

Situation financière des centres de soins infirmiers

Rapport présenté par :

Anne-Marie LEGER et Huguette MAUSS

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

*Rapport n°RM2006-176P
Novembre 2006*

Situation financière des centres de soins infirmiers

Rapport présenté par :

Anne-Marie LEGER et Huguette MAUSS

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

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

***Rapport n° RM2006-176P
Novembre 2006***

Sommaire

INTRODUCTION.....	2
PREMIÈRE PARTIE : LE CONSTAT D'UNE MÉCONNAISSANCE GLOBALE DES CENTRES DE SOINS INFIRMIERS	4
1.1 UN CADRE JURIDIQUE QUI A ÉVOLUÉ AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES	4
1.1.1 <i>Des modifications successives des bases législatives et réglementaires des centres de santé</i>	<i>4</i>
1.1.2 <i>Un régime des autorisations allégé.....</i>	<i>5</i>
1.1.3 <i>Un ensemble de règles inachevé et une absence de suivi.....</i>	<i>5</i>
1.2 DES INTERLOCUTEURS NOMBREUX ET PLUS OU MOINS IMPLIQUÉS	6
1.2.1 <i>Des interlocuteurs nationaux multiples.....</i>	<i>6</i>
1.2.2 <i>Des initiatives locales à relayer.....</i>	<i>7</i>
1.3 UNE CONNAISSANCE PARCELLAIRE DE L'EXISTANT	8
1.3.1 <i>Une diminution significative du nombre de centres</i>	<i>8</i>
1.3.2 <i>Une répartition territoriale disparate</i>	<i>9</i>
1.3.3 <i>Des caractéristiques spécifiques</i>	<i>10</i>
1.4 UN POSITIONNEMENT DES CSI À LA CHARNIÈRE DU SANITAIRE ET DU SOCIAL	10
1.4.1 <i>Une activité de soins infirmiers de proximité.....</i>	<i>11</i>
1.4.2 <i>Un exercice reposant sur la notion de prise en charge globale.....</i>	<i>12</i>
1.4.3 <i>Un élargissement de leur domaine d'intervention prévu par les textes</i>	<i>12</i>
DEUXIÈME PARTIE : DES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES RÉCURRENTES.....	14
2.1 LES CSI SEMBLENT VOLONTAIREMENT IGNORÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE	14
2.1.1 <i>Une évolution "par à coups" des modalités de financement</i>	<i>14</i>
2.1.2 <i>L'accord national entre les CSI et l'assurance maladie partiellement mis en oeuvre.....</i>	<i>15</i>
2.2 LES EFFECTIFS D'INFIRMIERS ET LEUR MODE DE RÉMUNÉRATION.....	16
2.2.1 <i>L'évolution des effectifs.....</i>	<i>17</i>
2.2.2 <i>L'incidence de l'accord de branche du 29 mars 2002 sur les rémunérations.....</i>	<i>18</i>
2.3 UNE ACTIVITÉ ET UN MODE DE RÉMUNÉRATION À L'ACTE SIMILAIRES À CEUX DES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX.....	19
2.3.1 <i>Une rémunération à l'acte non remise en cause.....</i>	<i>20</i>
2.3.2 <i>Des charges fixes de structure.....</i>	<i>22</i>
2.3.3 <i>Des contraintes fiscales et sociales de droit commun</i>	<i>24</i>
TROISIÈME PARTIE : DES PERSPECTIVES LIMITÉES POUR LES CENTRES DE SOINS INFIRMIERS	26
3.1 UNE PLACE DANS L'OFFRE DE SOINS À RECONNAÎTRE.....	26
3.1.1 <i>Une responsabilité à assumer au niveau national.....</i>	<i>26</i>
3.1.2 <i>Des initiatives à encourager et à mutualiser au niveau local.....</i>	<i>27</i>
3.1.3 <i>Des restructurations et des efforts de gestion interne à conduire pour garantir la pérennité des services</i>	<i>27</i>
3.2 DES PROBLÉMATIQUES FINANCIÈRES SOUS CONTRAINTE.....	28
3.2.1 <i>Les carences de l'assurance maladie en matière conventionnelle.....</i>	<i>28</i>
3.2.2 <i>Prendre en compte l'accord de branche</i>	<i>29</i>
3.2.3 <i>Veiller à l'application de mesures fiscales.....</i>	<i>30</i>
3.3 DES ÉVOLUTIONS INDISPENSABLES MAIS LIMITÉES.....	30
3.3.1 <i>Conforter les CSI dans le cadre sanitaire</i>	<i>30</i>
3.3.2 <i>Une démarche d'intégration plus grande dans les SSIAD/HAD.....</i>	<i>31</i>

ANNEXES

Introduction

Par note du 7 novembre 2005, le ministre de la santé et des solidarités a demandé à l'IGAS d'effectuer une mission sur la situation financière des centres de santé infirmiers. Cette mission a été confiée en juin 2006 à mesdames Anne-Marie LEGER et Huguette MAUSS, inspectrices à l'IGAS.

Le ministre ayant été alerté par les fédérations des centres de soins infirmiers sur leurs difficultés, a souhaité qu'une attention particulière soit portée aux points suivants :

- la restructuration de l'offre en soins infirmiers des centres de santé, à mettre en relation avec la montée en puissance des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- le bien fondé de la demande formulée par l'une des unions d'allègements fiscaux spécifiques, comme la possibilité d'exonération ou de prise en charge partielle de la taxe professionnelle et de la taxe sur les salaires ;
- l'intérêt de l'autorisation de l'exercice salarié des aides soignants en centres de soins infirmiers ;
- le montant des forfaits de coordination prévus dans l'accord national entre l'assurance maladie et les représentants des gestionnaires des centres de santé ;
- la pertinence d'une augmentation de la prise en charge des cotisations sociales des centres de soins infirmiers par l'assurance maladie.

Ces préoccupations s'inscrivent dans un contexte marqué d'une part de renégociations à court terme avec l'assurance maladie pour le volet financement des centres de soins infirmiers, et d'autre part d'arrivée à échéance de la mise en œuvre de l'accord de branche étendu concernant les emplois et rémunérations des personnels exerçant dans ces structures.

Afin de conduire ses investigations, la mission a pu prendre connaissance d'un précédent rapport de l'IGAS¹ sur les centres de santé qui mentionnait incidemment les centres de santé infirmiers. Plusieurs constats portés alors gardent leur actualité, les auteurs soulignant notamment les enjeux contradictoires auxquels étaient soumis les centres de santé et la difficulté de cerner précisément les dépenses au niveau national.

La mission a rencontré l'ensemble des acteurs au niveau national : les directions d'administration centrale du ministère de la santé et des solidarités (DSS, DHOS, DGS, DGAS) et du MINEFI (DGI, direction de la législation fiscale), les organismes d'assurance maladie (CNAMTS, CCMSA, CANSSM), la CNSA, les fédérations représentatives des centres de santé et des syndicats d'infirmiers libéraux.

Elle s'est également déplacée sur plusieurs sites notamment : en région (Ile-de-France, Franche-Comté, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Midi-Pyrénées), en département (Paris, Nièvre, Nord, Aveyron, Maine-et-Loire). Au cours de ses déplacements, des réunions ont permis des échanges avec les services déconcentrés de l'Etat (DRASS et DDASS), les organismes d'assurance maladie (CPAM, URCAM, SSM) et les associations gestionnaires de centres ou leurs représentants. Les associations ont pu faire valoir leurs préoccupations et

¹ Rapport IGAS n° 1998-153 décembre 1998, Rapport sur les centres de santé présenté par Mme Anne Burstin, Mme le docteur Françoise Lalande et M. Georges Merlhe

plusieurs ont spontanément présenté leur compte de résultats à l'appui de leurs propos relatifs à la situation financière.

La mission a dressé d'emblée le constat d'une méconnaissance de ces structures, le terme « centres de soins infirmiers » étant souvent source de confusion avec les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) y compris dans les services de l'Etat. Alors même qu'ils occupent une place particulière dans l'offre de soins sur le territoire, ils sont rarement correctement identifiés. Les difficultés financières sont encore moins connues, à l'exception des régions (DRASS) qui ont été interpellées par des élus locaux. (Franche-Comté et Pays de la Loire). Bien que la problématique des centres de soins infirmiers (CSI) soit spécifique à la fois quant au mode de fonctionnement mais aussi de financement, ils ne font pas pour autant l'objet d'un traitement particulier. Ils sont toujours « rattachés » à des dispositifs plus généraux. Ainsi la création des CSI relève des dispositions relatives aux centres de santé, le personnel des centres relève d'un accord de branche des services à domicile ou de proximité, le financement est lié aux accords de revalorisation des actes infirmiers libéraux.

Dans ce contexte, les perspectives d'avenir de ces centres sont étroitement liées aux évolutions que pourront connaître globalement les centres de santé et aux conséquences d'une part des négociations menées à la fois pour la convention collective des personnels de l'aide à domicile et d'autre part des négociations avec les infirmiers libéraux pour la revalorisation des actes.

Sauf à remettre en cause la place des centres de soins infirmiers dans l'architecture des centres de santé, la prise en compte des difficultés financières passe par des négociations spécifiques avec la CNAMTS qui ne soient pas systématiquement liées à l'aboutissement des négociations avec les infirmiers libéraux.

Première partie : le constat d'une méconnaissance globale des centres de soins infirmiers

Les centres de soins infirmiers (CSI) 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 des actions sociales. 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). 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.

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 ambulatoires sur certains territoires.

1.1 Un cadre juridique qui a évolué au cours des cinq dernières années

Le cadre juridique concerne l'ensemble des centres de santé dont les centres de soins infirmiers ne sont qu'un sous-ensemble.

1.1.1 Des modifications successives des bases législatives et réglementaires des centres de santé

Inscrits initialement dans le code de la sécurité sociale, les centres ont été progressivement intégrés dans le code de la santé publique. Ce mouvement correspond à une volonté de positionnement de ces structures dans l'offre de soins.

Le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 a le premier fixé les conditions de fonctionnement des établissements dispensant des soins aux assurés sociaux. Il sera modifié par le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 qui dans son annexe 28 précisera les conditions techniques d'agrément que doivent remplir les dispensaires de soins pour être autorisés à fonctionner. Ces conditions concernaient l'organisation générale des centres : les locaux, les matériels, le personnel. Le salariat des personnels (médecins, infirmiers, dentistes) qui y exerçaient était un des principes de base de ces structures.

Le décret n° 77-483 du 22 avril 1977 modifie le décret de 1956 dans une annexe 28bis relative aux conditions d'agrément des dispensaires assurant un service de soins infirmiers. Ce texte pose les bases de la réglementation applicable aux centres de soins infirmiers.

La base législative des centres était inscrite dans le code de la sécurité sociale (art L. 162-32 du CSS), sous la terminologie « dispensaires », la loi 91-73 du 8 janvier 1991 a modifié cet article en substituant le terme « centres de santé » et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a consacré l'évolution de cette reconnaissance en inscrivant ces centres dans le code de la santé publique (procédure d'agrément). Le code de la sécurité sociale ne traitant plus que du volet conventionnement et financement.

La loi du 4 mars 2002 (article 53) a parachevé ce mouvement en leur reconnaissant une place spécifique dans le code (article L.6323-1 du CSP) dans le titre deuxième « autres services de santé » en leur consacrant un chapitre et en le complétant par la création d'une structure nationale de concertation des centres de santé. Toutefois, le décret d'application de cette structure nationale n'est toujours pas publié.

S'agissant des centres de soins infirmiers, qui ne sont qu'une des formes particulières des centres de santé, le décret 91-654 du 15 juillet 1991 a précisé que « les centres de santé qui n'ont qu'une activité infirmière portent l'appellation de centre de soins infirmiers ».

Le cadre juridique actuel repose sur

- l'article L.6323-1 du code de la santé publique et ses décrets d'application qui précisent les missions, la nature juridique et les modalités **d'agrément** des centres de santé ;
- les articles L.162-32, L.162-32-1 à 3 du code de la sécurité sociale et leurs décrets d'application pour le versement de subvention et le **conventionnement** (accord national).

1.1.2 Un régime des autorisations allégé²

Jusqu'en 2000, les créations de centres de santé relevaient d'une procédure d'autorisation par le préfet de région après avis d'une commission régionale d'agrément régie par le code de la sécurité sociale (anciens articles D162-3 à 17 du CSS).

A compter de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2000, les procédures ont été simplifiées, notamment l'avis de la commission régionale d'agrément est supprimé et les modalités de création sont intégrées au code de la santé publique (articles D.6323-1 à D.6323-6 du CSP).

L'agrément est délivré par le préfet de région, sur le rapport du médecin inspecteur de la santé publique et après avis de la caisse primaire d'assurance maladie où est situé le centre et. Les centres doivent respecter les conditions de fonctionnement fixées par les articles D.6323-7 à D.6323-22 du CSP (codification de l'annexe XXVIII du décret 56-284 du 9 mars 1956 modifié).

Les visites de conformité, qui doivent être effectuées dans un délai de trois semaines avant l'ouverture, incombent au médecin inspecteur. L'agrément est délivré pour une durée illimitée.

Afin d'assurer un suivi de ces structures, les centres sont tenus d'établir chaque année un rapport d'activité qui doit être communiqué au préfet de région et à la CPAM intéressée (article D.6323-6 du CSP).

1.1.3 Un ensemble de règles inachevé et une absence de suivi

Ce cadre juridique, profondément rénové, ne s'est pas accompagné d'un réel investissement, ni au niveau central, ni par les services déconcentrés, pour suivre le domaine des centres de

² la mission ne mentionne que les références à la nouvelle partie réglementaire du code de la santé publique mais qui sont essentiellement des transpositions d'articles réglementaires souvent mieux connus des interlocuteurs sous leurs anciennes références.

santé, *a fortiori* les CSI. Ainsi, l'obligation pour chaque centre de fournir un rapport d'activité annuel est-elle 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.

En outre, des dispositions réglementaires n'ont pas été prises, notamment celle relative à la mise en place de l'instance nationale de concertation. Cette situation anormale explique la méconnaissance du secteur par les administrations centrales qui produisent des règles dont elles sont incapables d'exploiter le potentiel.

Enfin, la mission considère que l'absence de pilotage par les directions d'administration centrale et la responsabilité partagée entre la DHOS et la DSS pour les deux volets organisationnel et financement contribuent au manque d'intérêt pour ce secteur. Cette situation est d'autant plus dommageable que plusieurs directions d'administration centrale sont concernées par les orientations ou positions qui peuvent être prises, ainsi, la DGS pour le volet formation des infirmières et la DGAS pour le volet négociation des conventions collectives avec la DGT ou encore la prise en compte de ces centres dans la politique en faveur des personnes âgées.

1.2 Des interlocuteurs nombreux et plus ou moins impliqués

La mission a conduit ses investigations sur les centres de soins infirmiers agréés en métropole sous la rubrique CSI et n'a pas pris en compte les centres infirmiers qui sont situés dans des centres polyvalents (une centaine en Ile-de-France). Elle a constaté fréquemment la confusion dans l'esprit des interlocuteurs entre les CSI, les SSIAD et les regroupements de cabinets d'infirmiers libéraux.

Bien que le domaine des CSI soit mal connu globalement et semble peu intéresser les institutions qui devraient naturellement se sentir concernées, on constate néanmoins la présence d'une pluralité d'intervenants. Les problématiques défendues par les fédérations ne sont pas toujours convergentes comme les recompositions des fédérations qui les représentent l'illustrent.

1.2.1 Des interlocuteurs nationaux multiples

Le poids de l'histoire des centres a marqué les orientations des partenaires, qu'ils soient nationaux ou locaux. Depuis les années 1980, le mouvement associatif s'est fortement mobilisé sur le volet du financement de ces structures. Les grandes fédérations et associations (UNACSS, UNIOPSS, FNMF, FMF, UNADMR, CRF) ont soutenu les revendications des gestionnaires locaux, certaines associations étant directement gestionnaires de centres locaux (CRF).

Le regroupement national des organisations gestionnaires des centres de santé (RNOGCS) qui réunit les huit signataires³ de l'accord national du 19 novembre 2002 avec la CNAMTS, joue un rôle de représentation mais aussi de lieu d'animation, de réflexion et de proposition sur le

³ Union nationale des associations coordinatrices des centres de santé (UNACSS), comité national de liaison des centres de santé (CNLCS), Croix Rouge Française (CRF), fédération de la mutualité française (FNMF), religieuses en profession de santé (REPSA), fédération des mutuelles de France (FMF), union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (UNADMR), union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)

champ général des centres de santé. Une organisation signataire (REPSA- religieuses en profession de santé-) représente des professionnels et non des structures. Pour mémoire, le RNOGCS a été créé à l'origine à partir d'un groupe national constitué en 1972 par les centres de soins infirmiers.

Au cours de l'année 2005 une recombinaison s'est faite au sein des organisations nationales. Une fusion a été entérinée en novembre 2005 entre la fédération nationale d'aide et d'intervention à domicile (FNAID) et l'UNACSS créant « A Domicile ». Parallèlement, certaines associations opposées à la fusion se sont constituées en une nouvelle fédération C3SI (confédération des unions régionales des centres de santé infirmiers).

Le poids relatif des différents regroupements ou fédérations est à apprécier avec prudence, certaines associations locales pouvant adhérer à plusieurs fédérations ou regroupements nationaux. En outre la prise en compte des préoccupations des CSI est variable selon le champ plus ou moins vaste couvert par les organisations nationales.

Au total, la mission a eu de nombreux interlocuteurs, porteurs de problématiques différentes mais qui ont l'habitude de travailler ensemble, notamment sur le champ des CSI. Les différentes fédérations ou organisations annoncent regrouper un nombre significatif d'associations locales :

- A Domicile : 150 CSI (fusion FNAID et UNACSS en 2005) ;
- C3SI : 62 associations soit 129 CSI, surtout implanté dans l'ouest ;
- UNA (ex UNASSAD) union nationale de l'aide, des soins et services aux domiciles : regroupe 1183 structures mais essentiellement d'aide et services à domicile. Elle est également un syndicat employeur ;
- UNADMR : 63 CSI, gère parallèlement de nombreux services d'aide à domicile ;
- CRF : 37 CSI, gère de nombreux centres de santé et établissements ;
- FNMF : 18 CSI gère par ailleurs des centres de santé polyvalents ;
- Régime minier : 7 CSI mais gère de nombreux centres médicaux et centres de santé ;
- REPSA est présente dans une centaine de CSI.

Le rôle des fédérations ou organisations nationales est essentiel dans les deux domaines de négociations que sont les accords de branche pour les rémunérations des personnels et l'accord national avec la CNAMTS pour le financement.

1.2.2 Des initiatives locales à relayer

Au niveau local, les fédérations et organisations nationales n'ont pas systématiquement une structuration régionale. La mission a pu néanmoins constater qu'une animation et une coordination des centres étaient souvent assurées par les URIOPSS ou par des comités *ad hoc*.

En Franche-Comté, le Comité Régional des Centres de Soins Infirmiers de Franche-Comté à but non lucratif (CORECSI) a été créé en février 2004 après une période de forte mobilisation des centres, pendant la période 2000-2002. A la suite de difficultés financières, des démarches ont été conduites entre les centres et les organismes d'assurance maladie et la DRASS. Ce comité, dont l'un des objectifs est de faire connaître et reconnaître les centres des soins et les promouvoir auprès des professionnels, des partenaires et des usagers potentiels, assure un soutien à ses adhérents et apporte aide et conseil pour les centres en difficulté.

Dans le Nord, l'animation assurée par l'URIOPSS est réelle tout comme en Pays de Loire ou en Champagne-Ardenne avec l'URCAM. Ils sont des interlocuteurs reconnus par les organismes de sécurité sociale et par les DRASS mais souvent pour l'ensemble du champ sur lequel ils interviennent, bien au-delà des soins infirmiers. Leurs contributions et réflexions sur les soins à domicile tant en SSIAD qu'en CSI sont insuffisamment relayées.

Au niveau départemental, la coordination entre les gestionnaires de centres est effective et ils échangent sur leurs difficultés. A l'exception de l'étude sur des comparaisons de l'offre en soins infirmiers, telle celle de la CPAM de l'Aveyron⁴ qui mériterait d'être plus largement utilisée, la mission n'a pas eu connaissance d'autres analyses approfondies sur l'offre des soins et les coûts.

1.3 Une connaissance parcellaire de l'existant

Les données statistiques relatives aux CSI ne sont pas établies en routine. A la demande de la mission, les services de la DREES, les statisticiens régionaux en DRASS et les URCAM ont pu effectuer des requêtes et fournir des documents de synthèse permettant d'avoir une approche plus précise de leur place dans l'offre de soins dans chaque région.

1.3.1 Une diminution significative du nombre de centres

La seule enquête qui est considérée comme élément de référence est celle de la CNAMTS de 1995.

Au niveau national, des enquêtes ponctuelles ont été conduites sur les centres de santé en identifiant la rubrique des CSI mais sans retour d'information vers le niveau local. Ainsi, la DHOS en 2003 a réalisé une enquête auprès de 1400 centres, elle a reçu en retour 766 questionnaires dont l'exploitation n'a semble-t-il pas fait l'objet d'une diffusion.

A la CNAMTS, une enquête a été réalisée en 2004 à partir de données des CPAM, dont la mission a pu extraire des informations mais elle est peu exploitée.

Simultanément aux investigations de la mission, une enquête est menée par le RNOGCS par le relais des fédérations, pour avoir un état des lieux précis en 2006. Les résultats sont attendus pour fin novembre.

Tableau : Evolution du nombre de CSI au cours des 10 dernières années

1994	1995	1997	1998	2002	2004	2005
811	964	1053	1080	918	561	566

Source : Estimations par l'IGAS à partir de sources diverses (DREES, CNAMTS)

Toute étude se heurte à des difficultés pour disposer de données à jour et fiables. En effet, le fichier FINESS comporte des lacunes, les fermetures de centres n'étant pas systématiquement mentionnées, en raison, notamment, de l'absence de suivi de la vie des structures. Le nouveau fichier RMESS⁵ devrait être plus précis, mais suppose, lui aussi, que la connaissance de ces structures, par un suivi rigoureux, soit réelle.

⁴Cf annexe : les soins infirmiers en Aveyron, d'après les données de remboursement de la CPAM de l'Aveyron en 2005

⁵ RMESS répertoire mutualisé des entités sanitaires et sociales

Il faut cependant noter que la diminution du nombre de centres ne s'est pas accompagnée d'une diminution du nombre d'infirmiers salariés (voir infra 2.2), ceux-ci ayant été repris généralement lors des regroupements de centres.

Mais au-delà du constat sur la fragilité des données, la réduction du nombre de structures reflète une évolution réelle. Au cours des dix dernières années, un double mouvement a affecté les CSI, d'une part la transformation en SSIAD pour certains d'entre eux, souvent les CSI ayant précédé les SSIAD et les ayant créés (même association gestionnaire), d'autre part des fermetures liées aux difficultés financières (cf. infra) à la suite du désengagement des congrégations et à la non reprise par des associations ou collectivités.

1.3.2 Une répartition territoriale disparate

L'implantation géographique est aussi largement le fruit de l'histoire. Pour apprécier cette répartition, la mission a eu recours à deux sources : l'une relative au personnel infirmier enregistré dans le fichier ADELI tenu par les services statistiques du ministère et l'autre relative aux structures (sans mention de personnels qui y exercent) qui font l'objet de la synthèse de la CNAMTS à partir du recensement des centres par les CPAM.

Selon les données communiquées par la DREES à partir du fichier ADELI, l'offre de soins infirmiers par les CSI représente 7% de l'offre de proximité pour l'ensemble de la France mais avec de fortes disparités géographiques.

- 14 régions ont une offre assurée par les CSI inférieure à 8% (Ile-de-France, Bourgogne, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte-d'Azur...)
- 5 régions ont une offre comprise entre 10 et 19% : Bretagne 11%, Nord Pas-de-Calais 13%, Champagne-Ardenne 14%, Basse-Normandie 15%, Limousin 17% ;
- 3 régions ont une offre égale ou supérieure à 20% : Alsace et Pays de la Loire 20%, Franche-Comté 32%

Au sein des régions, la répartition n'est pas homogène. En région Midi-Pyrénées, par exemple, dont l'offre en CSI ne représente que 8% de l'offre de proximité, le département de l'Aveyron présente une répartition atypique. L'offre de proximité est assurée à près de 25% par les CSI (au 31 décembre 2005 : 483 Infirmiers Diplômés d'Etat Libéraux (IDEL) et 24 CSI soit 150 équivalents temps plein d'IDE assuraient les soins infirmiers de proximité).

En Pays de la Loire⁶, en 2002 sur 192 cantons, 5 ne disposaient pas d'infirmiers libéraux, mais des CSI étaient présents. Dans cette région, où la densité d'infirmiers reste inférieure au niveau national, la disparité entre départements est grande : 21% des infirmiers de proximité exercent dans des CSI en Loire-Atlantique, 22% en Vendée et 7% dans la Sarthe.

En Bourgogne, où l'offre en soins infirmiers assurée par les CSI ne représente que 7%, ils représentent 25% de l'offre de proximité dans le département de la Nièvre.

A partir des données de la CNAMTS, la mission a pu disposer d'un tableau relatif à l'implantation des centres de santé - dont la catégorie des CSI- par caisse primaire (tableau joint en annexe), mais ces données n'apportent que des indications sur les disparités infra-régionales des implantations des services. Leur activité en volume et type d'actes et les effectifs de personnel ne sont pas recensés.

⁶ Echo des stat pays de la Loire n°11 octobre 2002 : les soins infirmiers de proximité en 2002

1.3.3 Des caractéristiques spécifiques

Souvent de petite taille (moins de 5 ETP), les centres doivent néanmoins répondre à des contraintes organisationnelles encadrées par des textes.

- Les CSI sont une réponse de proximité mal connue

Une approche trop macroéconomique ne permet pas de mesurer l'effectivité de ces services de proximité qui sont parfois les seuls professionnels infirmiers sur certains territoires.

Paradoxalement, dans certaines régions, la reconnaissance de leur rôle est récente et fortuite, et s'est faite à l'occasion de deux démarches engagées par les pouvoirs publics : d'une part les ARH qui ont porté dans le cadre des SROS 3 une attention particulière à tous les professionnels de santé par territoire, d'autre part par les URCAM qui ont souvent été chargées des travaux préparatoires pour identifier les zones de désertification en professionnels de santé et qui ont également mieux identifié cette offre de proximité.

Au cours de ses déplacements, la mission a eu connaissance de plusieurs études réalisées à l'initiative des URCAM (Franche-Comté, Nord Pas-de-Calais) ou DRASS (Pays de la Loire) qui montrent que la place des CSI a été intégrée aux réflexions des pouvoirs publics, notamment en termes de couverture en soins infirmiers de la population.

- Les caractéristiques des centres de soins infirmiers

Ces structures font l'objet d'un agrément et d'une visite de conformité. Cette visite prévue par les dispositions réglementaires⁷ porte sur les locaux, le personnel et l'organisation interne (règlement intérieur, pharmacie, élimination des déchets). Les antennes des centres, locaux plus proches de la population et non ouverts en permanence sont également soumis à ces exigences.

Les effectifs en personnel sont fixés avec un minima de deux infirmiers équivalents temps plein.

A la différence des centres de santé polyvalents, les CSI sont majoritairement implantés dans des territoires plutôt ruraux ou dans des zones urbaines ou périurbaines où se trouvent des publics en difficulté et plus rarement dans des zones de concurrence avec des professionnels libéraux.

Au cours des dernières années, les centres se sont regroupés pour mutualiser leurs moyens notamment logistiques. Les petits centres (2ETP) rencontrent des difficultés de fonctionnement et notamment financières surtout lorsqu'ils fonctionnent seuls (s'ils ne sont pas adossés à d'autres structures). La création d'antenne si elle permet d'améliorer la proximité vis-à-vis de la population, présente l'inconvénient de générer des coûts supplémentaires (frais de déplacements limités, pas d'aide à l'informatisation, mêmes contraintes pour les locaux que le centre principal).

1.4 Un positionnement des CSI à la charnière du sanitaire et du social

Les ambiguïtés quant à la place des CSI dans l'offre de soins s'expliquent pour partie par leur capacité à intervenir dans plusieurs domaines. Ayant à la fois un exercice de soins à domicile tout comme les infirmiers libéraux, les personnels des centres revendiquent aussi un exercice différent reposant sur une prise en charge globale avec une dimension sociale inéluctable et

⁷ art D.6323-10 et 6323-14 à 21 du CSP

un travail d'équipe au sein du centre. En contact avec les patients et interlocuteur privilégié des difficultés de prises en charge, les CSI jouent un rôle de relais avec les intervenants sociaux ou avec les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) mis en place depuis cinq ans dans le cadre de la politique en faveur des personnes âgées.

1.4.1 Une activité de soins infirmiers de proximité

L'activité en soins infirmiers des CSI est essentiellement à domicile. Ils interviennent sur prescription médicale ou hospitalière.

➤ Par rapport aux infirmières libérales il n'y a pas de différence quant à leur clientèle. Les soins à domicile représentent entre 80 et 90% de leur activité, surtout en secteur rural. Les difficultés de déplacements de leurs patients, notamment des personnes âgées, et la tendance des prescripteurs à prescrire les soins à domicile renforcent ce mouvement.

Certains centres, en particulier ceux situés en zone urbaine et périurbaine, essaient de développer les soins dans leurs locaux en réservant des plages horaires et des rendez-vous, mais cette activité reste marginale. Les centres devant assurer des permanences, ce lieu peut permettre un contact plus facile avec des publics fragiles notamment sur le plan social. Un constat, partagé avec les IDEL, a trait aux publics pris en charge qui sont de plus en plus lourds et souvent atteints de maladies chroniques justifiant un temps plus important d'intervention.

➤ Les modalités de collaboration

La collaboration des CSI avec les SSIAD et les HAD est quasi systématique. Tout le monde se satisfait de cette collaboration qui apporte une sécurité financière aux CSI et pallie l'absence d'infirmières en nombre suffisant dans les SSIAD ou les HAD.

Dans la majorité des cas, les relations entre services sont organisées au sein de conventions qui définissent les interventions de chacun et les modes de rémunération. En général, un souci de bien clarifier les compétences respectives et les champs d'intervention de chaque entité existe, sachant que cette clarification est d'autant plus indispensable que souvent une seule association gère l'ensemble des structures intervenant auprès de la même personne.

Les relations avec les infirmières libérales peuvent être de collaboration ou de concurrence, les tensions étant plus fréquentes lorsque sur un territoire exercent des IDEL et des CSI. On assiste à des griefs réciproques sur les actes effectués (trop fréquemment cités pour être marginaux). Il est souvent reproché aux IDEL de choisir les actes les plus rentables, par exemple les prélèvements, en laissant les autres actes au CSI, deux feuilles de soins pour le même patient étant établies le même jour.

Des complémentarités avec les infirmières libérales sont également soulignées, en particulier lorsque des infirmières s'installent.

A titre d'exemple, l'URIOPSS de Champagne-Ardenne⁸ identifie deux types de relations différentes pour les liens SSIAD-infirmiers :

⁸rapport URIOPSS-URCAM : Projet pour l'amélioration de l'organisation des soins et de l'aide à domicile, rapport final de l'étude de faisabilité menée entre janvier et juillet 2005

- «SSIAD/centre de soins : la complémentarité. Les relations sont plutôt complémentaires... ce qui contribue à l'amélioration de la qualité des soins proposés aux personnes. Les relations entre centre de soins ou entre SSIAD ne sont pas des relations de concurrence puisque le champ géographique est sectorisé ».
- « SSIAD/infirmières libérales la concurrence autour des soins d'hygiène. Les relations peuvent être plus conflictuelles et de nature plus concurrentielle en milieu urbain...lorsqu'un patient nécessite une toilette et que les infirmières libérales refusent de les prendre en charge parce que ce sont des actes qui prennent beaucoup de temps et qui sont peu rémunérés ».

Néanmoins, les organisations syndicales d'infirmiers libéraux que la mission a pu rencontrer ont souligné la collaboration avec les SSIAD et dans le rapport de l'observatoire national des professions de santé, l'exercice en SSIAD et en réseaux apparaît comme un mode d'exercice positif permettant de rompre l'isolement des IDEL.

1.4.2 Un exercice reposant sur la notion de prise en charge globale

L'organisation interne du centre doit permettre d'assurer la continuité des soins. Réglementairement tous les centres doivent constituer un dossier spécifique de soins pour chaque patient où figurent le relevé des prescriptions, les protocoles, les noms des infirmiers intervenants, les actes, leur cotation. En interne les infirmières tiennent un cahier de transmission infirmier/intervenant et un cahier de transmission interne infirmier/infirmier.

Le principe du travail en équipe est la base du fonctionnement des centres. La présence d'une infirmière coordinatrice et du temps de secrétariat contribuent à organiser ce travail d'équipe. C'est également un mode d'exercice qui fédère les personnels qui y travaillent, assorti d'une volonté largement exprimée de prise en charge globale du patient. Cette culture commune tisse l'histoire des centres ; elle est partagée entre les personnels et les associations gestionnaires souvent constituées de bénévoles et/ou de militants soucieux d'une approche globale de la santé.

La complémentarité avec les SSIAD ou les structures d'HAD, rappelée par les différents acteurs, conforte cette démarche vis-à-vis des patients. En cela, l'intérêt de l'HAD est souligné car ces structures disposent de moyens matériels très adaptés pour une prise en charge globale à domicile. Cette intégration des CSI dans un travail pluri-professionnel avec les SSIAD et les HAD est invoquée comme favorisant une qualité de la prise en charge évitant la course aux actes.

Est soulignée également la plus grande capacité de réaction des CSI face aux sorties d'hospitalisation le vendredi soir souvent sans que des contacts préalables aient été pris par les services hospitaliers. Les permanences de nuit et de week-end permettent d'assurer les relais dans les moins mauvaises conditions possibles.

1.4.3 Un élargissement de leur domaine d'intervention prévu par les textes

Si les actes en AMI et AIS sont l'essentiel de leur activité, les CSI sont attachés à ce que leurs autres missions soient également reconnues. La place revendiquée est plus large que le strict champ des soins de proximité. Le code de la santé publique prévoit cet élargissement à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Le code de la

sécurité sociale précise que ces actions font l'objet d'un financement dans le cadre d'un accord avec la CNAMTS.

La capacité des centres à consacrer du temps à des actions de prévention et de santé publique est variable selon leur implantation (milieu urbain ou zone rurale) et leur volume d'activité. Cet élargissement est parfois rendu impossible par la charge de travail liée aux soins à effectuer et certains centres développent ces actions de prévention parfois en dehors de leur temps de travail par des réunions le soir sur le temps « libre » des infirmiers.

Les centres s'investissent dans le domaine de la prévention et certains au-delà du champ prévu par l'accord national en répondant à des appels d'offre en santé publique lancés par les services de l'Etat, les organismes d'assurance maladie ou les collectivités territoriales.

Le dispositif prévu par l'accord national de novembre 2002 avec la CNAMTS intègre cette double mission : de prise en charge globale du patient et de développement d'activités non curatives, par la reconnaissance d'une option conventionnelle relative à la coordination des soins. Les centres qui ont fait ce choix sont qualifiés « centres optants ».

Deuxième partie : Des difficultés financières récurrentes

Les enjeux contradictoires auxquels sont soumis les centres éclairent les caractéristiques structurelles de leurs dépenses et leur évolution. En effet, de nombreuses difficultés semblent liées à l'ambiguïté de leur positionnement au regard de l'assurance maladie et du statut de leurs personnels.

2.1 Les CSI semblent volontairement ignorés par l'assurance maladie

Dès leur création et jusqu'à la parution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, les dispositions relatives aux centres de santé relevaient du code de la sécurité sociale. Les relations avec l'assurance maladie ont été marquées à plusieurs périodes par les batailles du financement des centres de santé et souvent dans un contexte de positionnement de ces structures face à l'activité libérale des infirmiers⁹ La convention nationale des infirmiers de 2002 précise dans son article 22 « *Les caisses nationales expriment leur volonté de s'abstenir, pendant toute la durée de la convention, de toute action tendant à un développement des organismes de distribution de soins infirmiers pouvant être considérés par les infirmières comme étant susceptibles de nuire à l'exercice libéral de leur profession dans le cadre du régime conventionnel.* »

2.1.1 Une évolution "par à coups" des modalités de financement

A partir des années 60 à 70, les dispensaires, devenus centres de santé en 1991, ont été confrontés à une demande croissante de soins et à une diminution du nombre des religieuses qui exerçaient dans ces centres. Parallèlement le tiers payant généralisé et des abattements variant de 10 à 30% sur les tarifs pratiqués dans les centres par rapport aux tarifs du secteur libéral ont conduit à des difficultés majeures et à la fermeture de centres de santé. Les centres de soins infirmiers ont été soumis aux mêmes contraintes et de nombreux centres ont été fermés. L'abattement, justifié par le fait que les religieuses exerçant dans ces centres ne payaient pas d'impôts sur le revenu, a été supprimé au cours des années 1980. En 1988, un livre blanc dressait l'état des lieux des CSI et mettait en avant plusieurs revendications autour du financement qui était considéré comme inadapté.

La loi 91-73 du 18 janvier 1991 et les trois décrets 91-654, 91-655 et 91-656 du 15 juillet 1991 qui ont modifié profondément le mode de fonctionnement et de financement des centres, ont posé les bases de l'agrément et du conventionnement.

A cette date, deux dispositifs majeurs de financement ont été mis en place : le conventionnement des centres qui permet la prise en charge des soins délivrés aux assurés sociaux et le tiers payant, l'ensemble s'accompagnant du principe d'une subvention égale au montant de la cotisation patronale d'assurance maladie mis à la charge des caisses dans le

⁹ en 1972, la première convention des infirmiers libéraux portait en préambule que la CNAMTS ne devait rien faire qui soit susceptible de favoriser les CSI et actuellement sur les sites AMELI de la CNAMTS, les CSI ne figurent pas dans la liste des professionnels de santé infirmiers.

cadre du régime des praticiens et auxiliaires médicaux. Initialement fixée à 9,7% cette subvention a été portée à 11,5% en 1992.

Une convention-type organise les relations entre les CSI et les CPAM, elle prévoit notamment : l'aire géographique d'intervention au domicile, le principe du libre choix, la constatation des soins, le respect de la nomenclature, le contrôle médical, les tarifs et règlement des honoraires, les tableaux statistiques de suivi d'activité. La durée prévue des conventions est de 4 ans.

Les centres de santé infirmiers ont donc deux sources principales de financement : le paiement à l'acte et les subventions.

2.1.2 L'accord national entre les CSI et l'assurance maladie partiellement mis en oeuvre

Le dispositif conventionnel mis en place en 1991 a été remplacé par un accord national en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (articles L.162-32-1 à -3 du CSS). Cet accord conclu pour 5 ans entre les organisations représentatives des gestionnaires des centres de santé et l'UNCAM définit les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres. Il est rappelé, dans les conditions générales de cet accord, l'obligation pour les centres de santé de respecter l'ensemble des obligations relatives aux tarifs et découlant des conventions avec les professionnels libéraux.

Signé en 2002 pour les 8 organisations gestionnaires (regroupées au sein du RNOGCS), il reprend en grande partie les dispositions mises en place en 1991 et le complète dans plusieurs domaines : la coordination des soins, les rémunérations autres que le paiement à l'acte pour des activités non curatives des centres. Cet élargissement est optionnel et en contrepartie sont prévues des rémunérations spécifiques.

Selon les données de la CNAMTS en 2003, 1199 centres de santé ont adhéré à l'accord national dont 485 CSI et 191 centres polyvalents, s'agissant des options de coordination, 383 centres de santé ont adhéré aux options de coordinations des soins dont 280 CSI.

➤ Un contenu de l'accord ambitieux

Outre les dispositions générales applicables à tous les centres de santé signataires, relatives au paiement à l'acte, aux procédures de dispense d'avance de frais et aux forfaits pour l'informatisation des centres, les CSI font l'objet de dispositions spécifiques.

Les options conventionnelles relatives à la coordination des soins infirmiers dans les centres « optants » posent des exigences aux structures qui doivent être en capacité d'assurer la permanence et la continuité des soins et de participer à des actions de prévention.

Ces exigences concernent :

- le fonctionnement tant interne du centre (soins programmés, soins inopinés, dossier patient, cahier de liaison interne, réunion d'équipe), qu'externe : un dispositif permettant d'assurer la continuité des soins (réunion pluridisciplinaire et spécifique par patient, lien permanent avec le patient et sa famille), une organisation avec l'offre extérieure (contractualisation avec l'offre de soins environnante),
- la formation continue des infirmières (2 jours par an, thèmes définis au niveau national)

- la participation à des actions de prévention et de promotion de la santé

En contrepartie du respect de ces engagements, les centres de santé infirmiers adhérents à la démarche de coordination des soins décrite au chapitre IV de l'accord de 2003, se voient attribuer un forfait annuel pour la mise en œuvre de l'ensemble des moyens prévus (application de l'article L 162-32-1 du CSS). Ces forfaits varient en fonction des effectifs d'infirmiers salariés du centre¹⁰.

Pour la formation, les centres doivent favoriser la formation continue de leurs agents. En contrepartie, la CNAMTS leur verse une dotation annuelle forfaitaire.

Pour les actions de prévention et d'éducation pour la santé, des subventions spécifiques sont accordées pour des actions ciblées au niveau national.

En outre, des commissions paritaires nationales (CPN) et régionales (CPR) sont créées. La CPN « *a pour mission de faciliter l'application de la convention par une concertation permanente entre la caisse nationale d'assurance maladie et les organisations signataires de l'accord national. Elle étudie, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires ou d'une commission paritaire régionale, tout problème d'ordre général soulevé par les rapports entre les centres de santé et les caisses.* »

- mais une portée limitée

Quatre ans après cet accord, la mise en œuvre n'est pas complètement réalisée, voire même a régressé. La volonté des centres de santé de mettre en œuvre tous les volets prévus s'est trouvée confrontée à des contraintes administratives de la CNAMTS. Les engagements n'ont été que partiellement respectés. Pour les centres de soins infirmiers, les forfaits de coordination ont été attribués ainsi que les forfaits pour l'informatisation. En revanche la formation professionnelle continue n'a pas été mise en œuvre et le financement des actions de santé publique qui arrivait tardivement en 2004 et 2005 a été arrêté en 2006.

Cette mise en œuvre *a minima* de l'accord bien que régulièrement soulignée dans les réunions de la commission paritaire nationale ne peut que pénaliser les gestionnaires des centres et raviver les tensions. Malgré une intervention écrite du ministre le 6 juin 2006 afin que le volet formation soit mis en application, la CNAMTS n'a pas donné suite.

2.2 Les effectifs d'infirmiers et leur mode de rémunération

La place et le nombre des infirmiers exerçant en CSI est globalement méconnue. Ainsi, dans le rapport particulier de la Cour des comptes relatif à la sécurité sociale pour 2006, si l'insertion relative aux dépenses de soins infirmiers en secteur libéral, souligne que « l'exercice libéral des infirmiers constitue une originalité française¹¹ » elle ne fait pas mention des infirmiers en CSI qui représentent plus de 7% des effectifs d'infirmiers de proximité.

¹⁰ Centre de santé employant moins de 4 salariés temps plein forfait de 7 622 euros, de 4 à 7 ETP : 12 928 euros, 7 à 10 ETP : 16 160 euros, plus de 10 ETP : 19 391 ETP.

¹¹ Rapport Cour des comptes 2006 relatif à la sécurité sociale p18 une démographie mal maîtrisée

Un rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé¹² relève les difficultés pour appréhender la profession des infirmiers « *La mobilité d'emploi des infirmières reste un point aveugle des analyses* ». Il souligne également la trop forte segmentation dans les approches de la démographie des infirmiers (salariés ou libéraux). Mais ce rapport, qui analyse pourtant les facteurs influençant les modes d'exercice, ne fait jamais mention de l'exercice des infirmières en CSI alors même que les régions Franche-Comté et Alsace, qui ont un fort pourcentage d'infirmiers en CSI ont été enquêtées par l'Observatoire.

2.2.1 L'évolution des effectifs

Peu de données relatives aux effectifs infirmiers sont disponibles. A la demande de la mission, la DREES a recensé les effectifs à partir du fichier ADELI. Il comporte des imperfections communes à l'ensemble des professionnels de santé et notamment les départs ne sont pas systématiquement enregistrés en l'absence d'information par le professionnel lui-même. S'agissant des centres de santé, les informations sont souvent globalisées et les données pour les CSI peuvent être considérées comme sous évaluées (2044 infirmiers sur un total de 8008 infirmiers exerçant en centres de santé ne sont pas réaffectés sous l'intitulé juridique exact).

Tableau : Effectifs infirmiers en centres de santé pour les années 2000 à 2006

Catégorie d'établissement	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>non renseigné</i>	3091	2794	2590	2410	2239	2143	2044
Centre de soins médicaux	236	212	269	126	139	173	273
Centre de soins infirmiers	2949	3206	3358	3414	4278	4778	4922
Centre de santé polyvalent	13	19	85	272	321	468	752
autres catégories	71	71	11	6	19	24	17
Total	6360	6302	6313	6228	6996	7586	8008

Sources : DREES à partir du fichier ADELI

Sous la réserve d'une éventuelle sous estimation, l'augmentation des effectifs depuis 2000 est néanmoins réelle. Ils représentent plus de 7% des infirmiers de proximité.

Après une période pendant laquelle les recrutements étaient difficiles, la tendance est maintenant inversée à l'exception des régions où les écoles d'infirmiers sont elles-mêmes en difficulté de recrutement ou dans les zones où le recrutement de tout professionnel de santé est difficile.

L'exercice en CSI présente l'intérêt de permettre à des jeunes diplômés d'exercer à la sortie de la formation, au même titre qu'en milieu hospitalier, sans attendre les 3 ans avant de s'installer en exercice libéral. Cette modalité est rendue possible par la présence d'une équipe d'infirmiers et d'une infirmière coordinatrice en CSI. Les centres accueillent également des infirmiers en formation et développent des relations régulières avec les IFSI. Les conditions de travail (35h) et le salariat (y compris les possibilités de formation continue) sont des avantages invoqués qui facilitent les recrutements. Le turn-over des infirmiers en CSI est considéré comme peu important par les gestionnaires de centres. Les recrutements ne se font

¹² Observatoire national de la démographie des professions de santé, analyse de deux professions : Pharmaciens et infirmiers, rapport 2005, tome 2.

pas exclusivement à la sortie des écoles mais le choix d'exercer en CSI s'opère à tous les stades de la carrière des infirmiers après des exercices salarié ou libéral.

2.2.2 L'incidence de l'accord de branche du 29 mars 2002 sur les rémunérations

Pendant de nombreuses années, les rémunérations des infirmiers des CSI n'étaient pas harmonisées sur l'ensemble du territoire et dépendaient largement du statut juridique des employeurs. Sur le plan de la négociation collective qui structure le champ des rapports collectifs de travail de la branche dans le cadre d'un accord national étendu, la place des fédérations d'employeurs apparaît plus ambiguë au point de s'interroger sur la pertinence du champ de l'accord signé en 2003.

- le champ couvert par cet accord

L'accord de branche signé le 29 mars 2002 qui porte sur les emplois et rémunérations de l'aide à domicile, intègre les infirmiers des CSI. Bien que relevant du champ de la santé et des soins, le faible nombre d'infirmiers exerçant en CSI ne leur permet pas de signer un accord spécifique. Dans ce contexte, bien que le statut des CSI soit jugé « bâtard » par certains interlocuteurs, la mise en œuvre de l'accord est désormais réalisée en totalité depuis juillet 2006.

Cet accord a pour objet de procéder à une revalorisation et à une uniformisation des salaires dans une démarche de classification des emplois occupés dans le secteur de l'aide à domicile à but non lucratif. Il prévoit une augmentation des salaires de 27% sur 3 ans à compter du 1^{er} juillet 2003. Il ne se substitue pas aux conventions collectives mais il s'inscrit dans la perspective d'une convention unique de la branche « aide à domicile » visant à regrouper quatre conventions collectives existantes.

L'extension de cet accord de branche à l'ensemble des employeurs du champ de l'aide à domicile a été posée. Un partage des champs sanitaire et aide à domicile a été accepté, ce qui a conduit la FEHAP et la Croix Rouge Française à ne pas signer cet accord de branche. Une fédération, l'UNACSS, n'avait pas signé l'accord en 2002 compte tenu de ses conséquences financières mais ayant signé l'avenant en 2003, elle est entrée dans le champ. Il n'y a pas eu de dispositions particulières pour ses centres. C'est dans ce contexte qu'il y a eu scission au sein de l'UNACSS et la création de la C3SI qui regroupe essentiellement des CSI (129).

Le SOP (Syndicat général des organismes privés sanitaires et sociaux à but non lucratif) comporte parmi ses adhérents des CSI qui, dès les années 80, l'ont missionné pour participer aux négociations salariales. Cet organisme relevant les disparités existant entre les structures et parfois même leur concurrence estime que ses efforts n'ont pas apporté les résultats escomptés, les disparités en terme notamment de convention collective persistant à ce jour.

La plupart des CSI adhérents au SOP sont des CSI de petite taille et les responsables du syndicat estiment que l'application de l'accord de branche a entraîné de telles difficultés que certains ont fermés et d'autres n'ont pas appliqué l'accord au risque de se trouver confrontés à des contentieux. Le SOP, actuellement, semble assez lointain des difficultés des CSI, sa dernière intervention datant de 2004 lors d'une entrevue avec le directeur de la DGT.

La FEHAP, autre syndicat employeur, ne semble guère plus concernée par les problèmes rencontrés par les CSI, ses responsables ayant répondu à la mission qu'ils représentaient une activité très résiduelle et qu'ils les connaissaient très mal.

➤ La portée

La question de l'application de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale ainsi que celle de la compensation financière de l'accord de branche « aide à domicile » s'est posée et notamment l'opposabilité aux financeurs. Les CSI n'étant pas des établissements de santé faisant l'objet d'une tarification, ils n'entrent pas dans le champ de la loi 2002-2 sauf à remettre en cause le principe du financement à l'acte des centres.

Compte tenu de la structure des salaires et de la qualification supérieure des personnels des CSI à celle de la branche aide à domicile, l'augmentation salariale est supérieure à la montée en charge prévue et elle atteint sur la période plus de 34% (27% prévu). La conséquence chiffrée de la mise en œuvre de cet accord est une augmentation salariale à la charge des centres sans compensation. Le chiffrage n'a d'ailleurs pas été fait pour les CSI comme il a pu l'être pour connaître l'incidence sur les financeurs (CNAF, CNAVTS, fonds CNAMTS et départements) des surcoûts pour les autres structures (SSIAD, auxiliaires de vie, structures d'aide familiale, d'aide à domicile).

Cet accord présente néanmoins des avantages reconnus par les personnels infirmiers, qui les considèrent comme des atouts pour le recrutement et le maintien des personnels dans les centres. Ils supportent mieux la comparaison des rémunérations avec les autres infirmiers salariés.

➤ Les limites de l'application

Néanmoins, les conséquences financières ne peuvent être sous-estimées et de nombreux centres qui n'ont pas procédé à l'étalement de l'augmentation sur 3 ans (2003-2006) sont contraints d'appliquer en une fois l'augmentation. Dès lors les difficultés sont majeures.

Face à ces échéances et aux risques encourus notamment de fermeture, certaines associations ont pu négocier avec leurs personnels une application en deçà (-10%) de l'accord arguant de trop lourdes charges financières.

Si les conséquences de la mise en œuvre de l'accord sont identifiées parmi les causes majeures des difficultés des centres, des divergences sont sensibles entre les associations locales qui pour certaines se sentent condamnées et les organisations nationales signataires qui soulignent l'avancée obtenue par cet accord pour les personnels et pour la cohérence entre les intervenants à domicile.

2.3 Une activité et un mode de rémunération à l'acte similaires à ceux des professionnels libéraux

Le principe de financement des CSI est la rémunération à l'acte de l'activité effectuée, sur la base des tarifs des honoraires des professionnels libéraux. Pour les centres, la revalorisation des honoraires découle des accords passés avec les infirmiers libéraux. Ce mode de financement à l'acte est peu compréhensible pour certains gestionnaires de structures qui ont l'habitude d'un mode de financement plus globalisé et moins lié au nombre d'actes.

2.3.1 Une rémunération à l'acte non remise en cause

La connaissance des volumes d'actes et des types d'actes est là encore insuffisante. A l'exception de requêtes spécifiques par les CPAM, il n'y a pas d'analyse sur l'activité comparée des différents professionnels infirmiers (IDEL et CSI).

➤ Les volumes et la nature des actes

A défaut d'études et de données nationales, une analyse effectuée par la CPAM de l'Aveyron (annexe 4). apporte un éclairage sur la distribution des soins infirmiers dans ce département où la place des CSI est importante et où la démographie des infirmières est supérieure à la moyenne régionale et nationale.

Pour l'année 2005, plusieurs caractéristiques sont identifiées :

- s'agissant de la clientèle : la proportion de patients en ALD est plus importante pour les IDEL (32,47% pour les IDEL et 29,39% pour les CSI). En revanche il y a davantage de patients bénéficiaires de CMU pour les CSI (5,33% pour les CSI et 1,90% pour les IDEL) ;
- la structure de la facturation « *La facturation des CSI représente 18,82% de la dépense engagée, pour les soins infirmiers en 2005 par la CPAM de l'Aveyron. Le poids des démarches de soins infirmiers est identique pour les deux catégories de professionnels (0,44%). Pour le reste, la structure de la facturation diffère selon les CSI ou les infirmières libérales. Les frais de déplacements pèsent plus lourd pour les CSI. Les parts des AMI et AIS s'opposent, le coefficient moyen facturé en AIS par les libérales est inférieur à celui des CSI. La situation s'inverse pour les AMI ; en conséquence la différence se fait exclusivement sur les quantités.* »
- le coût par patient est moindre lorsqu'il est traité en CSI. Un patient « *coûte 42% moins cher qu'un patient traité par une infirmière libérale* »

La répartition des actes entre actes infirmiers techniques (AMI) et les actes de nursing et de toilettes (AIS) présente de fortes variations. Le rapport de l'ONPS souligne « *La composition des actes réalisés est un autre élément révélateur de la plasticité de l'offre de soins en fonction des conditions dans lesquelles ils sont dispensés. Quand la densité des infirmiers est plus faible, l'activité de soins est a priori plus concentrée sur des actes techniques* »

Deux points sont souvent au cœur de conflit avec les infirmiers libéraux lorsqu'ils interviennent sur un même territoire : les CSI reprochent aux IDEL, s'agissant des actes techniques, de faire un choix dans la clientèle en fonction de la rentabilité des actes, et concernant les actes de nursing et de toilette de garder uniquement les actes les moins difficiles.

Les IDEL estiment que l'accord de branche et les 35h ont eu pour conséquence de leur transférer une activité supplémentaire, les CSI limitant leur intervention en fonction de l'amplitude horaire de travail. La mission n'a pu vérifier le bien fondé de cet argument en l'absence de données. Néanmoins, l'augmentation des volumes d'actes des IDEL étant généralisée sur l'ensemble du territoire, elle ne peut avoir pour seule cause les conditions de travail dans les CSI.

➤ La tarification des actes

Le rapport de la Cour des comptes¹³ met en exergue une politique tarifaire erratique pour les actes infirmiers et souligne l'absence d'outils de maîtrise des dépenses et « *la raréfaction des revalorisations tarifaires conduit à décrochement important entre l'évolution des tarifs et celle des prix à la consommation. Les professionnels ont cherché à compenser la baisse de leur pouvoir d'achat par une augmentation de leur volume d'activité* ».

Ce constat peut être dressé également pour les CSI mais ils ne peuvent agir sur les volumes. Les règles tarifaires sont en effet identiques pour les deux secteurs, le principe de base reposant sur les négociations conventionnelles des professionnels libéraux, les accords étant transposés aux CSI. Ce principe n'est pas toujours respecté et les derniers accords relatifs aux forfaits pour diabétiques ou les contrats de santé publique ou encore les rémunérations forfaitaires annuelles pour l'installation dans des zones déficitaires acquis pour les professionnels libéraux n'ont pas été transposés pour les CSI.

Les tarifs appliqués

Actes	AMI	AIS	IFD	IK	Nuit 1	Nuit2	Dimanche
Valeurs en euros	2,90	2,40	2,00	0,45	9,15	18,30	7,62

Ces valeurs unitaires n'ont pas évolué depuis le 5 mars 2002, à l'exception des IFD qui ont été revalorisées le 1^{er} novembre 2003.

A ce faible niveau de rémunération des actes, se surajoutent des règles d'abattement en cas d'actes multiples, le deuxième acte est coté pour moitié et le 3^{ème} acte est gratuit. Ces mécanismes ayant pour but de freiner la multiplication des actes, n'en pénalisent pas moins les professionnels qui consacrent des temps de plus en plus longs auprès des patients souvent âgés ou très dépendants.

S'agissant des règles relatives aux indemnités kilométriques, les CSI, dont la zone d'intervention est délimitée lors de l'agrément, se voient appliquer des abattements lorsqu'il y a des infirmiers libéraux. L'indemnité kilométrique doit être calculée à partir du cabinet de l'infirmière libérale. Lorsque le CSI a une antenne agréée, l'indemnité kilométrique est calculée à partir de l'antenne, qui n'est qu'un local temporaire, or les infirmiers se rendent au domicile des patients en partant souvent du siège du CSI.

Néanmoins, la plupart des associations réaffirment leur volonté de maintenir ce mode de rémunération avec cependant des aménagements tenant compte des conditions d'exercice de la profession tels les soins impliquant des prises en charge multiples et longues. Ainsi, les CSI se sont davantage engagés dans la démarche de soins infirmiers (DSI) à la différence des IDEL. La Cour des comptes considère que l'échec de ce dispositif est lié à l'hostilité des professionnels libéraux et en propose la suppression. Il serait regrettable de remettre en cause globalement cette démarche.

Les contraintes de la tarification à l'acte s'estompent partiellement lorsque les infirmiers (CSI et libéraux) interviennent dans le cadre des SSIAD ou de l'HAD. Toutes les prestations sont tarifées sans abattement et la collaboration avec d'autres professionnels de la prise en charge permet aux infirmiers de mieux centrer leur rôle sur les actes techniques.

¹³ Relatif à la sécurité sociale pour 2006, déjà cité

Si l'ouverture de négociations est indispensable pour les infirmiers libéraux, elles l'est également pour les CSI et dans les mêmes délais. Il est anormal que les CSI soient obligés d'attendre des transpositions qui tardent à être faites, tout comme il est anormal que les CSI ne soient pas associés aux travaux sur la nomenclature.

L'absence de revalorisation des actes infirmiers au moment où les salaires des personnels employés dans les CSI sont sensiblement augmentés ne peut que conduire mécaniquement à des difficultés financières.

Globalement les relations sont plus tendues avec les organisations professionnelles des infirmiers libéraux dans les instances nationales que sur le terrain. Même si des contentieux sont engagés localement au motif qu'il y a rupture d'égalité (mention du nom de l'association gestionnaire sur les véhicules des infirmières du CSI, annonce dans la presse des heures et lieux de permanence des infirmiers des CSI), ils sont limités et ne partent pas sur des problèmes de fond. Des griefs sont formulés de part et d'autre, ils visent souvent des dysfonctionnements qui peuvent trouver des réponses locales si les acteurs le souhaitent réellement.

2.3.2 Des charges fixes de structure

Les CSI fonctionnant dans des locaux ayant fait l'objet d'une visite de conformité et répondant à des conditions techniques, ils supportent des charges liées à ces structures. Le personnel est exclusivement des IDE et du secrétariat administratif.

Au cours de ses déplacements, la mission a pu prendre connaissance des documents comptables de plusieurs associations (plus d'une vingtaine).

➤ Des comptes de résultats relativement homogènes

Une analyse des comptes de résultats de quelques associations permet d'apprécier la répartition des charges et produits. Au-delà du constat de la similitude entre les comptes de résultats des associations de trois départements, la répartition est globalement la suivante :

Pour les charges :

- les salaires et charges salariales : 77% ,
- taxes sur les salaires : 2,7%
- formation permanente : 0,8%
- locations de véhicules et carburant : 14%
- locaux et matériel : 5,5%

Pour les produits :

- prestations de sécurité sociale : 88%
- SSIAD¹⁴ : 5%
- Subvention CPAM : 3,5%
- Option conventionnelle : 3,5%

Cette présentation de la répartition des produits est cependant insuffisante pour l'analyse des prestations de sécurité sociale. Elles sont globalisées et ne sont pas ventilées entre honoraires (AMI et AIS) et indemnités kilométriques. Les outils de suivi précis existent, les associations gestionnaires établissent des suivis d'activité détaillés par type d'actes, par volume et par

¹⁴ Il s'agit du paiement par les SSIAD des prestations d'AMI faites par le CSI

patient. Ainsi la comparaison de 26 CSI montre que les AIS peuvent représenter de 0,92% à 37,31% du total des actes d'un CSI, pour les indemnités kilométriques la part des IK/actes varie de 0,07% à 7,82% entre CSI d'un même département. La mission n'a pas eu connaissance que ces données par centre soient exploitées par les organismes d'assurance maladie. Ils ne sont utilisés qu'en interne à la structure, éventuellement comme outil de pilotage pour comprendre les variations souvent liées à de nombreuses prises en charge lourdes et pour anticiper les volumes et types d'activité sur les mois suivants. Les données recueillies localement par la mission présentent un intérêt certain mais limité en l'absence d'études comparatives au niveau national et avec les IDEL.

Au total, les résultats prévisionnels pour 2006 indiquent globalement, une aggravation des situations comptables. De nombreux centres qui arrivaient jusqu'alors à équilibrer leurs comptes seront en déficit en 2006.

➤ Des charges de structures mal prises en compte

En application de l'accord national et dans le cadre de leur agrément, les CSI sont soumis à des obligations assorties de contreparties financières. Or, ces engagements réciproques ne sont pas respectés.

Pour les centres « optants ».

- Le forfait de coordination a été versé par les organismes d'assurance maladie mais le niveau de ce forfait n'a pas été réévalué pour tenir compte de la revalorisation des salaires. La CNAMTS n'a pas fait de chiffrage de ce surcoût, considérant que les forfaits sont *a priori* corrects. Le contenu de la coordination n'a pas fait l'objet d'une révision, notamment pour prendre en compte le temps de plus en plus important consacré aux liaisons avec l'environnement et les établissements hospitaliers.
- Pour l'informatisation des centres, seuls les sièges des CSI ont fait l'objet d'un forfait, les antennes ont été souvent exclues ce qui pénalise les centres. Le problème du financement de l'informatisation n'est donc que partiellement résolu. Les modifications de logiciels, les retards dans les mises à jour et les exigences des organismes entraînent des adaptations qui s'imposent aux centres. Les grandes associations qui disposent souvent d'une organisation informatique importante n'ont pas toujours bénéficié des aides car l'informatisation préexistait au dispositif d'aide. Elles rencontrent cependant, également, des difficultés d'adaptation.
- Le financement d'action de prévention et de santé publique est également sujet à critique. Les CSI se sont fréquemment impliqués dans ces démarches qui supposent une mobilisation du personnel et pas uniquement infirmier pour porter les projets. Les actions étaient financées tardivement et les centres engageaient des actions sans garantie de financement. Depuis 2006, le financement d'actions de santé publique n'est plus considéré comme relevant de l'accord mais devant être intégré dans les GRSP. Cette position a été prise unilatéralement par la CNAMTS. Dès lors les financements attendus pour ce volet de l'accord n'existent plus.
- Les forfaits pour la formation professionnelle continue ne sont pas mis en œuvre, bien que les centres organisent et rémunèrent les formations pour leurs salariés comme en témoignent leurs comptes de résultats.

Au total, le non-respect des clauses de l'accord et le désengagement de l'assurance maladie vis-à-vis des centres de soins infirmiers contribuent largement à l'aggravation de situations financières déjà fragilisées.

2.3.3 Des contraintes fiscales et sociales de droit commun

Les CSI revendiquent des dispositions particulières pour tenir compte de leurs spécificités.

➤ Une prise en charge des cotisations sociales

Ils bénéficient comme les professionnels libéraux conventionnés avec l'assurance maladie d'une prise en charge partielle des cotisations de sécurité sociale. Pour les CSI cette subvention est fixée¹⁵ à 11,5 points depuis 1992 (instaurée en 1991, elle était initialement de 9,7 points). Ce dispositif « ciblé » de prise en charge pour partie des cotisations des professionnels de santé est une transposition partielle car les éléments d'assiette et les taux de cotisation applicables aux libéraux sont différents, d'autant que certaines mesures ne bénéficient qu'aux médecins libéraux (points pris en charge partiellement pour les allocations familiales). Pour les CSI, l'allègement ne concerne que les cotisations patronales.

S'agissant du niveau de la prise en charge inchangée depuis 1992, une évolution de ce taux ne manquerait pas de susciter des demandes reconventionnelles de la part des professionnels libéraux.

D'autres dispositifs d'exonération ne peuvent être appliqués telles les exonérations de charges sociales (loi Fillon) en raison de la qualification du personnel des CSI. Dans la perspective de nouvelles mesures pour les services à la personne, des mesures d'exonération sont envisagées mais elles excluent les services de soins. Dès lors les CSI ne peuvent en bénéficier.

➤ Des dispositifs fiscaux de droit commun

Les CSI généralement gérés par des associations bénéficient habituellement de la fiscalité des associations et sont assujettis à la taxe sur les salaires. Toutefois la mission a eu connaissance de quelques CSI auxquels sont appliquées des dispositions sur les sociétés (taxe professionnelle, taxe d'apprentissage, impôts sur les sociétés). Le traitement différent appliqué à des CSI dans un même département est peu compréhensible, mais il semble que cette situation soit marginale. En revanche, les CSI gérés par des collectivités territoriales bénéficient de l'exonération de la taxe sur les salaires prévue en application du code des collectivités territoriales.

La revalorisation des salaires des infirmières a eu pour effet mécanique d'augmenter le montant de la taxe sur les salaires. Dans ce domaine, les services de la direction générale des impôts consultés ont confirmé qu'aucun dispositif particulier ne pouvait être envisagé pour les seuls CSI. Ils sont dans ce domaine, comme dans d'autres déjà mentionnés, soumis aux contraintes générales, soit applicables à leurs associations gestionnaires, soit à leur secteur d'activité. Là encore toute mesure sectorielle susciterait d'autres demandes reconventionnelles. Les organisations syndicales des IDEL sont très vigilantes sur toute disposition en faveur des CSI qui serait susceptible de les défavoriser.

¹⁵ art. L.162.32 et D 162-22 du CSS

En revanche, les CSI peuvent bénéficier de mesures fiscales de droit commun instaurées pour des contraintes particulières notamment géographiques (zone franche, aide à l'installation dans des zones où est constaté un déficit en matière d'offre de soins¹⁶...)

¹⁶ Art. L.1511-8 du CGCT

Troisième partie : des perspectives limitées pour les centres de soins infirmiers

Les centres de soins infirmiers ont connu plusieurs fois, au cours des vingt dernières années, des difficultés de fonctionnement. Malgré la reconnaissance législative et la signature de l'accord national avec la CNAMTS, les CSI sont confrontés à une nouvelle crise financière dont ils ne peuvent sortir que par une réelle volonté des pouvoirs publics de respecter les engagements pris.

3.1 Une place dans l'offre de soins à reconnaître

Les objectifs fixés par la loi aux centres de soins infirmiers et la place historique qu'ils ont occupée dans l'organisation des soins infirmiers peuvent être considérés comme des atouts dans un contexte d'offre coordonnée de proximité et de démarche de prise en charge globale des patients. Dans les faits, ce rôle et cette place sont en perte de vitesse depuis plusieurs années.

Le développement des services à domicile et des aides à la personne, la mise en place de dispositifs de coordination à partir des établissements de santé ou de grands services à la personne, la place importante des professionnels libéraux ont marginalisé au niveau national les CSI.

3.1.1 Une responsabilité à assumer au niveau national

La méconnaissance globale des centres de soins infirmiers rend indispensable un réel pilotage national. Le co-pilotage DSS - DHOS a montré ses limites. Les responsabilités respectives doivent être précisées. La mise en place de l'instance de concertation doit être effective. L'absence de lieu de concertation ne peut que nuire à l'appréhension correcte des problématiques des centres.

- améliorer la connaissance des CSI

Il convient tout d'abord d'organiser les remontées d'information sur l'état de l'offre en soins infirmiers, son évolution dans le temps et territoriale, et la place occupée par les CSI. Les données relatives aux structures, aux effectifs et à l'activité des centres doivent être identifiées et suivies. Les mises à jour régulières des fichiers FINESS (fichier national des établissements sanitaires et sociaux) puis RMESS, avec un rappel des consignes d'identification des centres, contribueront à la fiabilité des fichiers qui sont utilisés notamment par les CPAM pour les paiements et aussi pour les diverses requêtes des administrations.

- Renover le rapport d'activité annuel

Le rapport d'activité annuel, obligatoire pour chaque centre, ne sera utile que s'il est revu pour s'adapter aux besoins des interlocuteurs nationaux et régionaux et s'il retrace avec pertinence l'activité des centres. L'exploitation des rapports par les CPAM et les DRASS doit être facilitée par des outils de traitement commun et automatisés permettant une synthèse

annuelle, disponible pour les éventuelles études ou comparaisons. Le RNOGCS en lien avec le ministère et la CNAMTS devrait être en capacité de proposer une autre trame de rapport annuel.

- Identifier la valeur ajoutée dans l'offre de proximité

Dans le cadre des SROS 3, la prise en compte des CSI dans l'offre de proximité est très variable selon les ARH. Il serait nécessaire de mettre en perspective les besoins de la population en termes de besoins de santé primaire, de type d'acte et de charge en soins plus importante pour les personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques et invalidantes au regard de l'amplitude du champ que peuvent assurer les CSI. Cette démarche permettra d'apprécier leur valeur ajoutée dans l'offre de proximité. En outre la fonction de coordination, à laquelle les CSI déclarent consacrer beaucoup de temps serait mieux reconnue.

3.1.2 Des initiatives à encourager et à mutualiser au niveau local

L'absence de coordination entre les décideurs locaux, ARH (offre de soins), DRASS (agrément des centres), DDASS (visite de conformité des CSI par les MISP et compétence seulement sur les SSIAD), CPAM (paiement des actes, suivi de l'activité), URCAM (étude sur les zones déficitaires en professionnels de santé) concourent à la segmentation de l'information et à l'absence de stratégie dans ce domaine.

Les comités paritaires régionaux, dont le secrétariat est assuré par une CPAM de la circonscription régionale, ne traitent que des difficultés ponctuelles dans la mise en œuvre de l'accord national. Leur rôle est très limité.

En revanche, les expériences d'animation régionale à l'initiative des acteurs locaux s'avèrent très positives. La création du CORECSI en Franche-Comté illustre l'apport d'une telle instance pour mutualiser les expériences, soutenir et conseiller les centres. Les URIOPSS contribuent également à une animation régionale des centres mais leurs démarches ne sont pas généralisées sur tout le territoire. Elles peuvent néanmoins constituer des relais utiles.

En milieu rural et dans les zones de sous-effectif en professionnels de santé, la fermeture de CSI se traduit inéluctablement par une difficulté accrue pour la population dans l'accès aux soins infirmiers. La mobilisation des élus contre les fermetures est fondée et justifie les efforts des collectivités locales pour maintenir les centres, voire en créer au sein de maisons de santé pluri-professionnelles. La place du bénévolat et la culture interne des centres en matière de santé publique, de prévention, de prise en charge globale, demeurent des valeurs partagées dans les CSI et contribuent au tissu social et médico-social.

3.1.3 Des restructurations et des efforts de gestion interne à conduire pour garantir la pérennité des services

Les difficultés structurelles des CSI exigent des efforts constants de la part des gestionnaires et des personnels.

➤ Regroupement et adossement à d'autres structures

La taille des centres n'est pas le déterminant majeur de l'équilibre financier du centre. La mission n'a pas été en mesure de déterminer une taille critique pour garantir le seuil d'équilibre financier des centres. Des analyses financières sont à conduire au cas par cas pour cibler les économies susceptibles d'être réalisées. En revanche le positionnement du centre dans son environnement est fondamental.

Le regroupement des centres concoure à l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement internes des structures, notamment pour les plannings de travail et les suppléances des infirmières au sein d'une équipe. L'existence d'antennes peut présenter l'avantage de se rapprocher de la population par l'utilisation de locaux temporaires mais les contraintes liées à l'agrément de ces locaux sont trop lourdes en termes financiers.

L'adossement de CSI à d'autres structures, notamment des SSIAD permet de mutualiser des fonctions logistiques et de mieux répartir les coûts fixes.

➤ La diversification des domaines d'intervention

Parmi les missions des CSI, le champ de la prévention est encore insuffisamment développé. Face au désengagement de la CNAMTS, les CSI ne peuvent plus répondre aux objectifs fixés antérieurement. Ils doivent réorienter leurs actions de prévention en répondant à des appels d'offres en santé publique lancés par d'autres partenaires, des collectivités territoriales ou encore les GRSP. Des pratiques de partenariat existent, notamment des subventions des municipalités peuvent venir en contrepartie d'une prise en charge de problématique de santé, comme cela se développe à Lille.

3.2 Des problématiques financières sous contrainte

Les centres rencontrent des difficultés conjoncturelles aggravées par des difficultés structurelles liées à la fragile adéquation entre deux mécanismes antinomiques : des recettes assises essentiellement sur une tarification à l'activité que les centres subissent, des charges et contraintes salariales encadrées par les règles du code du travail et les conventions collectives.

3.2.1 *Les carences de l'assurance maladie en matière conventionnelle*

L'absence de mise en œuvre de toutes les dispositions prévues par l'accord national signé en 2002 entre la CNAMTS et les membres du RNOGCS est à l'origine des difficultés actuelles. La commission paritaire nationale ne joue pas un rôle actif pour faire aboutir les dossiers.

➤ La tarification des actes

La mission estimant que l'attachement des centres de santé et des CSI à la tarification à l'acte n'est pas injustifiée, il est indispensable qu'ils bénéficient de toutes les dispositions qui y sont rattachées. La transposition de mesures ou tarifs négociés avec les professionnels libéraux doit être concomitante pour les CSI (forfait pour diabétiques, contrat de santé publique...). Des mécanismes d'automaticité sont à prévoir et à mettre en application.

Une réflexion globale doit être engagée sur la cotation des actes infirmiers pour tenir compte de la charge en soins des actes réalisés. Il est nécessaire de revoir les règles d'abattement sur les actes multiples qui ont des effets pervers de segmentation de l'activité et de recherche des actes les plus rentables.

➤ la renégociation des forfaits

Les obligations réciproques prévues dans l'accord doivent être respectées et chaque forfait doit être honoré ou faire l'objet d'un réajustement.

Le niveau du forfait de coordination doit être réévalué pour tenir compte de l'incidence de l'accord de branche qui a revalorisé les salaires des infirmiers. Cette mise à niveau sera complétée par une analyse des temps consacrés, du contenu de la coordination et de la contractualisation effective des CSI avec l'offre de soins environnante.

S'agissant de la formation, il est anormal que les atermoiements de la CNAMTS, qui ne peuvent qu'être perçues comme dilatoires, retardent le versement du forfait. L'absence de réponse de la CNAMTS à la lettre du ministre du 21 juin 2006 est surprenante. La dimension formation, qui est déjà mise en œuvre, est une préoccupation forte des employeurs dans les CSI, notamment pour permettre aux infirmières de répondre aux exigences des services (SSIAD, HAD, établissements de santé) qui prescrivent des soins requérant de plus en plus de technicité (chimiothérapie...). Un paiement rétroactif serait justifié.

Le changement de politique de la CNAMTS en matière de financement des actions de prévention et de promotion de la santé, sans information préalable, met également en difficulté les centres. Cette attitude méconnaît le temps consacré et l'investissement des personnels dans l'animation de telles actions. Le caractère tardif des versements pour les années antérieures et l'absence de financement pour 2006 pénalisent les centres.

Enfin, s'agissant de l'aide à l'informatisation, l'effort fourni par les centres et leur souci de s'adapter aux exigences de l'assurance maladie (FSE, Codification des actes, SESAM-VITALE) devrait être mieux reconnu et indemnisé à son juste niveau.

➤ les prises en charge des cotisations sociales

Si les centres revendiquent un relèvement du niveau de prise en charge des cotisations sociales, dont le taux n'a pas été revu depuis 1992, la mission considère que toute modification de ce taux présente un risque d'entraînement sur les autres dispositifs. A défaut d'expertise financière qui doit dépasser la catégorie des CSI, le maintien du taux est préférable.

3.2.2 Prendre en compte l'accord de branche

La signature de l'accord de branche a permis une revalorisation du statut et des rémunérations des infirmiers en CSI. Les gestionnaires de grandes structures, incluant plusieurs types de services, ont l'habitude d'un mode de financement plus globalisé. Le caractère opposable des accords salariaux, pour les autres services que les CSI, permet une certaine automaticité sur les financements. L'absence de tels mécanismes pour les CSI leur semble peu compréhensible. Malgré les conséquences financières de cet accord, les organisations

nationales n'envisagent pas de le remettre en cause. Ils soulignent que cette revalorisation a permis d'améliorer les recrutements en CSI.

Des accords locaux, conclus avec les professionnels, sont parfois en deçà de l'accord de branche. La mission n'a eu connaissance d'aucun contentieux en la matière. Elle estime regrettable que les financeurs ne tiennent pas compte de cette revalorisation. Les fonctions de coordination, de santé publique, de prévention sont indépendantes des volumes d'actes effectués, elles sont en revanche étroitement liées à l'exercice salarié en centre qui pourrait ainsi être pris en compte.

3.2.3 Veiller à l'application de mesures fiscales

Les associations gestionnaires sont soumises aux dispositions de droit commun, notamment associatives, en matière de fiscalité. Aucun dispositif spécifique, en particulier d'exonérations de la taxe sur les salaires, n'est envisagé pour les CSI. De telles mesures seraient là aussi susceptibles d'emporter des effets sur des domaines connexes et plus vastes. Chaque situation doit être appréciée localement pour une application exacte et adaptée de la réglementation fiscale.

Néanmoins, la méconnaissance de la place des CSI a pour conséquence de les « oublier » dans la mise en œuvre de dispositions nouvelles prises pour favoriser les aides à l'installation ou au maintien dans des zones déficitaires. Les textes mentionnent les professionnels libéraux ce qui exclut de fait les structures que sont les CSI.

Dans le cadre des aides accordées par les municipalités, celles-ci ne comprennent pas ce clivage entre bénéficiaires des aides, en fonction de leur statut juridique, surtout s'agissant d'organismes à but non lucratif.

Une adaptation des textes est à envisager pour éviter des mesures discriminatoires et incompréhensibles.

3.3 Des évolutions indispensables mais limitées

La fragilité de l'équilibre financier des centres de santé et des CSI ne doit pas conduire à une remise en cause de leur mode de fonctionnement et de financement.

Les CSI se situent à la croisée de nombreuses problématiques : services à domicile, offre de soins. Ils ont su, au fil des ans, s'adapter à des enjeux de santé publique et répondre à des besoins de proximité, ne plus leur donner les moyens d'exercer leurs missions les condamnerait à court terme.

3.3.1 Conforter les CSI dans le cadre sanitaire

Le mouvement de réorganisation des centres est inéluctable pour s'adapter aux besoins de la population. Si l'avenir des petits centres autonomes est incertain dans un environnement exigeant de plus en plus de complémentarité et de temps de coordination, toutefois, l'activité de soins infirmiers de proximité sans sélection de la population doit être préservée. Dans ce domaine, les préoccupations sont convergentes avec celles des IDEL.

L'évolution de la prise en charge à domicile, les relais assurés avec les structures hospitalières, dans le cadre des réseaux de santé, les SSIAD ou avec les médecins dans le cadre du DSI modifient les pratiques professionnelles des infirmiers. La prise en compte des contraintes d'organisation du travail salarié, les permanences et astreintes assurées par les CSI sont souvent méconnues et mal rémunérées.

Ces prises en charge différentes doivent être reconnues par des tarifications adaptées, éventuellement par des systèmes de forfaits par types de prise en charge. La transparence de l'activité pour ces prises en charge serait assurée par le dossier patient qui existe déjà dans les CSI.

Le maintien du financement à l'acte doit s'accompagner d'une revalorisation à court terme. Le décrochement des tarifs des infirmiers avec les autres professionnels de santé est difficilement tolérable, sauf à accepter, tout en le dénonçant, une « course » aux actes pour compenser l'effet prix.

Enfin le lien entre la prévention et le soin curatif est à préserver dans la pratique infirmière et dans le concept de centre de soins infirmiers.

Ces évolutions conduisent à des réflexions sur les pratiques professionnelles que les infirmiers nourrissent déjà par un travail en équipe au sein des centres. Ces démarches sont à conforter.

3.3.2 Une démarche d'intégration plus grande dans les SSIAD/HAD

Une alternative souvent évoquée est l'intégration des CSI dans les SSIAD ou les services d'HAD. Une telle démarche ne peut que s'inscrire dans une réforme plus vaste du champ sanitaire et médico-social. Elle présente des avantages mais aussi des risques.

La voie de l'intégration semble *a priori* une solution simple pour résoudre les difficultés des CSI. Une première démarche vise à autoriser l'exercice d'aides soignants dans les CSI. Cette proposition ne recueille pas l'assentiment des professionnels ni des gestionnaires pour deux raisons simples : la tarification à l'acte ne le permet pas et dans ce schéma il y aurait peu de différences avec un SSIAD.

Cette proposition d'intégration de tous les infirmiers des CSI dans les SSIAD serait une formule plus simple pour les décideurs. Elle soulèverait toutefois des questions et d'autres difficultés.

➤ Une plus grande complémentarité attendue ?

Elle permettrait certainement une plus grande complémentarité entre les soins techniques infirmiers et les actes de nursing et de toilette. Les infirmières concentreraient leur activité sur les actes techniques et les aides-soignants sur les soins d'hygiène. Mais le risque de glissement de compétences entre les infirmiers et les aides-soignants n'est pas à négliger, ni la mise en cause de la responsabilité professionnelle. En contrepartie, il faudrait ouvrir les SSIAD à la prise en charge de toute la population et ne pas réserver l'accès à des tranches d'âges et des publics spécifiques.

➤ Des règles de financement plus simples ?

Le financement des SSIAD, par son système de dotation à la place, permet en effet aux associations gestionnaires de maîtriser leur budget et leur trésorerie. En revanche lorsque le volume des places autorisés est atteint, le SSIAD peut refuser de nouvelles prises en charge. Actuellement les CSI comme les IDEL peuvent jouer un rôle de « variable d'ajustement » pour les prises en charge. Dans l'hypothèse d'une intégration, ces alternatives seraient très limitées.

Une autre difficulté réside dans la capacité d'intervention des SSIAD. Ils ne peuvent pas répondre à toutes les demandes car toutes les places autorisées ne sont pas financées. Faut-il faire dépendre l'accès aux soins infirmiers des possibilités financières du SSIAD ?

Dans cette hypothèse, pourquoi n'intégrer que les infirmiers des CSI dans les SSIAD et ne pas étendre à tous les infirmiers intervenant dans le cadre du SSIAD, le statut de salarié du SSIAD ?

Enfin il serait nécessaire de s'interroger sur le gain réel pour les populations bénéficiaires actuellement des services des CSI, d'un transfert dans les SSIAD.

Anne-Marie LEGER

Huguette MAUSS

Récapitulation des préconisations

N°	Intitulé de la préconisation	Autorité responsable
1	Améliorer la connaissance des centres de santé au niveau du ministère et de l'assurance maladie et mettre en place l'instance de coordination prévue à l'article L 6323-2 du CSP	DHOS / DSS CNAMTS
2	Organiser la collecte de l'information Assurer une cohérence dans l'enregistrement des CSI dans FINESS puis à terme dans RMESS Organiser le recueil de données quantitatives sur les centres de santé et les CSI fiabiliser les données relatives aux effectifs –ADELI	DREES, mission Marine et services déconcentrés
3	Identifier le rôle des CSI dans l'offre de soins de proximité, les prendre en compte dans les SROS 3 et dans les études régionales sur la démographie des professionnels de santé	ARH /URCAM
4	Valoriser les initiatives prises en région (instances de coordination...)	DHOS/DSS/ DRASS/DDASS Fédérations d'associations
5	Améliorer le rapport d'activité annuel Revoir la forme et le contenu du rapport d'activité annuel Créer un outil partagé entre l'Etat et l'assurance maladie pour exploiter ces rapports d'activité et en rendre compte	DHOS/DSS/CNAMTS RNOGCS
6	Mettre en œuvre toutes les dispositions de l'accord national <ul style="list-style-type: none"> - mettre à niveau le forfait coordination - ajuster les forfaits informatiques - mettre en place le dispositif permettant de financer la formation - donner aux centres les informations nécessaires pour leur permettre d'assurer les missions prévention et actions de santé et d'en obtenir les financements 	CNAMTS
7	Transposer les modalités tarifaires accordées aux libéraux, aux CSI dans des délais brefs et au fur et à mesure (forfaits pour diabétiques, contrat de santé publique...)	CNAMTS
8	Conduire des négociations avec les CSI sans attendre l'issue des accords conventionnels des professionnels libéraux pour les modalités de financement	CNAMTS
9	Associer toutes les organisations qui fédèrent des CSI, aux réflexions sur l'avenir des CSI et les pratiques professionnelles	Ministère/ CNAMTS/ RNOGCS et autres fédérations
10	Mutualiser les charges <ul style="list-style-type: none"> - Encourager les rapprochements entre structures - favoriser les adossements à d'autres structures 	Associations gestionnaires
11	Développer les complémentarités avec les services HAD/SSIAD pour concentrer l'activité des infirmières des CSI sur les actes les plus techniques	Associations gestionnaires
12	Veiller à l'absence de discrimination en matière d'exonération fiscale et de prise en charges des cotisations pour les CSI.	DSS et DGI
13	Intégrer les CSI dans le champ des mesures relatives aux aides à l'installation ou au maintien dans des zones déficitaires	DSS /DGI / DGCL

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 : lettre de mission

Annexe 2 : liste des personnes rencontrées ou contactées

Annexe 3 : Tableau comparatif des spécificités de l'offre de soins établi par l'UNA

Annexe 4 : Répartition géographique des centres de santé dont les CSI

Annexe 5 : Répartition territoriale des infirmiers en 2006

Annexe 6 : « les soins infirmiers en Aveyron en 2005 » étude CPAM de l'Aveyron –2006-

Annexe 1 : lettre de mission

Ministère de la Santé et des Solidarités

Le Ministre

Cab. JLB/Me A. 05-54974

Paris, le 07 Juin, 2005

82

cc 77/2005

NOTE

**à l'attention de Madame Marie-Caroline BONNET-GALZY
Chef de Service de l'Inspection Générale des Affaires Sociales**

Objet : Situation financière des centres de santé infirmiers.

J'ai été alerté à de nombreuses reprises ces derniers mois sur l'aggravation de la situation financière des centres de santé infirmiers.

Les centres de santé infirmiers relèvent de l'article L.6323-1 du code la santé publique. Ils représentent 39% des 1439 centres de santé agréés (hors DOM, source FINESS 2005). Par leur implantation et la dispense d'avance de frais généralisée (article L. 162-32 du code de la sécurité sociale), ils jouent un rôle essentiel dans l'accès aux soins notamment des populations rurales et des publics les plus fragiles, comme en atteste la part élevée des bénéficiaires de la CMU dans leur patientèle.

Ils sont représentés par trois unions, l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes sanitaires et sociaux (UNIOPSS), l'Union nationale des associations coordinatrices de soins santé (UNACSS) et l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (UNADMR). Ces unions ont signé un accord national avec l'assurance maladie, actuellement en renégociation.

Une première analyse de la situation effectuée par direction de la sécurité sociale montre que les difficultés sont tant d'ordre structurel que conjoncturel, en raison notamment de l'échéance d'application au 30 juin 2006 de l'accord de branche du 29 mars 2002 sur les emplois et les rémunérations de l'aide à domicile. C'est pourquoi je souhaite qu'une mission soit rapidement diligentée par l'IGAS.

Cette mission aura comme finalité première d'objectiver et de quantifier les difficultés financières évoquées par les centres de santé infirmiers. Sans s'interdire de proposer d'autres pistes de réforme, elle devra également expertiser la faisabilité et l'opportunité des solutions qui ont pu être envisagées par les services du ministère :

- la restructuration de l'offre en soins infirmiers des centres de santé, à mettre en relation avec la montée en puissance des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;

37 bis

- le bien fondé de la demande d'une des unions d'allègements fiscaux, comme la possibilité d'exonération ou de prise en charge partielle de la taxe professionnelle et de la taxe sur salaire ;
- l'intérêt de l'autorisation de l'exercice salarié des aides soignants en centres de soins infirmiers ;
- le montant des forfaits de coordination prévus dans l'accord national entre l'assurance maladie et les représentants des gestionnaires des centres de santé ;
- la pertinence d'une augmentation de la prise en charge des cotisations sociales des centres de soins infirmiers par l'assurance maladie.

La nécessité de dégager rapidement un constat sur les difficultés évoquées et, si cela est approprié, des propositions de mesures permettant d'y remédier se justifie par la renégociation qui s'ouvre de l'accord national de 2003 et par les interventions parlementaires à prévoir lors du débat PLFSS. C'est pourquoi j'attacherais du prix à ce que vos conclusions me soient remises au plus tard le 31 mars 2006 et qu'un premier point d'étape me soit fait pour le 15 novembre 2005.

**Xavier BERTRAND**

Annexe 2 : liste des personnes rencontrées ou contactées

NIVEAU NATIONAL

Ministère de la santé et des solidarités
Cabinet des ministres, Xavier Bertrand et Philippe Bas

- M. Laurent Habert, conseiller technique
- M. Christophe Duvaux (téléphone)

Direction générale de la santé

Sous-direction qualité du système de santé

- Mme Lemeux, bureau des formations des professions de santé, responsable de la cellule « infirmiers » au sein de pôle des professions paramédicales

Direction générale de l'action sociale

Sous direction des âges de la vie

- M. Serge Canape, adjoint au chef du bureau des personnes âgées
- Mme Yasmina Gégot, chargée de mission, bureau de la vie autonome des personnes handicapées

Sous direction des institutions, des affaires juridiques et financières

- M Alain Kurkdjian, chef du bureau de la réglementation financière et comptable
- M. Claude Fontan, chef du bureau des conventions collectives et de la politique salariale, (5A)
- Mme Frédérique Pelletier, bureau des conventions collectives et de la politique salariale, chargée de mission

Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins

Sous-direction de l'organisation du système de soins

- M. Philippe Pinton, adjoint de la sous-directrice,
- M. Marc-David Seligman, chef du bureau des réseaux, complémentarités et recombinaison des activités de soins

Sous-direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers

- Mme Claudine Mesclon, chef du bureau des professions paramédicales, des statuts et des personnels hospitaliers
- M. Guy Boudet, adjoint au chef du bureau
- Mme Carole Merle, adjointe au chef du bureau
- Mme Marie-Ange Coudray, directeur de soins, conseillère pédagogique

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soins

- M. Jean-Philippe Vinquant, chargé des fonctions de sous-directeur
- M. Etienne Champion, chef du bureau « Relations avec les professions de santé »
- Dr Isabelle Faibis, conseillère médicale au bureau des relations avec les professions de santé

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES

Direction générale des impôts

- M. Jean-Pierre Carré, inspecteur principal bureau D2 à la direction de la législation fiscale, direction générale des impôts

CNSA, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

- Mme Evelyne Sylvain, direction des établissements et services
- M. Marc Bourquin

CNAMTS

- Mme Sylvie Lepou, directrice-adjointe
- Mme Magali Siera, chargée des centres de santé

CAISSE NATIONALE DU REGIME MINIER

- M. Jean-Dominique Tortuyaux, conseiller santé du directeur
- Dr Hourtoule, médecin conseil
- Mme Laurence David et
- Mme Marie Pierre Brassier

MSA

- Mme Joëlle Lefèvre, sous-directrice
- M. Pascal Verrecchia, responsable du département « accès et offre de soins »
- Mme Heidi Grando, chargée des centres de santé

CONFERATIONS et ASSOCIATIONS**FNAID, Fédération Nationale d'Aide et d'Intervention à Domicile devenue « A Domicile »**

- M. Michel Gaté, délégué général
- Mme Marie-France Bernard, déléguée pôle Conseil et Développement
- Madame Aurore Rochette

C3SI, confédération des unions régionales des centres de santé infirmiers

- Mme Fabienne Andro, présidente
- M. Bernard Taloud
- M. Stéphane Leclerc
- M. Jean-Paul Albarracin

FEHAP

Contacts téléphoniques avec Mrs Antonini et Lecas

RNOGCS, regroupement national des professionnels soignants des centres de santé :

- Mme Sophie Peltier
- la mission a rencontré des représentants siégeant au RNOGCS dans le cadre des rencontres de représentants d'autres fédérations.

UNA (ex UNASSAD) : union nationale (des associations de soins et services à domicile)

- Mme Florence Leduc, directrice générale adjointe
- Mme Pamela Moreno, responsable du secteur « santé, action sociale »

UNADMR Union Nationale des ADMR

- Mme Danièle Dumas, présidente
- Mme Michèle Landro, vice-présidente
- M. d'Aboville, secrétaire général
- Mme Stéphanie Bertrand, responsable des services de santé

Croix Rouge Française:

- Madame Katy Bontinck, attachée de direction à la direction des établissements, en charge des centres de santé.

REPSA religieuses en profession de santé

- Sœur Andrée Allix
- Sœur Marie-Françoise Crépin

UNIOPSS

- Mme Cécile Chartreau, chargée de mission, secteurs santé, handicap, personnes âgées

FNMF

- Mme Nadine Raffy-Pihan, département « services de soins et accompagnement mutualiste »

SOP

- Mme Denamiel

Représentants des infirmiers libéraux :**FNI (Fédération nationale des Infirmiers)**

- Mme Elisabeth Biais-Canhoyea, Présidente

ONSIL (Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux)

- Mme Régina Godard, Présidente

NIVEAUX REGIONAL, DEPARTEMENTAL ET LOCAL**Ile de France**

- DRASSIF : L'IPASS en charge du Pôle Santé et un MISP de la DASS de Paris
- Paris : visite de deux associations

Franche-comté

Le directeur de la DRASS et plusieurs membres de son équipe.
 Les médecins inspecteurs régionaux ou départementaux ont été associés.
 La DDASS de Haute Saône
 Les représentants de l'URCAM et des CPAM
 30 personnes représentants le CORCSI et les associations gestionnaires de CSI

Midi-Pyrénées et Aveyron**A Toulouse :**

L'équipe de direction de la DRASS et le MIR

En Aveyron : l'équipe de direction de la DDASS, la directrice de la CPAM et 30 représentants des associations

Pays de la Loire**A Nantes**

L'équipe de direction de la DRASS , l'URCAM, 12 représentants d'associations

A Angers

L'équipe de direction de la DDASS, des représentants des CPAM et 10 représentants d'associations

Nord

L'équipe de direction de la DRASS, des représentants de la DDASS du Pas de Calais, de la CPAM et des médecins conseils, le directeur de l'URIOPSS, 14 représentants d'associations

**Annexe 3 : Tableau comparatif des spécificités de l'offre de soins établi par
l'UNA**

	HAD	SSIAD	CSI	infirmiers libéraux
Les missions	Permettre la sortie ou raccourcir l'hospitalisation en soins aigus ou en soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible	Assurer, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers, sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels	Assurer, sur prescription médicale, des activités de soin sans hébergement Participer à des actions de santé publique Participer à des actions de prévention et d'éducation à la santé et à des actions sociales	Assurer des soins sur prescription médicale Si signature d'une convention avec la CPAM continuité qualité
Les publics	L'HAD concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé	Le SSIAD concerne : - Des personnes > 60 ans, malades ou dépendantes Des personnes < 60 ans présentant un handicap Des personnes < 60 ans atteintes de maladies chroniques et/ou invalidantes	Les CSI sont ouverts à toute personne qui nécessite des soins infirmiers. Il n'y a pas de discrimination, et les personnes en CMU y ont recours	Choix de la clientèle
Les professionnels	Médecin coordonnateur IDE (salarié / libéral) Aide-soignant Psychologue Kiné Ergothérapeute Orthophoniste Diététicien Personnel administratif	Infirmier coordinateur IDE (salarié / libéral avec convention) Aide-soignant Aide médico-psychologique Psychologue Ergothérapeute Personnel administratif	Un responsable IDE salarié Personnel administratif 2 IDE ETP minimum	IDE seule ou en groupe Ne peut salarier du personnel soignant (IDE, Aide-soignante) Peut salarier du personnel administratif
Les usagers	<ul style="list-style-type: none"> • Projet thérapeutique • Evaluation médicale 	<ul style="list-style-type: none"> • Projet de soins individuel • Evaluation et diagnostic infirmier • Dossiers de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Démarche de soins infirmiers (DSI) • Dossiers de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Démarche de soins infirmiers (DSI) • Paiement différé (optionnel)

	<ul style="list-style-type: none"> Dossiers de soins, médical, social, administratif 100% prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> Conseil de la vie sociale ou questionnaire de satisfaction Document individuel de prise en charge 100% prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> Respect du libre choix de la personne Tiers payant Carte Sesam-vitale : FSE 	
La réglementation	<p>Secteur sanitaire</p> <p>Autorisation</p> <p>Autorité compétente : ARH</p>	<p>Secteur médico-social</p> <p>Autorisation</p> <p>Autorité compétente : DDASS</p>	<p>Agrément</p> <p>Convention : - CPAM - avec établissements de soins</p>	<p>Secteur libéral</p> <p>Conditions d'exercice libéral</p> <p>Convention : CPAM</p>
Le financement	<p>Tarification à l'activité :</p> <p>Par groupe homogène</p> <p>Par groupe tarifaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Pathologie principale Pathologie secondaire Dépendance Durée de séjour 	<p>Budget global :</p> <p>La DDASS procède à une tarification sous la forme d'un forfait journalier afférent aux soins. Le forfait global annuel de soins est égal au forfait journalier multiplié par le nombre prévisionnel de journées du service</p>	<ul style="list-style-type: none"> Paiement à l'acte, selon la NGAP Subvention de 11,5% de la masse salariale versée à chaque trimestre Aide à l'informatique Subventions supplémentaires si centre de soins optant 	<p>Paiement à l'acte selon la NGAP (si conventionné)</p>
Locaux, matériels & divers	<p>Les locaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Visite de conformité <p>Prend en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Transport ➤ Médicaments ➤ Actes de radiologie 	<p>Les locaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Visite de conformité <p>Prend en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Petit matériel ➤ Soins de pédicure 	<p>Les locaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aménagement <p>Adaptés, sécurisés, accessibles</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Visite de conformité réalisée par le préfet ➤ Réserve pharmacie ➤ Moyens de décontamination et de stérilisation 	<p>Les locaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ adaptés

Source : UNA pour ses adhérents

Annexe 4 : Répartition géographique des centres de santé dont les CSI

répartition géographique des centres de santé dont les CSI

source CNAMTS juillet 2006

URCAM	Caisse Primaire	Nombre de centres de santé	Dont : infirmiers	Dont : médicaux	Dont : dentaires	Dont : polyvalents	part des CSI/Total des centres
11 ILE DE FRANCE	751 PARIS	100	8	35	17	40	0,08
11 ILE DE FRANCE	771 MELUN	6	1	0	3	2	0,17
11 ILE DE FRANCE	781 VERSAILLES	14	2	6	2	4	0,14
11 ILE DE FRANCE	911 EVRY	24	6	0	11	7	0,25
11 ILE DE FRANCE	921 NANTERRE	43	2	4	4	33	0,05
11 ILE DE FRANCE	931 BOBIGNY	71	1	20	11	39	0,01
11 ILE DE FRANCE	941 CRETEIL	35	5	5	4	21	0,14
11 ILE DE FRANCE	951 CERGY-PONTOIS	25	2	7	10	6	0,08
Somme 11 ILE DE FRANCE		318	27	77	62	152	0,08
21 CHAMPAGNE-ARDENNE	081 CHARLEVILLE-ME	10	1	0	8	1	0,10
21 CHAMPAGNE-ARDENNE	101 TROYES	7	2	2	3	0	0,29
21 CHAMPAGNE-ARDENNE	511 REIMS	13	12	0	0	1	0,92
21 CHAMPAGNE-ARDENNE	521 CHAUMONT	3	0	0	3	0	0,00
Somme 21 CHAMPAGNE-ARDENNE		33	15	2	14	2	0,45
22 PICARDIE	021 LAON	8	8	0	0	0	1,00
22 PICARDIE	022 SAINT-QUENTIN	6	5	0	1	0	0,83
22 PICARDIE	601 BEAUVAIS	5	2	0	3	0	0,40
22 PICARDIE	602 CREIL	2	1	0	0	1	0,50
22 PICARDIE	801 AMIENS	4	2	0	2	0	0,50
Somme 22 PICARDIE		25	18	0	6	1	0,72
23 HAUTE-NORMANDIE	271 EVREUX	8	3	0	5	0	0,38
23 HAUTE-NORMANDIE	761 DIEPPE	6	3	0	3	0	0,50
23 HAUTE-NORMANDIE	762 ELBEUF	2	1	0	1	0	0,50
23 HAUTE-NORMANDIE	763 LE HAVRE	10	4	0	6	0	0,40
23 HAUTE-NORMANDIE	764 ROUEN	16	4	2	9	1	0,25
Somme 23 HAUTE-NORMANDIE		42	15	2	24	1	0,36
24 CENTRE	181 BOURGES	8	1	0	3	4	0,13
24 CENTRE	281 CHARTRES	7	4	0	3	0	0,57
24 CENTRE	361 CHATEAUROUX	0	0	0	0	0	0,00
24 CENTRE	371 TOURS	14	7	2	5	0	0,50
24 CENTRE	411 BLOIS	6	0	0	6	0	0,00
24 CENTRE	451 ORLEANS	9	5	0	4	0	0,56
Somme 24 CENTRE		44	17	2	21	4	0,39
25 BASSE-NORMANDIE	141 CAEN	17	7	2	7	1	0,41
25 BASSE-NORMANDIE	501 SAINT-LO	8	7	0	1	0	0,88
25 BASSE-NORMANDIE	611 ALENCON	10	5	0	5	0	0,50
Somme 25 BASSE-NORMANDIE		35	19	2	13	1	0,54
26 BOURGOGNE	211 DIJON	9	3	0	5	1	0,33
26 BOURGOGNE	581 NEVERS	15	12	0	2	1	0,80
26 BOURGOGNE	711 MACON	19	5	7	7	0	0,26
26 BOURGOGNE	891 AUXERRE	2	2	0	0	0	1,00
Somme 26 BOURGOGNE		45	22	7	14	2	0,49
31 NORD-PAS-DE-CALAIS	591 ARMENTIERES	2	1	0	1	0	0,50
31 NORD-PAS-DE-CALAIS	592 CAMBRAI	2	2	0	0	0	1,00
31 NORD-PAS-DE-CALAIS	593 DOUAI	1	0	0	1	0	0,00
31 NORD-PAS-DE-CALAIS	594 DUNKERQUE	6	6	0	0	0	1,00
31 NORD-PAS-DE-CALAIS	595 LILLE	28	15	9	3	1	0,54
31 NORD-PAS-DE-CALAIS	596 MAUBEUGE	1	1	0	0	0	1,00
31 NORD-PAS-DE-CALAIS	597 ROUBAIX	0	0	0	0	0	0,00

répartition géographique des centres de santé dont les CSI

source CNAMTS juillet 2006

31 NORD-PAS-DE-CALAIS	598 TOURCOING	6	5	1	0	0	0,83
31 NORD-PAS-DE-CALAIS	599 VALENCIENNES	11	4	0	7	0	0,36
31 NORD-PAS-DE-CALAIS	621 ARRAS	5	1	1	2	1	0,20
31 NORD-PAS-DE-CALAIS	622 BOULOGNE-SUR-	4	0	0	4	0	0,00
31 NORD-PAS-DE-CALAIS	623 CALAIS	3	1	0	2	0	0,33
31 NORD-PAS-DE-CALAIS	624 LENS	4	2	0	2	0	0,50
Somme 31 NORD-PAS-DE-CALAIS		73	38	11	22	2	0,52
41 LORRAINE	541 LONGWY	5	1	0	4	0	0,20
41 LORRAINE	542 NANCY	11	7	0	3	1	0,64
41 LORRAINE	551 BAR-LE-DUC	6	2	0	4	0	0,33
41 LORRAINE	571 METZ	5	2	0	3	0	0,40
41 LORRAINE	572 SARREGUEMINES	3	1	0	2	0	0,33
41 LORRAINE	573 THIONVILLE	5	2	0	3	0	0,40
41 LORRAINE	881 EPINAL	8	3	0	5	0	0,38
Somme 41 LORRAINE		43	18	0	24	1	0,42
42 ALSACE	671 HAGUENAU	20	18	1	1	0	0,90
42 ALSACE	672 SELESTAT	6	4	0	1	1	0,67
42 ALSACE	673 STRASBOURG	18	10	1	5	2	0,56
42 ALSACE	681 COLMAR	6	4	0	2	0	0,67
42 ALSACE	682 MULHOUSE	27	15	6	6	0	0,56
Somme 42 ALSACE		77	51	8	15	3	0,66
43 FRANCHE-COMTE	251 BESANCON	19	13	0	5	1	0,68
43 FRANCHE-COMTE	252 MONTBELIARD	10	8	0	2	0	0,80
43 FRANCHE-COMTE	391 LONS-LE-SAUNIE	14	8	0	6	0	0,57
43 FRANCHE-COMTE	701 VESOUL	13	11	0	2	0	0,85
43 FRANCHE-COMTE	901 BELFORT	7	2	1	4	0	0,29
Somme 43 FRANCHE-COMTE		63	42	1	19	1	0,67
52 PAYS-DE-LA-LOIRE	441 NANTES	20	15	0	5	0	0,75
52 PAYS-DE-LA-LOIRE	442 SAINT-NAZAIRE	8	6	0	2	0	0,75
52 PAYS-DE-LA-LOIRE	491 ANGERS	17	16	0	1	0	0,94
52 PAYS-DE-LA-LOIRE	492 CHOLET	5	4	0	1	0	0,80
52 PAYS-DE-LA-LOIRE	531 LAVAL	10	7	0	3	0	0,70
52 PAYS-DE-LA-LOIRE	721 LE MANS	7	5	0	2	0	0,71
52 PAYS-DE-LA-LOIRE	851 LA ROCHE-SUR-V	21	18	1	2	0	0,86
Somme 52 PAYS-DE-LA-LOIRE		88	71	1	16	0	0,81
53 BRETAGNE	221 SAINT-BRIEUC	5	4	0	1	0	0,80
53 BRETAGNE	291 BREST	14	10	1	3	0	0,71
53 BRETAGNE	292 QUIMPER	11	10	0	1	0	0,91
53 BRETAGNE	351 RENNES	22	12	2	8	0	0,55
53 BRETAGNE	561 VANNES	14	12	0	2	0	0,86
Somme 53 BRETAGNE		66	48	3	15	0	0,73
54 POITOU-CHARENTES	161 ANGOULEME	8	2	0	6	0	0,25
54 POITOU-CHARENTES	171 LA ROCHELLE	9	4	0	5	0	0,44
54 POITOU-CHARENTES	791 NIORT	4	1	0	3	0	0,25
54 POITOU-CHARENTES	861 POITIERS	9	5	0	3	1	0,56
Somme 54 POITOU-CHARENTES		30	12	0	17	1	0,40
72 AQUITAINE	241 PERIGUEUX	2	2	0	0	0	1,00
72 AQUITAINE	331 BORDEAUX	17	6	1	6	4	0,35
72 AQUITAINE	401 MONT-DE-MARSA	3	2	0	1	0	0,67
72 AQUITAINE	471 AGEN	5	2	0	3	0	0,40
72 AQUITAINE	641 BAYONNE	7	5	0	2	0	0,71
72 AQUITAINE	642 PAU	7	1	4	1	1	0,14
Somme 72 AQUITAINE		41	18	5	13	5	0,44
73 MIDI-PYRENEES	091 FOIX	4	2	0	2	0	0,50

répartition géographique des centres de santé dont les CSI

source CNAMTS juillet 2006

73 MIDI-PYRENEES	121 RODEZ	30	24	0	6	0	0,80
73 MIDI-PYRENEES	311 TOULOUSE	30	9	3	12	6	0,30
73 MIDI-PYRENEES	321 AUCH	1	0	0	1	0	0,00
73 MIDI-PYRENEES	461 CAHORS	2	2	0	0	0	1,00
73 MIDI-PYRENEES	651 TARBES	0	0	0	0	0	0,00
73 MIDI-PYRENEES	811 ALBI (*)	17	0	0	13	4	0,00
73 MIDI-PYRENEES	821 MONTAUBAN	2	1	0	1	0	0,50
Somme 73 MIDI-PYRENEES		86	38	3	35	10	0,44
74 LIMOUSIN	191 TULLE	15	12	0	3	0	0,80
74 LIMOUSIN	231 GUERET	1	0	0	1	0	0,00
74 LIMOUSIN	871 LIMOGES	15	10	0	5	0	0,67
Somme 74 LIMOUSIN		31	22	0	9	0	0,71
82 RHONE-ALPES	011 BOURG-EN-BRES	11	4	1	6	0	0,36
82 RHONE-ALPES	071 ANNONAY	2	2	0	0	0	1,00
82 RHONE-ALPES	072 PRIVAS	1	1	0	0	0	1,00
82 RHONE-ALPES	261 VALENCE	0	0	0	0	0	0,00
82 RHONE-ALPES	381 GRENOBLE	30	11	3	7	9	0,37
82 RHONE-ALPES	382 VIENNE	5	2	0	3	0	0,40
82 RHONE-ALPES	421 ROANNE	7	2	1	4	0	0,29
82 RHONE-ALPES	422 SAINT-ETIENNE	30	12	10	8	0	0,40
82 RHONE-ALPES	691 LYON	37	15	10	8	4	0,41
82 RHONE-ALPES	692 VILLEFRANCHE-S	4	1	1	2	0	0,25
82 RHONE-ALPES	731 CHAMBERY	8	0	0	7	1	0,00
82 RHONE-ALPES	741 ANNECY	15	3	0	12	0	0,20
Somme 82 RHONE-ALPES		150	53	26	57	14	0,35
83 AUVERGNE	031 MOULINS	2	1	0	1	0	0,50
83 AUVERGNE	151 AURILLAC	5	4	0	1	0	0,80
83 AUVERGNE	431 LE PUY	4	3	0	1	0	0,75
83 AUVERGNE	631 CLERMONT-FERF	15	0	2	10	3	0,00
Somme 83 AUVERGNE		26	8	2	13	3	0,31
91 LANGUEDOC-ROUSSILL	111 CARCASSONNE	0	0	0	0	0	0,00
91 LANGUEDOC-ROUSSILL	301 NIMES	12	2	0	8	2	0,17
91 LANGUEDOC-ROUSSILL	341 BEZIERS	3	1	1	1	0	0,33
91 LANGUEDOC-ROUSSILL	342 MONTPELLIER	8	0	4	4	0	0,00
91 LANGUEDOC-ROUSSILL	481 MENDE	7	6	0	1	0	0,86
91 LANGUEDOC-ROUSSILL	661 PERPIGNAN	2	2	0	0	0	1,00
Somme 91 LANGUEDOC-ROUSSILLON		32	11	5	14	2	0,34
93 PROVENCE-ALPES-COT	041 DIGNE	5	0	1	4	0	0,00
93 PROVENCE-ALPES-COT	051 GAP	2	0	0	2	0	0,00
93 PROVENCE-ALPES-COT	061 NICE	18	3	1	10	4	0,17
93 PROVENCE-ALPES-COT	131 MARSEILLE	46	0	1	18	27	0,00
93 PROVENCE-ALPES-COT	831 TOULON	10	0	1	7	2	0,00
93 PROVENCE-ALPES-COT	841 AVIGNON	7	0	0	5	2	0,00
Somme 93 PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR		88	3	4	46	35	0,03
94 CORSE	201 AJACCIO	1	0	0	1	0	0,00
94 CORSE	202 BASTIA	2	0	0	2	0	0,00
Somme 94 CORSE		3	0	0	3	0	0,00
Total		1439	566	161	472	240	0,39

5 CPAM n'ont pas répondu :

Carcassonne, Béziers, Le Havre, Auch, Albi

Annexe 5 : Répartition territoriale des infirmiers en 2006

Région	Total général	Libéraux	salariés hospitaliers	autres salariés	dont en CSI	Total IDE en proximité	Part (%)des IDE en CSI dans l'offre de proximité
Ile-de-France	79868	6730	62890	10248	174	6904	0,03
Champagne-Ardenne	9582	892	7597	1093	140	1032	0,14
Picardie	11997	1287	9235	1475	111	1398	0,08
Haute-Normandie	11379	1372	8689	1318	70	1442	0,05
Centre	14791	1755	11258	1778	101	1856	0,05
Basse-Normandie	11063	1463	8300	1300	255	1718	0,15
Bourgogne	12530	1478	9354	1698	109	1587	0,07
Nord - Pas-de-Calais	28048	3196	21110	3742	470	3666	0,13
Lorraine	17413	1895	13380	2138	80	1975	0,04
Alsace	15360	1391	12404	1565	351	1742	0,20
Franche-Comté	9314	878	7023	1413	413	1291	0,32
Pays de la Loire	23843	2166	18122	3555	535	2701	0,20
Bretagne	27004	4321	19304	3379	533	4854	0,11
Poitou-Charentes	12147	1481	9285	1381	98	1579	0,06
Aquitaine	24543	4460	16903	3180	171	4631	0,04
Midi-Pyrénées	25489	5027	16623	3839	440	5467	0,08
Limousin	7556	1023	5461	1072	205	1228	0,17
Rhône-Alpes	45878	6696	32548	6634	557	7253	0,08
Auvergne	11490	1676	8566	1248	83	1759	0,05
Languedoc-Roussillon	20337	5480	12666	2191	91	5571	0,02
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	47066	9736	31475	5855	1	9737	0,00
Corse	2313	819	1335	159	4	823	0,00
D.O.M.	9472	2729	5829	914	4	2733	0,00
Total France entière	478483	67951	349357	61175	4996	72947	0,07

Source : IGAS à partir de données DREES fichier ADELI

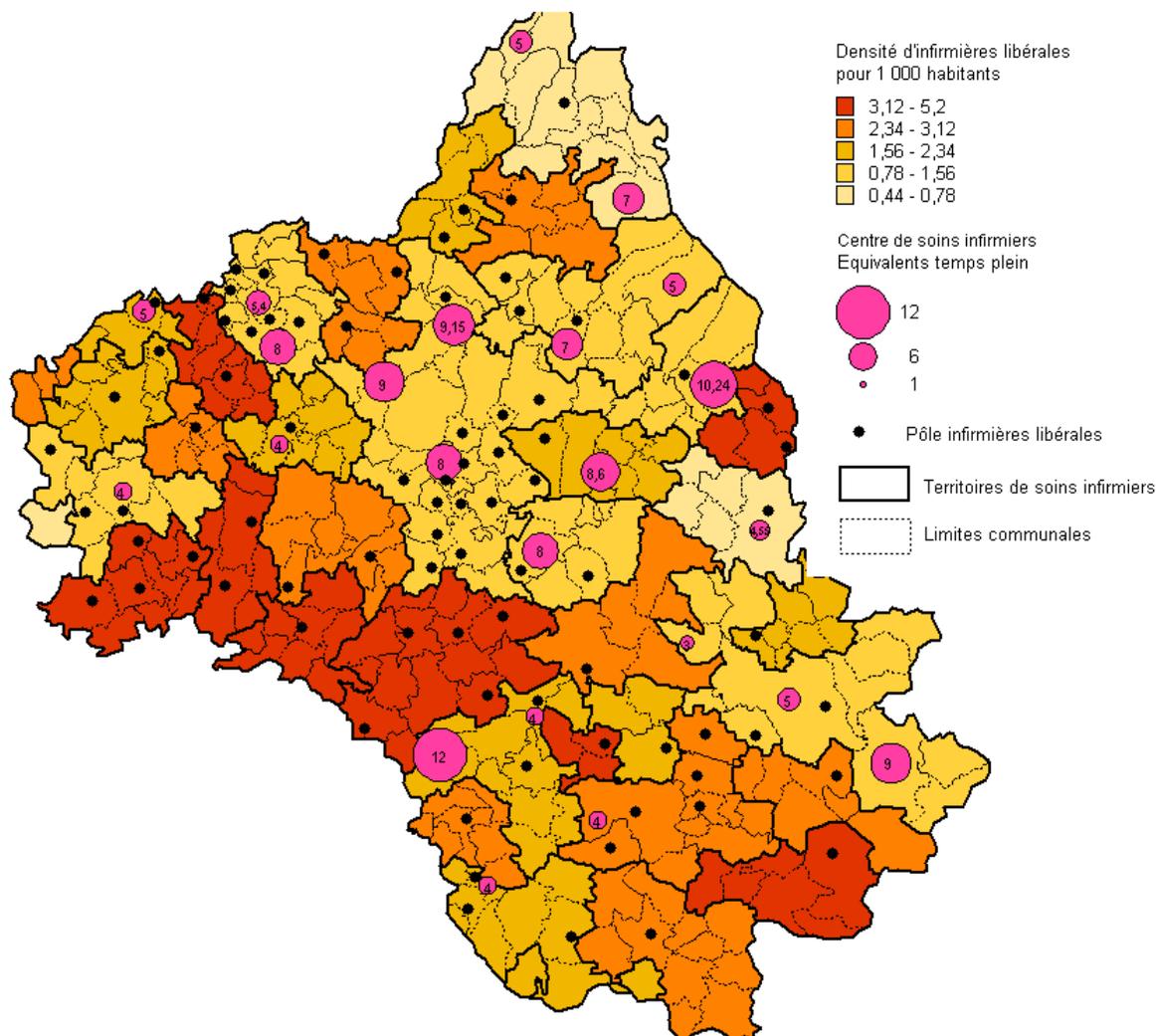
**Annexe 6 : « les soins infirmiers en Aveyron en 2005 » étude CPAM de
l'Aveyron –2006-**

I-L'offre de soins infirmiers

Au 31 décembre 2005, l'Aveyron compte 483 infirmières libérales et 24 centres de soins infirmiers soit 150 équivalents temps plein. La consommation de soins infirmiers est fortement corrélée au vieillissement de la population. L'Aveyron a un indice de vieillissement très élevé et une densité d'infirmières libérales en conséquence.

	France	Midi-Pyrénées	Aveyron
Densité d'infirmières pour 1000	0.78	1.36	1.64
Indice de vieillissement au 01/01/2002 (part des + de 65 ans pour 100 personnes de - de 20 ans)	64.30	84.70	115.40

Compte tenu des déplacements induits par la population et les professionnels de santé, on identifie 34 territoires de soins infirmiers où la densité d'infirmières varie de une à plus de six fois la moyenne nationale. De manière générale les Centres de Soins Infirmiers (CSI) sont installés sur des territoires à densité en infirmières libérales plus ou moins faible, voire moyenne.



II- La clientèle

Pour l'année 2005, 44 097 assurés du Régime Général ont eu recours à des soins infirmiers. Les centres de soins infirmiers ont répondu aux besoins d'un peu plus de 28% d'entre eux, les 72% restant ont été traités par des infirmières libérales.

a) L'âge

La moyenne d'âge des patients des CSI est de 55 ans contre 56 pour les infirmières libérales. L'écart s'explique en grande partie par une proportion plus importante des moins de 40 ans au détriment des]40,60] dans la population traitée par les CSI.

Répartition de la clientèle par classe d'âge

Tranches d'âge	Total		CSI		Infirmières libérales	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
20 ans au plus	2 713	6,15%	864	6,88%	1 849	5,86%
]21,40]	8 068	18,30%	2 438	19,41%	5 630	17,85%
]40,60]	12 964	29,40%	3 513	27,97%	9 451	29,97%
]60,80]	15 517	35,19%	4 406	35,07%	11 111	35,23%
80 et plus	4 835	10,96%	1 341	10,68%	3 494	11,08%
Total	44 097	100,00%	12 562	100,00%	31 535	100,00%

b) Caractéristiques

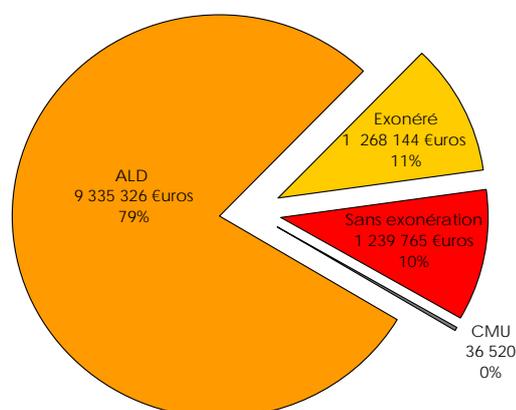
Un peu plus de 32% des patients souffrent d'une affection de longue durée (ALD), 2.88 % bénéficient de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

	Total		CSI		Infirmières libérales	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
ALD	13 931	31,59%	3 692	29,39%	10 239	32,47%
ALD et CMU	228	0,52%	100	0,80%	128	0,41%
CMU	1 268	2,88%	669	5,33%	599	1,90%
Autres	28 670	65,02%	8 101	64,49%	20 569	65,23%
Total	44 097	100,00%	12 562	100,00%	31 535	100,00%

III- La facturation

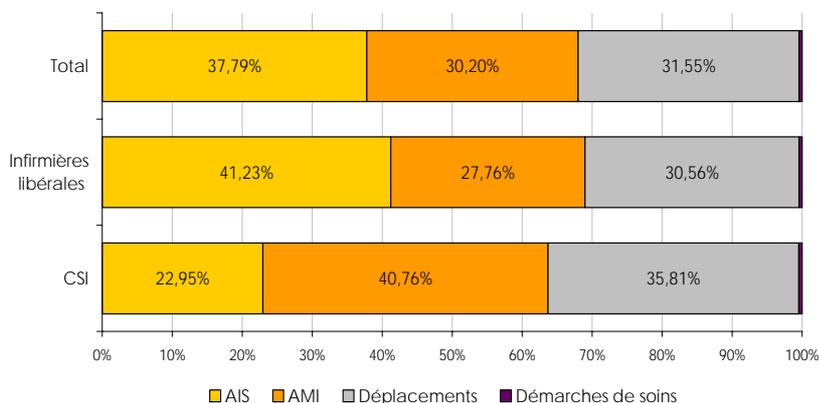
a) Type de remboursement

Le cumul des montants remboursés pour les prestations d'infirmières de l'année 2005 s'élève à 11 879 755 euros. Près de 90% de la dépense est exonérée de ticket modérateur. Le motif d'exonération le plus fréquent est l'ALD. La part des remboursements en CMU est négligeable.



b) Structure de la facturation

La facturation des CSI représente 18.82% de la dépense engagée, pour les soins infirmiers, en 2005, par la CPAM de l'Aveyron. Le poids des démarches de soins infirmiers est identique pour les deux catégories de professionnels (0.44%). Pour le reste, la structure de la facturation diffère selon les CSI ou les infirmières libérales. Les frais de déplacement pèsent plus lourd pour les CSI. Les parts des AMI et AIS s'opposent, le coefficient moyen facturé en AIS par les libérales est inférieur à celui des CSI. La situation s'inverse pour les AMI ; en conséquence, la différence se fait exclusivement sur les quantités.



c) Coût par patient

Un patient traité par un Centre de soins coûte 42% moins cher qu'un patient traité par une infirmière libérale.

	Quantité		Dépense		Écart de coût en %
	CSI	Libérales	CSI	Libérales	
AIS	4,93	16,75	40,84	126,10	-68%
AMI	22,48	23,76	72,53	84,89	-15%
Indemnité forfaitaire de déplacement	17,88	29,52	32,09	53,11	-40%
Indemnité kilométrique	70,34	90,25	31,63	40,36	-22%
		Total	177,91	305,83	-42%

Les prestations en AIS expliquent plus des 2/3 de l'écart, la différenciation se fait essentiellement sur les quantités moyennes facturées en AIS3 et en AIS6.

Coefficient AIS	Quantité moyenne par patient	
	CSI	Libérales
1 à 2	0,30	0,02
3	3,18	14,91
3,1 à 5	0,15	0,12
6	1,30	1,70
Total	4,93	16,75

IV- L'activité des infirmières

Sur l'observation des remboursements de la CPAM de l'Aveyron en 2005, on dénombre en moyenne 65.3 assurés pour une infirmière libérale contre 83.75 pour un équivalent temps plein en centre de soins. En moyenne, pour une quantité d'actes supérieure de 15% une infirmière libérale facture 49% de coefficients en plus qu'un CSI pour un équivalent temps plein. Globalement une infirmière libérale génère une dépense de 38% supérieure à un équivalent temps plein de CSI.

Moyenne par :	Quantité			Coefficient			Dépense			
	ETP CSI	Infirmière libérale	Écart en %	ETP CSI	Infirmière libérale	Écart en %	ETP CSI	Infirmière libérale	Écart en %	
Total des actes dont :	2 295	2 645	15%	3 912	5 788	48%	9 494	13 776	45%	
AIS	413	1 093	165%	1 525	3 621	137%	3 420	8 233	141%	
AMI	1 883	1 551	-18%	2 387	2 168	-9%	6 074	5 543	-9%	
Indemnité forfaitaire de déplacement	1 498	1 928	29%	3 912	5 788		2 688	3 468	29%	
Indemnité kilométrique	5890	5892	0%				2649	2635	-1%	
							Total Dépense	24324	33655	38%

V- Annexe

Données complémentaires