut entraîner des effets d'éviction au détriment des cas les plus lourds.

**Avis de la DREES.**



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité**  
**Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports**  
**Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique**

**Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques**

**Sous-direction 'observation de la santé et  
de l'assurance maladie'**

Paris, le 23 janvier 2008

DREES-OSAM N° 08/06

**NOTE à l'attention de**  
**Monsieur André Nutte, chef de l'IGAS**

**Objet :** Observations de la Drees relatives à la note de synthèse des travaux du groupe de travail piloté par l'IGAS sur "Analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers"

- En réponse à la recommandation suivante figurant dans la note de synthèse citée en objet :

*« La mission préconise que soit lancé un chantier, piloté par la DREES, en collaboration notamment avec l'INSEE, la délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (DIACT) et la délégation interministérielle à la ville (DIV), afin de définir un zonage pertinent en milieu urbain pour évaluer l'offre et les besoins de soins. Ces travaux pourraient être inscrits dans le prochain programme de travail de la DREES, avec pour perspective de déboucher sur des propositions utiles au plus tard en 2009. »*

La Drees souhaite apporter les précisions suivantes qui ont été exposées au groupe en séance :

Un découpage des zones urbaines, selon une méthode et des critères cohérents sur l'ensemble du territoire, doit partir de l'observation du fonctionnement interne des espaces urbains. Cette opération, à l'instar de celle qui a conduit en 2002-2003 à délimiter des bassins de vie pour le monde rural, suppose le pilotage d'un groupe de travail inter-administratif mobilisant des problématiques et des données relatives à des champs divers et complémentaires de la fréquentation des espaces intra urbains. Seul l'Insee, généraliste sur les questions territoriales et d'action régionale, a la légitimité et les compétences pour piloter une telle opération et ses travaux commenceront en toute hypothèse au plus tôt en 2009 avec les premiers résultats finement localisés du nouveau recensement.

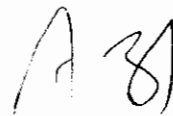
- En réponse à la recommandation page 14 *« Améliorer la connaissance de l'activité des SSIAD et des CSI, grâce à la mise en place d'un système d'information simple et régulier, en continu ou sur une période de référence, qui permette une régulation régionale et nationale, pilotée par la DREES en collaboration avec la DGAS »*, la Drees souhaite faire les réserves suivantes :

La sous-direction Observation de la solidarité de la Drees n'a pas pu instruire cette question dans le cadre des réflexions du groupe de travail, n'ayant pas été consultée suffisamment en amont. A ce stade, la Drees estime qu'elle n'a pas les moyens de réduire les délais entre deux enquêtes SSIAD successives (passer à du bi-annuel ou du tri-annuel). Une enquête de ce type ne peut être envisagée qu'à un rythme quadriennal. Pour disposer de données plus régulières, il paraît donc raisonnable d'expertiser la possibilité d'une remontée d'information par le biais

des CRAM ou par un aménagement des rapports annuels. La Drees ne peut cependant à ce stade que s'engager sur le pilotage d'une étude préalable d'un tel système d'information, à mener en liaison avec la DGAS, la CNSA et la CNAMTS.

La Directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et  
des statistiques

Anne-Marie BROCAS

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A M Brocas', written in a cursive style.

Copie : Madame Emmanuèle Jeandet-Mengual, Monsieur Jacques-Bertrand de Reboul (Igas)

**Avis de la FNI.**





## Commentaire note de synthèse des travaux du groupe de travail IGAS sur l'analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers

La Fédération Nationale des Infirmiers partage le constat de la mission IGAS sur la qualité du dialogue entretenue tout au long des réunions du groupe de travail.

### ❶ Sur l'exclusion du champ du groupe de travail des questions relevant globalement des modes de financement et de tarifications des soins infirmiers :

La FNI s'interroge toujours sur la volonté affichée à plusieurs reprises (pages 5 et 26) dans la note de synthèse d'exclure du champ du groupe de travail des questions relevant globalement des modes de financement et de tarifications des soins infirmiers. Cette question essentielle à nos yeux conditionne les modalités de prise en charge des patients. On peut s'interroger à ce sujet d'autant plus que dans la note de synthèse apparaissent d'une part, très clairement les effets pervers induits par les deux modes de tarification et d'autre part, des propositions qui tendent à présenter des alternatives aux modes de financements actuels des offreurs de soins. Ce paradoxe mérite à nos yeux d'être souligné.

#### ⇒ Les effets pervers du paiement à l'acte : la multiplication des actes

Page 12 1.1.2.2

*« ...A l'autre bout de la chaîne, s'agissant des soins quotidiens de toilette et des soins relationnels, il y a sans doute également des pratiques substitutives et/ou redondantes entre infirmiers, aides soignants et auxiliaires de vie. Celles-ci peuvent être dues tout autant au manque de places de SSIAD ou à la présence d'infirmière libérale, qu'à la surdensité des infirmiers libéraux les amenant parfois à pratiquer des actes en AIS qui pourraient ne pas être strictement indispensables. ... »*

Ceci peut d'ailleurs laisser à penser que seuls les infirmiers libéraux réalisent des prises en charge qui peuvent ne pas être indispensables, dans les secteurs à offre globale élevée, rien ne prouve actuellement que les prises en charge effectuées par les structures sont toutes médicalement justifiées y compris dans les zones à faible densité d'offre de soins.

#### ⇒ Les effets pervers du paiement à la dotation ou au forfait : La sélectivité des patients

Page 19 3.1.1

*« ... D'autres critères, évoqués lors des réunions du groupe de travail, semblent en revanche devoir être écartés. Il s'agit notamment de la prise en compte des listes d'attente des SSIAD. On aurait pu penser que cet indicateur renseignerait sur leur capacité à prendre en charge les demandes sur un territoire donné. Dans les faits, la mission a pu observer que ces listes n'avaient pas forcément de sens. Les refus de prise en charge peuvent être liés à un coût induit trop important au regard de l'activité actuelle du SSIAD.... »*

Les actes infirmiers réalisés par le secteur libéral dans le cadre d'une prise en charge conjointe Infirmière libérale /SSIAD sont facturés à la structure, cela induit une sélectivité des patients liée à la charge en soins techniques (cotés en AMI) lors de la prise en charge SSIAD. Moins la charge en soins techniques est importante plus le patient est économiquement rentable pour la structure.

## **② Sur les propositions qui tendent à présenter des alternatives aux modes de financements actuels des offreurs de soins :**

Page 26 4.3

*« ...Pour les professionnels libéraux, cela pourrait se traduire par une rémunération forfaitaire des actes cotés en AIS réalisés au cours de la période considérée, le volume d'actes rémunérés par l'assurance maladie étant arrêté a priori lors de la réponse à l'appel d'offre. On pourrait envisager que ce forfait soit supérieur à l'application des coefficients actuels des AIS, en contrepartie d'une acceptation par les professionnels libéraux d'un engagement contractuel sur le volume des actes cotés en AIS.*

*Pour les services de soins infirmiers, la réponse à l'appel d'offre se traduirait par une augmentation du nombre de places autorisées dans les services concernés, ou une augmentation du forfait leur permettant de prendre en charge une proportion plus importante de patients plus lourds... »*

Cette proposition correspond pour la FNI à l'instauration de seuils d'activité alors même que cette mesure a été éradiquée de la Convention Nationale Infirmière en juin 2007.

Si malgré tout cette proposition était retenue, la Fédération Nationale des Infirmiers veillera particulièrement à ce que l'expérimentation d'un mécanisme d'appel d'offre globale tel que décrit dans la note de synthèse soit conditionnée à une estimation indiscutable de la charge en soins dans les SSIAD, mais aussi à ce que la rémunération du forfait envisagé pour le secteur libéral en remplacement de l'application des coefficients actuels des AIS soit financièrement le même que pour les structures SSIAD.

## **③ Sur les critères d'évaluation de l'offre libérale et des besoins en soins infirmiers :**

Page 18 3.1.1

*« ... Une forte proportion d'AIS dans l'activité globale (plus de 30% par exemple) tendrait donc à indiquer que la densité de professionnels est forte ou trop forte sur le territoire considéré.*

*Inversement, une forte proportion d'AMI serait le signe d'une tension sur l'offre et sans doute une sous-densité de professionnels... »*

La Fédération Nationale des Infirmiers indique très clairement qu'il est dangereux de corrélérer directement l'offre à la demande en soins. Cette corrélation amène implicitement le lecteur à considérer que c'est l'offre en soins qui crée la demande.

En l'absence d'éléments qualitatifs qui puissent conforter cette thèse, la FNI émet des réserves sur cette corrélation. De plus le seuil (30%) indiqué dans la note de synthèse nous apparaît comme complètement subjectif et incohérent au regard des statistiques nationales même s'il n'est cité qu'en exemple.

## **④ Sur la conversion de l'activité des SSIAD en AMI et AIS :**

Page 20 3.2

*« ....Dans l'attente d'un système d'information qui permette d'avoir une estimation fiable de l'activité en soins infirmiers assurée dans les SSIAD d'un territoire donné (cf. 1.2. de la présente note), une conversion standard du nombre de places de SSIAD en coefficients d'AMI et d'AIS permettrait d'avoir une estimation de l'offre globale en soins infirmiers disponible, par agrégation avec l'activité des libéraux. Plusieurs études ont déjà conduites en ce sens par des URCAM et la Direction de la stratégie, des études et des statistiques de la CNAMTS.*

*Deux solutions de transition sont ainsi envisageables :*

*La première repose sur l'hypothèse qu'un patient en SSIAD a les mêmes besoins qu'un patient recevant des AIS assurés par une infirmière libérale. Un niveau moyen d'AIS par patient peut ainsi être dégagé et appliqué au nombre de places installées de chaque SSIAD.... »*

La Fédération Nationale des Infirmiers s'est réjouie de la volonté de la mission de réaliser une simulation de conversion de l'activité des SSIAD en coefficients AIS et AMI, l'hypothèse retenue introduit un biais majeur. Elle évince de l'activité des SSIAD les prises en charge non journalières opérées par ces structures. Ce type de prise en charge constitue pour les SSIAD « un volant de correction des rémunérations » largement utilisé.

Sans vision précise du taux de prises en charge non journalières (elles peuvent être bi hebdomadaires ou tri hebdomadaires) le postulat de départ qui repose sur l'hypothèse qu'un patient en SSIAD a les mêmes besoins qu'un patient recevant des AIS par une infirmière libérale ne tient en aucun compte de la sélectivité des patients. Cette sélectivité est induite par les différents modes de rémunération (paiement à l'acte pour le secteur libéral et paiement au forfait pour les SSIAD).

Pour être plus précis une infirmière libérale ne peut facturer des actes que s'ils ont été réalisés, à contrario, la rémunération au forfait permet pour un tarif invariable la prise en charge de patients lourds (avec passages pluriquotidiens) comme la prise en charge de patients légers (nécessitant trois passages hebdomadaires par exemple).

A elle seule cette différence au niveau des modes de rémunération invalide l'hypothèse de départ. C'est la raison pour laquelle la Fédération Nationale des Infirmiers privilégie nettement la deuxième solution qui consiste à opérer cette conversion sur la base d'une estimation de la charge en soins infirmiers dans les SSIAD.

## **⑤ Sur les mesures incitatives dans les zones déficitaires :**

### **□ Formation spécifique à l'exercice libéral**

Page 21 4.1

*« ... ► Une formation spécifique à l'exercice libéral du métier d'infirmier.*

*Dès la formation dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), il apparaît souhaitable de sensibiliser les futurs infirmiers à la pratique libérale. Un module de formation spécifique, comportant un stage auprès d'un infirmier libéral, devrait être intégré au cursus et s'adresser à tous les futurs infirmiers.... »*

La Fédération Nationale des Infirmiers a très clairement exposé au cours des réunions de travail les raisons qui l'ont motivée à envisager non pas un module de formation intégré au cursus du D.E. mais une formation spécifique préalable à l'installation.

C'est la justification d'un projet professionnel par le candidat à l'installation en libéral qui est susceptible de freiner les installations par défaut d'embauche dans les structures de soins (hôpitaux ou autres).

Un nombre marginal de professionnels nouvellement diplômés souhaite s'installer dès l'obtention du D.E. Ceci est dû en particulier aux contraintes qui pèsent sur l'exercice libéral. Dans ce contexte, la F.N.I. peut penser à juste titre qu'une formation spécifique préalable à l'installation non intégrée au D.E généraliste qui remplacerait l'obligation des deux années d'exercice en milieu encadré avant toute installation en libéral ne créerait pas « d'appel d'air » vers le secteur libéral. Par contre une telle disposition serait de nature à filtrer les installations par défaut et de ce fait renforcerait la qualité des recrutements en secteur libéral.

## **⑥ Sur les mesures de simplifications administratives**

Page 24 4.1

« ... Enfin, des mesures de simplification administrative et d'aide à la gestion sont à envisager avec les caisses d'assurance maladie :

- Centralisation sur un mode de guichet unique de toutes les informations sur les aides, les contraintes et les modalités de gestion du cabinet.
- Appui à la première installation et mesures d'aide à la gestion du cabinet
- Dispositif de « bourse de remplacement » pour assurer la continuité des soins et aider à la recherche de remplaçant... »

La Fédération Nationale des Infirmiers regrette que la mission n'ait pas retenu une proposition faite en séance de travail et qui consiste à simplifier la procédure de transfert de données électroniques entre les caisses d'assurance maladie et les cabinets pluri praticiens. Aux yeux de la F.N.I. la simplification de la procédure SESAM VITAL dans le cadre de cabinet pluri praticien est une mesure de nature à encourager les regroupements de professionnels.

## **⑦ Sur l'articulation et la coordination des soins infirmiers entre SSIAD et infirmiers libéraux :**

Page 27 5.1

« ... La FNI notamment a proposé que soient sortis du forfait SSIAD les actes infirmiers pratiqués par des libéraux pour éviter que les services ne limitent le recours à des infirmiers libéraux pour des raisons purement financière, afin de respecter l'enveloppe qui leur a été allouée. Les IDEL seraient rémunérés directement par l'assurance maladie. Les représentants de l'offre en structure au sein du groupe se sont exprimés clairement contre ce projet, au nom de la vocation même des SSIAD d'assurer une prise en charge globale des patients, tout en affirmant leur engagement à continuer de collaborer avec les professionnels libéraux... »

La Fédération Nationale des Infirmiers souligne la distinction qu'elle souhaite voir opérer entre le paiement des actes d'une part et la coordination des prises en charge dès lors qu'il y a intervention commune auprès d'un patient d'autre part.

La F.N.I. ne perçoit pas en quoi le mode de paiement des actes puisse nuire à la prise en charge globale du patient au sens clinique du terme. La prise en charge globale du patient ne saurait être l'alibi susceptible de cristalliser des relations équivoques. Sur le sujet, les positions dogmatiques des représentants des structures mettent en relief l'ambiguïté des relations structures / secteur libéral.

Rien n'empêche l'élaboration de conventions qui garantiraient une bonne transmission et coordination entre les infirmières libérales et les structures mais qui excluraient le lien de subordination économique à la structure.

Pour la F.N.I. une bonne collaboration repose sur un partage des prérogatives dans la relation structures/IDEL.

Sur le plan médico économique l'externalisation des AMI aurait pour effet de réduire la sélectivité des patients, permettrait la prise en charge commune de patients lourds en dehors de contingences matérielles, cette mesure simple serait de nature à diminuer la file active au niveau des urgences hospitalières. Des expérimentations sur des bassins de vie déterminées et en relation avec les URCAM concernées permettraient de vérifier ces hypothèses, la F.N.I. déplore que la mission écarte cette possibilité.

## **⑧ Sur l'expérimentation d'une coordination renforcée et contractualisée avec les différents professionnels :**

Page 28 5.4

« ... L'extension du rôle de l'infirmier coordonnateur à un rôle de coordonnateur de zone pour les soins infirmiers lui paraît envisageable, en tout cas mériter une expérimentation. Mais les infirmiers libéraux ont vivement manifesté leur opposition à une telle dimension ; il faudrait donc l'entourer de garanties pour qu'elle puisse être acceptée, même à titre expérimental. Au-delà de la convention classique qui lie les infirmiers libéraux intervenant en SSIAD avec le service, il faudrait probablement tisser un réseau conventionnel d'adhésion avec l'ensemble des professionnels intervenant dans une zone donnée pour les soins infirmiers, sur une base négociée où chacun trouverait son compte.... »

Pour la Fédération Nationale des Infirmiers cette proposition est en total décalage avec les réalités du terrain. Dans le contexte actuel, la Fédération Nationale des Infirmiers s'opposera à ce type d'expérimentation qui risquerait de créer une filière captive de patients vers les structures. La F.N.I. est fermement attachée à la liberté de choix du patient, de plus une telle mesure renforcerait les possibilités de sélection du patient au niveau des structures SSIAD (cf. point ①).

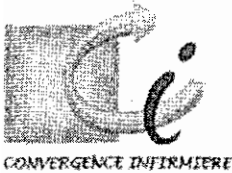
### **Conclusions :**

La Fédération Nationale des Infirmiers regrette l'absence, au niveau de la note de synthèse, de données chiffrées un peu plus détaillées notamment sur le nombre de patients ayant reçu des soins en AIS par le secteur libéral en 2006 par exemple. Au regard du système d'informations performant de l'assurance maladie, il aurait été alors possible d'éclairer le lecteur sur les proportions de prise en charge des personnes dépendantes dans notre pays par le secteur libéral d'une part et par l'offre en structure d'autre part. La Fédération Nationale des Infirmiers exprime ses plus grandes réserves quand à la méthode de conversion de l'activité des SSIAD en AMI et AIS qui est préconisée préférentiellement par la mission.

Cependant, la Fédération Nationale des Infirmiers partage 19 des 20 préconisations faites par la mission IGAS et mais ne cautionne pas à ce jour la préconisation n° 13 concernant l'extension du rôle de l'infirmier coordonnateur de SSIAD à un rôle de coordonnateur de zone pour les soins infirmiers.

Fait à Paris le 09 janvier 2008

**Avis de Convergence infirmière.**



Paris, le 21 janvier 2008

*A l'attention de Madame Emmanuelle GEANDET- MANGUAL  
A l'attention de Monsieur Jacques-Bertrand de REBOUL*

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre note en date du 4 janvier 2008 relatant votre appréciation concernant la mission attribuée à votre institution.

Comme convenu, nous vous exposons nos observations au sein de ce courrier, afin qu'elles puissent être reprises, nous l'espérons, dans votre note définitive.

Tout d'abord, Convergence Infirmière vous a transmis un document en date du 28 décembre 2007, ainsi qu'un document qui vous a été remis en main propre dès notre première rencontre. En aucun cas, votre note ne reprend des mesures et des propositions émises par notre organisation.

En tout état de cause, il serait impératif à la remise de votre rapport définitif, d'y adjoindre, l'ensemble des propositions remises par les différentes organisations ayant participé aux réunions.

Selon nous, cette note est réductrice au regard des objectifs initiaux fixés par la lettre de mission.

Convergence Infirmière  
43 rue Beaubourg 75003 paris  
Tel : 01 49 96 40 96  
Fax 01 42 71 05 27

En effet, selon votre note, l'intervention des infirmiers libéraux dans les EHPAD, ferait plutôt l'objet des concertations dans le cadre des Etats Généraux de l'offre de santé (EGOS).

En aucun cas, Convergence Infirmière ne partage cette analyse et souhaiterait que cette question soit traitée dans le cadre de cette mission comme le précise le Ministre. Ce dernier souhaite la mise en place du décret d'application qui doit simplifier le maintien des infirmiers libéraux en EHPAD malgré la réforme de tarification.

D'ailleurs, cette demande fut mise en avant par Convergence Infirmière avec le soutien de certaines organisations syndicales infirmières participant à la mission.

De plus, la mission avait aussi pour objet, d'analyser, je cite « *les avantages comparés d'une réponse libérale et d'une réponse institutionnelle. Dans ce cadre, elle pourra étudier l'opportunité de développer de nouvelles formes d'organisation et d'intervention des infirmiers libéraux auprès des patients à domicile et s'attachera à définir les conditions d'expérimentations qui pourraient être financées par le futur fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins* ».

Malgré nos propositions, aucun de ces chantiers, n'a été ouvert par la mission.

Avant d'analyser les autres points de votre note, je tiens à vous dire que mon organisation conteste cette note car elle ne remplit aucunement les attentes des infirmières et soutenu par le Ministre, avant la signature du protocole d'accord avec les Caisses d'Assurance Maladie.

Concernant les HAD, la mission estime qu'il est difficile voir impossible de « normer » la réalité sachant que l'état d'un patient est évolutif.

Convergence Infirmière n'est pas d'accord avec ce point de vue car elle ne répond pas aux fortes inquiétudes des professionnels.

Nous préconisons d'approfondir ce sujet et de mieux adapter les critères d'inclusion des patients dans les HAD. Cela, afin d'éviter, des dépenses inutiles ainsi que des crispations des infirmiers libéraux.

Concernant les SSIAD, votre rapport met en avant, le manque de cohérence entre le nombre de SSIAD et les intervenants libéraux, notion totalement partagée par notre organisation mais certaines mesures que vous préconisez sont contestées par notre organisation syndicale.

Par exemple, après qu'une zone « sur dense », avec limitation du conventionnement des infirmières et l'arrêt de création et d'extension des SSIAD, vous précisez que si cette zone devient « normale », les installations devront ce faire en corrélation avec la création de lits de SSIAD, Convergence infirmière conteste vivement cette mesure.

Une organisation syndicale infirmière a souhaité le paiement direct des soins AMI par les Caisses, délivrés par des infirmiers libéraux à des patients pris en charge par les SSIAD.

Convergence Infirmière quant à elle, préconise, que les soins AMI et ou AIS doivent être financés directement par la Sécurité Sociale s'ils sont effectués par les infirmiers libéraux.



Ces mesures ont fait l'objet de propositions par Convergence Infirmière dans les EHPAD, vu que les Administrations Centrales, DDASS, DGAS et directeurs d'établissements sont dans l'incapacité de concilier les tarifs de soins versés sous formes de forfait et les modes de rémunérations des libéraux ainsi que les problèmes sur la participation des charges sociales dans les structures.

Comme ces sommes sont versées par les Caisses, le paiement direct par la Sécurité Sociale serait la mesure la plus simple et la plus pragmatique et de plus, serait la plus efficace.

Sur vos propositions concernant les organes de régulation, tant au niveau national que régional, vos pistes rencontrent selon nous, un avis favorable. Cependant, la création des futures ARS et leurs compositions traduisent beaucoup d'inquiétude chez les libéraux et par conséquent, au sein de notre organisation syndicale.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Marcel AFFERGAN  
Président Convergence Infirmière

Convergence Infirmière  
43 rue Beaubourg 75003 paris  
Tel : 01 49 96 40 96  
Fax 01 42 71 05 27

**Avis de la FEHAP.**



FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE  
PRIVÉS NON LUCRATIFS

**Madame Emmanuèle Jeandet-Mengual**  
IGAS  
39/43 Quai André Citroën  
75739 PARIS

Paris, le 25 janvier 2008

**Objet :** Avis sur le projet de note de synthèse des travaux du groupe de travail « Analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers »

***Dossier suivi par Samah Ben Abdallah et Franck Lecas***

Madame, Monsieur les Inspecteurs,

Vous avez bien voulu nous soumettre le projet de rapport IGAS relatif à l'analyse et les modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers et nous vous en remercions.

Nous souhaitons tout d'abord souligner la qualité du travail de synthèse. Notre fédération se satisfait dans sa globalité des propositions développées dans le rapport, pour autant, nous souhaitons formuler certaines objections de principe sur des éléments que nous considérons comme fondamentaux.

Tout d'abord, nous réitérons notre volonté d'identifier de manière spécifique l'activité des structures HAD et SSIAD de celle des infirmiers libéraux. Il serait tout à fait préjudiciable de remettre en cause la qualité et la légitimité de modes de prise en charge encadrés réglementairement et répondant incontestablement à des besoins de la population le plus souvent dépendante. Nous nous inscrivons donc dans une démarche de réflexion de prise en charge globale sans aucun esprit de polémique comme cela a été souvent le cas lors des débats. La méconnaissance des différents modes de prise en charge ne saurait conduire à des conclusions hâtives.

Ainsi, s'agissant de l'identification de l'activité réalisée en SSIAD. Nous partageons en effet le constat d'un manque de visibilité et d'indicateurs fiables sur ce point. La proposition qui consiste à mettre en place un système unique de collecte et de traitement des informations ne peut donc que recueillir notre accord.

Toutefois, l'hypothèse de la mise en place de nouveaux indicateurs d'activités pour les SSIAD, avec un nouveau circuit de transmission n'est pas sans susciter certaines interrogations. Ces derniers impliqueraient une nouvelle charge de travail pour les infirmières coordinatrices, à moins que ces indicateurs ne supplantent les précédents. Or, loin de plébisciter les indicateurs mis en place par la DGAS, et surtout la somme de travail que ces derniers impliquent pour nos services, nous tenons à souligner qu'ils sont imbriqués dans le dispositif de tarification des SSIAD et que leur suppression paraît difficile.

Pour les raisons que vous détaillez, les données de la DGAS ne sont pas fiables. Il serait alors sans doute plus opportun de renforcer leur pertinence en mettant en place des formations collectives à destination des référents DDASS et des structures.

Sur ce point, nous serions extrêmement favorables à l'utilisation de l'enquête élaborée dans le cadre des travaux menée par la DGAS et la CNAMTS dite « patients lourds » en tenant compte toutefois de la dimension « coordination » du SSIAD portée par l'infirmier coordonnateur.

Nous tenons à souligner les missions de prise en charge globale et tout particulièrement de coordination dévolues aux SSIAD.

A cet égard, la logique retenue qui consiste à vouloir comparer l'activité des SSIAD et des infirmiers libéraux si elle est louable nous paraît tout à fait périlleuse à entreprendre et risque de conduire à des interprétations erronées.

En effet, si comme vous le proposez l'évaluation de l'activité des SSIAD devait se réduire à une simple transposition en AMI et AIS, de nombreuses dimensions de la prise en charge en SSIAD risquent d'être obérées. Une telle solution, si elle était retenue ne pourrait être que réductrice mais surtout conduire à un dérapage sémantique entre activité de SSIAD et activité de soins infirmiers libéraux. Nous rappelons que si certaines activités peuvent parfois se superposer, elles ne concernent que 10% des cas observés.

L'intitulé de certains titres du rapport est à cet égard relativement significatif et évocateur quant aux conclusions auxquels le rapport semble vouloir aboutir. Ainsi, vous retenir que « Le rôle des infirmiers coordonnateurs au sein des SSIAD ne fait pas l'unanimité parmi les infirmiers libéraux », cette affirmation qui de devrait engager que le point de vue des infirmiers libéraux nous paraît quelque peu provocatrice dans le cadre de ce rapport.

Plus largement, cette approche exclut toute prise en compte de l'activité des SSIAD concernant :

- la coordination multidisciplinaire tant sur le plan social que médico-social et sanitaire ;
- l'évaluation des besoins et les réajustements éventuels lors des transmissions ciblées ;
- la prévention et l'éducation à la santé ;
- l'évaluation et le contrôle des actes réalisés par les salariés et par les intervenants libéraux ;
- la démarche qualité par l'évaluation interne puis l'évaluation externe ;
- l'évaluation des pratiques professionnelles.

Il nous apparaît indispensable, de prendre en compte ces éléments qui marquent la distinction entre une intervention effectuée par un infirmier libéral et une prise en charge globale assurée par un SSIAD.

Sous ces quelques réserves, notre fédération est bien évidemment favorable à l'ensemble de la démarche engagée dans le rapport que vous nous soumettez.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur les Inspecteurs, l'expression de notre considération distinguée.

Yves-Jean DUPUIS  
Directeur Général

**Avis de l'UNIOPSS.**

## **Groupe de travail IGAS**

### **Analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers**

#### **Projet de rapport**

#### **AVIS DE L'UNIOSS**

La lecture attentive du projet de rapport que vous avez bien voulu nous soumettre pour avis appelle de notre part les remarques suivantes :

La mission confiée à l'IGAS était centrée sur les modalités de régulation globale de l'offre de soins infirmiers. En intégrant dans le périmètre de l'étude les soins infirmiers délivrés par les IDEL, les SSIAD et les Centres de santé (CSI), le rapport tend à assimiler les soins dispensés par ces trois types d'acteur dont la mission n'est pas pourtant pas strictement superposable, quant bien même la nature des soins dispensés serait identiques. En effet les SSIAD offrent par définition une prise en charge globale de la personne âgée ou handicapée qui ne peut se résumer à la seule dispensation actes infirmiers. Cette particularité est caractérisée par la présence et le rôle propre de l'infirmière coordinatrice qui par le plan de soins qu'elle formalise et le suivi qu'elle assure garantit à la fois une articulation avec les autres intervenants sociaux, médico-sociaux ou de santé et une évolutivité de la prise en charge.

Dans le même ordre d'idée, les centres de santé ne se contentent pas d'être de simples dispensateurs d'actes infirmiers, ils coordonnent leur intervention avec celles des autres acteurs sanitaires et sociaux et ils sont avant tout au sein des territoires où ils sont implantés les promoteurs et artisans déterminés et déterminants des actions de promotion de la santé et constituent à ce titre un des pivots essentiels des politiques de prévention.

A ces deux motifs il nous semble que le projet de rapport devrait valoriser plus qu'il ne fait dans son actuelle version, le rôle propre de chacune des composantes de l'offre de soins infirmiers. A ce titre, la pertinence des centres de soins en termes de coordination et d'exercice groupé de professionnels infirmiers mériterait d'être soulignée, notamment au regard des problématiques très actuelles d'attractivité de la profession et de continuité des soins. Si l'avenir des centres peut poser question dans la place qu'ils occupent dans les politiques publiques – il est vrai qu'ils représentent moins de 1% de l'offre de soins ambulatoire – ils sont sur certains territoires indispensables soit qu'ils sont la seule offre existante, soit qu'ils agissent de manière complémentaire avec le SSIAD et l'HAD.

Le projet de rapport énonce une série de propositions visant à améliorer les modes de régulation de l'offre de soins infirmiers.

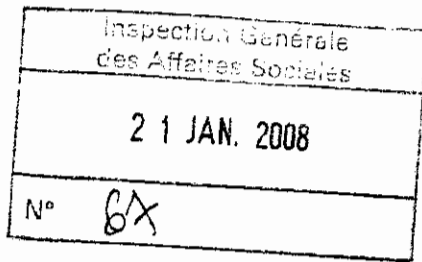
Si nous sommes prêts à considérer le fait que le développement des capacités d'accueil en SSIAD doit s'exercer prioritairement dans les zones sous denses, nous souhaiterions qu'en ce qui concerne la création de places nouvelles, la formulation du texte soit plus revue (page 30 : « *l'élaboration des PRIAC et les relations financières ... telles que définies en amont* »). En effet, le pouvoir d'autorisation et de tarification des SSIAD a vocation à être détenu par le représentant de l'Etat dans le département et il convient de rappeler le rôle des CROSMS qui ont avant tout dans le cadre des priorités définies par les schémas départementaux et les PRIAC, pour mission d'étudier les

opportunités en matière de développement de l'offre de services sociaux et médico-sociaux. La mission de la MRS ne peut intervenir qu'en amont pour le zonage et la définition du nouveau d'ouverture de la zone à l'implantation de nouvelles places de SSIAD.

En outre, concernant les mesures incitatives, nous nous étonnons de ne pas avoir vu reprises les propositions de mesures faites par le groupe de travail en direction des SSIAD et des CSI.

**Avis de l'ADMR.**





IGAS  
39-43 quai André Citroën  
75739 PARIS Cedex 15

Nos réf. :  
SB/CZ/013.08

A l'attention de :

*Madame Emmanuèle Jeandet-Mengual  
Monsieur Jacques-Bertrand Dereboul*

Paris, le 18 janvier 2008.

Madame, Monsieur,

Nous tenions à vous remercier pour la qualité du groupe de travail qui a été conduit sur le thème de l'offre de soins infirmiers. Ce groupe, au-delà des préconisations qu'il propose dans le rapport provisoire que vous nous avez communiqué, a permis la rencontre des représentants des structures et des infirmiers libéraux.

Conformément à votre demande, nous vous adressons nos remarques sur la version provisoire du rapport remis le 3 janvier 2008.

• P7, § 1.1.1.1 :

Il n'est pas exacte d'écrire que « l'offre des SSIAD est essentiellement réservée à la population des plus de 60 ans ». Depuis 2004, il y a un fort développement des places pour personnes handicapées. La loi le permet et des crédits sont octroyés pour cela. Dans notre réseau, nous avons une politique volontariste de développement en direction des personnes handicapées et plus largement des personnes de moins de 60 ans. Il serait peut être judicieux, à partir des chiffres fournis par la CNSA, d'indiquer le nombre de places pour patients de moins de 60 ans actuellement octroyées et la part prévue dans le cadre des 6000 créations de places annuelles.

• P7, § 1.1.1.2 :

Idem. Le terme « susceptibles » n'est pas assez fort. Même si les chiffres sont encore bas, sachez qu'il s'agit néanmoins d'une volonté forte des réseaux, tout au moins de l'ADMR.

• P9, §1.1.1.2, dernier paragraphe :

Dans la phrase, il faudrait indiquer que les Pouvoirs publics n'imposent pas une prise en compte de l'offre de soins infirmiers. En revanche, les réseaux, eux, ont toujours préconisé aux porteurs de projet d'aller rencontrer les représentants des infirmiers libéraux et de tenir compte de l'offre infirmière dans le dossier de demande de création.

.../...



UNION NATIONALE ADMR

184 A, rue du Faubourg Saint-Denis 75484 Paris Cedex 10 - Tél. : 01 44 65 55 55 - Télécopie : 01 44 65 55 56

Internet : [www.admr.org](http://www.admr.org) - E-mail : [info@admr.org](mailto:info@admr.org)

Association loi 1901 regroupant 3 200 associations locales titulaires de l'agrément qualité délivré par le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, membre de l'UNAF et de l'UNIOPSS - CCP Paris 5326-38K

• P9, 1.1.1.3 :

Le paragraphe nous semble trop négatif sur les centres de soins infirmiers. Nous avons développé depuis maintenant deux ans une politique de communication forte pour « positiver » l'action de ces centres. D'ailleurs, le rapport IGAS de janvier 2007 est le fruit de cette communication. Nous ne pensons pas que les centres de soins infirmiers ont « un avenir incertain » mais qu'au contraire leur développement devrait être mieux appréhendé car ils constituent une offre originale de l'offre de soins infirmiers et s'adressent en partie à des catégories de personnes spécifiques.

• P13, § 1.2 :

Là également, il faudrait indiquer que les Pouvoirs publics n'exploitent pas les informations car le paragraphe laisse à penser que les SSIAD ne fournissent pas les données nécessaires ou ne font pas preuve de transparence. Depuis 2005, les SSIAD doivent renseigner des indicateurs au travers du rapport d'activité. Dans notre réseau, nous avons dû procéder à des formations car les renseignements à fournir n'étaient effectivement pas évidents à appréhender. Nous sommes désolés que l'administration locale et nationale ne parvienne pas à une agrégation fiable des données alors que toutes les parties ont investi beaucoup en temps à la fois pour élaborer les indicateurs puis pour recueillir les données sur le terrain à intervalles réguliers.

• P14 :

Idem.

• P15, §1.2 :

Comme indiqué ci-dessus, l'élaboration des indicateurs a demandé beaucoup d'investissement. Nous ne sommes pas certains qu'il soit opportun de bâtir quelque chose de nouveau. Nous préférons une adaptation des indicateurs ou éventuellement davantage d'information et de formation. A vouloir sans cesse « détricoter » les règles de la loi du 2 janvier 2002, nos services ne s'y retrouveront plus !

• P19, § 3.1.1 :

La phrase « Les refus de prise en charge... » laisse à penser que les SSIAD ont le choix dans ce refus de prise en charge et que ce choix est dû au coût. Il faudrait préciser que les SSIAD sont contraints de refuser des prises en charge au regard du budget qui leur a été alloué et qui ne permet pas d'assumer certaines prises en charge « coûteuses » alors même que les patients relèveraient bien d'une prise en charge de ces services.

• P20, § 3.2 :

Pour information, nous avons une réunion avec la DGAS le 29 janvier sur les résultats de l'enquête patients lourds.

.../...

• P21, §4.1 :

Il semble que les mesures incitatives pour les SSIAD et les centres de soins infirmiers n'aient pas été mentionnées. Nous préconisons les mesures suivantes :

- Le SSIAD et les centres de soins infirmiers pourraient être le support d'expérience à de nouveaux infirmiers libéraux qui s'installent et à l'accueil de stagiaires avec une contrepartie financière. En revanche, ces infirmiers ne pourraient pas s'installer sur la zone desdits centres de santé ;
- Des aides au maintien et à l'installation : cette mesure existe déjà pour les centres de soins infirmiers depuis plusieurs années mais n'a jamais pu être appliquée du fait de l'attente du zonage en offre de soins infirmiers ;
- Les demandes d'autorisation ou d'extension de SSIAD et d'installation de centres de soins infirmiers pourraient être accélérées ;
- Un rebasage des dotations des SSIAD permettrait l'installation ou l'extension de places dans des zones déficitaires ou défavorisées.

Nous restons à votre disposition pour tout complément d'informations et vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos salutations distinguées.



Stéphanie BERTRAND  
Responsable  
Département Développement

**Avis de A Domicile.**

**Remarques relatives à la note de synthèse du groupe de travail piloté par l'IGAS sur l'offre de soins infirmiers et sa régulation**

Selon les données du rapport de l'IGAS 2006, au sein des 532 centres de soins infirmiers (CSI) travaillent 5000 infirmiers, soit 10% des infirmiers de proximité. Dès lors, il apparaît primordial de mettre en exergue les CSI comme dispositifs pouvant favoriser l'accès aux soins tant d'un point de vue géographique que financier (pratique du tiers payant).

Nous aurions souhaité que le rôle et la place des CSI au sein de l'offre de soins infirmiers fassent l'objet d'un développement plus important dans le cadre de ce rapport.

A ce titre, nous vous proposons de reprendre les éléments de la présentation ci-jointe que vous jugerez pertinents.

1. Pour ce qui concerne les rapports d'activité des CSI, il est nécessaire de préciser que les CSI adhérant à l'option de coordination (soit 75% selon l'étude CNAMTS en cours) ont l'obligation de remettre leur rapport d'activité aux CPAM sous peine de ne pas recevoir leur forfait de coordination.

Dès lors, il est à considérer que le défaut de connaissance de l'activité des CSI est inhérente à un manque d'exploitation de leur rapport d'activité, plus qu'à un défaut de transmission d'informations (cf. page 14).

2. Par ailleurs, lorsqu'il n'y a plus de possibilité de prise en charge par le SSIAD, les patients trouvent auprès des CSI un moyen de prise en charge tout aussi adéquat (cf. page 19).

3. Pour ce qui concerne la proposition de faire découvrir l'exercice du métier d'infirmier à domicile dans le cadre du cursus de formation des IDE, il semblerait intéressant que cela ne se limite pas à un type d'exercice, à savoir libéral. Nous proposons qu'il s'agisse de la découverte du métier d'infirmier à domicile avec la possibilité de stage auprès d'un infirmier libéral ou au sein d'un CSI (cf. page 21).

4. Il est fait mention de la possibilité de la mise en place un appel d'offre global dans un cadre expérimental, de manière à couvrir les besoins en soins infirmiers (soins relevant du rôle propre des infirmiers).

Ce dispositif devrait être également accessible aux CSI (cf. page 26).

5. Il est également fait référence à la possibilité de mettre en place une expérimentation relative à un rôle de coordonateur de zone pour les soins infirmiers. Il serait intéressant de préciser les acteurs qui sont éligibles à cette expérimentation. Pour ce qui est des CSI, il est à noter qu'ils sont également dotés d'un infirmier coordinateur (cf. pages 28 et 32).

6. Par ailleurs, il serait nécessaire de mentionner en tant que telle la nécessité de prendre en considération les différents types d'offres de soins infirmiers (CSI, SSIAD, IDEL) pour établir un diagnostic en termes de densité et, in fine, de besoins éventuels en soins infirmiers (cf. page 32.)

7. Pour ce qui est de la forme, nous souhaiterions que A DOMICILE Fédération Nationale soit également citée au titre des associations représentant les centres de soins infirmiers du fait que notre Fédération est la plus représentative (cf. page 9.)

Pour ce qui est de l'annexe VII, liste des personnes rencontrées, merci de bien vouloir mentionner Monsieur Hugues Vidor, Directeur Général et de préciser la fonction de Madame Aurore Rochette, conseiller technique santé.

**Avis de la FNEHAD.**

## DELEGATION NATIONALE

<b>Nom du document</b>	PROPOSITIONS DE MODIFICATIONS A LA VERSION PROVISOIRE DU RAPPORT DE L'IGAS RELATIF A L'ANALYSE DE L'OFFRE GLOBALE EN SOINS INFIRMIERS
<b>Rédigé par</b>	Mme le Dr HUBERT, M. Ph HERMANT et M. F BERARD
<b>Version – Date – Réf.</b>	Vd du 14 janvier 2008 – 2008-07
<b>Destinataires</b>	Mme E. MINGUAL et M. J-B de REBOUL

N°	n° page	n° de la partie concernée	Texte initial	Observations éventuelles	Texte proposé (reformulation )
1	12	1.1.2.2	<p><u>Intitulé du titre :</u>            « L'hospitalisation à domicile constitue une offre de soins spécifique, celle d'un établissement sanitaire de court séjour hors les murs, qui ne répond pas aux mêmes besoins mais qui, en pratique, peut se révéler parfois en partie concurrente de l'activité des IDEL et des SSIAD »</p>	<p>La FNEHAD conteste la formulation de ce titre pour deux raisons.  <b>D'une part</b>, il n'est pas juste de dire que les établissements d'HAD sont des établissements de court séjour. Il est fréquent que des patients relevant de l'HAD soient des patients de soins de suite et de rééducation voire de long séjour sanitaire.  <b>D'autre part</b>, il n'est pas conforme à la réalité que l'activité d'HAD concurrence celle des IDEL et des SSIAD. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé qui ont une mission spécifique fixée par décret rappelée dans l'arrêté d'autorisation du Directeur d'ARH. Les établissements d'HAD sont parfois employeurs de leurs infirmières et à d'autres occasions ils ont recours aux IDEL. En tout état de cause, la FNEHAD soutient un travail en complémentarité avec les professionnels libéraux. Toutefois, la FNEHAD reconnaît comme la mission IGAS qu'il peut y avoir localement « des pratiques redondantes [...] pour des patients situés à la frontière entre une prise en charge en HAD et une prise en charge de type SSIAD ou par un IDEL »</p>	<p>« L'hospitalisation à domicile constitue une offre de soins spécifique, celle d'un établissement de santé hors les murs, qui répond à des besoins définis et dont l'activité ne doit pas se révéler concurrente mais complémentaire de l'activité des IDEL et des SSIAD »</p>



2	27	5.1	<p>« Les représentants des SSIAD ont estimé que les forfaits n'étaient pas suffisants pour qu'ils prennent eux-mêmes en charge cette part de cotisations patronales. La mission n'a pas à ce jour... »</p>	<p>La FNEHAD a indiqué lors de son audition par la mission IGAS que les établissements d'HAD n'étaient pas encore assurés de pouvoir prendre en charge ces cotisations patronales.</p> <p>En tout état de cause, la FNEHAD a initié, avec les organisations syndicales des IDEL, pour établir des accords cadre qui auront vocation à régir les relations HAD / IDEL. Ces projets de convention sont en cours de finalisation. Elles prévoient les éléments d'un partenariat constructif, respectueux de leurs obligations respectives et les conditions financières de leurs interventions en HAD faute d'une réglementation contraignante sur le sujet.</p>	<p>« ... cette part de cotisations patronales. La FNEHAD ne souhaite pas se prononcer sur les modalités de prise en charge de ces cotisations sociales par ses établissements adhérents dans l'attente d'éclaircissements. Elle Indique par ailleurs qu'elle a engagé des négociations avec les organisations syndicales d'IDEL pour aborder concrètement les modalités financières de l'intervention de ces derniers dans les établissements d'HAD. La mission n'a pas à ce jour... »</p>
3	32	Proposition n°18	<p>« Assurer la cohérence entre le développement des services d'HAD prévu dans les SROS et l'activité des infirmiers libéraux et des SSIAD »</p>	<p>La FNEHAD souhaiterait clarifier cette formulation.</p> <p>Il ne doit pas être compris que les établissements d'HAD, les SSIAD et les IDEL appartiennent à une même catégorie juridique. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé autorisés par décision du Directeur d'ARH après avis de la Commission Exécutive et du CROSS. Cette décision est prise en application du SROS concerné.</p> <p>En revanche, il est justifié que les professionnels libéraux et en particulier les IDEL ainsi que les SSIAD soient concernés au moment de l'établissement des SROS.</p> <p>De la même façon, ainsi que l'expérience de certaines régions le démontre, le promoteur d'un dossier HAD est encouragé à associer l'ensemble « des professionnels du domicile » le plus en amont possible avant même le dépôt d'un dossier d'autorisation</p>	<p>« Consulter les organisations représentatives des infirmiers libéraux et les SSIAD lors de l'élaboration des SROS et encourager la concertation avec l'ensemble des professionnels du domicile lors de la constitution d'un dossier d'autorisation »</p>

**Avis de la CNAMTS.**



# **l'Assurance Maladie**

Caisse Nationale

Le Directeur Général

Date : 12 FEV. 2008

**Monsieur André NUTTE**  
**Chef de l'Inspection Générale des**  
**Affaires Sociales**  
**39-43 Quai André Citroën**

**75015 PARIS**

**N/Réf. : DDGOS/DOS/DPROF – D - 2008-1432**  
*Affaire suivie par Fanny RICHARD : 01 72 60 27 26*

**Objet : Note de synthèse provisoire relative à l'analyse et aux modalités de  
régulation de l'offre globale en soins infirmiers**

J'attache une grande importance à la note de synthèse relative à la régulation de l'offre globale de soins infirmiers que vous avez bien voulu me transmettre. En effet, la question de la répartition des soins infirmiers sur notre territoire apparaît comme un enjeu majeur de l'évolution de notre système de soins ambulatoires. Les écarts d'une zone à l'autre sont considérables et limitent les possibilités de réorganisation des soins à travers notamment le transfert des tâches : dans le nord de notre pays, des zones sous dotées en médecins sont également sous dotées en soins infirmiers ce qui limitera les possibilités de complémentarité entre professionnels pour s'adapter aux évolutions démographiques.

Dans ce contexte, l'UNCAM souhaite mettre en œuvre au cours de ce premier semestre et à travers une négociation conventionnelle la régulation démographique prévu par le protocole d'accord avec les syndicats infirmiers l'année dernière. Le déploiement de ce dispositif dans les meilleurs délais répond en effet aux préoccupations et à la volonté exprimées par le président de la République et par la Ministre de la Santé de la Jeunesse et des Sports.

Dans ces conditions, la neuvième préconisation du rapport qui concerne le blocage de tout accroissement des places en SSIAD dans les zones sur dotées en soins infirmiers corrélativement à la suspension de toute nouveau conventionnement d'infirmière est particulièrement importante. Les politiques publiques doivent être cohérentes si nous souhaitons rééquilibrer l'offre de soins infirmiers. Les règles actuelles d'installation des SSIAD sont très insuffisantes pour freiner l'accroissement de l'offre de soins infirmiers et de nursing dans les zones sur dotées.

J'aimerais toutefois exprimer quelques nuances par rapport aux préconisations de votre rapport. La régulation des soins infirmiers que souhaite mettre en place l'UNCAM, comme la loi de financement pour cette année l'y invite, concernera l'ensemble du territoire et non quelques régions. En revanche, nous sommes tout à fait conscients que le dispositif devra pouvoir évoluer en fonction de ses résultats. Dans ces conditions, conformément à vos préconisations, nous tenterons de prendre le mieux possible en compte les SSIAD dans la détermination du niveau de dotation en soins infirmiers des différents bassins de vie sur le territoire. Toutefois, les études sur ce sujet ne doivent pas retarder la nécessaire et urgente régulation des soins infirmiers. Une première méthode devra être appliquée et par la suite affinée au vu des études.

Je souhaiterais enfin vous confirmer l'engagement de l'assurance maladie et de l'UNCAM à participer pleinement aux travaux d'analyse que vous préconisez et à la nécessaire évolution du pilotage régional que vous esquissez. Au-delà de l'articulation nécessaire entre les SSIAD et les infirmiers libéraux, il faut en effet intégrer les autres offres de soins complémentaires et parfois concurrentes (notamment l'hospitalisation à domicile et les EHPAD).

L'importance des enjeux liés à la répartition des soins infirmiers sur le territoire a conduit l'UNCAM et les syndicats d'infirmiers libéraux à conclure un protocole d'accord novateur. Le gouvernement et le Parlement ont souhaité donner aux partenaires conventionnels la possibilité de le rendre opérationnel. Nous nous engagerons activement pour mettre en œuvre les préconisations de votre note de synthèse qui seront retenues par la ministre de la santé afin de mieux réguler l'offre de soins infirmiers sur notre territoire.



**Frédéric van ROEKEGHEM**