



SYNDICAT FNI
DES INFIRMIERS LIBERAUX DE L'ISERE

3 rue Marcel Porte

38100 GRENOBLE

Grenoble le 6 février 2009

Madame, Messieurs les députés,

Monsieur le député MOYNE-BRESSAND du nord-Isère vous a sûrement contacté pour obtenir vos signatures sur sa proposition de loi visant à créer un statut libéral aux aides-soignantes.

Par la présente, nous vous demandons de bien vouloir prendre connaissance de notre argumentaire ci-joint, avant d'engager votre signature sur un projet qui ne pourrait satisfaire un maintien à domicile des personnes dépendantes car les aides-soignantes ne possédant pas de rôle propre, ne peuvent exercer leurs compétences que sous la responsabilité des infirmières, car aucun acte médical ou paramédical ne peut leur être délégué. D'autre part, un professionnel libéral n'exerce pas sous la responsabilité d'un tiers, il engage sa responsabilité personnelle.

Nous nous tenons à votre disposition si vous souhaitez nous rencontrer, afin de mieux débattre des problèmes soulevés par cette proposition de loi.

Nous vous remercions de votre attention, et vous prions de croire à nos sincères salutations,

Hélène BOUREILLE

Présidente

- **Présentation de la proposition de loi visant à créer un statut libéral d'aide-soignante, l'exposé des motifs.**

Monsieur Alain MOYNE-BRESSAND, député de l'Isère, a déposé une proposition de loi visant à créer un statut libéral de l'aide-soignante dont l'exposé des motifs indique que cette *« auxiliaire médicale est indispensable au maintien à domicile d'un nombre de plus en plus grand de personnes dépendantes, car elle collabore à la distribution de soins d'hygiène et de confort. »*

L'aide-soignante dépend d'associations de soins à domicile. Son statut de salariée rendrait *« difficile la pratique du maintien à domicile comme solution de remplacement à l'hospitalisation, à la maison de retraite et à toute forme d'accueil et d'hébergement collectif »*.

Ainsi, la proposition de loi aurait-elle pour objectif de *« faciliter et développer le maintien à domicile des personnes dépendantes, de nombreuses personnes ne trouvant pas de personnel disponible pour leur prodiguer des soins d'hygiène et de confort »* ou pour satisfaire une demande de gardes de nuit à domicile ?

Le député MOYNE-BRESSAND souligne que *« la canicule de l'été 2003 a montré qu'il fallait mobiliser les énergies pour répondre à des situations de crise et pouvoir avoir recours à du personnel soignant »*.

Il estime que le statut libéral de l'aide-soignante *« faciliterait la visite régulière d'un même intervenant. Il apporterait de ce fait une plus grande stabilité dans l'offre de soins, une meilleure garantie dans la qualité de la prestation et une sécurité accrue, ce que les contraintes d'un statut de salariée rendraient impossibles à réaliser »*.

Expose le fait que : *« la profession d'aide-soignant sera réglementée permettant une qualification et l'agrément de personnel compétent au chevet des personnes dépendantes »*

Ce nouveau statut permettrait *« la reconnaissance des soins ambulatoires pratiqués par les aides-soignants »* et constituerait *« une solution des substitution à la suppression de postes hospitaliers résultant de la diminution du nombre de lits »*.

« Le financement d'un ou de deux passages quotidiens d'un aide-soignant, qu'il soit partiellement ou, dans certains cas à la charge totale des intéressés, sera toujours moins coûteux que celui d'un séjour dans une structure d'accueil collective »

La proposition de Loi insère plusieurs articles au Code de la Santé Publique :

L'article L.4323-8 dispose : *« Est considéré comme exerçant la profession d'aide-soignant ou d'aide-soignante toute personne qui, en fonction des diplômes ou titres qui l'y habilitent, collabore, en application du rôle qui lui est dévolu ou sous la responsabilité du médecin ou d'un(e) infirmier(e), à la distribution de soins d'hygiène et de confort. »*

Les autres articles reprennent la formulation du Code de la Santé Publique réglementant la profession d'infirmière.

- **Exposé des problèmes soulevés par la rédaction de la proposition de Loi et son exposé des motifs.**

- 1) **Un professionnel libéral n'exerce pas sous la responsabilité d'un tiers, il engage sa responsabilité personnelle.**

- L'activité libérale se définit comme l'exercice personnel d'un art ou d'une science. Il garantit à l'utilisateur, l'indépendance professionnelle et la responsabilité professionnelle du praticien...
- L'indépendance professionnelle, au sens du code de déontologie des professions réglementées, indique que seul l'intérêt du client doit guider le professionnel libéral dans le choix et l'accomplissement de sa prestation. Toute considération financière ou sociale étant à exclure.
- D'autre part, la responsabilité personnelle du professionnel libéral est toujours engagée et donne lieu à la souscription d'une assurance responsabilité civile professionnelle obligatoire, depuis le vote de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Aussi, la proposition de loi ne peut-elle disposer que les aides-soignantes « *collaborent en application du rôle qui leur est dévolu ou sous la responsabilité du médecin ou d'une infirmière, à la distribution des soins d'hygiène et de confort* ».
- L'exercice libéral de la profession d'aide-soignante suppose que l'aide-soignante dispose d'une compétence ou d'une délégation de compétence à l'instar des infirmières qui sont dotées d'un rôle propre et d'une délégation de compétences d'actes médicaux.
- De plus, le terme d'auxiliaire médicale selon le code de la Santé Publique est réservé aux seules professions disposant d'une délégation d'actes médicaux, cette délégation faisant l'objet d'une prescription médicale (Article R.4311-7 du Code de la Santé Publique relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière).
(Annexe 1)

- 2) **Le rôle des aides-soignantes auprès des personnes en situation de dépendance n'est pas différencié de celui des INFIRMIERES ou des AIDES A DOMICILE.**

Une personne en situation de dépendance peut nécessiter des soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie ou une aide aux gestes courants de la vie.

A) Les SOINS INFIRMIERS liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie.

Ils visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne. « Les soins préventifs, curatifs ou palliatifs ont pour objet de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir (...) l'autonomie des fonctions vitales physiques ou psychiques des personnes, en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social » (Article R.4311-2 du Code de la Santé Publique relatif aux actes professionnels des infirmières).

Parmi ces soins, figurent les soins d'hygiène. Ces soins relèvent de qualification des infirmières dans la mesure où ils constituent des soins préventifs (d'une complication découlant d'une perte d'autonomie), curatifs (des conséquences d'une maladie entraînant une perte d'autonomie) ou palliatifs (en ce qu'ils visent à accompagner une personne en fin de vie.) Les infirmières « ne refusent pas » d'accomplir ces soins, à l'exception de celles exerçant dans des secteurs géographiques où elles sont en nombre insuffisant pour répondre aux besoins de la population ou dans les secteurs où les carences en service d'aide aux personnes les amènent à pallier l'insuffisance des services sociaux

L'avenant n°1 de la Convention nationale destinée à organiser les rapports entre l' Assurance Maladie et les Infirmier(e)s d'exercice libéral parue au J.O. du 18 octobre 2008, a pour objectif de corriger la répartition des professionnels sur le territoire national afin d'améliorer l'accès aux soins infirmiers en instaurant une régulation globale de l'offre de soins infirmiers sur le territoire national et en facilitant les installations de professionnels infirmiers dans les territoires déficitaires par des mesures incitatives. (**Annexe 2**)

B) L'AIDE aux gestes courants de la vie.

Dès 1990, la Commission du Commissariat Général au Plan, présidée par Pierre SCHOPFLIN, proposait d'identifier les besoins d'aide aux « actes élémentaires de la vie quotidienne » des personnes dépendantes.

Parmi les besoins identifiés, les membres de la commission retenait « l'aide à la toilette, l'habillage, aller aux toilettes, contrôler ses sphincters, se déplacer (transfert lit-fauteuil, fauteuil-lit), manger, etc.

L'aide humaine apportée aux personnes dépendantes est accomplie par les aides à domicile dont la formation est définie par l'arrêté du 28 juillet 1995. Il est modifié par le décret n° 2002-410 du 26 mars 2002 qui crée un diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale. (**Annexe 3**)

Les auxiliaires de vie sociale interviennent auprès des familles, des enfants, des personnes âgées, des personnes malades, des personnes handicapées pour une aide à la vie quotidienne, le maintien à domicile.

Le référentiel de formation conduit à un référentiel d'activités, autorisant les auxiliaires de vie sociale à « accompagner et aider les personnes » :

- dans les actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, habillage, déshabillage, alimentation, élimination.),
- dans les activités ordinaires de la vie quotidienne (achats alimentaires, préparation des repas, entretien du linge, des vêtements et du logement, nettoyage des surfaces et matérielles) [Arrêté du 26 mars 2002]

Entre les infirmières libérales répondant aux besoins en soins infirmiers d'hygiène, au sens de leur décret de compétence, et les aides à domicile (ou auxiliaires de vie sociale) se devant aux besoins en « aide aux gestes courants de la vie », **il conviendrait de préciser à quels besoins ou toilettes corporelles, les aides-soignantes libérales se devraient de répondre sous leur propre responsabilité.**

Le ministre de la Santé, Xavier BERTRAND, interrogé par la FNI, confirmait par courrier référencié : CAB.LH/CG D n°11373 daté du 11 octobre 2005 que :

« L'activité des aides-soignants s'exerce uniquement dans le champ du décret d'actes infirmiers. **Il n'existe pas de rôle propre de l'aide-soignant** (...). »

« Lorsqu'il intervient physiquement seul auprès du patient, situation évoquée dans le référentiel de formation, l'aide-soignant reste sous la responsabilité de l'infirmier et agit nécessairement dans le cadre d'un protocole et d'une structure de soins ».

« Aucun acte médical ou paramédical n'est délégué aux aides-soignants. **Il n'existe pas de « délégation » entre un infirmier et un aide-soignant (...)** l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants (...). Les aides-soignants dispensent donc des soins sous la responsabilité des infirmiers qui ont comme mission de les encadrer. (...) (**Annexe 4**)

3) Le niveau de culture générale minimal pour exercer à titre libéral n'est pas pris en compte dans la proposition de loi.

La définition de l'exercice libéral selon l'INSEE :

« C'est la pratique personnelle d'un art ou d'une science que l'intéressé exerce en toute indépendance. Elle consiste en la fourniture d'un travail intellectuel et il convient que celui qui la fournit en soit capable, tant dans l'intérêt de ceux qui ont recours à ses services que dans l'intérêt de toute la profession. »

La libre circulation des professions libérales en Europe a conduit les Pouvoirs Publics à définir des directives harmonisant la formation des professions réglementées, donc autorisées à exercer à titre libéral.

L'accès à ces formations est subordonné à des conditions d'âge et de culture générale.

Les directives sectorielles organisant la formation et la reconnaissance mutuelle des diplômes ou des titres délivrés des avocats, des médecins, des chirurgiens-dentistes, des infirmières, comme le système général de reconnaissance des diplômes, subordonnent l'accès à une profession dont la formation est réglementée à la détention d'un diplôme de fin d'étude post secondaire. (Directive du 21 décembre 1988 relative à un système général de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur). **(Annexe 5)**

L'Arrêté du 23 mars 1992 relatif aux conditions d'admissions dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers stipule en son article 3 : « peuvent se présenter aux épreuves de sélection :

- les titulaires du baccalauréat français,

(...) **(Annexe 6)**

Les accords de BOLOGNE, qui visent à l'harmonisation des structures d'études et des diplômes dans l'espace européen, ont renforcé le dispositif de la directive précitée.

Ce niveau de culture générale n'est pas excessif au regard des responsabilités des professionnels exerçant en toute indépendance auprès des personnes malades, âgées ou handicapées.

De plus, les professions libérales se doivent d'assumer les contraintes fiscales et sociales de leur activité, comme l'équilibre économique de leur cabinet professionnel. En effet, l'exercice forain d'une activité libérale est interdit par les codes de déontologie comme par les règles professionnelles.

4) L'exposé des motifs confond : prise en charge sanitaire et prise en charge sociale.

Comme nous l'avons vu précédemment, les personnes en situation de dépendance peuvent présenter des besoins en Soins et/ou des besoins en Aide.

Les soins relèvent des professions de santé, l'aide aux actes essentiels de la vie ou l'activité quotidienne relève des professions de la vie sociale.

Pour ce qui concerne les gardes de nuit, deux situations sont à différencier :

- les malades nécessitent une surveillance clinique, l'application d'une thérapeutique, et/ou des soins infirmiers, et ils relèvent de la garde d'une **infirmière**.
- les personnes nécessitant une surveillance générale du fait de leur agitation, du besoin d'aide à aller aux toilettes, et/ou d'un change de protection par exemple, relèvent d'une auxiliaire de vie sociale afin de soulager la famille, c'est-à-dire **l'aidant naturel**.

5) Le statut libéral des aides-soignantes ne constitue pas une réponse adaptée aux problèmes révélés par la canicule.

Le rapport de l'IGAS, publié en décembre 2003, fait état d'une surmortalité de 10 000 à 15 000 décès observés suite à la canicule.

Seuls 24% des personnes sont décédées à leur domicile, il s'agissait pour la plupart de personnes âgées isolées, ne recevant pour **la plus grande majorité**, ni soins infirmiers, ni aide aux gestes de la vie quotidienne.

Depuis, la création de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), le financement du « cinquième risque » à hauteur de 15 milliards d'euros, la multiplication des services à la personne, la création des MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées), l'extension des Services de soins à domicile, la création d'HEPAD, ont largement pallié aux carences sociales constatées en 2003, ce que semble ignorer Monsieur le Député MOYNE-BRESSAND.

Une telle organisation permet une prise en charge sociale globale répondant aux besoins identifiés des personnes et non à des demandes ne présentant aucune situation d'ensemble.

L'étude réalisée par l'INSEE-INSERM-ORS dans les Bouches-du-Rhône, rendue publique le 9 Janvier 2004, portant sur les besoins des personnes âgées à domicile, expose qu'un quart des personnes de plus de 60 ans a besoin d'aide aux gestes de la vie quotidienne pour rester à domicile. De plus, les aidants naturels vieillissant, les besoins vont continuer à croître. C'est donc bien dans ce secteur de l'aide à domicile qu'il convient d'apporter les bonnes réponses.

Le Législateur en toute conscience a prévu au PLFSS 2009 une aide financière pour la formation des personnels salariés de ces établissements. « Il prévoit la faculté pour la CNSA de prendre en charge une partie du coût du remplacement du salarié lorsque celui-ci est en formation sur son temps de travail, et ainsi de permettre aux employeurs (EHPAD, SSIAD et SPASAD) d'améliorer la qualification de leurs salariés, sans désorganiser le service.

C'est un des enjeux majeurs du plan métiers dans la mesure où une des causes bien identifiées des difficultés d'accès à la formation continue dans les établissements et services accueillant des personnes âgées est le remplacement du salarié en formation (exemple : formation d'une durée d'un an pour le diplôme d'Etat d'aide-soignant) » (**Annexe 7**)

La création d'un statut libéral d'aide-soignant aurait pour corollaire un déficit grave de personnel pour les établissements mentionnés et une remise en cause de la politique volontariste du législateur.

Enfin, nous rappelons que la réforme du système de santé faisant l'objet du projet de loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) stipule à l'article 2 « *une meilleure qualité des soins dans les établissements de santé* » (**Annexe 8**)

Cette « *qualité des soins* », voulue par le législateur, mais aussi par les associations d'usagers, n'est possible que si les établissements de santé peuvent garder leur personnel soignant salarié.

6) La création d'un auxiliaire médical libéral supplémentaire à domicile complique l'élaboration d'un projet de prise en charge pluridisciplinaire, la coordination des professionnels de santé à domicile.

Le Président de la République, Monsieur Nicolas SARKOZY, s'exprimant à BORDEAUX le 16 octobre 2007, exprimait son souhait : « *une meilleure articulation entre les différents acteurs du soin est nécessaire (...), les soins de longue durée et la prise en charge des personnes âgées* ».

Cinq professions d'auxiliaires médicaux exercent en libéral et à domicile et concourent à l'élaboration d'un projet de soins : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes.

Ces professionnels doivent non seulement se coordonner entre eux mais également avec le médecin généraliste, les médecins spécialistes, le laboratoire d'analyses médicales, le pharmacien, les infirmiers ou médecins hospitaliers, les services d'aide aux personnes.... !

La création d'un intervenant supplémentaire dont le besoin dans la chaîne sanitaire n'est pas démontré, ne peut que compliquer l'élaboration d'un projet de prise en charge pluridisciplinaire, la coordination des professionnels de santé et leur coordination avec les services sociaux.

Enfin, le PLFSS 2009 stipule que le Gouvernement entend poursuivre la politique de maîtrise de dépenses de santé dans un contexte économiquement défavorable. La création d'une nouvelle profession d'exercice libéral serait génératrice de dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie. **(Annexe 9)**

7) Le financement des prestations des aides soignantes par la famille est illusoire.

L'APA rencontre un grand succès auprès des familles au motif que le seuil de reprise sur succession a été relevé notablement. Au 30 juin 2008, 1 094 000 personnes (Rapport DRESS) bénéficient de cette allocation pour un montant de 2,1 milliards d'euros par an. **(Annexe 10)**

Il serait incompréhensible pour les citoyens de prendre des mesures sociales de cette envergure, puis de leur demander de payer, même partiellement, le ou les passages d'une aide-soignante accomplissant ce que font les SSIAD aujourd'hui sans qu'ils aient à faire ne serait-ce que l'avance des frais.

En revanche, la dispersion, le manque de coordination des services sociaux, le manque d'évaluation coût/services rendus et services attendus, sont inacceptables.

Il est urgent de contrôler et d'évaluer la pertinence de leur utilisation comme l'efficacité des structures qui les gèrent.

- **Conclusions de la FNI**

Les aides-soignantes sont des collaboratrices indispensables en établissement en ce qu'elles participent selon la nature de la structure aux soins avec un infirmier ou à l'aide aux actes essentiels de la vie.

En établissements de santé, la collaboration d'une aide-soignante évite de mobiliser un second infirmier pour dispenser les soins aux malades lourds ou désorientés.

La préparation du matériel, la surveillance du rythme des perfusions, l'aide à la toilette des malades semi-valides, l'application d'un plan d'hydratation per os sont des situations dont l'utilité est bien réelle pour le malade comme pour l'infirmière.

En EHPAD, l'aide à la toilette, l'aide aux transferts, l'aide à l'alimentation et d'une manière générale l'aide aux actes essentiels de la vie peuvent être accomplis par une auxiliaire de vie sociale ou une aide-soignante en remplissant le rôle.

Par ailleurs, un certain nombre d'aides-soignantes présente un niveau de culture générale qui leur permettrait de suivre avec succès une formation d'infirmière désormais accessible, en deuxième année (cf. texte). **(Annexe 12)**

Si la reconversion des aides-soignantes constitue un problème en rapport avec la suppression des postes hospitaliers résultant de la diminution du nombre de lits, il conviendrait plutôt de les inciter à passer le D.E. infirmier.

Pour celles qui ne souhaitent pas entreprendre les études correspondantes, la formation au D.E. d'auxiliaire de vie sociale prévoit à l'Art. 1 du titre 1 de l'Arrêté du 26 mars 2002 que les aides-soignantes « sont dispensées de la vérification des pré-requis ».

Les aides-soignantes disposent ainsi de deux possibilités de promotion sociale, chacun de ces diplômes (diplôme d'Etat infirmier et diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale) donnant accès à de nombreux débouchés.