

*c) Les honoraires*

Selon la DSS les dépenses d'honoraires des généralistes pour le régime général ont augmenté de 1,8 %. Des incertitudes demeurent sur l'évolution réelle de ces dépenses compte tenu des données de la CNAMTS qui chiffre à 1 % cette augmentation sur la même année. La croissance des honoraires des spécialistes est de 2,2% contre 5,5 % en 2004. Si la contribution forfaitaire de 1 € a permis au régime général de réaliser des économies de 108 M€ sur ces honoraires, la CCAM a entraîné un coût supplémentaire net pour l'assurance maladie et un gain pour les praticiens de plus de 50 M€.

Les honoraires paramédicaux connaissent la progression la plus forte (4,9 %), après ceux des sages femmes (12,2 %). Mais ces deux postes contribuent seulement pour 0,5 point à la croissance totale de 3,2 % des dépenses de soins de ville.

## **C – Les dépenses de soins infirmiers en secteur libéral et leurs modalités de régulation**

---

### *PRÉSENTATION*

---

*Après une décennie marquée par l'explosion des dépenses de soins infirmiers, liée notamment à une forte augmentation du nombre des professionnels (+4,8 % par an), les pouvoirs publics ont décidé, à partir de 1992, d'agir sur les deux facteurs de croissance que sont la démographie des infirmiers diplômés d'Etat libéraux (IDEL) et le volume de soins, mais aussi de remodeler qualitativement l'activité des IDEL pour rendre la dépense d'assurance maladie plus efficiente.*

*De 1992 à 2001, la croissance de la dépense infirmière a connu un infléchissement, mais selon un schéma contraire à l'objectif poursuivi puisque le volume est demeuré le facteur principal de la croissance.*

---

**Evolution comparée des dépenses d'IDEL, des masseurs-kinésithérapeutes (MK) et des médecins en taux de croissance annuel moyen**

%

Période	IDEL		MK		Médecins et dentistes	
	en valeur	dont volume	en valeur	dont volume	en valeur	dont volume
De 1982 à 1991	14,34	10,64	11,14	7,66	13,69	8,00
De 1991 à 2001	4,27	3,47	4,66	3,44	3,50	2,45
De 2001 à 2004	8,09	3,95	6,06	4,82	4,11	1,24

Source : Tableau réalisé par la Cour des comptes à partir des données du SNIR-PS.

Avec la convention de 2002 marquée par de très fortes revalorisations tarifaires, le dispositif de maîtrise des dépenses élaboré à partir de 1992 a été vidé de son contenu et peu ou pas appliqué. Quant à la redéfinition du rôle des IDEL dans le système de soins, elle n'a pas abouti pour l'instant et constitue l'enjeu de la future convention de 2007.

### **1 – Les principales caractéristiques de l'activité et de la dépense infirmières**

Les dépenses de soins infirmiers présentées au remboursement en 2004 représentaient un montant tous régimes de 3 227 M€ soit environ la moitié des dépenses relatives aux auxiliaires médicaux et 5,0 % de celles relatives aux soins de ville. A ce montant de 3 227 M€ (chiffre tous régimes issu du SNIR-PS géré par la CNAMTS), les comptes nationaux de la santé ajoutent d'autres dépenses notamment les forfaits (750 M€) versés par l'assurance maladie aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ce qui aboutit à un total de 4 328 M€<sup>17</sup>.

#### *a) Sources de rémunération et types de prestations des IDEL*

Ce montant de 3 227 M€ se compose principalement de deux parties : les honoraires conventionnels (2 567 M€ soit 79,6 %) et les indemnités de déplacement, forfaitaires et kilométriques (650 M€, soit 20,1 %), très importantes pour cette profession dont 70 % des actes sont réalisés au domicile des patients.

17. En 2005, selon la commission des comptes de la sécurité sociale du 8 juin 2006, le montant remboursé par le seul régime général, 2 426 M€, est en augmentation de 5,7 % par rapport à 2004 avec un effet volume supérieur à 5 %.

L'activité de soins (honoraires hors indemnités de déplacement) se répartit depuis 1992 en deux catégories de prestations : d'une part, des actes techniques cotés en AMI<sup>18</sup> (actes médicaux infirmiers) tels les pansements, injections, poses de sonde ou prélèvements, d'autre part les soins de nursing cotés en AIS (actes de soins infirmiers), le plus souvent constitués des séances de soins infirmiers centrées sur la toilette (cotées AIS 3) mais aussi des gardes à domicile (AIS 13 ou 16). En 2002, a été créée la « démarche de soins infirmiers », cotée DI, pour un montant jusqu'à présent peu significatif de 4 M€ en 2004.

En 2004, les dépenses relevant des actes en AMI et en AIS sont respectivement de 1 365 M€ et 1 198 M€ (soit 53 % et 47 % du total des honoraires, 43 % et 37 % du total des dépenses). Mais les actes en AMI représentent 63,2 % du nombre total d'actes réalisés et 45,5 % du nombre total de coefficients. Ainsi, selon l'unité de compte retenue, les soins techniques concernent la majeure partie des interventions et des dépenses, mais une partie minoritaire du temps consacré aux soins. Cette analyse a joué un rôle prépondérant dans la volonté de remodeler l'activité des IDEL.

#### *b) Une patientèle ciblée sur les personnes âgées*

Les personnes âgées de plus de 65 ans constituent 65 % de la patientèle recevant des actes techniques (AMI) et 90 % de celle concernée par les soins de nursing (AIS). Cette population étant le plus souvent en ALD, le taux de remboursement des soins infirmiers a toujours été supérieur à 90 % sur longue période (89,5 % pour les actes en AMI et 94,5 % pour les actes en AIS) contre 82 % en moyenne pour l'ensemble des soins de ville.

Par ailleurs, l'intervention des IDEL dans les SSIAD et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est importante<sup>19</sup> mais les honoraires perçus par les professionnels à cette occasion n'apparaissent pas en tant que tels dans les dépenses de l'assurance maladie laquelle versant des forfaits à ces deux structures, les classe en dépenses d'établissements. La comptabilisation

---

18. Les honoraires sont déterminés par les lettres-clefs et les cotations définies au titre XVI de la nomenclature générale des actes (NGAP). Le coefficient 1 représentant en théorie 10 minutes de temps passé à la réalisation des actes, l'acte technique (coté en moyenne 1,6) est supposé durer 16 minutes et la séance de soins de nursing 30 minutes.

19. Une étude de la DREES sur les SSIAD de 2004 montre que les IDEL y assurent 13 % des interventions, plutôt pour des actes techniques, les soins de nursing étant généralement assurés par des aides soignantes salariées.

des actes dans le dispositif de maîtrise par les « seuils d'efficience », était donc incomplète.

## **2 – Les outils de maîtrise de la dépense infirmière se sont avérés peu efficaces**

La démarche de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie, négociée avec les professions, a été initiée au début des années 1990 pour « sortir du cercle vicieux conduisant à multiplier les actes afin de compenser le manque à gagner au plan tarifaire ou les cotations ne reflétant pas la réalité des pratiques » (note du ministre de la santé au premier ministre de mai 1990).

Dans cette optique, plusieurs mesures ont été négociées et mises en œuvre concomitamment dans le secteur des IDEL à partir de 1992. Elles visaient principalement à modérer la croissance de la démographie infirmière ainsi que celle du volume d'actes à travers deux dispositifs, celui de l'OQN et celui des « seuils d'activité ».

Force est de constater que, si un ralentissement de la croissance des dépenses s'est produit entre 1992 et 2001, au demeurant similaire pour l'ensemble des professionnels (cf. le tableau introductif), il n'est pas dû à une limitation des volumes.

### *a) Une politique tarifaire erratique*

Malgré les principes définis en 1992, les revalorisations tarifaires accordées à la profession se sont raréfiées, conduisant à un 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, comme en témoigne notamment l'allongement de la durée de travail, passée de 47 heures à 50 heures par semaine entre 1993 et 2002. Entre 1992 et 2001, la croissance moyenne annuelle a été de 4,27 % en valeur et 3,47 % en volume.

Cette politique a également nui à la teneur des négociations conventionnelles : les professionnels ont le plus souvent conditionné leur acceptation des mesures structurelles à l'obtention de revalorisations tarifaires demeurées exceptionnelles, elles-mêmes gagées sur les économies largement surévaluées des mesures en cours de discussion.

Face à la pression des organisations professionnelles, les pouvoirs publics ont par ailleurs octroyé des augmentations indirectes de rémunérations, non par la revalorisation des tarifs d'honoraires, mais par divers moyens indirects : revalorisation des frais de déplacement et des

majorations, modification de la cotation des actes (augmentation du coefficient de la lettre-clef attachée à un acte) et surtout autorisation de dérogations à la règle générale du non cumul des actes (article 11 B de la NGAP)<sup>20</sup>. Pour les IDEL qui réalisent souvent plusieurs petits actes techniques au cours d'une même séance, l'octroi d'une dérogation entraîne mécaniquement une augmentation de la rémunération. C'est ce qui s'est produit lors de la refonte des actes techniques en 1999 qui a entraîné une croissance très forte de la quantité d'actes alors qu'on attendait une proportion accrue d'actes plus qualifiés.

#### *b) Une démographie mal maîtrisée*

L'effectif des IDEL était de 49 815 en 2004<sup>21</sup>, soit 47 % des auxiliaires médicaux et 20 % de l'ensemble des professionnels de santé libéraux. L'exercice libéral ne concerne toutefois qu'environ 10 % du total des infirmiers diplômés d'Etat, 70 % travaillant dans les établissements de santé et les 20 % restant exerçant comme salariés dans d'autres structures du type dispensaires ou centres de santé. L'exercice libéral des infirmiers constitue d'ailleurs une originalité française : les autres pays fonctionnent selon un mode salarial, y compris dans le secteur privé hors établissements.

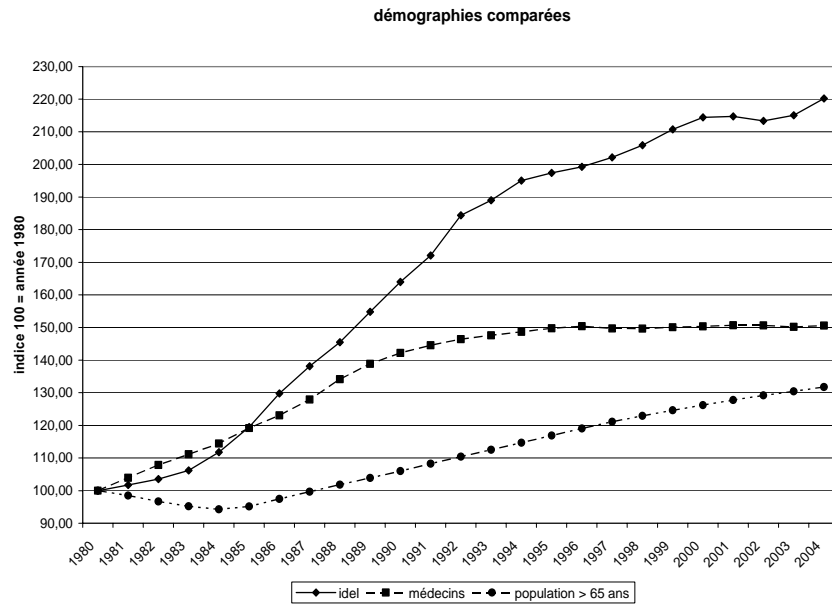
#### *L'évolution quantitative*

Comme le montre le graphique ci-dessous, la démographie des IDEL se caractérise par une très forte augmentation : de 1980 à 2004, l'offre infirmière est passée de 42 à 82 IDEL pour 100 000 habitants. Cette croissance est totalement déconnectée de celle des principaux facteurs de la demande, à savoir la démographie des prescripteurs (les médecins) et celle de la patientèle des IDEL (la population âgée de plus de 65 ans).

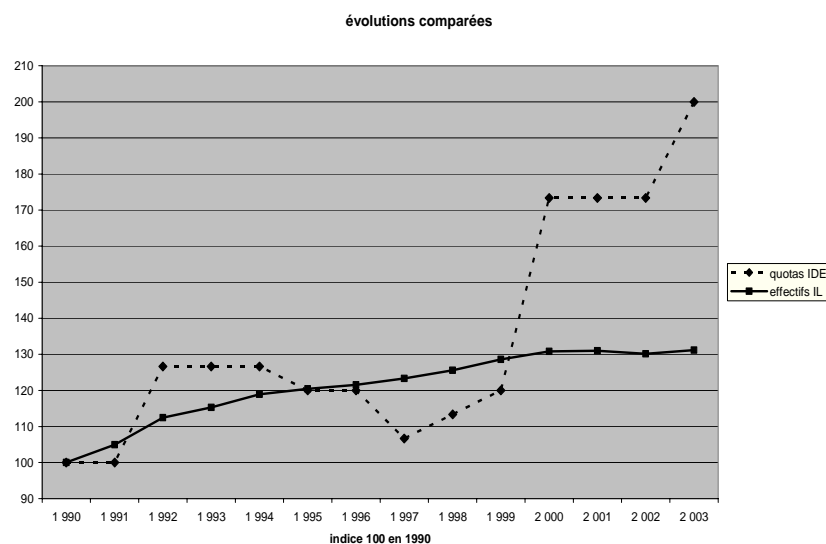
---

20. Le professionnel de santé, s'il réalise plusieurs actes au cours de la même séance, ne doit facturer à 100 % que le premier acte réalisé (le plus coté) et le second acte à 50 %, les autres actes éventuellement réalisés ne figurant pas sur la feuille de soins.

21. Cet effectif correspond à 46 896 APE (actifs à part entière), c'est-à-dire conventionnés actifs au 31 décembre, non installés dans l'année et ayant moins de 65 ans.



Par ailleurs, les quotas de formation des IDE fixés par la DGS en liaison avec la DHOS n'ont pas d'impact sur l'évolution des effectifs libéraux qui sont peu importants. Ceux-ci sont davantage influencés par la situation de l'emploi hospitalier dans les établissements : l'application des 35 heures et les départs en retraite qui ont créé une demande forte d'IDE dans les établissements expliquent par exemple la stabilité des effectifs des IDEL sur la période 2000-2003.



Les raisons qui conduisent les IDE à s'installer en secteur libéral, analysées notamment dans le rapport de l'ONDPS<sup>22</sup> de 2004, sont diverses et mal cernées.

#### *La répartition géographique de l'offre*

Les disparités de l'offre infirmière libérale sur le territoire reproduisent, en les amplifiant, les disparités constatées dans la répartition des médecins généralistes (MG) : les écarts entre les régions sont en effet de 1 à 1,5 pour les MG, de 1 à 1,7 pour l'ensemble des médecins, de 1 à 2 pour l'ensemble des IDE, enfin de 1 à 5 pour les seules IDEL (selon l'ODNPS). Pour 100 000 habitants, la densité est de 36,5 IDEL en Ile-de-France et de 177 en Languedoc Roussillon (212 en Corse). Cette variabilité régionale ne s'explique pas davantage par l'offre alternative que constituent les dispensaires, les SSIAD et les EHPAD, aucune complémentarité n'existant entre ces diverses offres.

#### *Les tentatives de régulation de la démographie*

De 1992 à 2001, les actions en matière de démographie infirmière ont été très limitées : pour endiguer la forte croissance d'installations en secteur libéral observée entre 1980 et 1990, elles ont consisté, dès 1992, à créer l'obligation d'ouvrir un cabinet et à geler temporairement le flux d'installations en imposant une expérience professionnelle préalable de

22. Observatoire national de la démographie des professionnels de santé.

trois ans. Celle-ci a été réduite de trois à deux ans dans l'avenant conventionnel n° 6 du 25 juin 2004.

Indépendamment de ce dispositif conjoncturel, la croissance structurelle de la démographie des IDEL s'est nettement ralentie sur les dix dernières années, puisqu'elle n'est plus que de 1,4 % par an (contre 4,8 % sur la période 1980-1990).

Quant aux actions visant à atteindre une meilleure répartition de l'offre sur le territoire, elles ont été définies récemment mais ne se sont pas encore concrétisées. Le recours à des aides du FAQSV introduit par l'article 39 de la LFSS pour 2002 et traduit dans l'avenant conventionnel des IDEL n° 1 de mars 2002 (possibilité de faire appel au fonds à hauteur de 10 000 € par IDEL), est devenu caduc avec la loi du 13 août 2004. Celle-ci a créé des missions régionales de santé (MRS) qui doivent définir les zones déficitaires pour l'ensemble des professions et a introduit la possibilité de fixer des dispositifs d'aide au niveau conventionnel à partir de ce zonage. Parallèlement, la loi relative au développement des territoires ruraux de février 2005 ouvre une possibilité de défiscalisation pour les professionnels de santé qui s'installent en zone rurale ainsi que des aides à l'installation financées par les collectivités territoriales.

*c) Des dispositifs de régulation des volumes peu efficaces*

*L'objectif quantifié national*

Bien qu'inspiré de la démarche générale de l'époque consistant à fixer des enveloppes limitatives par profession, suivies de sanctions collectives par reversements ou baisses tarifaires (biologistes et cliniques) en cas de dépassement, l'OQN des IDEL a été d'emblée peu contraignant.

En outre, cette démarche a été interrompue par les ordonnances de 1996 qui ont introduit une logique de maîtrise différente, plaçant la régulation des dépenses de prescriptions et donc d'auxiliaires médicaux sous la responsabilité des médecins (fixation d'une enveloppe limitative de dépenses de prescriptions, différenciée entre les généralistes et les spécialistes et sanctionnée par un reversement collectif en cas de dépassement).

La négociation avec les IDEL a donc perdu tout intérêt jusqu'à ce que la CNAMTS reçoive en 2000 la responsabilité de répartir l'objectif de dépenses déléguées (ODD) entre toutes les professions de santé de ville. Mais la démarche de l'ODD et donc la fixation de l'OQN s'est arrêtée dès 2002.

Aucun bilan comptable de l'OQN des IDEL, fixé et réalisé sur l'ensemble de la période d'application, n'a été établi. Les informations

disponibles ne concernent que certains exercices et montrent une déconnexion totale entre les taux fixés et réalisés.

Enfin, avec la parution de la loi sur la rénovation des outils conventionnels et la nouvelle convention de mars 2002 accordant d'importantes revalorisations, le dispositif de 1992 a été définitivement abandonné. La Cour a analysé dans son rapport de septembre 2005 les nouveaux outils conventionnels (ACBUS, CSP et CBP<sup>23</sup>). Bien qu'ils conduisent principalement à rémunérer en supplément la bonne application par les professionnels des dispositions obligatoires de leur nomenclature (démarche de soins infirmiers dans le CBP et suivi des personnes insulinodépendantes de plus de 75 ans dans le CSP), les contrats propres aux IDEL n'ont pas suscité leur adhésion : le dernier bilan disponible communiqué par la CNAMTS montre un très faible taux de signatures (3 % pour le CBP contre 40 % initialement ciblés).

#### *Les seuils d'efficience*

Comme le précise la convention de 1992, il s'agit « d'un seuil d'activité, compatible avec la qualité des soins (...). Au-delà de ce seuil individuel qui constitue un engagement des professionnels à maintenir leur activité dans des conditions compatibles avec une distribution de soins de qualité, ces derniers reversent à l'assurance maladie tout ou partie du dépassement constaté ». Ce mécanisme individuel a reposé dès son introduction sur une forte ambiguïté car il a été présenté comme poursuivant à la fois un objectif de maîtrise des dépenses et de qualité des pratiques. Les termes utilisés témoignent de cette situation : habituellement dénommés « quotas » par les professionnels, qui y ont vu une limitation injustifiée de leur activité, ils ont été qualifiés de seuils de « qualité » ou « d'efficience » par les administrations.

Le niveau des seuils, d'ailleurs revu régulièrement à la hausse et les modalités de reversement, progressivement desserrées, n'ont cependant répondu à aucun de ces deux objectifs.

Le niveau initial des seuils à ne pas dépasser, compté en nombre de coefficients (hors temps de déplacement et hors activité non comptabilisée), correspondait en effet à une activité d'environ 8 heures par jour sur 365 jours par an : selon les estimations, 10 % des professionnels étaient susceptibles de dépassements et leurs reversements devaient représenter 3,3 % des dépenses d'assurance maladie du secteur.

---

23. ACBUS : accord de bon usage des soins, CSP : contrat de santé publique, CBP : contrat de bonnes pratiques.

En outre, la procédure de récupération automatique par les caisses des honoraires en dépassement des seuils n'a pas été retenue, et a été remplacée par un système de reversement notifié après passage en commission paritaire départementale.

Au total, un seul bilan de cette procédure a été réalisé par la CNAMTS sur l'exercice 2000 : il en ressortait que sur les 5 % des professionnels ayant dépassé les seuils, deux tiers d'entre eux avaient fait l'objet de sanctions. Le reversement théorique correspondant devait représenter 1 % des dépenses réalisées dans le secteur. Dans la pratique, les montants des reversements effectivement récupérés, isolés dans la comptabilité des caisses depuis 1997 seulement, ont oscillé entre 0,08 % et 0,14 % des dépenses remboursées par l'assurance maladie. Depuis 2003, la procédure de récupération s'est arrêtée.

*d) L'impact des mesures de maîtrise des dépenses sur le revenu des IDEL*

L'incapacité à maîtriser la dépense infirmière prise en charge par l'assurance maladie n'a pas eu pour autant d'impact favorable sur le niveau de revenu et de pouvoir d'achat des professionnels. En raison de la croissance de leurs effectifs et d'une augmentation régulière de leur taux de charges, les IDEL n'ont retrouvé qu'en 2000 leur niveau de revenu de 1995 et en 2002 celui de leur pouvoir d'achat.

### **3 – La tentative de redéfinition de l'activité a échoué**

Les signataires des protocoles de 1991 (Etat, caisse nationale d'assurance maladie et fédération nationale des infirmières -FNI-) souhaitaient compléter les outils de maîtrise de la dépense infirmière par des mesures qualitatives visant à remodeler leur activité. Cet objectif s'est traduit principalement par la création en 2002 d'une nouvelle prestation, la démarche de soins infirmiers (DSI) cotée DI, dont la conception, la négociation et la mise en œuvre avaient suscité de très fortes tensions y compris avec le corps médical depuis une dizaine d'années. A ce jour, elle est très peu appliquée et sa redéfinition doit intervenir dans le cadre des prochaines négociations devant permettre de renouveler la convention en 2007.

La conception de la DSI se situe au croisement de deux préoccupations d'actualité, l'une relative à la place des professions paramédicales dans le système de soins, l'autre au rôle des IDEL dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile.

*a) La place des auxiliaires médicaux dans le système de soins*

Les auxiliaires médicaux agissent généralement sur prescriptions des médecins, ce qui leur laisse une marge de manœuvre théoriquement réduite et les cantonne à un rôle d'exécution. L'aspiration à une certaine autonomie et à la définition de leur « rôle propre » constitue donc l'une de leurs revendications permanentes.

De la loi de 1946 qui limitait l'activité des IDE à « des soins prescrits ou conseillés par le médecin » au dernier décret de compétences de février 2002<sup>24</sup>, le principe du « rôle propre » a été introduit dans la législation en 1978 puis précisé par des décrets en 1981 et en 2002. Il a été en particulier défini par le décret de 1981 de la manière suivante : « relèvent du rôle propre de l'infirmière les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et qui visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes ».

Deux rapports, le rapport Brocas de 1998 et le rapport Berland de 2003, ont contribué à cette réflexion : le premier a introduit la reconnaissance d'un droit limité à l'autoprescription sous la forme d'un « bilan paramédical » ; le second, consacré au transfert de tâches et de compétences entre les professionnels libéraux, a préconisé d'élargir les missions des IDEL à la prévention et à la surveillance, voire de médicaliser la profession en instaurant un droit à la prescription ou à la réalisation de soins primaires. Cette redéfinition est liée à l'émergence souhaitable de nouvelles prises en charge (sorties accélérées des établissements de santé, protocoles de soins pour le traitement des maladies chroniques, soins palliatifs...) et de nouveaux modes d'organisation des soins (réseaux de soins coordonnés, exercice en cabinets pluri-professionnels).

Toutefois, les préconisations du rapport Berland ne se sont pas réellement concrétisées jusqu'à présent, les négociations conventionnelles s'étant focalisées sur le premier aspect de la réflexion, à savoir le « bilan paramédical » traduit en « démarche de soins infirmiers ».

*b) Le rôle des IDEL dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile*

Les besoins des personnes âgées dépendantes à domicile ou en établissement relèvent concomitamment de soins médico-techniques et

---

24. Ce décret a été abrogé et intégré dans le décret 2004-802 qui rassemble le décret sur les règles professionnelles de 1993 et celui sur les actes professionnels de 2002.

d'une aide ou assistance à la dépendance. Pour y répondre, un partage coordonné des tâches entre IDEL et aides-soignantes a été mis en place dans les établissements et les SSIAD<sup>25</sup>, mais celui-ci n'est pas opératoire en ville, les aides soignants n'ayant pas le statut libéral et ne pouvant dès lors intervenir par délégation des infirmiers. La conséquence en est que les IDEL assument en ville la totalité des interventions et consacrent la majorité de leur temps en soins de nursing (séances de soins infirmiers cotés en AIS 3).

Dès lors, l'assurance maladie a cherché de manière constante à réduire cette part d'activité des IDEL au bénéfice des actes techniques. Dès 1992, la première étape de cette démarche générale a consisté à différencier par la cotation les actes techniques (AMI) des soins de nursing (AIS). Cette position de principe de l'assurance maladie reposait sur trois considérations :

- l'assurance maladie ne doit pas prendre en charge les prestations relevant davantage de la dépendance que de la maladie<sup>26</sup> ;
- l'activité en AIS 3 semble constituer pour les IDEL une variable d'ajustement de leur revenu. Les régions surdotées ou sous-dotées en IDEL montrent une consommation de soins techniques à peu près constante (rapportée à la population prise en charge), mais les régions surdotées connaissent en revanche une consommation de soins en AIS très supérieure. En d'autres termes, l'activité de nursing serait liée à la quantité d'offre et non à la demande ;
- enfin, les infirmiers diplômés sont surqualifiés pour réaliser des soins de nursing.

La réorganisation visée par les parties conventionnelles consiste donc à opérer un transfert des soins de nursing vers les auxiliaires de vie (travailleurs sociaux) ou vers l'entourage et non, comme dans les SSIAD ou les EHPAD, vers les aides soignants qui ne peuvent intervenir en dehors du statut salarié. Sur ce sujet, la position de la FNI, promoteur de la démarche, est particulièrement ambiguë : tout en cherchant à minorer la part de soins de nursing dans l'activité des IDEL, elle s'oppose à tout ce qui peut s'apparenter à une atteinte à leur statut, en particulier à

---

25. L'article 4 du décret de compétences de 2002 précise le lien juridique de collaboration qui unit les infirmiers aux aides-soignants dans ce cas de figure.

26. Cette question essentielle et générale du partage du financement entre les soins et l'aide à la dépendance se pose également pour les SSIAD financés à 100 % par l'assurance maladie. Quant aux EHPAD, la tarification mise en place par la réforme de 1999 met à la charge de l'assurance maladie 100 % des charges infirmiers et 70 % des charges d'aides-soignants.

l'extension des SSIAD et la modification du statut des aides-soignants pour la promotion duquel plusieurs projets de loi ont été déposés.

Les critères qui permettent de distinguer les actes relevant de la dépendance ou de la maladie reposent soit sur la nature des actes (les actes élémentaires de la vie quotidienne ne requièrent qu'une aide), soit sur le caractère stabilisé ou non de l'état de dépendance. Faute d'un véritable consensus d'experts sur leur pertinence, ils ont été introduits de manière assez floue dans la fiche de diagnostic que doit établir l'infirmier au cours de la DSI.

*c) La logique de la démarche de soins infirmiers (DSI) et les raisons de son échec*

La DSI finalement mise en œuvre à partir de 2002 conduit à instaurer une étape intermédiaire entre la prescription du médecin et la réalisation des séances de soins infirmiers (AIS 3). La DSI proprement dite, prescrite par le médecin, confie à l'IDEL une série de tâches telles que l'observation du patient et de son environnement, le diagnostic et la prescription d'une prise en charge. L'IDEL qui bénéficie ainsi d'une compétence de diagnostic et d'autoprescription peut alors prescrire trois types d'interventions : les séances de soins infirmiers (AIS 3), les programmes d'aide personnalisés (AIS 3,1), les séances de surveillance clinique et de prévention (AIS 4) selon plusieurs combinaisons possibles<sup>27</sup>.

Les deux prestations nouvelles sont destinées à garantir la bonne mise en œuvre du transfert éventuel du patient sur l'entourage ou les travailleurs sociaux : au cours du programme d'aide personnalisé qui dure 15 jours, l'IDEL aide le patient à accomplir les actes quotidiens de la vie, éduque son entourage ou organise le relais vers les travailleurs sociaux (en l'occurrence les aides ménagères). Quant à la séance de surveillance clinique et de prévention, elle dure 30 minutes et est réalisée une fois par semaine pendant un mois.

Dans ce dispositif, aucun acte en AIS (sauf les gardes à domicile de l'article 12) ne devait être prescrit ni réalisé sans une DSI préalable. Il devait en résulter une raréfaction des séances de soins infirmiers (AIS 3) due au transfert possible de la prise en charge du patient sur son entourage ou les travailleurs sociaux.

---

27. La prescription peut comporter : soit AIS 3 ou AIS 3,1 ou AIS 4, soit AIS 3 puis AIS 4, soit AIS 3,1 puis AIS 4.

La mise en place du dispositif a été laborieuse. Destiné à être introduit en septembre 1998, le dispositif qui s'appelait initialement « plan de soins infirmier » (PSI) a fait l'objet d'un recours syndical, d'un refus d'approbation ministériel, d'un recours de la CNAMTS contre ce refus avant d'être abandonné avec la convention en 2001.

La DSI qui a remplacé le PSI a été paradoxalement introduite par le syndicat Convergence infirmière (CI) hostile au dispositif, mais devenu seul signataire de la convention du 1<sup>er</sup> mars 2002. Cet accord a reposé d'une part sur des modifications du dispositif initial demandées par le syndicat CI, d'autre part sur l'obtention de multiples avantages dont une revalorisation de la lettre-clef AIS -la première depuis sa création en 1992- allant directement à l'encontre de l'objectif poursuivi de raréfaction des soins de nursing AIS 3.

L'application du dispositif demeure pour l'instant marginale comme le montrent les chiffres ci-dessous, en complet décalage par rapport aux évaluations initiales<sup>28</sup>.

#### Evolution des actes infirmiers par lettre clé

Actes (en milliers)	2000	2001	2002	2003	2004
AMI	134 217	178 962	196 883	215 100	232 012
AIS	139 702	138 441	140 876	134 850	135 362
DSI				175	368

Source : SNIR-PS

Les difficultés de mise en place du dispositif et son échec actuel tiennent essentiellement à l'hostilité qu'il a déclenchée dans la profession ainsi que dans le corps médical. La logique du dispositif n'a été en effet acceptée ni par la profession qui souhaitait conserver son activité de nursing ni par le corps médical qui y voyait un alourdissement de ses

28. Les premières évaluations financières du plan de soins infirmiers réalisées par la CNAMTS en coordination avec la DSS reposaient uniquement sur les informations fournies par la FNI et aboutissaient à une économie générale très favorable qui entraînait une baisse de 16 % des actes AIS 3 (séances de soins infirmiers) soit une économie nette de 123 M€ (143 M€ d'économies pour un coût supplémentaire dû aux nouvelles prestations de 20 M€).

tâches et un partage de responsabilités inadéquat (le médecin doit en effet approuver la prescription faite par l'IDEL<sup>29</sup>).

---

### CONCLUSION

---

*Le mode de gestion essentiellement conventionnel de la profession des infirmiers libéraux n'a pas permis de mettre en œuvre des outils efficaces de régulation.*

*L'économie du dispositif défini en 1992 reposait à la fois sur la volonté d'assurer à la profession une progression suffisante du revenu afin d'éviter une croissance excessive des volumes d'actes destinée à compenser la perte de son pouvoir d'achat et sur le souhait de restructurer l'activité des IDEL en minorant la part des soins de nursing au bénéfice de soins techniques.*

*Aucun des outils mis en place pour concrétiser cette démarche générale n'a vraiment fonctionné. L'hostilité immédiate de la profession a conduit les parties conventionnelles à leur apporter des aménagements qui en ont altéré l'efficacité et à les compenser par des avantages financiers sans commune mesure avec les économies attendues.*

*En outre, ce processus difficile ne s'est attaché qu'à un seul aspect, certes important, des missions des IDEL dans le système de soins, celui des soins de nursing en secteur libéral. Or, il conviendrait que leurs compétences soient revues de manière globale selon les pistes ouvertes par le rapport Berland. C'est à cette seule condition que pourront être estimés les besoins réels de la population en soins infirmiers, faute de quoi toute tentative de régulation de la démographie et de l'activité s'opèrera à l'aveugle.*

---

### RECOMMANDATION

---

*1. Mettre fin au dispositif intitulé démarche de soins infirmiers et redéfinir les missions et les activités des infirmiers libéraux notamment par rapport à celles des médecins et des aides-soignants.*

---

---

29. Pour débloquer la situation, cette approbation d'abord explicite du médecin a été rendue tacite dans l'arrêté de 2002 et devrait disparaître dans la future redéfinition de la DSI.