

Evaluation de la situation économique et des perspectives de développement des centres de soins infirmiers dans l'offre de soins de proximité

Annexes

Carole LEPINE

Bruno VINCENT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec la participation de Romain ARINI, Stagiaire à l'IGAS

SOMMAIRE

ANNEXE 1 :	Résultats de l'enquête en ligne relative à l'évaluation de la situation économique des CSI – été 2022	5
ANNEXE 2 :	L'avenant 43/2020 à la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (« BAD ») et ses effets.....	25
ANNEXE 3 :	Gouvernance et régulation de l'offre de soins des CSI	61
ANNEXE 4 :	Evolution et répartition territoriale du nombre de CSI	85
ANNEXE 5 :	Données détaillées relative à la gestion des personnels	93
ANNEXE 6 :	Place et articulation des CSI dans l'offre territoriale	103
ANNEXE 7 :	Environnement associatif et structurel des CSI	115
ANNEXE 8 :	Données sur l'activité des centres de soins infirmiers.....	123
ANNEXE 9 :	Rémunérations de l'Assurance maladie et mise en œuvre de l'accord national des centres de santé 2017-2021	149
ANNEXE 10 :	Le budget des CSI.....	189
ANNEXE 11 :	Typologie des CSI en difficulté	199
ANNEXE 12 :	Patientèle des centres de soins infirmiers	221
ANNEXE 13 :	Les expérimentations d'organisations de santé innovantes intéressant les CSI	231

ANNEXE 1 : Résultats de l'enquête en ligne relative à l'évaluation de la situation économique des CSI – été 2022

ANNEXE 1 :	Résultats de l'enquête en ligne relative à l'évaluation de la situation économique des CSI – été 2022	5
1	Méthodologie	7
2	Détail des réponses	9
2.1	<i>Sur l'adhésion des centres aux fédérations</i>	<i>9</i>
2.2	<i>Sur les structures qui constituent le gestionnaire.....</i>	<i>10</i>
2.3	<i>Sur les fonctions mutualisées au sein des CSI.....</i>	<i>11</i>
2.4	<i>Sur la localisation du centre et les prescripteurs situés à proximité.....</i>	<i>11</i>
2.5	<i>Sur les conventions de partenariats</i>	<i>12</i>
2.6	<i>Sur l'activité des CSI.....</i>	<i>13</i>
2.7	<i>Sur la provenance de la patientèle des CSI.....</i>	<i>14</i>
2.8	<i>Sur le mode de prise de rendez-vous pour les patients en CSI.....</i>	<i>16</i>
2.9	<i>Sur l'implication des CSI durant la période COVID-19</i>	<i>16</i>
2.10	<i>Sur les capacités de prise en charge des patients par les centres</i>	<i>17</i>
2.11	<i>Sur le statut applicable aux personnels des CSI.....</i>	<i>17</i>
2.12	<i>Particularités pour les centres relevant de la BAD</i>	<i>18</i>
2.13	<i>Sur les rémunérations du personnel</i>	<i>19</i>
2.14	<i>Sur les problématiques de ressources humaines et le recrutement du personnel.....</i>	<i>20</i>
2.15	<i>Sur l'immobilier des CSI</i>	<i>21</i>
2.16	<i>Sur la santé économique des CSI</i>	<i>22</i>
2.17	<i>Sur les perspectives de développement des CSI.....</i>	<i>23</i>

1 Méthodologie

La mission IGAS a adressé le 24 juin 2022 un questionnaire en ligne à l'ensemble des centres de soins infirmiers (CSI) de France (520 d'après la base E-cds administrée par l'ATIH) afin de réaliser un état des lieux de la situation des centres. Les thématiques abordées portaient sur l'activité des centres, la patientèle, l'environnement, le personnel, le budget, l'impact de l'avenant 43 de la convention BAD (pour les CSI relevant de la BAD) et les perspectives de développement de l'activité des CSI. Le recueil des données a été effectué le 13 juillet 2022.

L'ensemble des CSI a été contacté à partir des coordonnées email renseignées dans la base de données e-CDS. 80% des centres de soins infirmiers du territoire ont ainsi répondu à l'enquête.

Seules les questions relatives à des données qualitatives seront présentées dans la présente annexe. Les autres données sont exploitées par ailleurs dans le rapport et les annexes.

Le profil des répondants à l'enquête a par ailleurs été analysé par la mission et comparé à celui renseigné dans les bases de données nationales. Il montre une bonne représentativité des répondants à l'enquête, ce qui n'est pas surprenant vu l'importance du taux de réponse. En effet, que ce soit sur la ventilation régionale ou le type de territoire (urbain/rural ; QPV ; ZRR), la taille en effectifs, les pondérations sont très proches entre le national et l'échantillon des répondants à l'enquête IGAS.

Tableau 1 : Comparaison du profil des répondants au questionnaire IGAS par rapport aux bases de données nationales, localisation régionale des CSI

Région	Représentation pour les CSI dans les bases de données nationales	Représentation pour les CSI ayant répondu au questionnaire IGAS
Auvergne-Rhône-Alpes	12%	12%
Bourgogne-Franche-Comté	10%	9%
Bretagne	11%	10%
Centre val de loire	2%	2%
Corse	0%	0%
Grand-Est	14%	13%
Hauts-de-France	12%	11%
Ile-de-France	2%	1%
Normandie	5%	4%
Nouvelle-Aquitaine	9%	11%
Occitanie	9%	10%
Pays de la Loire	14%	16%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0%	0%
Total	100%	100%

Source : Tableau réalisé à partir de la base de données e-CDS et du questionnaire IGAS

Tableau 2 : Comparaison du profil des répondeurs au questionnaire IGAS par rapport aux bases de données nationales, répartition entre zone rurale et zone urbaine des CSI

Urbain/rural en %	Représentation pour les CSI dans les bases de données nationales	Représentation pour les CSI ayant répondu au questionnaire IGAS
Zone Urbaine	80%	77%
Zone Rurale	20%	23%

Source : Tableau réalisé à partir de la base de données e-CDS et du questionnaire IGAS

Tableau 3 : Comparaison du profil des répondeurs au questionnaire IGAS par rapport aux bases de données nationales, CSI identifiés en QPV

QPV	Représentation pour les CSI dans les bases de données nationales	Représentation pour les CSI ayant répondu au questionnaire IGAS
Pourcentage de CSI en QPV	9%	8%

Source : Tableau réalisé à partir de la base de données e-CDS et du questionnaire IGAS

Tableau 4 : Comparaison du profil des répondeurs au questionnaire IGAS par rapport aux bases de données nationales, CSI identifiés en ZRR

ZRR	Représentation pour les CSI dans les bases de données nationales	Représentation pour les CSI ayant répondu au questionnaire IGAS
Pourcentage de CSI en ZRR	13,2%	15,2%

Source : Tableau réalisé à partir de la base de données e-CDS et du questionnaire IGAS

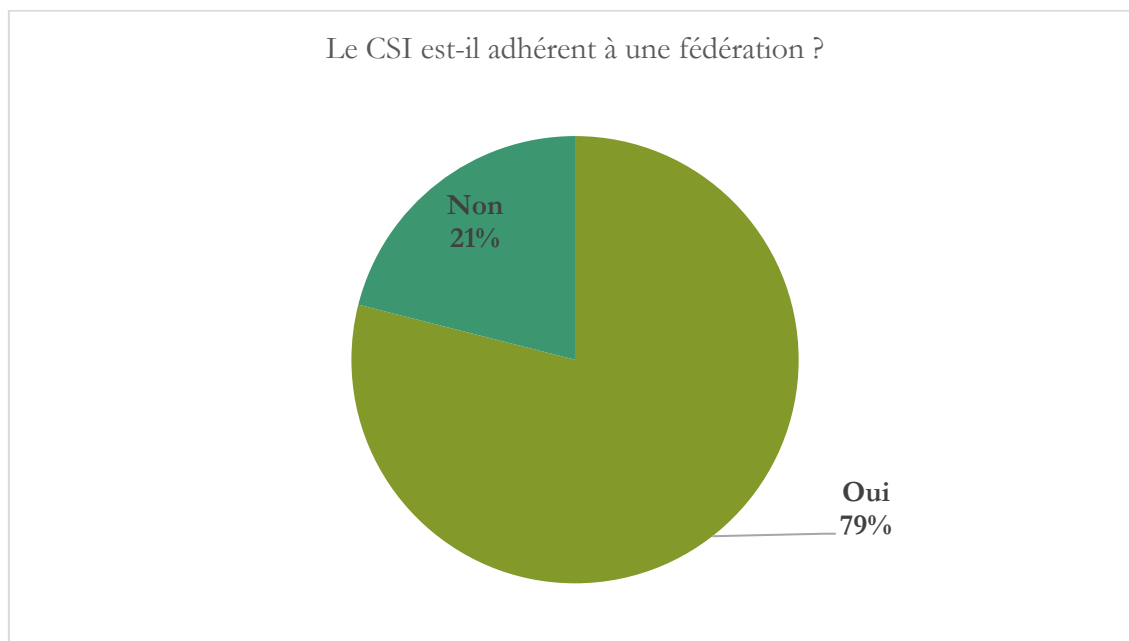
Tableau 5 : Comparaison du profil des répondeurs au questionnaire IGAS par rapport aux bases de données nationales, ETP salariés IDE au sein des CSI

Effectifs en ETP des centres	Représentation pour les CSI dans les bases de données nationales	Représentation pour les CSI ayant répondu au questionnaire IGAS
Moins de 5 ETP IDE	40%	37%
Entre 5 et 10 IDE	48%	45%
Plus de 10 IDE	12%	18%

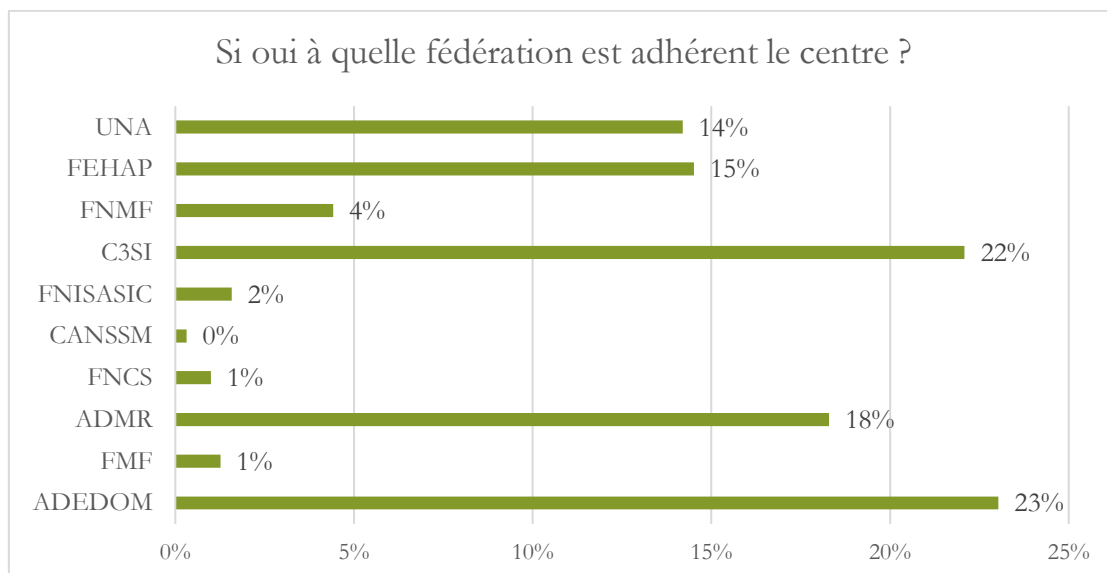
Source : Tableau réalisé à partir de la base de données e-CDS 2021 et du questionnaire IGAS

2 Détail des réponses

2.1 Sur l'adhésion des centres aux fédérations

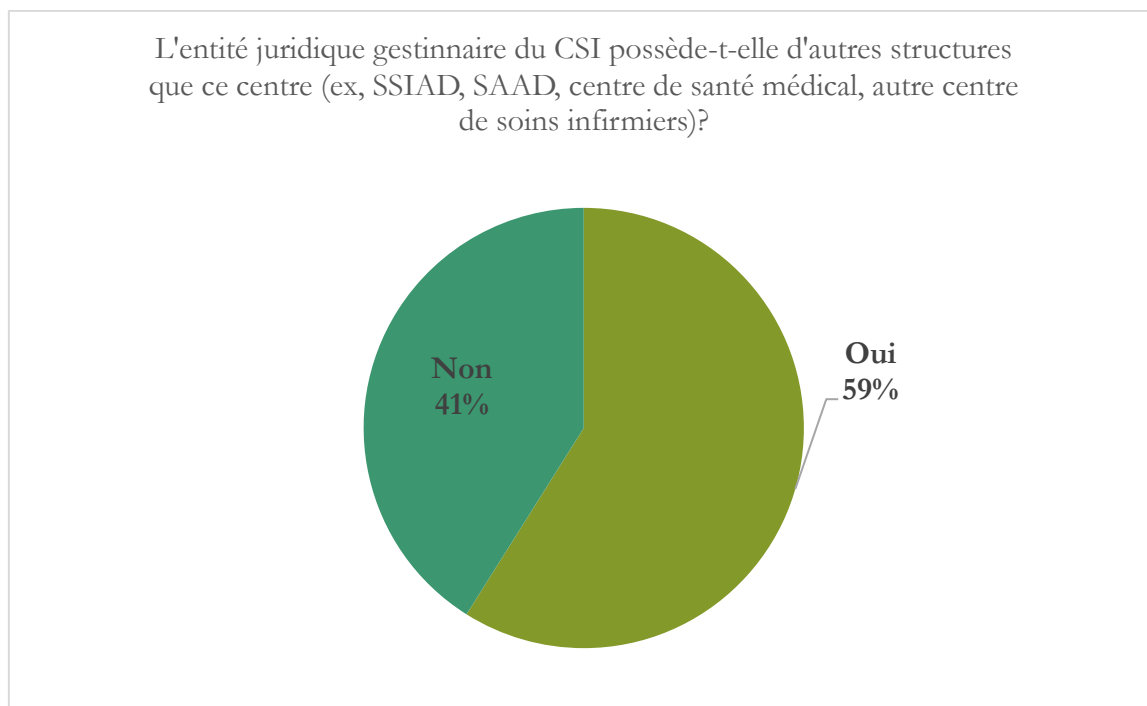


Nombre de répondants à la question : 404

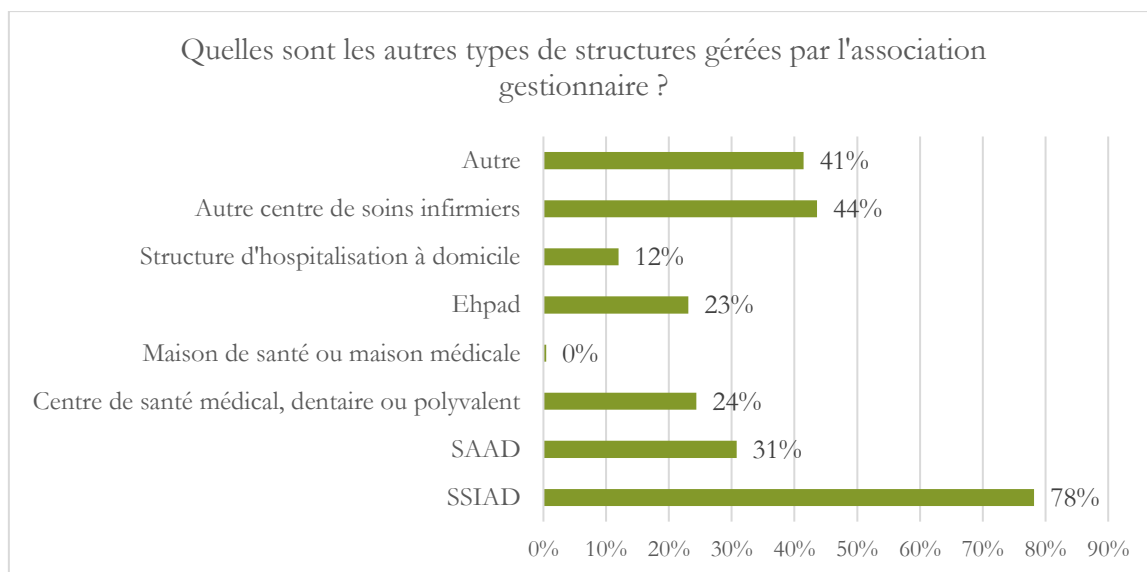


Nombre de répondants à la question : 404

2.2 Sur les structures qui constituent le gestionnaire

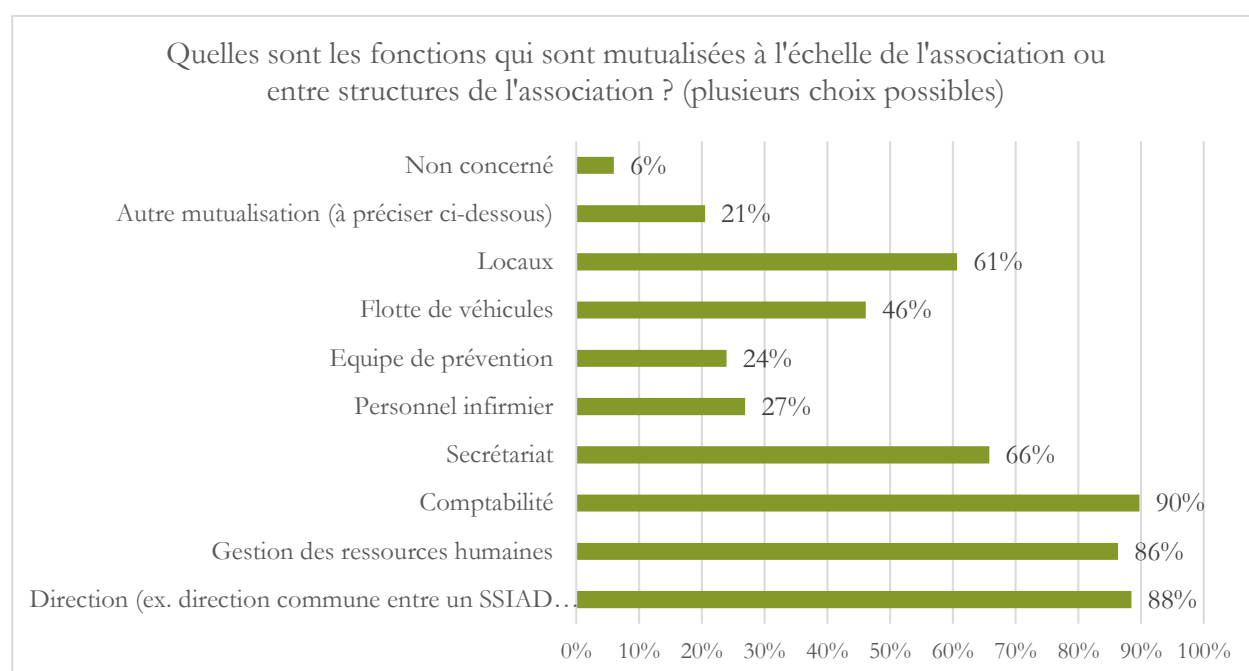


Nombre de répondants à la question : 397



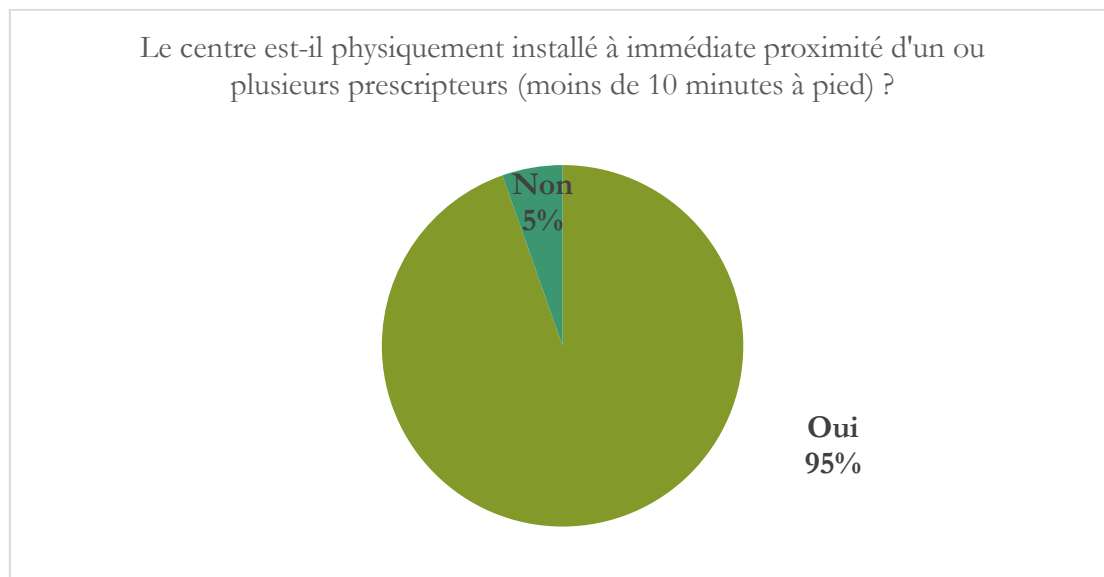
Nombre de répondants à la question : 234 (à savoir les gestionnaires multistruktures)

2.3 Sur les fonctions mutualisées au sein des CSI

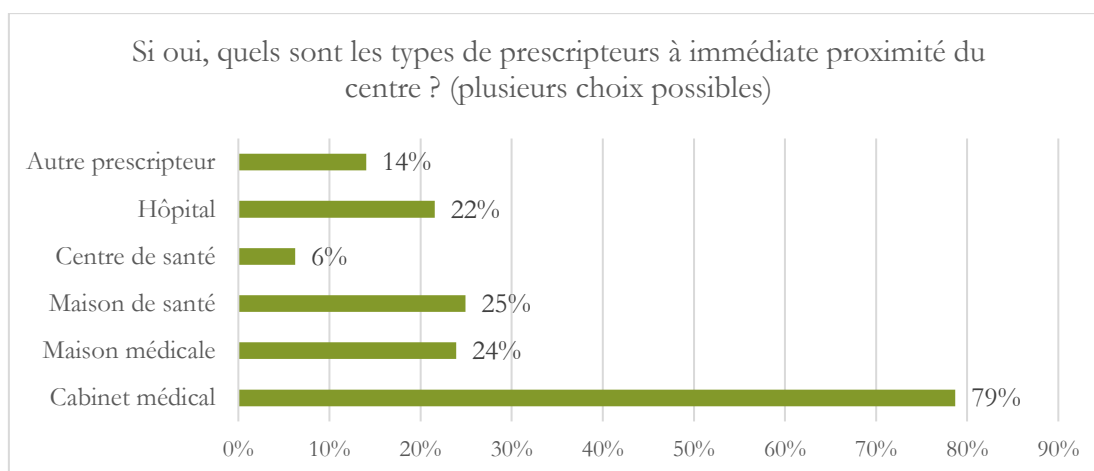


Nombre de répondants à la question : 234 (à savoir les gestionnaires multistruktures)

2.4 Sur la localisation du centre et les prescripteurs situés à proximité

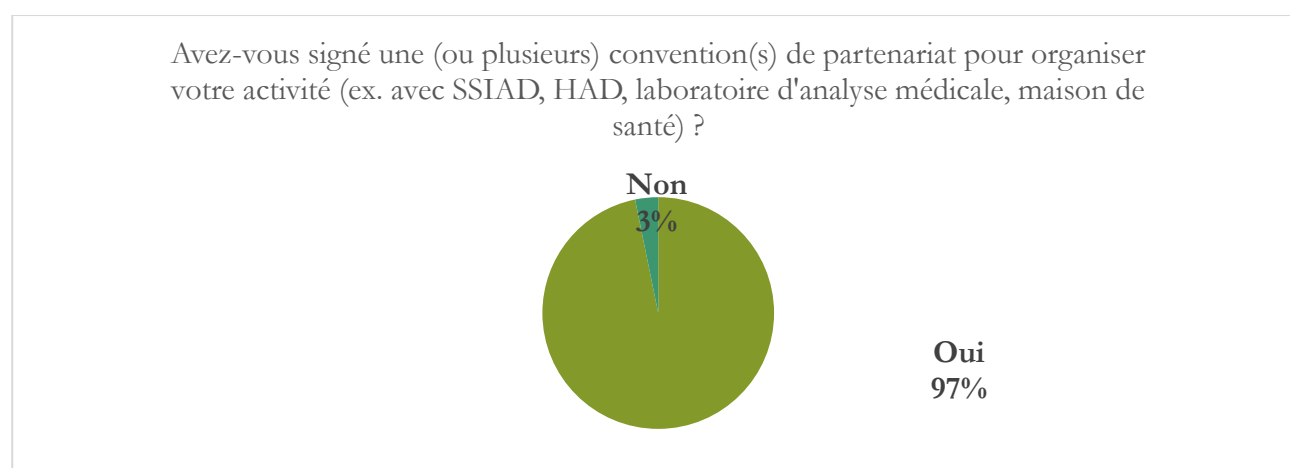


Nombre de répondants à la question : 407

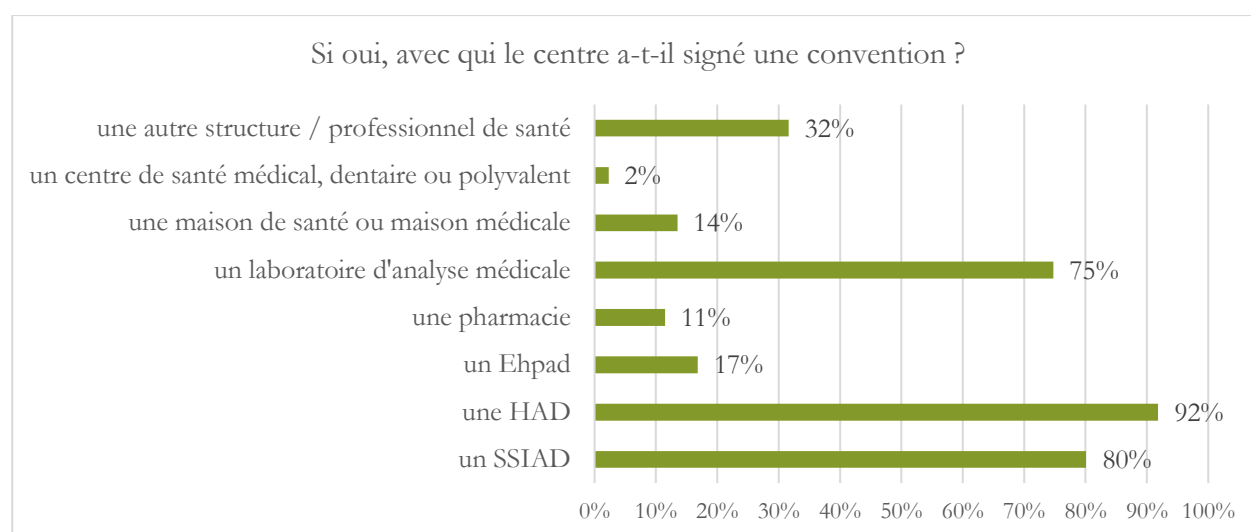


Nombre de répondants à la question : 385

2.5 Sur les conventions de partenariats

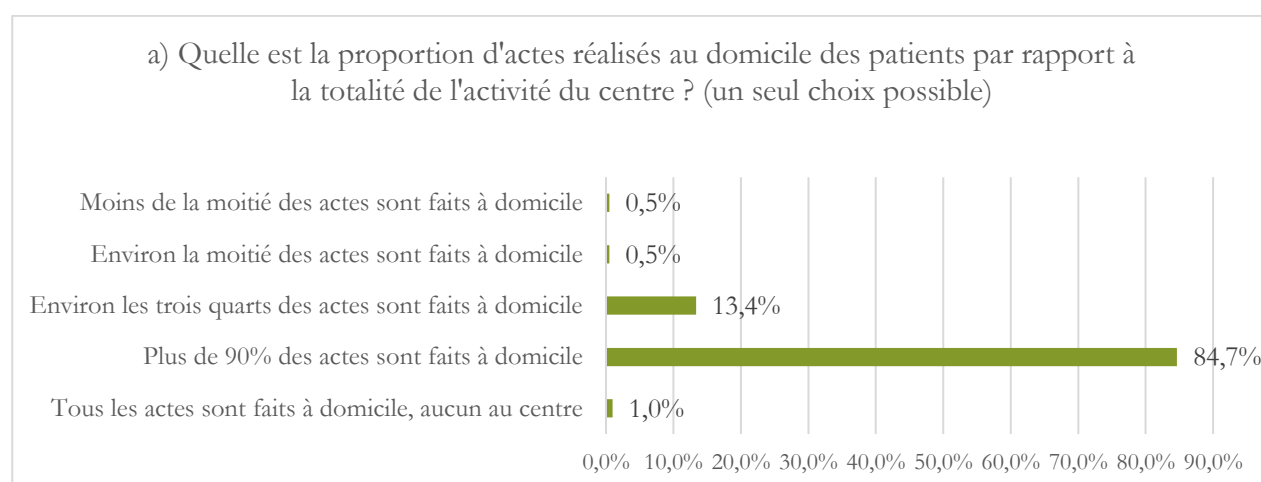


Nombre de répondants à la question : 405

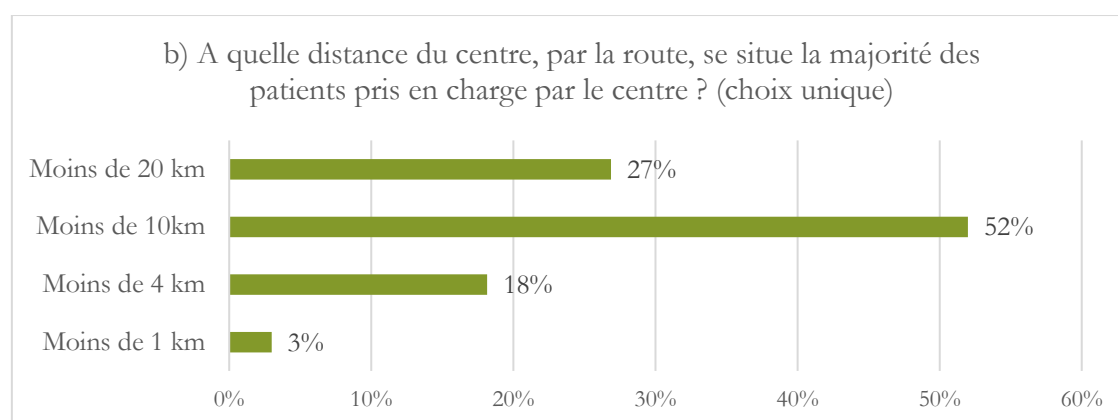


Nombre de répondants à la question : 392

2.6 Sur l'activité des CSI

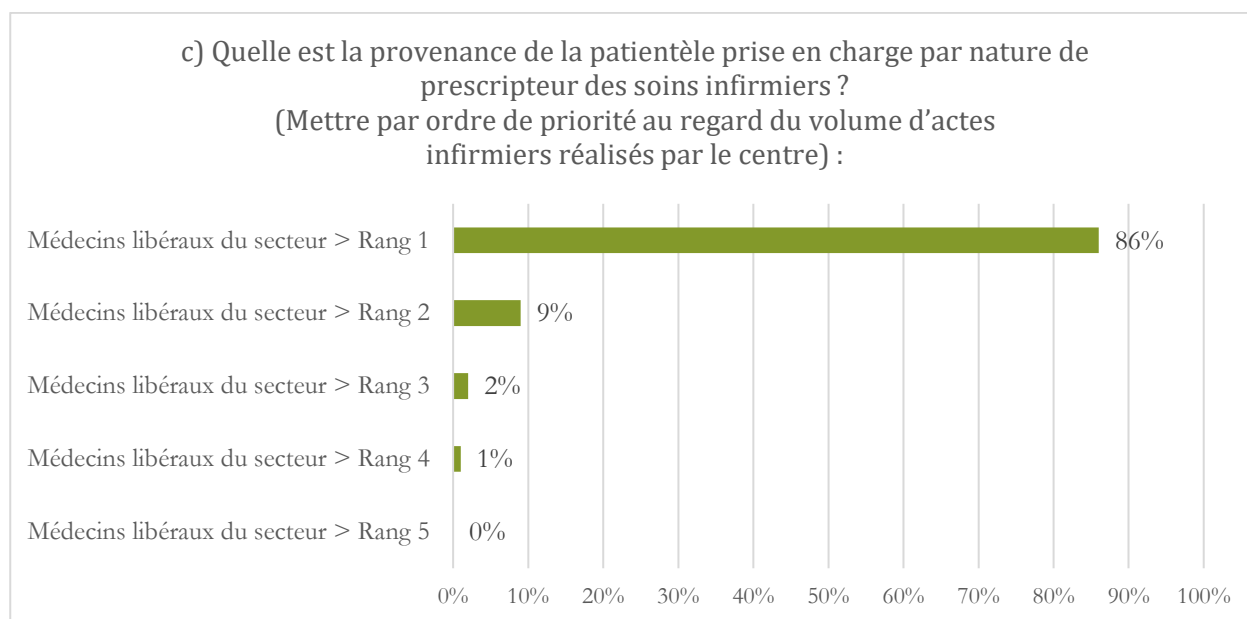


Nombre de répondants à la question : 404

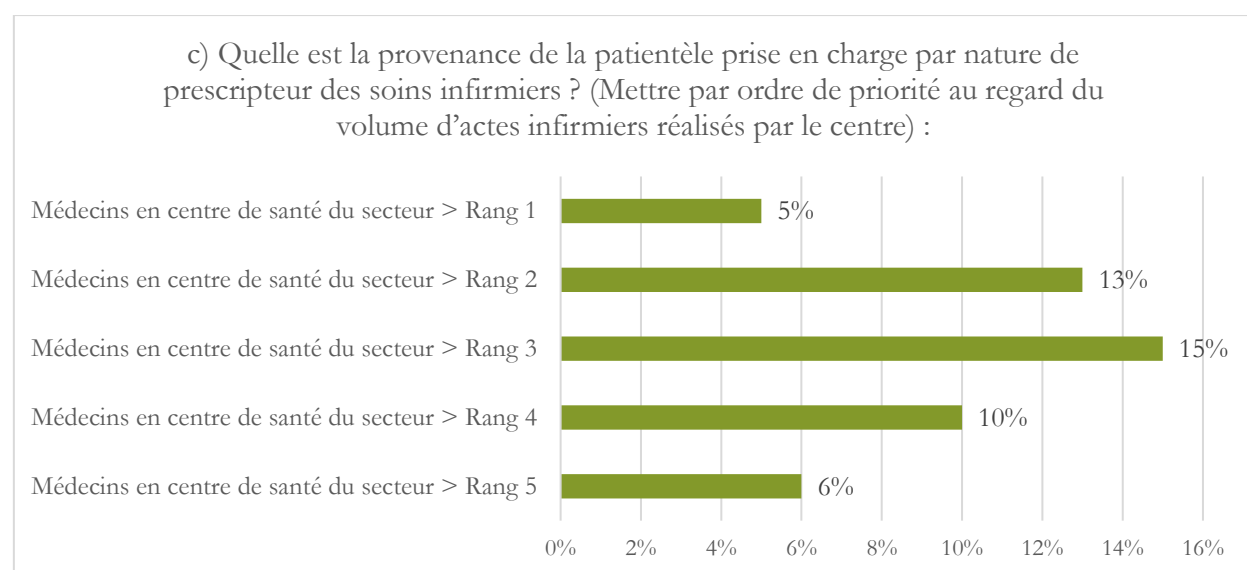


Nombre de répondants à la question : 402

2.7 Sur la provenance de la patientèle des CSI

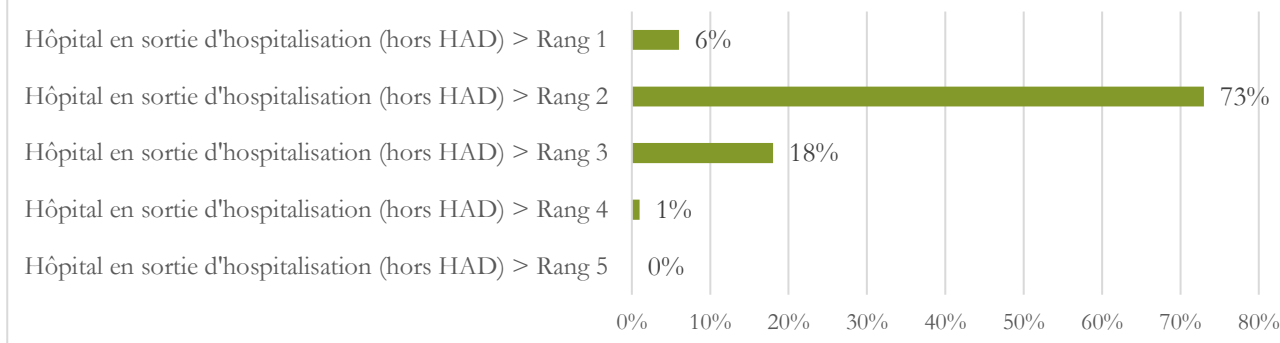


Nombre de répondants à la question : 404



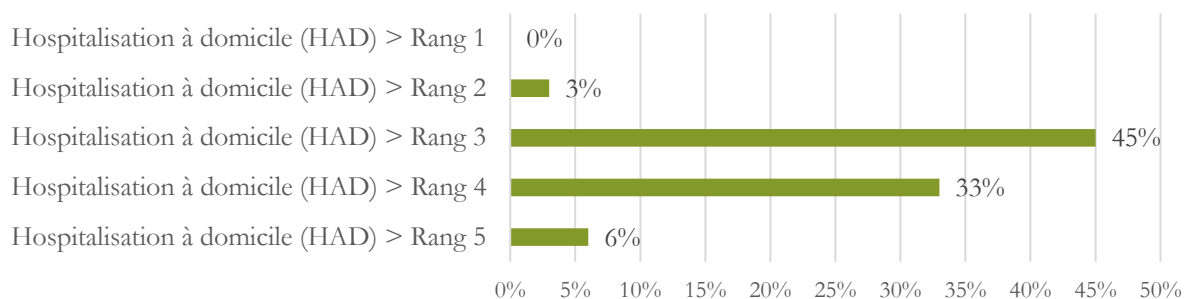
Nombre de répondants à la question : 404

c) Quelle est la provenance de la patientèle prise en charge par nature de prescripteur des soins infirmiers ?
(Mettre par ordre de priorité au regard du volume d'actes infirmiers réalisés par le centre) :



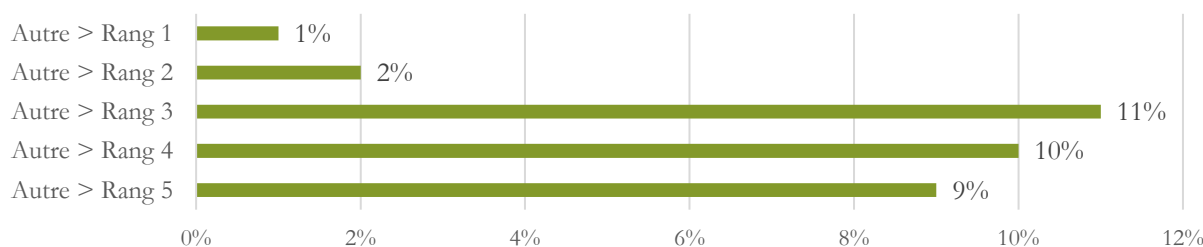
Nombre de répondants à la question : 404

c) Quelle est la provenance de la patientèle prise en charge par nature de prescripteur des soins infirmiers ?
(Mettre par ordre de priorité au regard du volume d'actes infirmiers réalisés par le centre) :



Nombre de répondants à la question : 404

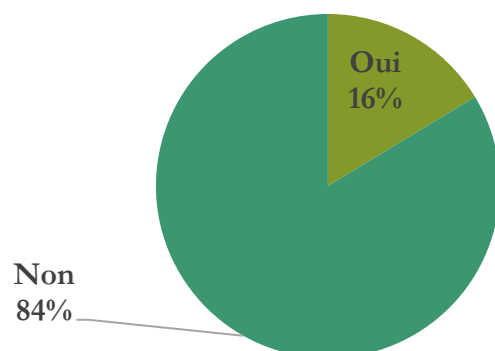
c) Quelle est la provenance de la patientèle prise en charge par nature de prescripteur des soins infirmiers ? (Mettre par ordre de priorité au regard du volume d'actes infirmiers réalisés par le centre)



Nombre de répondants à la question : 404

2.8 Sur le mode de prise de rendez-vous pour les patients en CSI

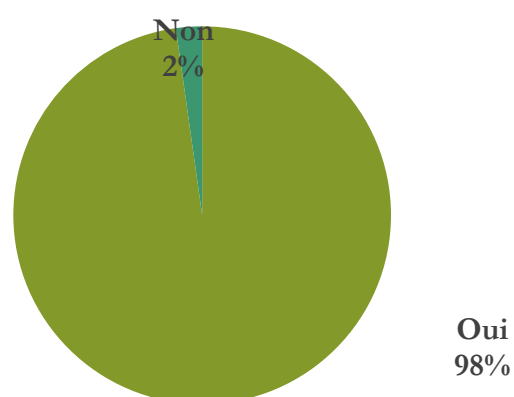
d) Proposez-vous à tout ou partie de votre patientèle la possibilité de prendre rendez-vous via des services en ligne type Doctolib ou Medicalib ?



Nombre de répondants à la question : 404

2.9 Sur l'implication des CSI durant la période COVID-19

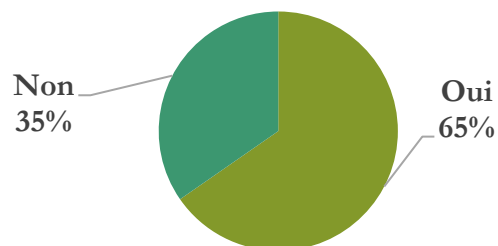
e) Avez-vous réalisé des actions de vaccination covid / tests PCR depuis 2020 ?



Nombre de répondants à la question : 404

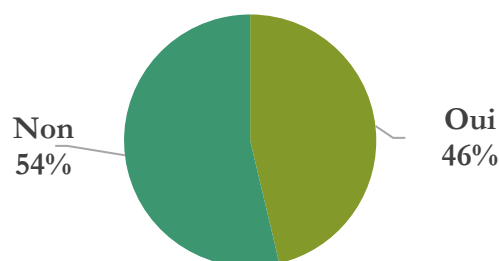
2.10 Sur les capacités de prise en charge des patients par les centres

f) Le centre est-il en capacité de répondre à toutes les demandes de soins infirmiers émanant de patients qui s'adressent à lui ?



Nombre de répondants à la question : 404

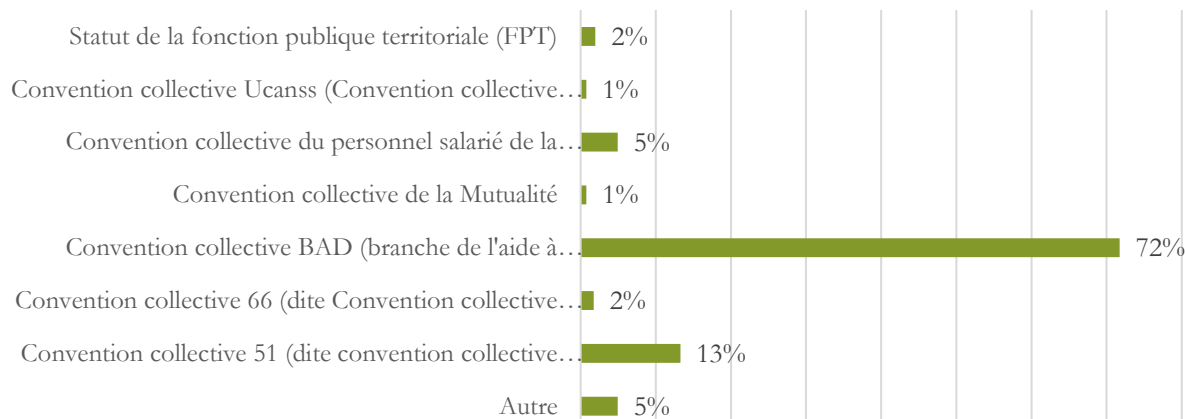
g) Au regard du nombre d'IDE du centre, le centre serait-il en capacité de réaliser plus d'actes si un plus grand nombre de patients s'adressait à lui ?



Nombre de répondants à la question : 404

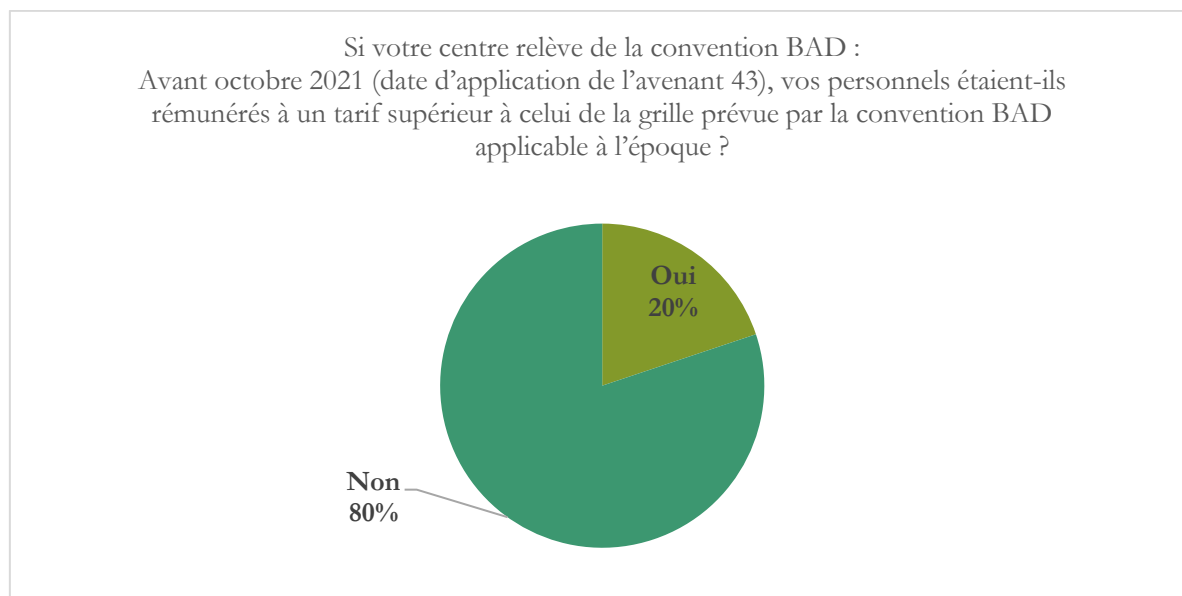
2.11 Sur le statut applicable aux personnels des CSI

a) Quel est le statut applicable aux personnels du centre de soins infirmiers ?

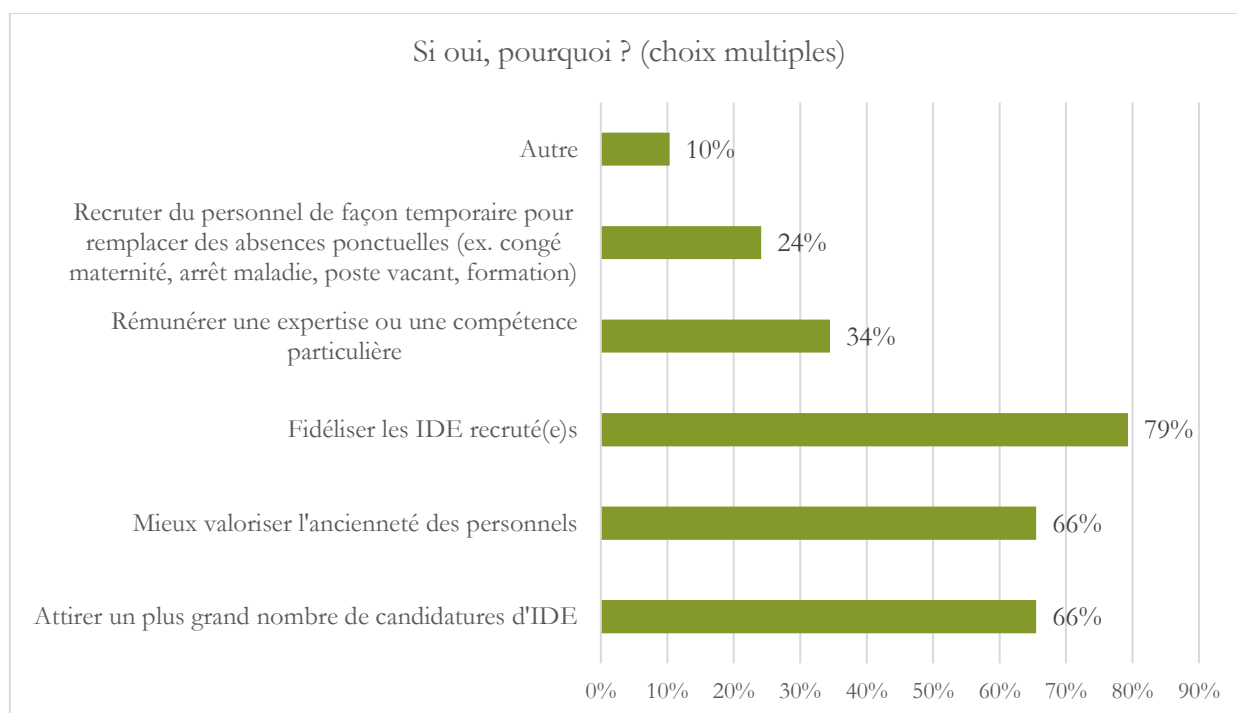


Nombre de répondants à la question : 407

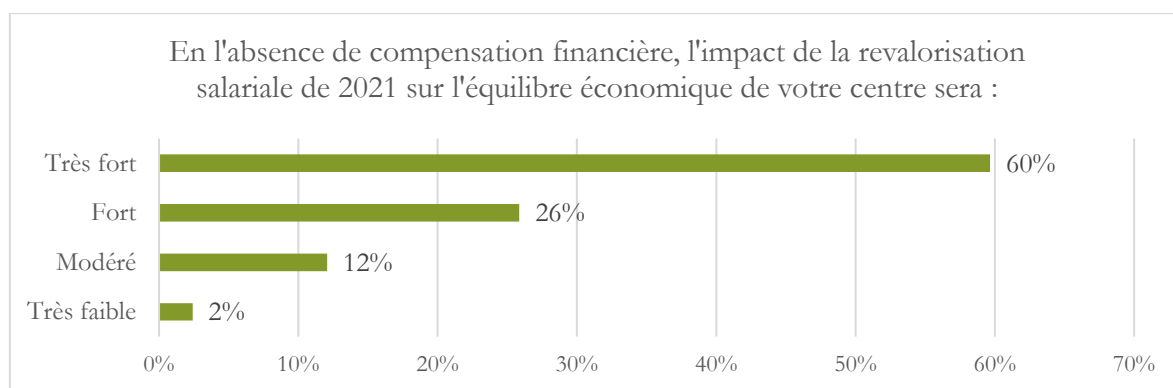
2.12 Particularités pour les centres relevant de la BAD



Nombre de répondants à la question : 292

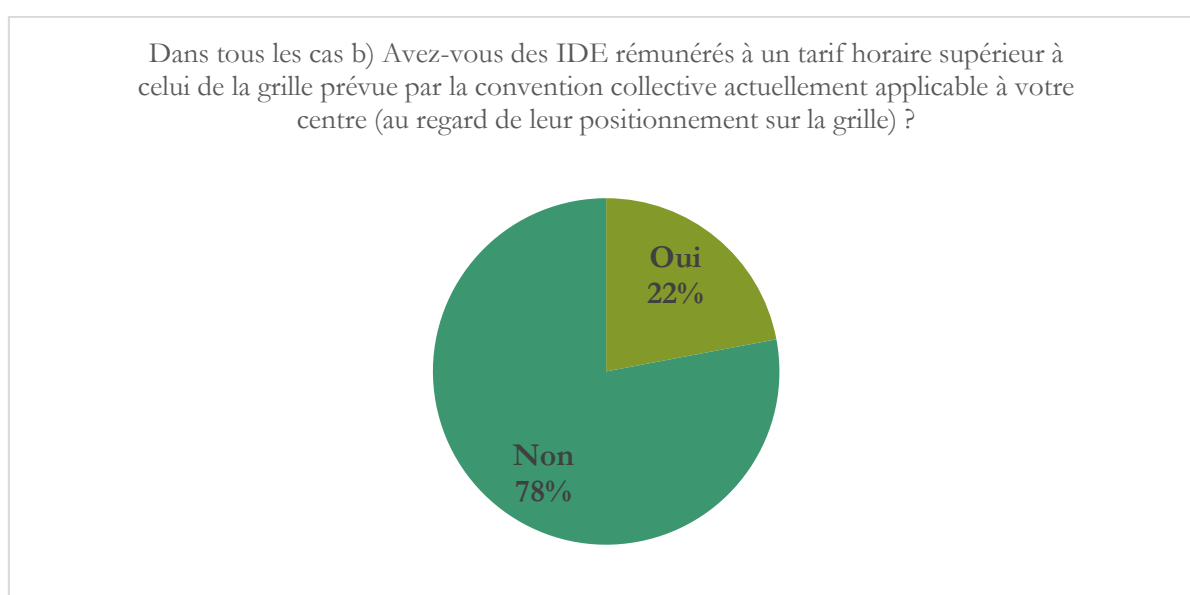


Nombre de répondants à la question : 58

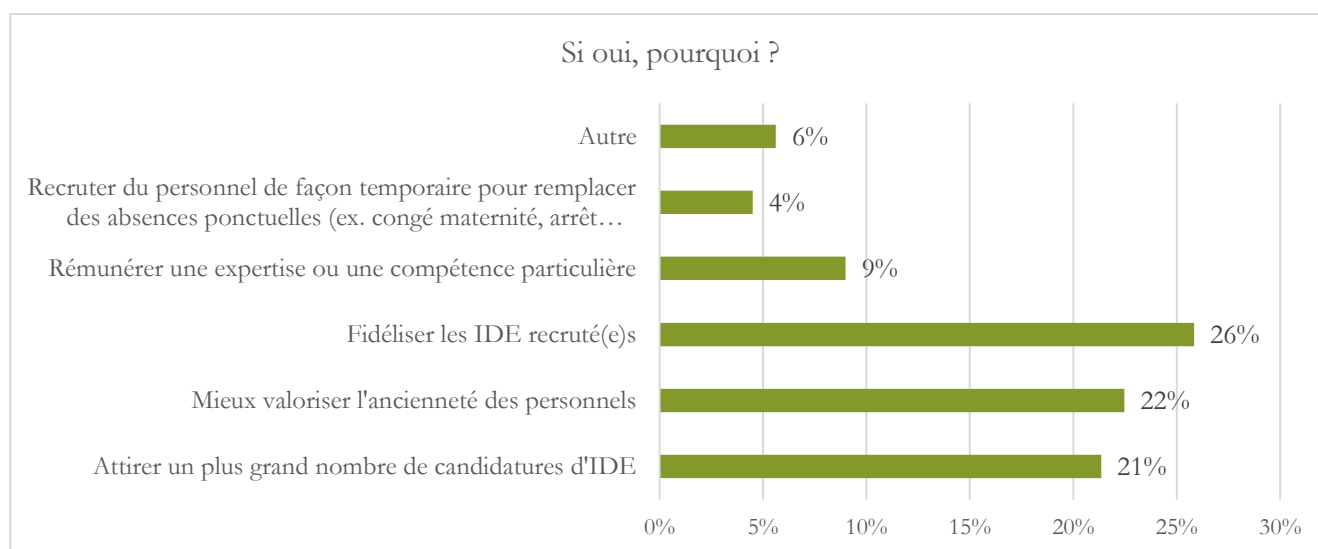


Nombre de répondants à la question : 290

2.13 Sur les rémunérations du personnel



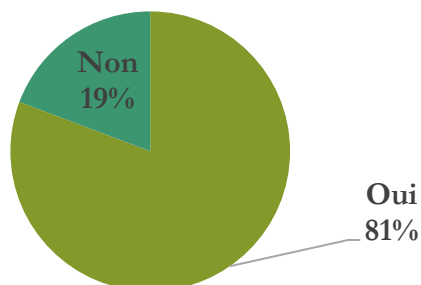
Nombre de répondants à la question : 404 (CSI relevant ou non de la BAD)



Nombre de répondants à la question : 89

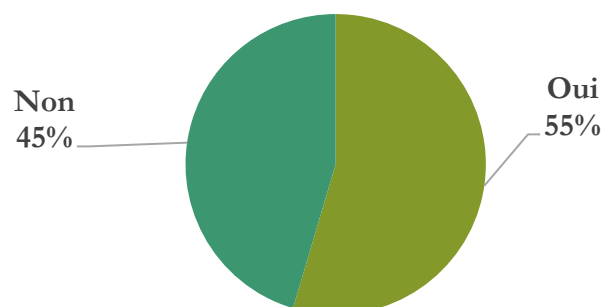
2.14 Sur les problématiques de ressources humaines et le recrutement du personnel

c) Depuis mars 2020 et la crise sanitaire covid, avez-vous fait bénéficier vos salariés de suppléments de rémunération extra-conventionnels (ex. prime exceptionnelle, revalorisation) ?



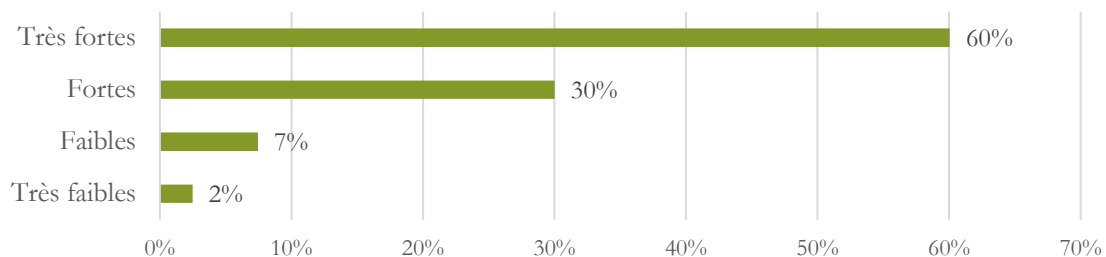
Nombre de répondants à la question : 405

d) Souhaitez-vous actuellement recruter des IDE afin d'augmenter vos effectifs infirmiers présents ?

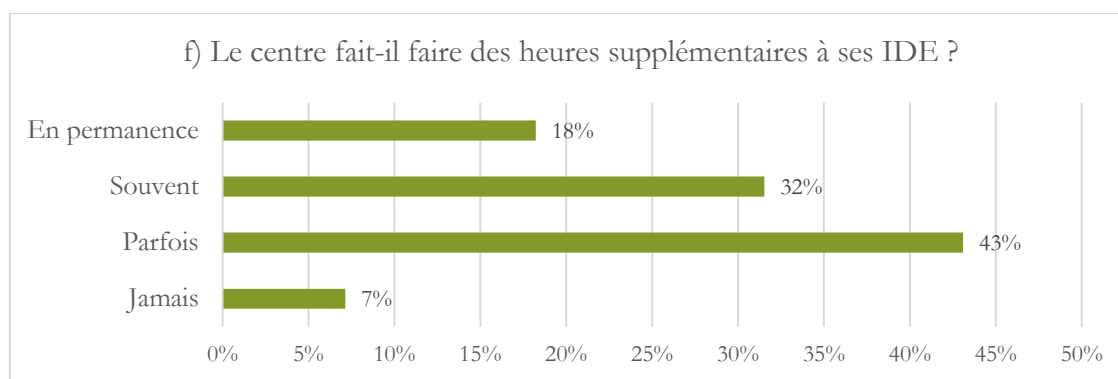


Nombre de répondants à la question : 403

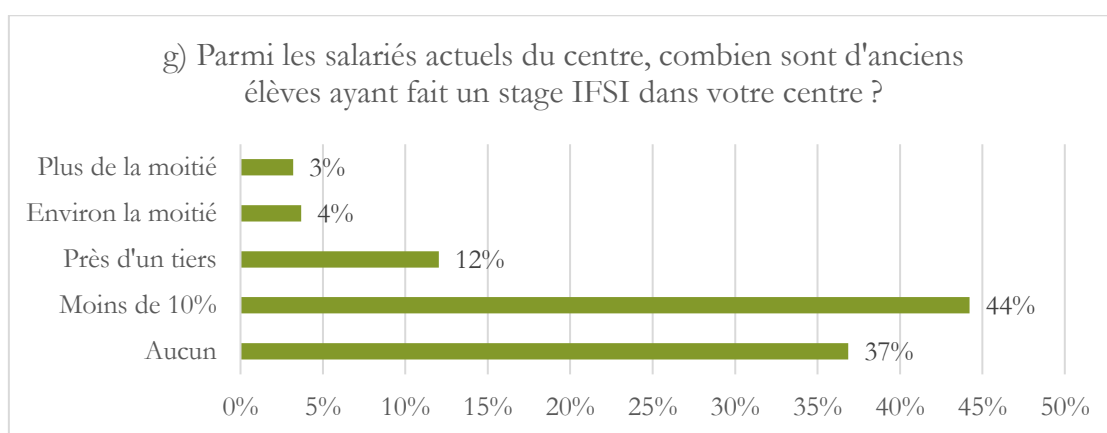
e) Lors du départ d'un salarié, rencontrez-vous des difficultés de recrutement d'infirmières/infirmiers pour le remplacer qui sont



Nombre de répondants à la question : 403

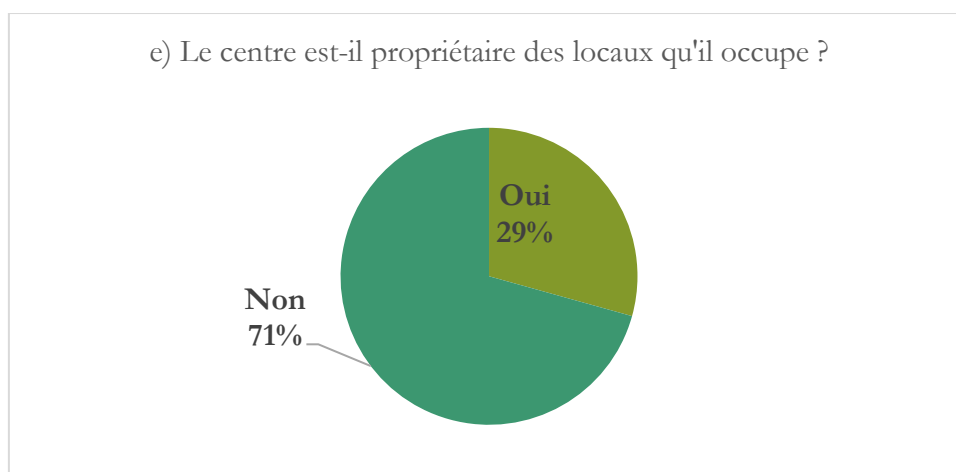


Nombre de répondants à la question : 406



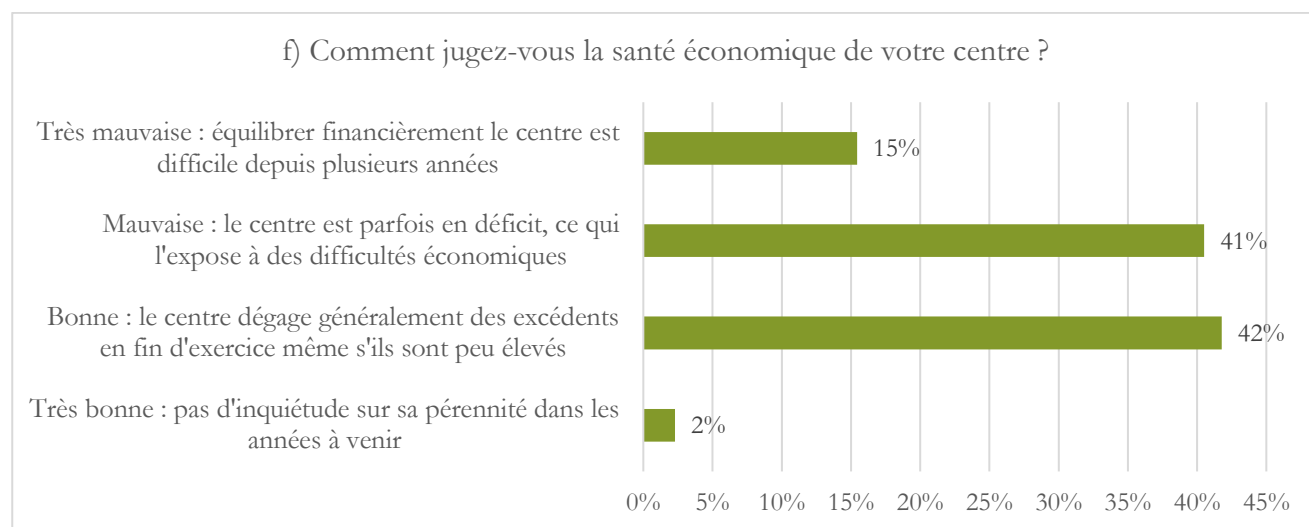
Nombre de répondants à la question : 407

2.15 Sur l'immobilier des CSI

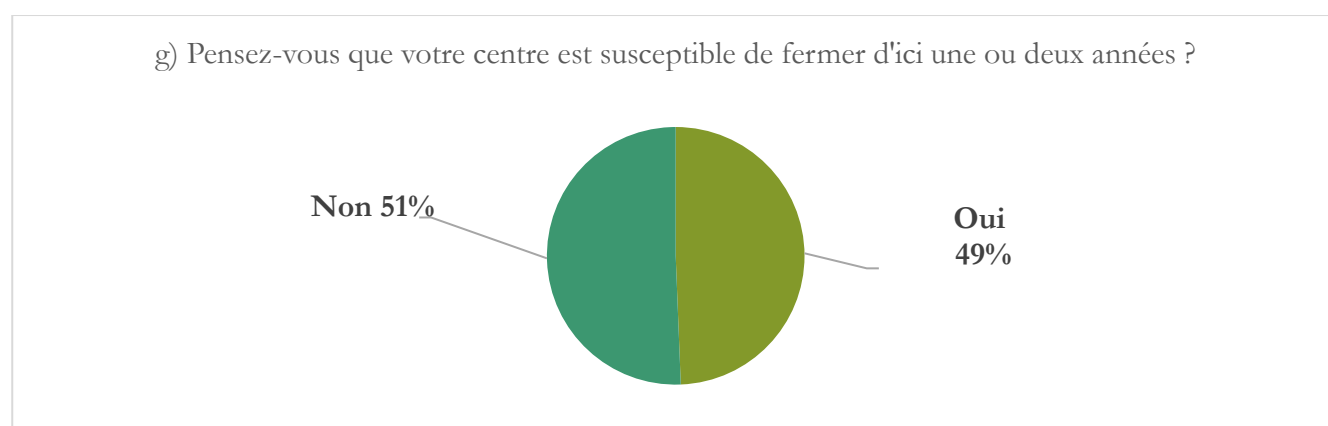


Nombre de répondants à la question : 399

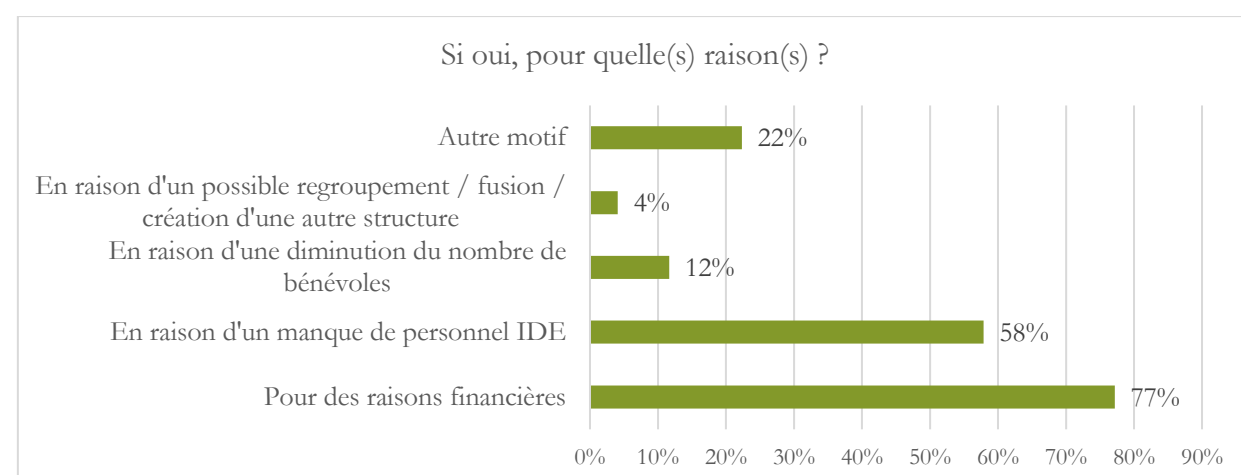
2.16 Sur la santé économique des CSI



Nombre de répondants à la question : 395

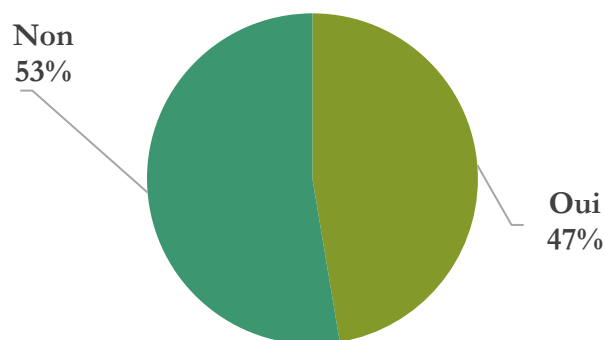


Nombre de répondants à la question : 399



Nombre de répondants à la question : 197

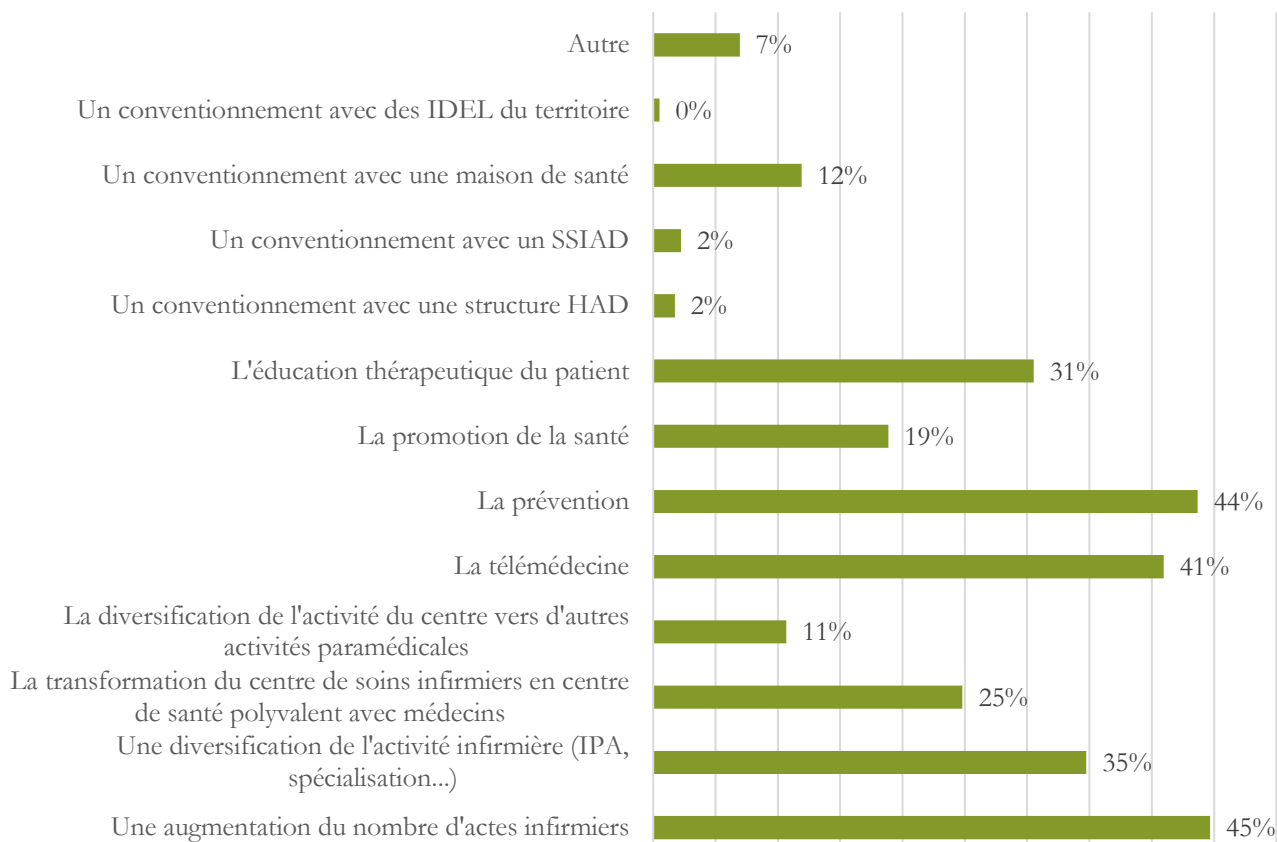
h) Le centre estime-t-il avoir besoin d'une aide en trésorerie d'urgence pour poursuivre son activité ?



Nombre de répondants à la question : 397

2.17 Sur les perspectives de développement des CSI

b) Quels sont, d'après vous, les champs d'activité que le centre devrait prioritairement développer dans les années à venir ? (trois choix possibles)



Nombre de répondants à la question : 403

ANNEXE 2 : L’avenant 43/2020 à la convention collective de la branche de l’aide, de l’accompagnement, des soins et des services à domicile (« BAD ») et ses effets

ANNEXE 2 :L’avenant 43/2020 à la convention collective de la branche de l’aide, de l’accompagnement, des soins et des services à domicile (« BAD ») et ses effets.....	25
1 Conséquences de l’avenant 43/2020 sur la masse salariale des CSI de la BAD.....	27
2 La revalorisation de la convention collective de la BAD résulte de négociations antérieures au Ségur de la Santé de mi 2020	27
2.1 Le contexte de la signature de l’avenant 43/2020 de la CC BAD.....	27
2.2 Dans la foulée de la signature de l’avenant 43/2020, un autre avenant vient augmenter la valeur du point, inchangée depuis 2016.....	30
2.3 L’agrément et l’extension de l’avenant 43/2020 s’inscrit dans le cadre des mesures « Ségur ».....	31
2.4 Le montant de la revalorisation pour les IDE est supérieur à la prime Ségur.....	34
3 Tous les personnels des CSI n’ont pas été revalorisés	35
3.1 Une partie des CSI appliquent une autre convention ou accord collectif que la CC BAD.....	35
3.1.1 Estimations du nombre de CSI relevant de la CC BAD	35
3.1.2 Effet des écarts de rémunération entre les conventions collectives et les employeurs	37
3.2 Certaines associations gestionnaires se retrouvent avec les personnels infirmiers revalorisés, d’autres non, ce qui augmente l’effet des frustrations, les effets de fuite dans un contexte général de pénurie de personnel infirmier et de crise des vocations.	39
4 La CC BAD offre des rémunérations plus avantageuses que les autres CC du secteur	43
4.1 BAD versus FEHAP / Croix rouge	43
4.2 BAD versus Mutualité française	45
4.3 La perspective d’une convention collective unique de branche.....	46
5 Les tensions sur le marché du travail incitent les CSI à accorder des avantages extra conventionnels. ..	47
6 Conséquences de l’avenant 43/2020 sur la masse salariale des CSI de la BAD.....	48
6.1 L’évolution de la masse salariale pour les CSI (données DSN).....	48
6.1.1 Estimation des effectifs concernés	48
6.1.2 Evolution de la rémunération brute moyenne mensuelle par effectif entre 2019 et 2022 (CSI appliquant la BAD)	49
6.2 Effet ressenti comme « fort ou très fort » par 86 % des CSI de la BAD répondants à l’enquête IGAS	51
6.3 Exemples de l’effet de l’avenant 43 sur les rémunérations brutes de quelques CSI	53
7 Détermination du coût de l’avenant et du montant de la subvention annuelle 2022	56
7.1 L’évaluation du coût total annuel de l’application de l’avenant a été estimée par la DSS à 15 M€ pour les personnels soignants des CSI.....	56
7.2 La subvention exceptionnelle de 4 M € accordée en 2022	57
8 Principales conclusions de l’annexe	59

Cette annexe présente successivement :

- Le contexte dans lequel sont intervenues des revalorisations salariales de la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (« BAD »), en particulier issues de l'avenant 43/2020, et du montant de cette revalorisation, à partir des cas types définis par la mission (§1.2.4) ;
- Une estimation du nombre de CSI et donc des personnels concernés par l'application de cette convention et une comparaison des rémunérations selon la CC et le lieu d'exercice, établie par les fédérations, à partir des hypothèses qu'elles ont retenues (§ 1.3.2) ;
- Une comparaison des rémunérations de la CC BAD avec les autres CC du secteur, à partir des cas types définis par la mission (§ 1.4) ;
- Les outils utilisés par les CSI pour limiter les départs de personnels (avantages extra conventionnels) ;
- Les conséquences de l'avenant 43/2020 sur la masse salariale des CSI de la BAD.

1 Conséquences de l'avenant 43/2020 sur la masse salariale des CSI de la BAD

2 La revalorisation de la convention collective de la BAD résulte de négociations antérieures au Ségur de la Santé de mi 2020

2.1 Le contexte de la signature de l'avenant 43/2020 de la CC BAD

Les négociations entre les partenaires sociaux (USB Domicile : UNADMR, UNA, ADEDOM, FNAAFP/CSF pour les organisations d'employeurs et CFDT, CGT, CGT/FO pour les organisations syndicales de salariés), portant révision de la convention collective nationale (CCN) BAD ont débuté en 2015 et se sont accélérées en 2017 et 2019¹.

Les objectifs de la négociation collective engagée par la branche avec les partenaires sociaux listés par la DGCS, étaient de :

- « Revaloriser les rémunérations conventionnelles, et éviter l'immersion sous le SMIC en sortant l'ancienneté et le diplôme du salaire de base ;
- Favoriser les parcours et l'évolution des salariés ;
- Supprimer l'automatisme actuelle du lien entre diplôme et emploi tout en maintenant une valorisation des diplômes ;
- Promouvoir les parcours professionnels via la reconnaissance des compétences »².

L'objectif central des discussions portait sur la révision de la classification des emplois et du système de rémunération d'une grille conventionnelle devenue obsolète³, qui comprenait 13 premiers niveaux pour de la catégorie A et 8 premiers niveaux de la catégorie B dont les coefficients de

¹ D'après les fédérations rencontrées.

² « Bilan des revalorisations salariales », mai 2022, DGCS.

³ Le précédent accord relatif aux emplois et rémunérations datait de 2002.

rémunération étaient inférieurs au SMIC (1 554,58 € brut au 1^{er} janvier 2021)⁴. L'évolution des salaires étant uniquement conditionnée au diplôme et à l'ancienneté, cette situation avait pour effet que certains employés (majoritairement des femmes) devaient attendre plus d'une dizaine d'années pour toucher davantage que le SMIC. A cet égard, la nouvelle grille mise en place est plus complexe. Elle valorise la technicité des emplois par la mise en place de degré et d'échelons que l'on peut franchir en fonction de l'ancienneté.

Historique de la création de la convention collective nationale « BAD »

La Branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile est née par la signature en 1993 du premier accord de Branche relatif aux temps partiels.

La Branche est alors régie par 4 accords collectifs nationaux :

- La convention collective des travailleuses familiales du 2 mars 1970,
- La convention collective ADMR du 6 mai 1970,
- La convention collective des organismes d'aide et de maintien à domicile du 11 mai 1983,
- Les accords UNACSS s'appliquant aux centres de soins adhérents à l'UNACSS signés le 24 mai 1993

Début 2001, la secrétaire d'Etat aux personnes âgées invite les partenaires sociaux à construire une convention collective unique pour la Branche.

La signature de l'accord de Branche du 29 mars 2002 relatif aux emplois et rémunérations marque le début de la création de la future convention unique de Branche. Le 16 décembre 2004, les partenaires sociaux signent un accord de Branche relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie et à la politique de professionnalisation. Ces deux textes sont les pierres fondatrices de la convention collective de Branche (CCB) dont les négociations débutent en janvier 2006 et s'achèvent par une signature le 21 mai 2010. La convention collective de branche avait pour objectifs principaux de :- Finaliser le processus d'harmonisation conventionnelle de plus de 220 000 salariés de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile,- Renforcer l'existence et la légitimité de la branche et son ancrage dans le champ médico-social,- Etre un acteur reconnu dans l'économie sociale,- Etre une branche forte pour répondre aux évolutions du secteur avec un texte plus adapté,- Conforter la place et le rôle de la branche auprès des pouvoirs publics. La CCB est entrée en vigueur le 1er janvier 2012. Cette CCB complète deux accords signés le 21 mai 2010 et l'accord de branche du 30 mars 2006 relatif aux temps modulés.

Source : entretiens, <https://aideadomicile-labranche.fr/la-branche/qui-sommes-nous/>

Les emplois de la branche (226 000 salariés en 2016, 209 237 salariés en 2019⁵) sont très majoritairement présents sur les métiers d'agent à domicile (35 % des effectifs), d'employé à domicile (19 % des effectifs), et d'auxiliaire de vie sociale (18 % des effectifs)⁶. Cette branche, qui comptait 147 533 ETP en 2019, se caractérise par une très forte proportion de salariés à temps partiel (89 % en 2016), quasi exclusivement des femmes (96,5 %). D'après le rapport d'activité de la branche 2016, les personnels infirmiers (toutes structures confondues) représentaient 2 % des effectifs de la branche pour les infirmières diplômées d'Etat (IDE) (4 862 salariés, 3 233 ETP) et 1 % pour les infirmières de coordination (IDEC) (2 030 salariés, 1 352 ETP).

⁴ Source : « Rénovation de la classification des emplois et système de rémunération dans la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et services à domicile », USB Domicile, juin 2021

⁵ Source : OPCO Uniformation 2019 cité dans le « Rapport explicatif de l'avenant 43/2020 », 3 juillet 2020, Branche de l'aide à domicile

⁶ Source : panorama du rapport d'activité de la branche de l'aide à domicile 2017, uniformation.

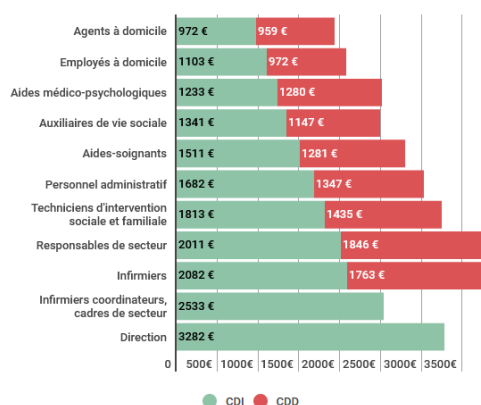
Tableau 6 : Effectifs ETP en 2019

Effectifs (CDI + CDD)	ETP
Cat A	66 758
Cat B	34 114
Cat C	32 585
Cat D	4 247
Cat E	6 474
Cat F	1 628
Cat G	782
Cat H	695
Cat I	250

Source : OPCO unification 2019 – Branche de l'aide à domicile – Les IDE sont classés dans la catégorie E, les IDEC la catégorie F.

La refonte du système des rémunérations a concerné en premier lieu les personnels des SAAD et des SSIAD (209 000 salariés)⁷, dont une partie d'entre eux touchaient un bas salaire, pour la moitié d'entre eux, d'après les fédérations, d'un montant inférieur au SMIC⁸. A l'issue de la signature de l'avenant, en février 2020, d'après les fédérations rencontrées, une aide-soignante était rémunérée 50 € au-dessus du SMIC.

Graphique 1 : Salaire mensuel moyen brut pour les professions rattachées à la CC BAD, quel que soit le temps de travail, estimé par la branche dans son rapport en 2015



Source : Extrait du rapport d'activité de la branche BAD 2015, cité par Hospimedia
NDLR : Le SMIC mensuel brut s'élevait à 1 457,52 € pour 151,67 h de travail en 2015.

Dans son article 7, les partenaires sociaux demandaient son extension pour l'ensemble des structures de la branche (qui en comptait 5 000 en 2015, dont 5 % de CSI⁹) « y compris celles employant moins de 50 salariés ».

L'avenant, qui révisait dans son intégralité les dispositions relatives à la classification des emplois et au système de rémunération, a été signé une semaine avant le début de la crise sanitaire, le 26 février 2020 par USB Domicile, la CFDT et FO. Il prévoyait une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2021, sous réserve de son extension et de son agrément.

Par courrier du 17 novembre 2020, le ministre des solidarités et de la santé et la ministre déléguée chargée de l'autonomie ont refusé d'étendre et d'agréer l'avenant – faute de financement, selon les

⁷ Chiffre cité dans les rapports du gouvernement et du Sénat.

⁸ Source : entretien avec les fédérations.

⁹ Source : panorama du rapport d'activité de la branche de l'aide à domicile 2017, unification

fédérations rencontrées - et ont invité les partenaires sociaux à reprendre les discussions, en vue d'une mise en œuvre au cours du second semestre 2021.

Les partenaires sociaux, rejoints par la CGT qui a adhéré par courrier aux dispositions de l'avenant le 27 novembre 2020, n'ont pas souhaité modifier l'équilibre du texte. L'avenant n°1 à l'avenant 43/2020, signé le 21 janvier 2021, revoit la date d'entrée en vigueur du texte sous réserve de son agrément et de son extension au 1^{er} octobre 2021.

Le gouvernement a pris acte et l'avenant 43/2020 du 26 février 2020 et l'avenant n°1 du 21 janvier 2021 à l'avenant 43/2020 du 26 février 2020 relatifs à la révision des emplois et des rémunérations ont finalement été agréés par arrêté du 21 juin 2021 puis étendus par arrêté du 28 juillet 2021.

Les risques de cette revalorisation sur les rémunérations de l'ensemble des personnels des CSI (soignants et administratifs), bien moins nombreux (6 590 en 2020¹⁰) que les personnels travaillant dans l'aide à domicile et directement concernés par cette revalorisation, semblent être apparus postérieurement aux négociations¹¹. A l'automne 2021, lors de l'entrée en vigueur de l'avenant 43, quatre fédérations (ADEDOM, ADMR, C3SI, UNA) ont émis un communiqué d'alerte commun pour alerter les autorités sur le risque financier induit par ces revalorisations.

2.2 Dans la foulée de la signature de l'avenant 43/2020, un autre avenant vient augmenter la valeur du point, inchangée depuis 2016.

Les partenaires sociaux¹² ont décidé de revaloriser la valeur du point deux mois après la signature de l'avenant 43/2020 « afin d'améliorer l'attractivité de la branche et le pouvoir d'achat des salariés ». Le point revalorisé est passé de 5,38 € à 5,50 €, ce qui représente une augmentation de 2,2 % de la valeur du point.

La précédente revalorisation était intervenue en 2017 à la suite de l'extension des effets de l'avenant 31/2016 précédent¹³.

Signé le 30 avril 2020, l'avenant 44/2020 à la CC BAD est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2020, date de son agrément¹⁴ et a été étendu par arrêté le 16 février 2021¹⁵, soit antérieurement à la date de l'agrément et de l'extension de l'avenant 43/2020.

Toutefois certaines fédérations, non signataires de l'avenant 44/2020, l'ont appliqué dès le 1^{er} mai 2020.

¹⁰ Source : eCds

¹¹ 76 % des CSI sont adhérents à une fédération professionnelle. Donnée brute provisoire, non retraitée. Enquête IGAS juillet 2022.

¹² USB Domicile : UNADMR, UNA, ADEDOM, FNAAFP/CSF pour les organisations d'employeurs et CFDT, CGT, CGT/FO pour les organisations syndicales de salariés. La CGT et CGT/FO n'ont pas signé l'avenant.

¹³ L'avenant 31/2016 du 3 novembre 2016 relatif à la valeur du point a été étendu par arrêté du 21 mars 2017 publié au Journal Officiel du 28 mars 2017.

¹⁴ L'avenant n°44 du 30 avril 2020 relatif à la valeur du point a été agréé par arrêté du 2 octobre 2020 publié au Journal Officiel du 29 octobre 2020.

¹⁵ L'avenant n°44/2020 du 30 avril 2020 relatif à la valeur du point a été étendu par arrêté du 16 février 2021 publié au Journal Officiel du 23 juin 2021. L'avenant était applicable à compter de la publication de l'arrêté d'agrément aux associations adhérentes à l'une des fédérations signataires (UNADMR, UNA, ADEDOM, FNAAFP/CSF) rétroactivement à compter du 1^{er} janvier 2020. Il s'applique aux associations non adhérentes à l'une des fédérations signataires après la parution au Journal Officiel de l'arrêté d'extension.

2.3 L'agrément et l'extension de l'avenant 43/2020 s'inscrit dans le cadre des mesures « Ségur »

L'agrément et l'extension de l'avenant 43/2020 de la CC BAD à l'été 2021¹⁶ interviennent une année après la signature de l'accord relatif à la fonction publique hospitalière dans le cadre de la concertation du Ségur de la santé le 13 juillet 2020, qui prévoit une revalorisation socle de 183 € net par mois (soit 230 € brut) de la rémunération des personnels des établissements hospitaliers et des EHPAD¹⁷. Ce complément de traitement indiciaire (CTI) a été octroyé à 1,5 million de professionnels des établissements de santé et des EHPAD au 1er décembre 2020 pour un montant de 6,5 milliards d'euros, revalorisation salariale attribuée en contrepartie de leur engagement particulièrement remarqué pendant la période de pandémie.

A la suite de cet accord, plusieurs mesures de revalorisation structurelles des rémunérations interviennent dans le champ des établissements sociaux et médico-sociaux (encadré ci-dessous).

Repères sur la mise en œuvre des mesures salariales du Ségur de la santé dans les établissements et services médico-sociaux

Le Ségur 1 : il s'agit de la mesure-socle du Ségur, de 183 € net par mois (160 € net pour le secteur privé à but commercial). Il a dans un premier temps concerné l'ensemble des agents et salariés non-médicaux exerçant en EHPAD. Il se traduit concrètement par :

- **Dans le secteur public**, le complément de traitement indiciaire, soit l'attribution de points d'indice supplémentaires pour les professionnels visés par la mesure exerçant dans les établissements et services concernés (mesure prévue par les lois de financement de la sécurité sociale : article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 modifié par l'article 42 de la LFSS 2022).
- **Dans le secteur privé**, la transposition par des accords collectifs sous une forme laissée à l'appréciation des partenaires sociaux (c'est la forme de « prime Ségur » qui a été choisie) ou à défaut par recommandations patronales ou décisions unilatérales de l'employeur. En tout état de cause, ces textes conventionnels de transposition pour être valables doivent être agréés par le Ministère de la Santé et des Solidarités.

- **Les mesures « Laforcade » qui étendent le Ségur 1** (LFSS 2022, article 42 modifiant l'article 48 de la LFSS pour 2021 et article 43 LFSS 2022). Suite aux travaux de la mission Laforcade, le bénéfice de la prime a été étendu à certains établissements et services sociaux et médico-sociaux publics, principalement les établissements et services rattachés à un établissement public de santé ou à un EHPAD relevant de la fonction publique hospitalière (FPH). Enfin, il a été étendu aux soignants et aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie sociale et accompagnants éducatifs et sociaux exerçant dans des établissements médico-sociaux et dans certains établissements sociaux et médico-sociaux financés par les conseils départementaux, principalement au titre du handicap.

Le Ségur 2 : cette mesure de revalorisation ne vise que les grilles des personnels soignants et paramédicaux. Cette mesure génère un gain variable en fonction des situations, notamment de l'ancienneté des bénéficiaires : le gain moyen est estimé à 50 € net dans la fonction publique et à 35 € net dans le secteur privé pour les établissements et services financés par l'objectif général de dépenses.

- **Axe 3 du Ségur** : il s'agit de mesures d'organisation du temps de travail dans la fonction publique hospitalière. Elles peuvent néanmoins avoir des effets sur le niveau de rémunération au titre des heures supplémentaires ou de la prime d'engagement collectif.

¹⁶ L'avenant 43/2020 du 26 février 2020 et l'avenant n°1 du 21 janvier 2021 à l'avenant 43/2020 du 26 février 2020 relatifs à la révision des emplois et des rémunérations ont été agréés par arrêté du 21 juin 2021 puis étendu par arrêté du 28 juillet 2021.

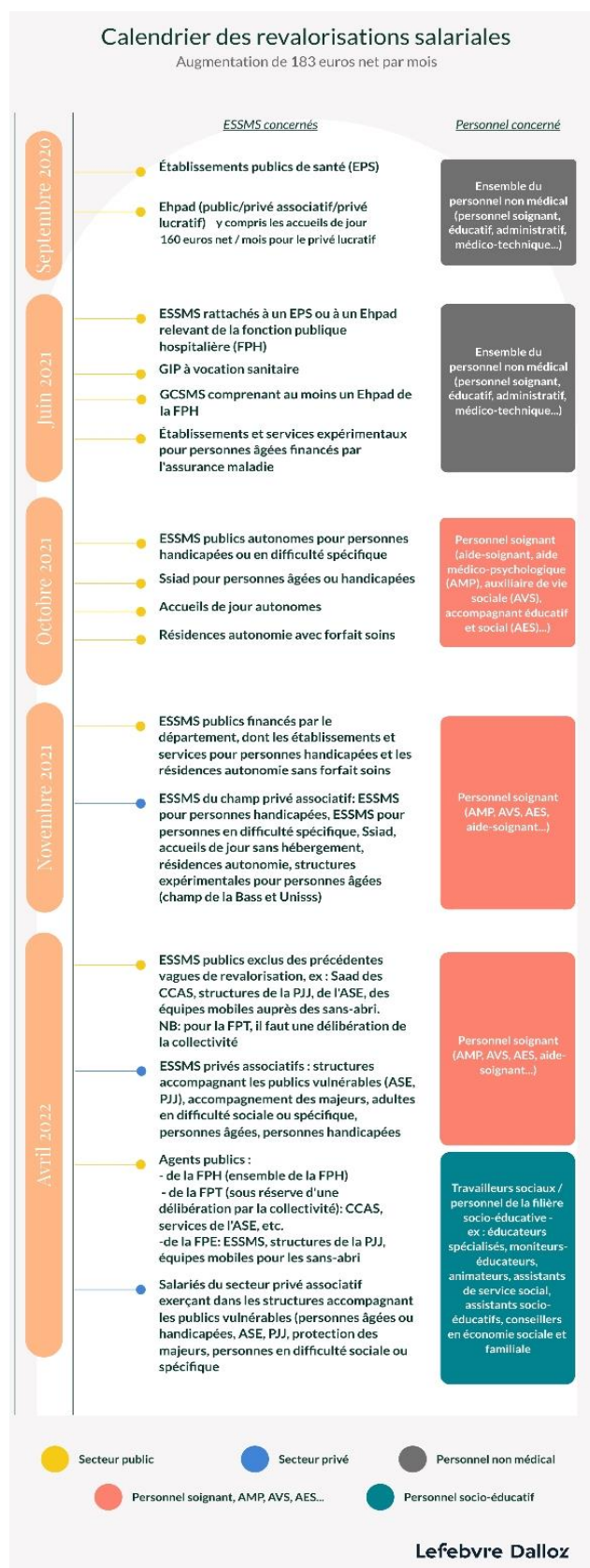
¹⁷ 90 € nets attribués à partir du 1^{er} septembre 2020 et 93 € net à partir du 1^{er} mars 2021.

- **L'avenant 43 de la branche de l'aide à domicile** : cette refonte complète des classifications de la convention collective nationale de la branche de l'aide à domicile a été agréée en 2021 et est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2021. Elle génère un gain moyen d'environ 15 % (référence 2019) pour les salariés de la branche.

Source : DGCS, extraits du document « Repères sur la mise en œuvre des mesures salariales du Ségur de la santé dans les établissements et services médico-sociaux », mai 2022

Le schéma ci-après reprend le calendrier de l'ensemble des mesures salariales décidées au 22 juin 2022, tous personnels et secteurs confondus.

Schéma 1 : Calendrier des revalorisations salariales au 22 juin 2022



Source : Lefebvre Dalloz

La décision d'agréer et d'étendre l'avenant 43/2020 de la CC BAD intervient donc dans le cadre des mesures salariales du Ségur de la santé, même si la revalorisation salariale issue de l'avenant 43 ne s'applique pas uniquement aux personnels soignants mais bien à l'ensemble des métiers rattachés à cette convention, c'est-à-dire également aux personnels des fonctions support.

2.4 Le montant de la revalorisation pour les IDE est supérieur à la prime Ségur

La mission a simulé plusieurs cas type¹⁸. Le montant de la revalorisation telle qu'elle résulte de l'application des avenants 43 (après application de l'avenant 44) est supérieure aux 183 € accordés par ETP IDE par la prime Ségur (prime nette).

Elle atteint pour une IDE en début de carrière le montant de 324 € (montant brut), 375 € pour une IDE avec 5 années d'ancienneté, 370 € pour une IDE avec 10 années d'ancienneté, 402 € pour une IDE avec 20 années d'ancienneté, soit en plus que la prime Ségur (montants nets : respectivement 256 €, 296 €, 294 €, 319 €). En revanche pour une IDEEC avec 10 ans d'ancienneté, la revalorisation est inférieure à la prime Ségur (189 € brut, 149 € net)¹⁹.

Pour une secrétaire avec 5 années d'ancienneté, la prime, dans le cas type référencé²⁰, atteint en net 342 € pour un salaire brut passant de 1766 € à 2197 €, et un directeur avec 5 années d'ancienneté obtient une prime nette de près de 600 € (pour un salaire revalorisé de 3 245 € à 3991 € brut).

Tableau 7 : Montant mensuel de la revalorisation brute accordée à la suite de l'application des avenants 43/2020 et 44/2020, sur plusieurs cas type, en €

	Echelon	Coef.	Salaire brut avant av. 43 (après av. 44)	Salaire brut après avenant 43	Prime brute	Prime nette
IDE débutante	1	436	2 156	2 481	325	256
IDE 5 ans d'ancienneté	2	456	2 266	2 641	375	296
IDE 10 ans d'ancienneté	3	485	2 486	2 857	371	294
IDE 20 ans d'ancienneté	3	485	2 668	3 070	403	319
IDEC 10 ans d'ancienneté	3	540	2 877	3 065	189	149
Secrétaire 5 ans d'ancienneté	2	359	1 766	2 198	432	342
Directeur 5 ans d'ancienneté	1	583	3 245	3 991	746	597

Source : Mission

Hypothèse: valeur du point 5,5 €

CSI de moins de 10 ETP avec uniquement des ETP à 100 %

pas de prime de place (IDEC)

hors éléments complémentaires de rémunération. liés à :

prime de tutorat, d'accompagnement de stagiaire ou apprenti

astreintes

travail de nuit

jours fériés et jours de repos

¹⁸ Ces montants, selon les hypothèses retenues, ont été validés a posteriori par un CSI et par les fédérations.

¹⁹ Simulations des montants bruts/nets réalisés sur le site URSSAF Caisse nationale : <https://mon-entreprise.urssaf.fr/simulateurs/salaire-brut-net>.

²⁰ Cf. annexe

Ces montants sont encore plus élevés, si on les établit par différence avec la rémunération établie avant avenant 44 (revalorisation du point).

Selon les hypothèses de reclassement retenues dans le nouveau système de rémunération mis en place par l'avenant 43, les montants peuvent varier notamment en milieu/fin de carrière, comme le montre les cas type établis ci-dessous par les fédérations.

Tableau 8 : Montant mensuel de la revalorisation brute accordée à la suite de l'application des avenants 43/2020 et 44/2020, en €

	Salaire brut mensuel avant avenant 43	Salaire brut mensuel post avenant 43	Evolution en € bruts	Evolution en %
Début de carrière année 1 – D2. échelon 1 (*)	2 019	2 481	462	22,9 %
Milieu de carrière année 10 – D2 échelon2	2 349	2 641	292	12,4 %
Fin de carrière année 20 – D2 échelon 2	2 530	2 791	261	10,3 %
Fin de carrière année 20 – D2 échelon 3	2 530	2 951	421	16,6 %

Source : Fédérations (ADEDOM-C3SI-UNA) – (*) reclassement degré 2 échelon 1

Certains professionnels rencontrés par la mission déconnectent toutefois les revalorisations intervenues à la suite de la signature de l'avenant – les négociations et la signature de l'avenant étant antérieures à celles ayant conduit à la mesure socle du Ségur (juillet 2020) et considèrent que les CSI n'ont pas bénéficié de la prime « Ségur ».

Par ailleurs le fait que la revalorisation salariale issue de l'avenant 43 n'ait pas un caractère forfaitaire, contrairement à la « prime Ségur » contribue, pour les personnels soignants qui n'ont pas obtenu un montant de revalorisation identique à celui du Ségur, à considérer qu'ils n'en sont pas bénéficiaires.

A noter par ailleurs, les personnels sous convention FEHAP, des CSI relevant de la fonction publique territoriale, ou sous convention UCANSS, « Croix rouge » se considèrent comme des « oubliés » du Ségur. Il en résulte au sein des personnels concernés un sentiment d'iniquité et une moindre attractivité des organismes employeurs qui n'ont pas bénéficié de revalorisation (et donc une distorsion de concurrence)²¹.

3 Tous les personnels des CSI n'ont pas été revalorisés

3.1 Une partie des CSI appliquent une autre convention ou accord collectif que la CC BAD

3.1.1 Estimations du nombre de CSI relevant de la CC BAD

- DGOS / fédérations

D'après la DGOS, 277 CSI sont à la BAD sur les 499 recensés par les fédérations²².

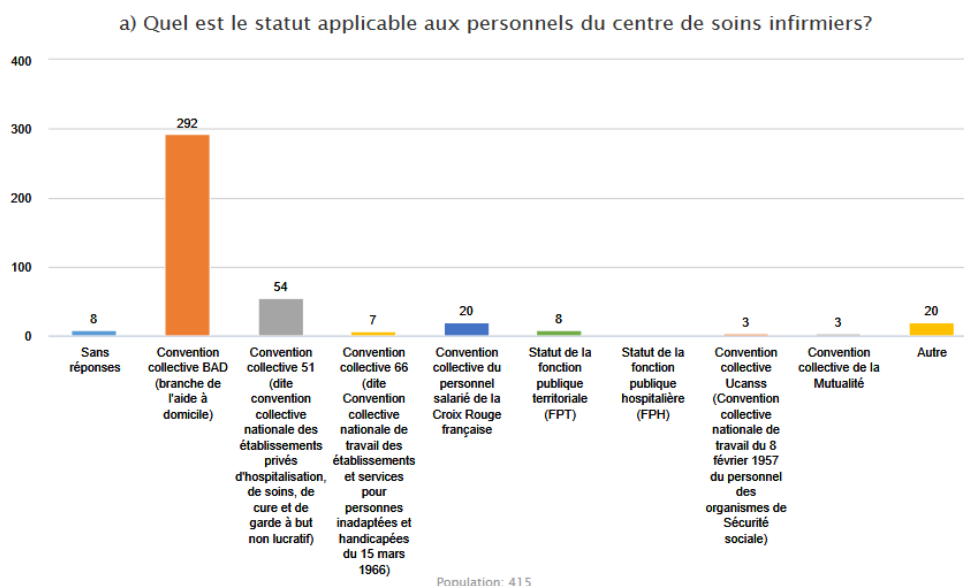
²¹ Cf. tableau n°4 infra.

²² Source : données citées en entretien DGOS.

● Enquête IGAS

L'IGAS a conduit mi 2022 une enquête auprès de l'ensemble des CSI ayant rempli début 2022 la base ECDS administrée par l'ATIH, soit 520 centres. Parmi eux, 415 CSI, soit 80 %, ont répondu au questionnaire IGAS. Parmi ces derniers, 407 ont répondu à la question portant sur la convention applicable aux salariés de leurs centres. Parmi eux, 292, soit 72 %, déclarent relever de la BAD.

Graphique 2 : Statut applicable aux personnels des CSI (sur 407 répondants)



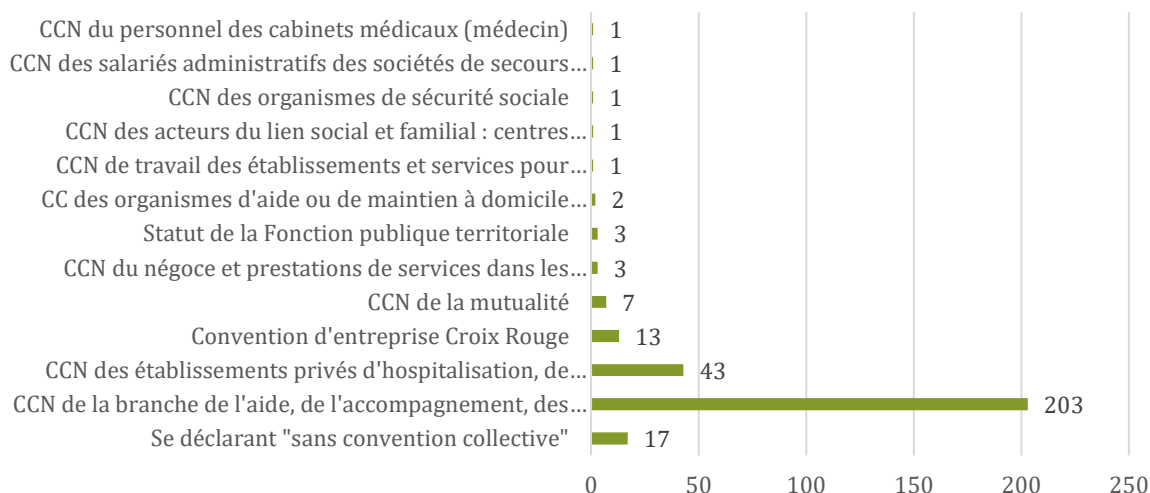
Source : Enquête IGAS, données provisoires non retraitées

● Données extraites des DSN / URSSAF Caisse nationale

A la demande de la mission, l'URSSAF Caisse nationale a établi une requête afin d'extraire la donnée relative à la convention collective des déclarations sociales nominatives (DSN) au cours de la période 2019-2021, pour 471 CSI identifiables via leur SIRET. Cette donnée, qui a été intégrée récemment à la DSN, n'est pas servie obligatoirement par les employeurs. Aussi, la requête n'a retourné de réponse que pour 296 établissements sur les 471 préidentifiés.

Elle confirme le large éventail de conventions collectives appliquées dans les centres (cf. graphique ci-dessous). D'après ces éléments, 68,5 % des établissements déclarent relever de la convention collective nationale (CCN) BAD.

Graphique 3 : Nombre d'établissements se déclarant appliquer une convention collective et référence (2021)



Source : Mission d'après données URSSAF Caisse nationale/DSN

● Conclusion de la mission sur le nombre de CSI relevant de la BAD

Ces différentes estimations conduisent à penser que la proportion de CSI relevant de la BAD parmi l'ensemble des CSI de France se situe entre 68,5 % et 72 %, soit autour de 70 %. Cela signifie donc que, parmi les 520 CSI de France, 364 relèvent de la BAD. Dans les mesures où les fédérations, d'après les informations transmises par le ministère de la Santé, en recensent 277 parmi leurs adhérents, cela impliquerait que 87 CSI relevant de la BAD ne sont pas adhérents à une fédération, soit environ un CSI de la BAD sur quatre (24 %). En d'autres termes, les fédérations du secteur représenteraient trois CSI sur quatre de la CC BAD.

3.1.2 Effet des écarts de rémunération entre les conventions collectives et les employeurs

Les écarts dans la structure des rémunérations entre ces différentes conventions peuvent induire des difficultés de recrutement et donc une baisse d'attractivité de certains centres par rapport à d'autres. D'après une étude récente portant sur les personnels salariés exerçant en EHPAD²³, le niveau de salaire ne semble pas avoir un effet positif sur la rotation des personnels infirmiers.

Interrogés, nos interlocuteurs en CSI rapportent pour leur part quasiment tous un effet de « fuite » ou une volatilité des personnels infirmiers qui s'est accrue au cours des deux dernières années (à la suite de la crise sanitaire). Les départs des infirmières ont des raisons diverses mais seraient le plus souvent motivées par un niveau de salaire insuffisant :

²³ « Turnover élevé du personnel soignant dans les Ehpads privés en France : impact de l'environnement local et du salaire », Cécile Martin et Méлина Ramos-Gorand, Economie et statistique n°493, 2017.

- Les établissements sous convention FEHAP²⁴ rapportent à leur fédération le « déséquilibre » qu'entraîne l'application de l'avenant 43 dans le secteur, la fuite des personnels, le manque d'attractivité. Il est rapporté lors des entretiens que certains gestionnaires ont consenti une augmentation équivalente à celle de l'avenant 43/2020 pour conserver leurs personnels, ce qui mettrait en péril leur équilibre économique. D'autres considèrent que les difficultés de recrutement sont à l'origine de leurs difficultés économiques, faute d'activité suffisante.
- Les personnels dans les CSI gérés par la Croix rouge n'ont pas bénéficié de la prime Ségur. Ce gestionnaire a assisté, au début de l'année 2021, au départ de plusieurs infirmières de leurs effectifs (par exemple, dans un centre, départ de cinq IDE sur les sept que comptait le centre, dont quatre ont choisi l'exercice libéral), évoque l'incompréhension des professionnelles et la fuite des personnels vers les structures BAD.
- Dans les CSI municipaux, les IDE n'ont pas bénéficié de revalorisation salariale (contrairement, par exemple, aux aides à domicile exerçant dans les SAAD de la FPT²⁵ ou aux personnels soignants exerçant dans certaines structures²⁶). Pour remédier à cette situation, le CSI rencontré par la mission a procédé à un avancement maximal des personnels concernés dans l'échelon, sans toutefois que cela corresponde au montant de la prime Ségur (183 €).

On note toutefois que les possibilités de mobilité externe (ou rotation) des personnels infirmiers contribuent à l'attractivité de ce métier qui se caractérise par des lieux (établissement de santé, SSR, maison de retraite médicalisée, écoles, entreprises, centres ou maison de santé, action humanitaire...) et des cadres (salarié, libéral, fonction publique/droit privé) d'exercice variés. Les études nationales disponibles faisaient jusqu'à présent état d'une relative stabilité des personnels soignants dans leur profession avant 2015²⁷ et au sein de la profession : ainsi moins de 3 % des infirmières ont changé de mode d'exercice entre deux années consécutives entre 2004 et 2008²⁸. Toutefois la crise sanitaire a pu changer ces comportements et avoir un impact très négatif sur la durée de carrière des professionnels de santé, qui n'a pas été évalué.

²⁴ Une cinquantaine d'établissements comptant 480 ETP, dont une trentaine sont adhérents à la FEHAP. Source : entretien FEHAP.

²⁵ Décret n° 2022-728 du 28 avril 2022 (FPT).

²⁶ Décret n°2022-161 du 10 février 2022 : agents publics territoriaux soignants exerçant dans des structures publiques non rattachées à un établissement public de santé ou à un EHPAD telles que : Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L312-1 du CASF, établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du même I de l'article L312-1 du CASF (ex : ESAT), établissements ou services qui accompagnent des personnes confrontées à des difficultés spécifiques mentionnés au 9° de l'article L312-1 du CASF (ex : addictologie), établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap mentionnés au 12° du I de l'article L312-1 du CASF, établissements organisant un accueil de jour sans hébergement dans les conditions prévues au dernier alinéa du même I de l'article L312-1 du CASF, résidences autonomie qui perçoivent un forfait de soins mentionnées au III de l'article L313-12 du CASF

²⁷ Cf. notamment « *Carrière des aides-soignants et des infirmiers : durée d'exercice en Ile-de-France* », Défi métier, Le Floch Mathieu, Pardini Béatrice, décembre 2020

²⁸ « *La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles* », Muriel Barlet et Marie Cavillon, Etudes et résultats n°759, DREES, mai 2011

3.2 Certaines associations gestionnaires se retrouvent avec les personnels infirmiers revalorisés, d'autres non, ce qui augmente l'effet des frustrations, les effets de fuite dans un contexte général de pénurie de personnel infirmier et de crise des vocations.

Les CSI sont des petites structures, qui emploient en moyenne 10,5 salariés (près de 8,5 ETP). Un centre emploie en moyenne 8 personnels infirmiers (près de 6,8 ETP) à fin juin 2022²⁹.

Un grand nombre d'associations (59 %) gèrent d'autres structures qu'un CSI : 183 déclarent gérer également un SSIAD (soit 46 %), 72 un SAAD (31 %), 54 un EHPAD (23 %).

En outre la mission a rencontré le cas particulier d'une association gestionnaire qui, pour des raisons historiques liées au contexte de création des structures, appliquait la convention BAD pour ses structures SAAD et CSI et la convention FEHAP pour son SSIAD³⁰ : ce gestionnaire, après avoir contacté l'inspection du travail, va généraliser l'application de la convention FEHAP à l'ensemble de ses organismes. D'une manière générale, tous les gestionnaires qui gèrent plusieurs structures ont rapporté les difficultés managériales nées de l'application des vagues de revalorisations salariales issues du Ségur de la santé et de leurs extensions.

Plusieurs de nos interlocuteurs se retrouvent dans une situation complexe, et jugée incompréhensible pour les salariés. Par exemple, dans les centres de santé polyvalents gérés par la Caisse autonome de la sécurité sociale dans les mines au sein du groupe FILERIS, les personnels infirmiers sont sous convention UCANSS et n'ont pas bénéficié d'une revalorisation de leur rémunération³¹. Cette situation entraîne des frustrations au sein des personnels du groupe, lequel gère d'autres types d'établissements (SSR, EHPAD) ou de structures médico-sociales (SSIAD) dans lesquelles les personnels IDE ont obtenu une revalorisation (évoquée supra cf. schéma 1).

La Mutualité française fait part d'un phénomène de « nomadisme infirmier »³² : l'attribution d'un complément de salaire crée un « appel d'air » qui entraîne le départ de personnels des CSI qui n'ont pas été revalorisés vers les structures (CSI ou autres) qui l'ont été.

Le constat est identique à la Croix rouge ou pour les gestionnaires de certains établissements de santé et médico-sociaux, dont une partie des personnels soignants et de rééducation ont bénéficié d'une augmentation salariale en 2022³³ (mesure « Laforcade 1 » pour AXESS- Confédération de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale³⁴, mesure « Ségur 2 » pour les établissements de la Croix rouge).

Le complément de traitement indiciaire (CTI) créé dans le cadre du Ségur de la santé ne peut être appliqué aux personnels des centres de santé gérés par les collectivités territoriales qui relèvent du statut de la fonction publique territoriale. La fédération des centres de santé, dans un communiqué de presse du 6 juillet 2022, souligne également que cette situation crée une distorsion dans les centres de santé gérés par une collectivité territoriale ou un établissement hospitalier, de nature à

²⁹ Données provisoires enquête IGAS juillet 2022 (près de 400 répondants à ces questions).

³⁰ CSI 18^{ème} arrondissement.

³¹ Par communiqué de presse du 2 septembre 2022, le Gouvernement a demandé aux employeurs du régime général de sécurité sociale d'ouvrir une négociation avec les organisations représentatives du personnel en vue d'une revalorisation du point des salariés de la sécurité sociale.

³² Propos issu des entretiens.

³³ Accord de la Croix rouge française du 29 novembre 2021 et recommandation patronale d'Axess du 21 décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la revalorisation "socle" du Ségur de la santé dans le secteur médico-social agréés par arrêté du 6 janvier 2022 publié 18 janvier 2022.

³⁴ Indemnité Laforcade" mensuelle de 238 euros brut par mois pour un salarié à temps plein

créer des déséquilibres de rémunération entre les professionnels selon les secteurs dans lesquelles ils travaillent :

- *« Une ville qui gère un EPHAD ou encore un SSIAD et un centre de santé pourra faire bénéficier du CTI les personnels de ses deux premières structures mais pas ceux du centre de santé.*
- *Un hôpital qui gère un centre de santé applique le CTI aux personnels hospitalier mais pas ceux du centre de santé. Cette distorsion crée des inégalités salariales au sein du même établissement.*
- *Un département qui gère un centre de santé et dont les professionnels ont des activités mixtes entre centre de santé, PMI ou CPEF se retrouve aussi avec les mêmes problématiques d'application ».*

Les quatre tableaux suivants, établis à la demande de la mission par les fédérations du secteur, illustrent ces écarts de salaires selon la convention appliquée, et le lieu d'exercice des personnels dans le secteur associatif et la FHP.

Tableau 9 : Tableau comparatif des salaires des IDE selon la convention collective et le lieu d'exercice (début de carrière année 1)

Convention collective	Lieux d'intervention	Valeur du point	Nombre de point ou salaire brut	Salaire de base	Majoration point	Primes	Laforcade 1 (vague 2 du ségur)	Séгур 2	Salaire brut	Différence en % par rapport à la bad+43
CCBAD	SSIAD-CSI								2 018,50 €	
CCBAD + avt 43*	SSIAD-CSI	5,50 €	436	2 398,00 €	82,50 €				2 480,50 €	
CCN51	SSIAD	4,447 €	488	2 170,136 €	48,917 €	110,95 €	238,00 €	52,00 €	2 620,01 €	5,62 %
CCN51	CSI**	4,447 €	477	1 962,128 €	48,917 €	100,55 €			2 111,60 €	-15 %
FPH***	SSIAD	4,850 €	390	1 891,504 €		417,75 €		183,00 €	2 309,25 €	-6,90 %

Tableau 10 : Tableau comparatif des salaires des IDE selon la convention collective et le lieu d'exercice (milieu de carrière année 10)

Convention collective	Lieux d'intervention	Valeur du point	Nombre de point ou salaire brut	Salaire de base	Majoration point	Ancienneté	Primes	Laforcade 1 (vague 2 du ségur)	Séгур 2	Salaire brut	Différence en % par rapport à la bad+43
CCBAD	SSIAD-CSI				0		0	0		2 348,50 €	
CCBAD + avt 43*	SSIAD-CSI	5,50 €	456	2 508,00 €	82,50 €	50,16 €				2 640,66 €	
CCN51	SSIAD	4,447 €	477	2 121,219 €	48,917 €	190,91 €	118,05 €	238,00 €	58,00 €	2 775,10 €	5 %
CCN51	CSI**	4,447 €	477	1 962,128 €	48,917 €	176,5915	109,38 €			2 297,02 €	-13 %
FPH***	SSIAD	4,850 €	422	2 046,704 €			433,27 €		183,00 €	2 662,97 €	1 %

Tableau 11 : Tableau comparatif des salaires des IDE selon la convention collective et le lieu d'exercice (fin de carrière année 20 – échelon 2)

Convention collective	Lieux d'intervention	Valeur du point	Nombre de point ou salaire brut	Salaire de base	Majoration point	Ancienneté	Primes	Laforcade 1 (vague 2 du ségur)	Séгур 2	Salaire brut	Différence en % par rapport à la bad+43
CCBAD	SSIAD-CSI							0		2 530,00 €	
CCBAD + avt 43*	SSIAD-CSI	5,50 €	456	2 508,00 €	82,50 €	200,64 €				2 791,14 €	
CCN51	SSIAD	4,447 €	477	2 121,219 €	48,917 €	381,82 €	127,60 €	238,00 €	58,00 €	2 975,55 €	7 %
CCN51	CSI**	4,447 €	477	1 962,128 €	48,917 €	353,18 €	118,21 €			2 482,44 €	-11 %
FPH***	SSIAD	4,850 €	477	2 313,455 €			459,95 €		183,00 €	2 956,40 €	6 %

Tableau 12 : Tableau comparatif des salaires des IDE selon la convention collective et le lieu d'exercice (fin de carrière année 20 – échelon 3)

Convention collective	Lieux d'intervention	Valeur du point	Nombre de point ou salaire brut	Salaire de base	Majoration point	Ancienneté	Primes	Laforcade 1 (vague 2 du ségur)	Ségur 2	Salaire brut	Différence en % par rapport à la bad+43
CCBAD	SSIAD-CSI							0		2 530,00 €	
CCBAD + avt 43*	SSIAD-CSI	5,50 €	485	2 667,50 €	82,50 €	200,64 €				2 950,64 €	
CCN51	SSIAD	4,447 €	477	2 121,219 €	48,917 €	381,82 €	127,60 €	238,00 €	58,00 €	2 975,55 €	1 %
CCN51	CSI**	4,447 €	477	1 962,128 €	48,917 €	353,18 €	118,21 €			2 482,44 €	-16 %
FPH***	SSIAD	4,850 €	477	2 313,455 €			459,95 €		183,00 €	2 956,40 €	0 %

Source : ADMR/ADEDOM/UNA/C3SI

* Hypothèses de reclassement des IDE dans le cadre de la mise en œuvre de l'avenant 43 :

- Année 1 = Degré 2/échelon 1
- Année 10 = Degré 2/échelon 2
- Année 20 = Degré 2/échelon 2
- Année 20 = Degré 2/échelon 3

**Il est distingué la situation des SSIAD et des CSI car les revalorisations salariales de Laforcade 1 et du Ségur 2 sont conditionnées au versement d'un financement spécifique par les pouvoirs publics. Or, ce versement a été obtenu pour les SSIAD mais pas pour les CSI (de fait du modèle de financement des CSI).

***Les charges sociales se calculent différemment pour la FPH. D'importants écarts pourraient ainsi se matérialiser si le comparatif est fait sur le salaire net d'un agent de la FPH avec celui d'un salarié de la BAD ou d'une autre convention collective.

4 La CC BAD offre des rémunérations plus avantageuses que les autres CC du secteur

4.1 BAD versus FEHAP / Croix rouge

La mission a demandé aux fédérations des éléments permettant d'établir un comparatif des principales conventions collectives appliquées dans les centres de soins infirmiers, de manière à déterminer si la rémunération d'un professionnel de santé, selon son métier et son ancienneté, est susceptible de varier sensiblement d'une convention à l'autre.

D'après les fédérations, ce comparatif n'existe pas sur étagère, et n'avait pas été établi dans le cadre de la renégociation de la convention BAD. Comme les fédérations et plusieurs de nos interlocuteurs l'ont rappelé, cette comparaison est particulièrement complexe, puisque les dispositions qui peuvent avoir un impact financier divergent d'une convention à l'autre, leurs conditions d'application également, outre qu'il reste parfois une marge d'appréciation sur leur applicabilité qui relève du choix de l'organisme.

D'autres dispositions que la détermination du système de rémunération jouent sur le versant financier, et peuvent avoir un impact sensible sur les finances des CSI. Par exemple, les conditions de remboursement des indemnités kilométriques peuvent avoir un impact sensible sur les finances des CSI : elles sont mieux remboursées aux salariés qui relèvent d'un CSI appliquant la convention FEHAP (0,65 centimes/km pour automobile moins de 5 CV, 0,78 >6 CV, + 164,79 € mensuel si >1500 km mensuels - 0,19 € pour 2 roues moteur) que pour la CC BAD (0,35 € / km pour voiture, 0,15 pour deux-roues à moteur) ou la Croix rouge (aucune référence à des indemnités kilométriques). Toutefois cette disposition n'aura pas d'impact sur un CSI situé en zone dense urbaine dont les salariés effectuent leurs déplacements à pied, a contrario du CSI situé en zone rurale peu densément peuplée.

Les modalités d'application d'une convention sont diversement appréciées et appliquées d'un centre à l'autre :

- La convention BAD ne prévoit pas que l'ancienneté acquise dans les différents métiers ou fonctions de la profession hors entreprise assujettie à la CC BAD soit reprise : la majorité des CSI rencontrés ont expliqué à la mission qu'ils ne pouvaient pas appliquer cette disposition, sauf à se priver du recrutement de personnels expérimentés ;
- La FEHAP cite l'exemple de l'application d'un dispositif transposé de la fonction publique hospitalière (système de bonifications indiciaires) : *« La prime fonctionnelle des 11 points concerne l'ensemble des IDE et IDEC quelle que soit leur ancienneté. Ces 11 points correspondant à la prise en charge de personnes âgées, nous souhaitons souligner que l'activité des centres de soins infirmiers n'est pas exclusivement dédiée à la prise en charge de ce public, marqueur de leur spécificité et de leur différenciation d'activité avec les SSIAD »* ;
- De même, l'appréciation par une structure du classement d'un directeur, au sein d'une même convention, peut varier du simple au double. Par exemple, s'agissant de la CC 51 FEHAP : *« S'agissant de la catégorie « directeur », le total de points de base est de 635. Il existe cependant plusieurs possibilités de classement :*
 - *En tant que cadre administratif de niveau 2, soit 809 points ;*
 - *De médecin chef d'établissement, soit 1260 points ;*
 - *De médecin directeur, soit 1325 points ».*

A ce coefficient de référence, peuvent s'ajouter des éléments accessoires³⁵, ce qui complique la comparaison. Aussi la mission a retenu plusieurs hypothèses pour établir des comparaisons :

- Pour les cas type BAD, la mission a simulé le cas d'un CSI comprenant moins de 10 ETP³⁶ à 100 %, ne comprenant pas de prime de place³⁷, et hors éléments complémentaires de rémunérations liés à prime de tutorat, d'accompagnement de stagiaire ou apprenti, astreintes, travail de nuit, jours fériés et jours de repos, valeur du point = 5,5 € depuis le 1er janvier 2020.
- Pour les cas type CCN51/FEHAP, la mission a retenu les hypothèses suivantes : CSI de moins de 10 ETP à 100 %, hors indemnité de sujétion spéciale, hors complément diplôme, encadrement et métier, de carrière, hors indemnité de nuit, dimanche et jours fériés, valeur du point depuis le 1/7/2018 : 4,447 €.
- Pour les cas type Croix rouge, la mission a retenu les hypothèses suivantes : CSI de moins de 10 ETP à 100 %, hors primes individuelles, les salariés restent dans le palier pour la durée maximale, hors bonification de technicité individuelle, valeur du point depuis le 1/6/2017 : 4,48 €.

Par la suite, le tableau de cas type ci-dessous a été établi par l'IGAS après avoir consulté les fédérations concernées en vue de fiabiliser les données et un CSI, qui a également procédé à des simulations.

Il s'avère, à sa lecture, que l'application conjointe des avenants 43 et 44 a renchéri le montant des rémunérations des personnels IDE de la BAD, comparativement aux personnels IDE relevant de la FEHAP ou de la Croix rouge : pour tous les cas type présentés, il serait désormais plus avantageux de travailler dans un CSI (ou une autre structure, type SAAD par exemple) relevant de la convention BAD que dans l'un des CSI relevant de la FEHAP (54³⁸) ou de la Croix rouge (14 CSI)³⁹.

En fonction des hypothèses de reclassement, l'avantage peut s'avérer moindre pour les personnels les plus expérimentés (ex. du cas type IDEC ci-dessous) que pour des personnels débutants. Ainsi la mission a rencontré un CSI, où l'application de l'avenant 43 a entraîné la suppression des avantages extra conventionnels par l'équipe dirigeante (prime de fin d'année, chèque déjeuner) ; ce qui a entraîné le départ de l'IDE la plus expérimentée, la hausse de sa rémunération ne compensant pas la perte des avantages acquis.

Tableau 13 : Evaluation des rémunérations brutes avant / après avenant 43 BAD et comparatif avec les autres conventions, en €

	BAD avec av. 44		CC51 (FEHAP)	Croix rouge	BAD après av. 43>FEHAP	BAD après av. 43 > Croix rouge	BAD sans 43 versus FEHAP	BAD sans av. 43 versus Croix rouge
	Avant AV 43	Après avenant 43						
IDE débutante	2 156	2 481	2 116	2 208	17 %	12 %	2 %	-2 %
IDE avec 5 ans d'ancienneté	2 266	2 641	2 196	2 257	20 %	17 %	3 %	0 %
IDE avec 10 ans d'ancienneté	2 486	2 857	2 297	2 524	24 %	13 %	8 %	-1 %

³⁵ Ancienneté dans la fonction, complément technicité, points pour sujétions spéciales (direction multisite), prime décentralisée.

³⁶ Ce qui a un impact sur l'attribution de primes

³⁷ Prime IDEC

³⁸ Cf. enquête IGAS SOLEN

³⁹ Source : Audit interne Croix Rouge.

IDE avec 20 ans d'ancienneté	2 668	3 070	2 477	2 669	24 %	15 %	8 %	0 %
IDEC 10 ans	2 877	3 065	2 984	3 009	3 %	2 %	-4 %	-4 %
Secrétaire avec 5 ans d'ancienneté	1 766	2 198	1 782	1 810	23 %	21 %	-1 %	-2 %
Directeur avec 5 ans d'ancienneté	3 245	3 991	3 650	2 995	9 %	non signif.	-11 %	non signif.

Source : IGAS

Lecture : pour une IDE débutante, la BAD après avenant 43 offre une rémunération supérieure de 17 % comparativement à celle de la FEHAP

Lecture : pour une IDE débutante, la BAD après avenant 43 offre une rémunération supérieure de 12 % comparativement à celle de la Croix rouge.

Ces différents cas types font apparaître que, pour les infirmières, la revalorisation de la CC BAD a permis un progrès de rémunération généralement proche de 15 % et de dépasser du même coup systématiquement les rémunérations proposées dans la convention FEHAP ou par la Croix rouge. La revalorisation de la BAD participe ainsi à l'effet de fuite des personnels constatés par la FEHAP et la Croix rouge. Ainsi, la Croix rouge étudie, dans le cadre des négociation NAO, la mise en place d'une prime « Ségur » spécifique (avec pour objectif de « réduire l'hémorragie »)⁴⁰.

4.2 BAD versus Mutualité française

A la demande de la mission, la Mutualité française a établi un comparatif de la rémunération brute des professionnels de santé, selon leur ancienneté et leur diplôme, selon qu'ils sont rattachés à une structure AMELIS (qui applique la CC nationale de la mutualité) ou à un CSI appliquant la convention BAD.

Là encore, la recherche d'une équivalence entre les postes occupés paraît complexe. La convention nationale de la mutualité applique par exemple des compléments de salaire forfaitaire au choix (100 € ou 350 €), la rémunération est majorée à hauteur de 100 % les dimanche travaillés (45 % CC BAD), des primes s'ajoutent en fonction de l'ancienneté.

Il ressort de ce comparatif que la CC BAD est plus avantageuse en début de carrière pour un IDE (506 € brut), mais cet avantage diminue avec l'ancienneté (86 € au bout de 6 mois). La CC nationale de la mutualité demeure plus avantageuse pour les IDEC et les IDE expérimentés (+73 € pour une « infirmière expert » avec 4 années d'expérience, +213 € pour une IDEC débutante).

⁴⁰ Propos issus des entretiens.

Tableau 14 : Comparatif entre postes CC nationale de la mutualité / CC BAD, rémunérations brutes, en €

Poste CC Mutualité	Salaire + complément (choix) (*)	Poste(s) équivalent(s) CSI BAD avec avenant 43	Catégorie	Salaire de base	Différence BAD/CC Mut.
Infirmière Débutant T1	1 892	Infirmière débutant	TAM Degré 2 - Echelon 1	2 398	506
Infirmière confirmé T2 (+ 6 mois ancienneté)	2 312				86
Infirmière Expert C1	2 581	Infirmière / + 4 ans d'expérience	TAM Degré 2 - Echelon 2	2 508	-73
		Infirmière / + 8 ans d'expérience	TAM Degré 2 - Echelon 3	2 668	87
Coordinateur débutant	2 881	Coordinatrice débutant	Cadre Degré 1 - Echelon 1	2 668	-213
		Coordinatrice / + 4 ans d'expérience	Cadre Degré 1 - Echelon 2	2 789	-92
Coordinateur confirmé	3 654	Coordinatrice / + 8 ans d'expérience	Cadre Degré 1 - Echelon 3	2 970	-684

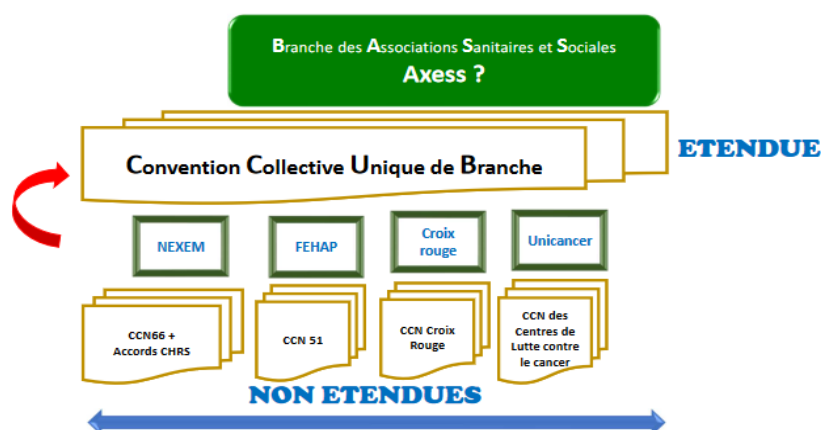
Source : Mutualité française – (*) hypothèse retenue : 100 € pour l'IDE débutant, 350 € pour les autres postes.

4.3 La perspective d'une convention collective unique de branche

Le risque de demande reconventionnelle qui résulte de cette situation est à mettre en relation avec le chantier de construction d'une convention collective unique de branche étendue aux branches sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif (Bass), regroupant les CC existantes (schéma ci-dessous)⁴¹.

⁴¹ Cf. Conférence des métiers du 18 février 2022 de l'accompagnement social et médico-social organisée par le Premier ministre.

Schéma 2 : Projet de convention collective unique de branche



Source : « Les revalorisations salariales issues du Ségur de la santé et leurs extensions, point d'étape UNIOPSS », mai 2022

5 Les tensions sur le marché du travail incitent les CSI à accorder des avantages extra conventionnels.

Les CSI recherchent des moyens de limiter le risque de fuite des personnels.

La revalorisation issue de l'avenant 43 était attendue par les personnels (ce qui nous a été confirmé par les centres rencontrés). Une augmentation salariale des personnels paraissait nécessaire mais non suffisante pour une majorité d'entre eux, indépendamment des risques qu'elle fait courir à l'équilibre économique de ces structures⁴².

La pénurie de personnels incite les centres à accorder divers avantages extra conventionnels, ce qui peut contribuer à accentuer leurs difficultés financières. Ainsi, 80 % des centres déclarent avoir fait bénéficier leurs salariés de suppléments de rémunération extra-conventionnels (ex. prime exceptionnelle, revalorisation) depuis mars 2020 et la crise sanitaire covid.

Les pratiques rencontrées par la mission sont les suivantes :

- La reprise de l'ancienneté, par la plupart des centres rencontrés ;
- L'attribution de « primes Macron » dans plusieurs centres ;
- Dans deux CSI, le personnel est employé à temps partiel (92 %), ce qui permet de payer des heures supplémentaires et de leur faire bénéficier d'une semaine complémentaire de congés payés ;
- Dans un CSI, une prime de présence et une prime d'embauche⁴³ ;
- Une fédération évoque l'attribution par certains centres de primes COVID spécifiques et d'un « 13^{ème} mois ».

⁴² Certains responsables associatifs recherchent des parades pour limiter le risque financier induit par l'application de l'avenant 43. Par exemple, la mission a également rencontré un CSI qui a déclaré envisager de dénoncer la CCN BAD pour appliquer la convention CCN 51.

⁴³ L'hôpital voisin de ce CSI accordant également une prime d'embauche.

6 Conséquences de l'avenant 43/2020 sur la masse salariale des CSI de la BAD

6.1 L'évolution de la masse salariale pour les CSI (données DSN)

A la demande de la mission, l'URSSAF Caisse nationale a établi une requête afin d'extraire les données suivantes des déclarations sociales nominatives (DSN) au cours de la période 2019-2021, pour 471 établissements correspondant à des CSI et identifiables via leur SIRET :

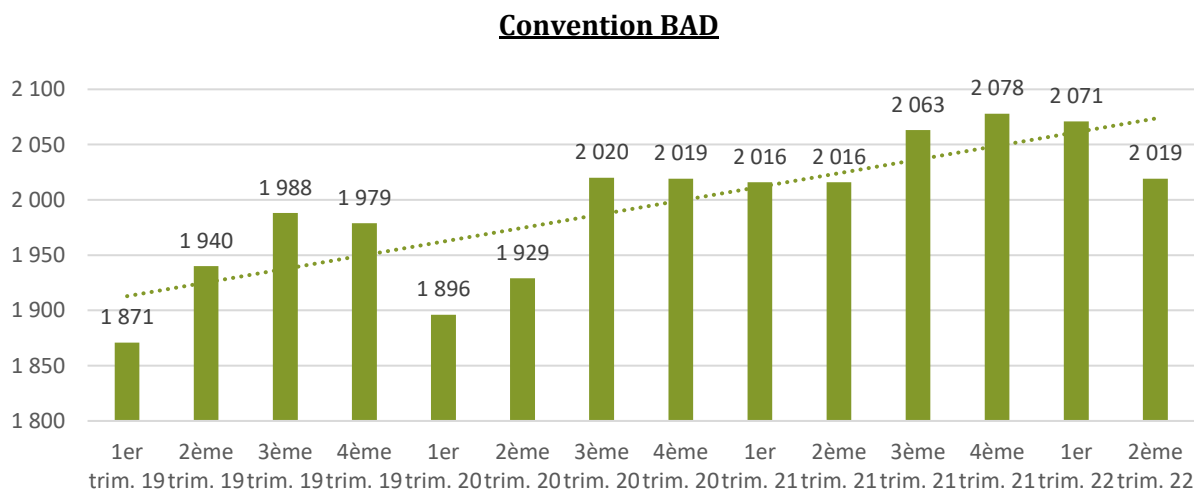
- Les effectifs salariés de fin de trimestre (les ETP n'étant pas une donnée disponible),
- La masse salariale brute par trimestre (période d'emploi),
- Les cotisations dues par trimestre (période d'emploi).

6.1.1 Estimation des effectifs concernés

Toutes conventions collectives confondues, les données de la DSN pour 304 établissements⁴⁴ font état de près de 2 705 salariés au 30 juin 2022 (soignants et administratifs) (soit en moyenne annuelle 2 814 salariés au cours de la période 2019-2021).

Ce chiffre s'établit à 2 019 salariés au 30 juin 2022 **pour les 169 CSI déclarant appliquer la CCN BAD dans leur DSN** (graphique ci-dessous).⁴⁵

Graphique 4 : Somme des effectifs salariés recensés par l'Acos à la fin du trimestre, 2019-2022 (*)



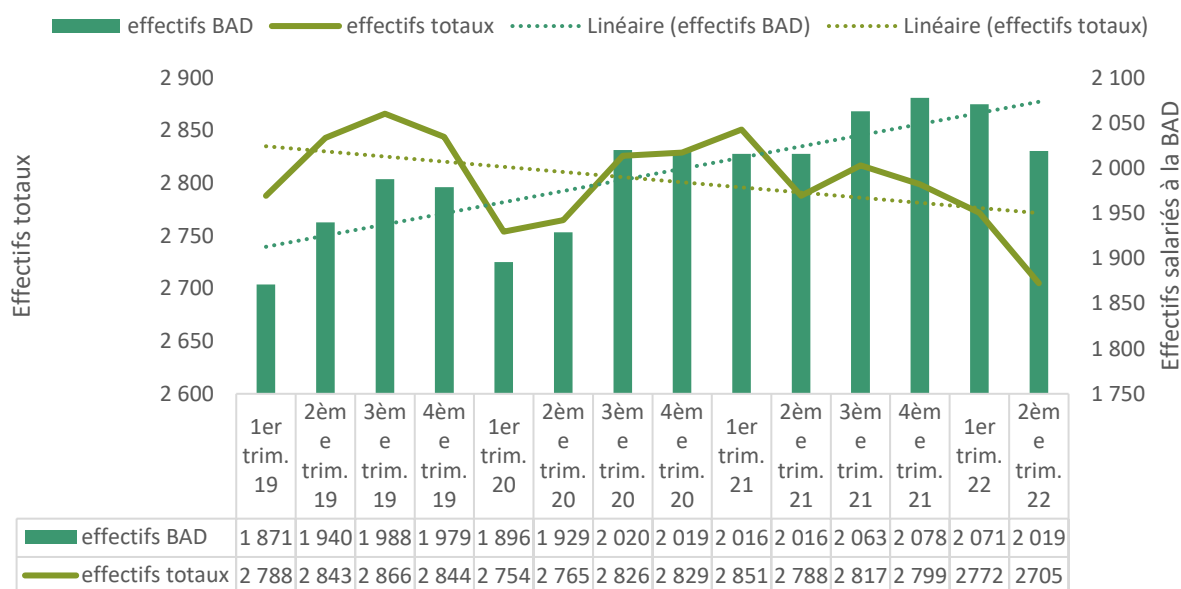
Source : Mission d'après données DSN/ URSSAF Caisse nationale - (*) pour les SIRET comptant moins de 36 salariés et en écartant les établissements pour lesquels la requête n'a pas remonté de données, soit 169 établissements à la fin du 2nd trimestre 2022

⁴⁴ Pour 136 établissements, aucune donnée n'est servie concernant les effectifs par période trimestrielle pour les années 2019 à 2022 (472-136=336). Par ailleurs la mission a exclu les données des établissements dont la DSN fait apparaître plus de 35 salariés : aucun CSI adhérent à l'accord national de santé ne compte plus de 35 salariés (32 établissements).

⁴⁵ Hors CSI n'ayant pas servi de données et hors établissements déclarant plus de 35 salariés.

Comme le montre le graphique ci-dessous, l'évolution des deux populations est similaire jusqu'à la période de crise sanitaire : on note alors une augmentation des effectifs salariés en CSI appliquant la convention BAD, et une baisse des effectifs dans les autres centres. Cette tendance tend à étayer l'hypothèse rapportée par nos interlocuteurs du départ de personnels infirmiers dans les centres n'ayant pas été revalorisés et d'une plus forte attractivité des CSI appliquant la BAD pour les personnels infirmiers.

Graphique 5 : Effectifs salariés déclarés par période d'emploi trimestrielle dans les établissements appliquant la CC BAD, 2019-2022



Source : Mission d'après données DSN/URSSAF Caisse nationale (*) en écartant les établissements pour lesquels la requête n'a pas remonté de données et ceux qui déclarent plus de 35 salariés pour mettre les données en cohérence avec les déclarations CNAM/eCDS.

6.1.2 Evolution de la rémunération brute moyenne mensuelle par effectif entre 2019 et 2022 (CSI appliquant la BAD)

La mission a retraité les données pour exclure les établissements se déclarant à la BAD et dont les effectifs totaux étaient incohérents⁴⁶. Au total, des données ont été trouvées pour 169 des 194 établissements se déclarant à la BAD (couvrant partiellement ou totalement la période).

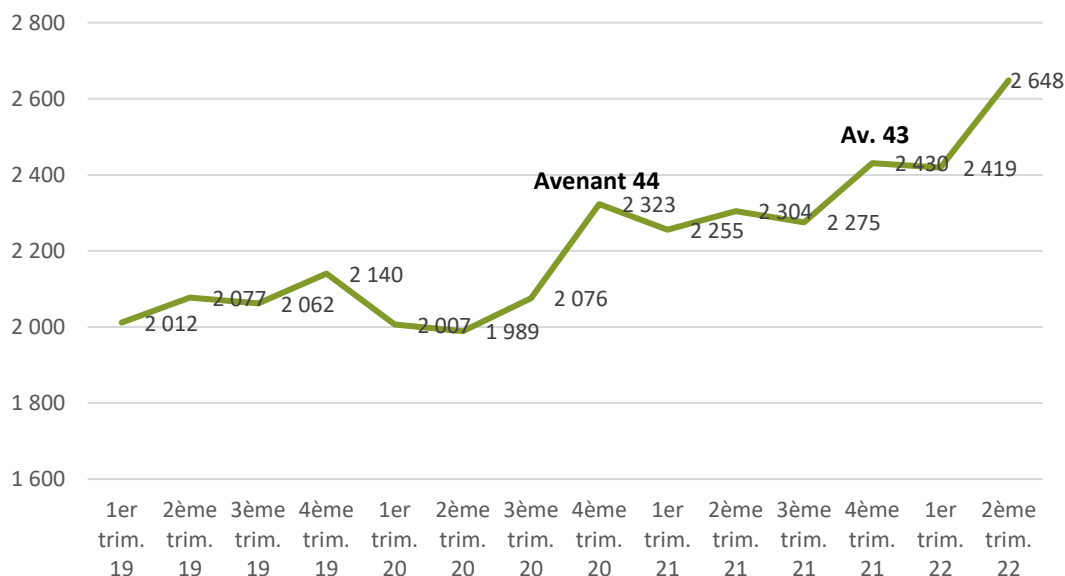
Sur 169 établissements, la rémunération moyenne mensuelle par effectif a connu deux hausses importantes sur la période 2019-2021 : au dernier trimestre 2020, concomitamment à la revalorisation du point (avenant 44, +11,9 % par rapport au trimestre précédent) et au dernier trimestre 2021 (avenant 43, +6,8 %). Les données de la DSN semblent montrer que tous les employeurs n'ont pas appliqué la revalorisation lors de son entrée en vigueur en octobre 2021 et qu'il n'y a pas eu rattrapage rétroactif en 2022⁴⁷.

⁴⁶ La mission a écarté les établissements pour lesquels la requête n'a pas remonté de données et ceux qui déclarent plus de 35 salariés pour mettre les données en cohérence avec les déclarations CNAM/eCDS.

⁴⁷ Les données communiquées par l'URSSAF Caisse nationale sont établies par période d'emploi.

Ainsi, au second trimestre 2022, comparativement au second trimestre 2021, la hausse salariale enregistrée globalement (344 €, soit +14,9 %) était conforme à celle attendue du fait de la revalorisation des grilles de salaire.

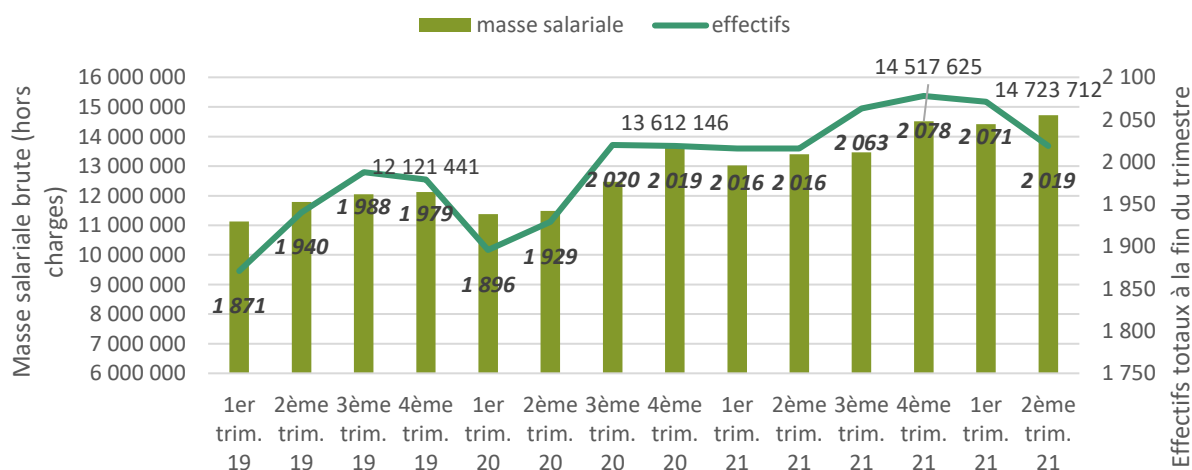
Graphique 6 : Rémunération brute moyenne mensuelle par effectif salarié, hors charges, 2019-2022



Source : Mission d'après données URSSAF Caisse nationale

La masse salariale brute de ces 169 établissements appliquant la BAD s'établit en hausse au cours de la période, passant de 47,1 M € en 2019 à 48,9 M € en 2020 (+3,9 %) et 54,4 M € en 2021 (+11,1 % par rapport à l'année précédente). Les effectifs sont en hausse depuis 2019, sauf pendant la période de pandémie en 2020.

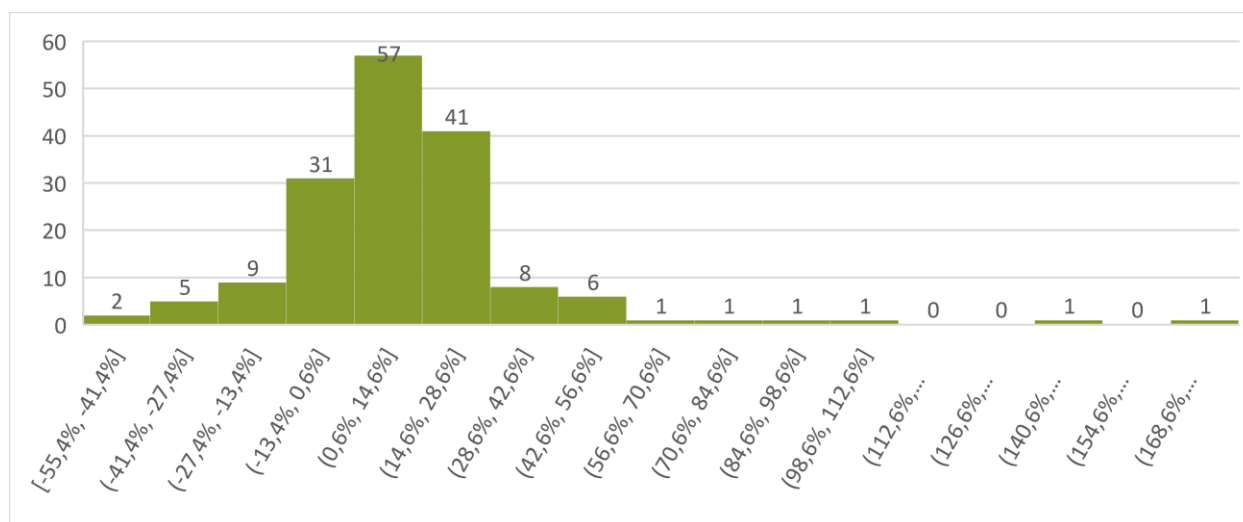
Graphique 7 : Evolution trimestrielle de la masse salariale en € et des effectifs en nombre, 2019-2022



Source : Mission d'après données URSSAF Caisse nationale

Cette augmentation de la masse salariale ne concerne pas tous les établissements. Ainsi on observe des divergences d'évolution de la masse salariale chargée selon les centres entre le second trimestre 2022 comparativement au trimestre de l'année précédente. Ainsi, 35 % des CSI (57) enregistre une augmentation de la masse salariale comprise entre 0 et 14,6 %. A contrario 28 % d'entre eux voient leur masse salariale diminuer : d'autres facteurs (départs non compensés par des recrutements...) peuvent expliquer cette situation.

Graphique 8 : Répartition des CSI en fonction du taux d'évolution de la masse salariale chargée entre le 2nd trimestre 2021 et le 2nd trimestre 2022 (*)



Source : Mission d'après données DSN/URSSAF Caisse nationale – (*) CSI appliquant la BAD

6.2 Effet ressenti comme « fort ou très fort » par 86 % des CSI de la BAD répondants à l'enquête IGAS

En l'absence de compensation financière, une majorité de centres (86) déclarent dans l'enquête réalisée par l'IGAS en juin 2022 que l'impact de la revalorisation salariale de 2021 sera très fort ou fort sur leur équilibre économique. Un tiers des centres n'ont pas répondu à cette question.

Tableau 15 : Réponse des CSI à la question : « En l'absence de compensation financière, l'impact de la revalorisation salariale de 2021 sur l'équilibre économique de votre centre sera : »

Libellés	Pourcentages de répondants parmi les CSI relevant de la BAD
Très faible	2 %
Modéré	12 %
Fort	26 %
Très fort	60 %

Source : enquête IGAS mi 2022.

Deux éléments, présentés ci-dessous, viennent compléter cette appréciation :

- Les réponses à l'enquête déclarative réalisée en décembre 2021 par le Regroupement National des Organismes Gestionnaires de Centres de Santé (RNOGCS) va dans le même sens : la quasi-

totalité des centres anticipent une situation de déficit en 2022, comparativement en 2020⁴⁸, sans que cette enquête ne permette d'attribuer cette situation à l'effet précis de la revalorisation av. 43 dans la dégradation des résultats – l'enquête ne faisant par ailleurs pas état de la situation d'équilibre ou de déséquilibre des centres en 2021 ;

L'enquête déclarative du RNOGCS en décembre 2021 auprès des CDS

En décembre 2021, le RNOGCS a décidé de mener une enquête afin d'illustrer de manière concrète la situation de l'activité infirmière en centres de santé : 139 centres⁴⁹ ont répondu dont 85 % appliquait la BAD [soit une surpondération nette des CSI relevant de la BAD]. Le RNOGCS en tire plusieurs éléments de constats :

La part des dépenses de personnels au cours de la période 2018/2020 est stable et prépondérante dans la répartition des charges (84 %) ;

Le résultat moyen prévisionnel 2022 est estimé en forte baisse (- 31 K€ en moyenne, sur 76 CSI) par rapport à 2020 (+ 0,6 K€), et la quasi-totalité des CSI se retrouvent en déficit (92 % contre moins de la moitié auparavant) ;

Après projection des résultats prévisionnels aux 509 CSI référencés dans eCDS 2021, le montant du déficit s'établirait à près de 16 M€ ;

La croissance de la masse salariale du dernier trimestre 2021 (109 CSI répondants) montre une croissance de +12 % entre septembre et décembre ;

Le RNOGCS estime par ailleurs le coût global (toutes charges comprises) de l'attribution d'une prime supplémentaire de 183 € aux 5 728 IDE exerçant en centre de santé à 22,3 M€⁵⁰.

- Les résultats 2020/2021 présentés ci-dessous par les 14 CSI de la Croix rouge – non impactés par l'avenant 43 –montrent bien que l'équilibre des CSI est fragile et dépend de nombreux facteurs (qui se cumulent avec celui de l'évolution des rémunérations).

On peut considérer que l'année 2020 était particulière en raison de la pandémie sanitaire. De fait, en 2021, l'évolution des résultats nets de ces CSI – dont les rémunérations des IDE sont restées inchangées, est favorable pour la majorité des centres entre 2020 et 2021, qui ont vu leurs résultats s'améliorer pour dix d'entre eux comparativement à l'année 2020. Toutefois neuf des 14 CSI de la Croix rouge ont des résultats déficitaires en 2021 (dix en 2020).

⁴⁸ On peut regretter que le RNOGCS ne dispose pas des données 2021.

⁴⁹ CSI pour 96,5%

⁵⁰ Source : « Synthèse et indicateurs issus de l'enquête réalisée de janvier à février 2022 sur l'activité infirmière en centre de santé », RNOGCS

Tableau 16 : Evolution des résultats des CSI de la Croix rouge (2020-2021), par ordre décroissant de montant des charges

CSI	Total produits 2020	produits 2021	Total charges 2020	Total charges 2021	Résultat net 2020	Résultat net 2021
A	3 279 750	2 501 638	3 419 204	2 787 760	-223 207	-361 671
B	2 429 957	2 478 075	2 314 861	2 186 852	29 964	222 796
C	992 471	1 050 740	919 456	911 980	14 960	146 782
D	981 183	1 039 885	1 015 746	877 850	-287 167	-70 125
E	838 538	686 749	864 886	847 721	-145 089	-112 098
F	568 546	728 836	651 412	621 968	-151 300	21 918
G	527 439	436 176	532 783	557 560	-85 759	-104 560
H	452 197	555 713	415 562	526 006	18 117	17 771
I	542 777	556 061	514 138	509 643	-559	7 261
J	375 630	478 291	506 862	492 769	-140 212	-31 540
K	562 229	449 141	500 335	480 216	19 200	-8 272
L	233 806	234 969	234 277	247 076	-5 794	-3 717
M	228 120	13 633	244 981	52 518	-31 599	-29 629
N	-14 714	0	-15 143	587	-31 887	-1 530

Source : Croix rouge

6.3 Exemples de l'effet de l'avenant 43 sur les rémunérations brutes de quelques CSI

- Projection sur les CSI d'un département

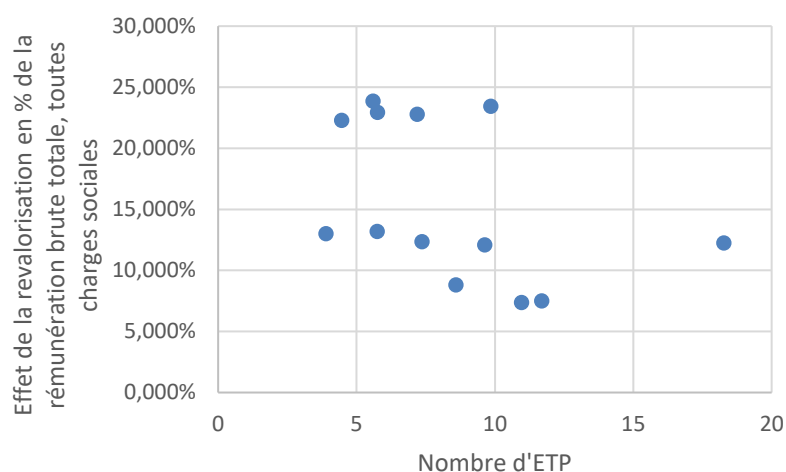
A la demande de la mission, la fédération ADMR a simulé, pour l'ensemble de ses adhérents CSI d'un département, les effets de la revalorisation avant et après avenant 43/2020.

Le graphique présenté ci-après met en évidence une augmentation moyenne de 14 % pour les 13 centres et 109 ETP concernés. Toutefois les écarts sont sensibles entre les treize centres, puisque deux centres qui comptent respectivement 10,9 ETP et 11,7, enregistrent une augmentation des rémunérations (brutes) de 7,4 %, et 7,5 %, alors que cinq centres, aux effectifs moindres⁵¹, voient la masse des rémunérations brutes (hors charges patronales) augmenter de plus de 20 %.

La structure des rémunérations explique ces écarts importants puisque le montant de la revalorisation varie selon le reclassement opéré à la suite de l'application de l'avenant 43, qui prend en compte l'ancienneté et le diplôme.

⁵¹ Respectivement 4,5 ETP, 5,4 ETP, 5,8 ETP, 7,2 ETP, 9,8 ETP

Graphique 9 : Situation des CSI adhérents de l'ADMR d'un département au regard de la revalorisation salariale av. 43/2020 (simulation annuelle sur les rémunérations brutes, toutes charges sociales)



Source : Mission d'après données ADMR

● CSI Mutualité

A la demande de la mission, la mutualité française a simulé, en reprenant les données de personnel d'un CSI existant mais affilié à la convention de la Mutualité, les effets de la revalorisation avant et après avenant 43/2020.

Les résultats confortent ceux présentés au paragraphe précédent : en fonction de la structure des rémunérations et des choix de reclassement opérés à la suite de l'avenant 43 par les gestionnaires, les situations peuvent différer sensiblement, d'un CSI à l'autre. Dans le CSI ci-dessous, l'employé de bureau comme l'infirmière coordinatrice voient même le montant de leur rémunération brute diminuer après l'application de l'avenant. Une infirmière avec quelques mois d'ancienneté (mais moins d'une année d'ancienneté) peut voir sa rémunération diminuer s'il est reclassé au niveau « débutant ». Au total, pour le CSI, l'avenant entraîne un surcoût de 7,8 % sur les rémunérations brutes nettes de charges patronales.

Tableau 17 : Projection des rémunérations d'un CSI avant / après avenant 43, montants bruts, en € (*)

Poste	Années ancienneté	Ancien salaire brut	Salaire avenant 43	Ecart
Employé de bureau	3	1 789	1 772	-17
Infirmière DE	0	2 541	2 481	-61
Infirmière DE	0	2 184	2 481	297
Infirmière DE	2	2 074	2 481	407
Infirmière DE	6	2 596	2 641	45
Cadre Administratif	33	2 528	2 709	181
Infirmière DE	9	2 486	2 804	318
Infirmière DE	16	2 651	2 964	313
Total		18 848	20 331	1 483

Mutualité française- (*) tous les salariés ne sont pas employés à temps plein. La mission a supprimé les données relatives à la quotité de travail.

Tableau 18 : Données détaillées de la simulation des rémunérations annuelles, toutes charges sociales pour les CSI adhérents de l'ADMR d'un département au regard de la revalorisation salariale av. 43/2020

		AVANT APPLICATION AVENANT 43, en €			APRES APPLICATION AVENANT 43, en €			ECARTS ANNUELS en €			EVOLUTION
	ETP	Salaires bruts annuels	Charges sociales	Total	Salaires bruts annuels	Charges sociales	Total	Salaires bruts annuels	Charges sociales	Total	En %
CSI	3,9	109 970	46 847	156 817	123 484	53 716	177 199	13 514	6 868	20 382	13,00 %
	4,46	120 176	51 195	171 371	146 016	63 517	209 533	25 840	12 322	38 162	22,30 %
	5,6	128 143	54 589	182 732	157 704	68 601	226 305	29 561	14 012	43 573	23,80 %
	5,75	177 542	75 633	253 175	199 693	86 866	286 560	22 151	11 234	33 384	13,20 %
	5,76	127 545	54 334	181 879	155 811	67 778	223 589	28 266	13 444	41 710	22,90 %
	7,2	201 901	86 010	287 911	246 325	107 152	353 477	44 424	21 142	65 566	22,80 %
	7,37	200 617	85 463	286 080	223 974	97 429	321 403	23 357	11 966	35 322	12,30 %
	8,6	236 908	100 923	337 831	256 116	111 410	367 526	19 208	10 487	29 695	8,80 %
	9,63	280 837	119 637	400 474	312 804	136 070	448 874	31 967	16 433	48 400	12,10 %
	9,85	301 654	128 504	430 158	369 956	160 931	530 887	68 303	32 426	100 729	23,40 %
	10,97	314 698	134 061	448 760	335 748	146 050	481 798	21 050	11 989	33 039	7,40 %
	11,69	361 574	154 031	515 605	386 255	168 021	554 275	24 681	13 990	38 671	7,50 %
	18,27	515 412	219 566	734 978	574 812	250 043	824 855	59 400	30 478	89 878	12,20 %
TOTAL CSI ADMR	109,07	3 076 979	1 310 793	4 387 772	3 488 698	1 517 584	5 006 282	411 720	206 791	618 510	14,1 %

Source : ADMR

7 Détermination du coût de l'avenant et du montant de la subvention annuelle 2022

7.1 L'évaluation du coût total annuel de l'application de l'avenant a été estimée par la DSS à 15 M€ pour les personnels soignants des CSI

Dans un premier temps, l'avenant 43/2020 n'a pas été agréé à la suite de la signature de l'avenant 43/2020, faute, pour les financeurs, de pouvoir soutenir cette charge nouvelle. Dans le cadre de la LFSS 2021, l'Etat a décidé de contribuer à la revalorisation des métiers de l'aide à domicile en réservant une enveloppe de 150 M€ en 2021 puis 200 M€ à partir de 2022.

La première évaluation du coût de l'avenant 43/2020 par la branche s'élevait à 572 M€ (coût employeur), montant qui a été revu à la baisse à la suite de l'agrément de l'avenant 44/2020 (487 M€).

La direction de la sécurité sociale a retravaillé cette estimation à la fin de l'année 2020 pour : réévaluer le coût de l'avenant 44, prendre en compte le calcul forfaitaire des cotisations employeur, fiabiliser la répartition par financeur et tenir compte de la hausse du SMIC au 1^{er} janvier 2021, non intégrée dans l'estimation initiale.

Le bilan des coûts bruts estimés par la DSS, à la suite de la prise en compte de ces éléments, établit le coût post avenant 44 à 365 M€. Le coût total, incluant les contributions employeurs légales et conventionnelles, s'établit à 592 M€ (coût superbrut⁵²). Il s'établit à 631 M€ en incluant la taxe sur les salaires.

La répartition par financeur n'a pas été microsimulée mais elle a été établie par la DSS et la DGCS par déduction à partir des données de la branche et de la DREES. L'estimation du coût annuel de l'avenant a été estimé à 15 M€ pour près de 2 000 ETP infirmier en CSI de la BAD.

Schéma 3 : Calcul de la répartition du coût de l'avenant (microsimulé) par financeur

La répartition par financeur n'est pas microsimulée, mais élaborée conjointement par la DGCS, la BAD et la DSS à partir de l'ensemble des informations pertinentes mobilisables.

Concernant les SSIAD et CSI, la méthode est la suivante.

1. Le rapport d'activité de la branche permet d'identifier l'ensemble des professionnels de soin (6 900 aides-soignants et 3 200 infirmiers) → On considère qu'ils exercent tous en SSIAD et CSI
2. Or, d'après la Drees, le taux d'encadrement en AS (17,5 ETP / 100 places) est nettement supérieur à celui des infirmiers (3,3).
3. En considérant cet écart, et étant donné les effectifs d'aides-soignants, sont déduits près de 2 000 ETP en CSI. Les infirmiers sont sélectionnés aléatoirement pour être affectés en SSIAD ou CSI – ce qui revient à faire l'hypothèse que les profils entre SSIAD et CSI des infirmiers sont équivalents.

Cela permet d'aboutir à une estimation du coût de l'avenant de 15 M€ (équivalent année pleine) en CSI.

⁵² Salaire super-brut = salaire net + cotisations sociales salariales + cotisations sociales patronales.

L'estimation *ex ante* est fondée sur les données disponibles, parfois lacunaires et datant de plusieurs années. Néanmoins, les travaux de corroboration statistique et les échanges entre les directions d'administration centrale du Ministère et la Branche permettent de partager les hypothèses et les coûts obtenus.

Parmi les limites méthodologiques non signalées *supra*, la principale est l'absence de simulation de changements comportementaux liés à l'avenant, pour les salariés comme les bénéficiaires. En effet, les réactions des acteurs aux changements sont complexes à anticiper et modéliser.

- Si l'accord induit une hausse des tarifs pratiqués, possible baisse de l'activité
- Si l'accord valorise les parcours et l'ancienneté, possible transformation des profils des salariés (+ de diplômes et d'ancienneté).

Source : DSS

La mission, après retraitement à partir des données disponibles dans eCDS, dénombre en 2021 3 191 ETP pour les seuls infirmières et 3 324 ETP pour l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, tous CSI confondus (eCDS ne référençant pas la convention applicable). D'après les analyses de l'IGAS, 70 % des CSI interrogés (cf. Ci-dessus) appliquent la BAD. La DGOS a fait état, lors de notre entretien, de 305 CSI sur 499 appliquant la BAD (277 adhérents à une fédération auxquels sont ajoutés 10 % d'effectifs en plus non adhérents à une fédération), soit 61 % des CSI.

Appliqué au 3191 ETP d'infirmières et aux 3 324 ETP de personnels médicaux et paramédicaux, ce pourcentage donne un effectif infirmier (en ETP) en CSI de la BAD de 1950 et un effectif médical et paramédical (en ETP) en CSI de la BAD de 2027, estimations proches donc du chiffre de 2000 retenu par la DSS dans sa simulation. Considérant le fait que les CSI de la BAD représente non pas 61 % des CSI mais autour de 70 %, cela a pour conséquence d'estimer que les ETP infirmiers en CSI avoisine plutôt les 2 234, soit un chiffre sensiblement plus élevé que celui retenu par la DSS (+11,7 %). En conséquence, la simulation effectuée par l'administration minore le surcoût induit par l'avenant 43 pour les ETP soignants des CSI relevant de la BAD (surcoût plus proche des 17 millions d'euros que des 15 millions d'euros).

L'une des principales limites méthodologiques rapportée par la DSS est l'absence de simulation de changements comportementaux liés à l'avenant, pour les salariés comme les bénéficiaires. En effet, les réactions des acteurs aux changements sont complexes à anticiper et à modéliser. A cela s'ajoute le fait qu'à mesure que le SMIC est revalorisé sous l'effet de l'inflation, le surcoût lié à l'avenant 43 a tendance à diminuer au cours du temps, rendant de facto difficile son estimation pour les années à venir.

Concernant le surcoût global lié à l'avenant 43/2020 pour les CSI de la BAD, il faut prendre en compte les personnels administratifs des centres, et non pas seulement les personnels soignants. Or, d'après la base eCDS, en 2021, on dénombre 692 ETP administratifs (secrétaire, cadre administratif, coordonnateur, directeur) dans l'ensemble des CSI (BAD ou non BAD). Considérant le fait que 70 % des CSI relèvent de la BAD, 422 ETP administratifs exerceraient donc en CSI de la BAD. Par conséquent, le surcoût de l'avenant 43 pour les CSI, personnels soignants et administratifs réunis, avoisinerait les 20,6 millions d'euros en année pleine.

7.2 La subvention exceptionnelle de 4 M € accordée en 2022

Alerté par les fédérations sur les difficultés rencontrées par les CSI, le Premier ministre a annoncé en février 2022 une subvention exceptionnelle de 4 M€ pour aider les CSI associatifs à passer le cap de la revalorisation, à la suite de l'avenant 43/2020.

Ce montant de 4 M€, selon nos interlocuteurs à la DSS, correspond, soit :

- au choix de compenser la revalorisation uniquement à hauteur du montant de la prime Ségur (montant de 183 € net, hors charges) pour les personnels soignants, ce qui, si l'on se base sur les chiffres dont disposaient la DGOS (1 771 ETP infirmier en CSI BAD adhérents à des fédérations) et la DSS (estimation de 2 000 ETP en CSI BAD) en février, correspond effectivement à un montant total annuel compris entre 3,89 M€ et 4,39 M€⁵³ ;
- au choix de compenser la revalorisation des rémunérations de la BAD, toutes charges comprises, pour les personnels soignants uniquement et pour les trois premiers mois d'application en 2021 (dernier trimestre), ce qui correspond, à un montant de 3,75 M€⁵⁴.

Au final, le versement de cette enveloppe exceptionnelle de compensation de 4 millions d'euros a pris pour véhicule budgétaire le Fonds d'intervention régionale (FIR) des ARS et son montant a été réparti par ARS et par CSI en fonction des effectifs ETP infirmier communiqués par les fédérations.

L'objet de ce versement est précisé dans le modèle de convention que signe le CSI avec l'ARS à la remise de l'aide d'urgence : il est « d'aider les centres de santé dans le cadre des revalorisations salariales issues de l'avenant 43 » et « la présente convention porte sur l'année 2022 ».

Le montant versé à chaque centre a été calculé en fonction du nombre d'ETP infirmier de la structure et est donc compensé à hauteur de 2 224 € par ETP⁵⁵.

Tableau 19 : Répartition de l'enveloppe FIR de 4 000 000 € par région au titre de l'année 2022

	Nb ETP INF	Répartition	Enveloppe FIR
Auvergne-Rhône-Alpes	249,29	13,90 %	556 183,97 €
Bourgogne-Franche-Comté	201,53	11,24 %	449 627,97 €
Bretagne	302,35	16,86 %	674 564,66 €
Centre-Val de Loire	43,71	2,44 %	97 520,16 €
Grand Est	131,86	7,35 %	294 189,17 €
Hauts-de-France	128,17	7,15 %	285 956,52 €
Normandie	73,36	4,09 %	163 671,45 €
Nouvelle-Aquitaine	76,59	4,27 %	170 877,82 €
Occitanie	246,51	13,75 %	549 981,59 €
Pays de la Loire	329,49	18,38 %	735 115,96 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	10	0,56 %	22 310,72 €
Total	1 792,86	100 %	4 000 000,00 €

Source : DGOS

⁵³ Détail : 183x12 = 2 196

⁵⁴ Soit 15 M € x 3/12, en tenant compte d'une marge de 10% pour les CSI non adhérents à une fédération.

⁵⁵ Source : Instruction n° DGOS/PF3/2022/121 du 25 avril 2022 relative à l'attribution de l'aide aux centres de santé adhérents à la branche aide à domicile

8 Principales conclusions de l'annexe

Quatre conclusions principales peuvent être tirées de cette annexe :

- le surcoût le plus probable par CSI de la BAD de l'avenant 43 de la CC BAD est d'environ 15 % en moyenne de sa masse salariale ;
- l'application de l'avenant 43 de la convention BAD a désormais pour effet de positionner les rémunérations des personnels de la BAD à des niveaux plus élevés que les personnels relevant d'autres statuts proches tels que la convention FEHAP ou la Croix rouge (généralement entre 9 et 24 % de plus selon le poste occupé et l'ancienneté) ;
- le nombre de CSI relevant de la BAD parmi l'ensemble des CSI avoisine les 70 %, et, parmi ces derniers, trois sur quatre sont adhérents d'une fédération ;
- le surcoût de l'avenant 43 pour les CSI de la BAD représente en année pleine environ 17 millions d'euros pour les personnels soignants et un peu moins de 21 millions d'euros une fois pris en compte les personnels administratifs.

ANNEXE 3 : Gouvernance et régulation de l'offre de soins des CSI

ANNEXE 3 :	Gouvernance et régulation de l'offre de soins des CSI	61
1	Historique	63
1.1	<i>A l'origine, des dispensaires destinés aux « pauvres malades »</i>	63
1.2	<i>Une activité historiquement peu encadrée</i>	65
2	Les dispositions législatives et réglementaires de création et d'implantation	67
2.1	<i>Qu'est-ce qu'un centre de santé ? L'article L.6323-1 du code de la santé publique</i>	68
2.2	<i>Les prescriptions d'agrément de 1956 à 2009</i>	68
2.3	<i>A partir de 2007, le projet du centre devient l'un des pivots du référentiel d'évaluation des CDS établi par la HAS</i>	69
2.4	<i>La loi HPST supprime la procédure d'obtention de l'agrément et impose l'élaboration d'un projet de santé</i>	69
2.5	<i>L'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé met en place un engagement de conformité</i>	71
2.6	<i>L'application des conditions de zonage des infirmières libéraux à l'exercice salarié depuis 2022</i>	72
2.7	<i>La limitation du territoire d'intervention par les règles de remboursement</i>	74
3	Le conventionnement des centres de santé avec l'Assurance maladie	75
3.1	<i>Un premier conventionnement tardif (2003)</i>	75
3.2	<i>L'adhésion à l'accord national est facultative</i>	76
3.3	<i>L'adhésion à l'accord national fait l'objet d'une demande expresse depuis la LFSS 2022</i>	77
4	La priorité donnée au développement de l'exercice coordonné, notamment médical, sans lien avec l'activité des CSI	77
4.1	<i>Un outil à la main des ARS : le FIR</i>	77
4.2	<i>Le développement des maisons de santé depuis 2007</i>	78
4.3	<i>Déclinaison des mesures « 400 MG » et visant le développement des CDS en région Pays de la Loire</i>	81

Cette annexe présente successivement :

- un rappel de l’historique de la création des centres de soins infirmiers ;
- les dispositions légales et réglementaires qui encadrent la création d’un centre ;
- le développement de la politique de conventionnement par l’Assurance maladie et l’évolution des modalités d’adhésion pour les centres de soins infirmiers;
- la priorité donnée en matière de régulation de l’offre par la stratégie nationale de santé au développement de maisons de santé ou de centres de santé polyvalents.

Note de lecture : il est fréquemment question dans cette annexe des « centres de santé » en général et non spécifiquement des centres de soins infirmiers. Sauf cas particulier mentionné comme tel, il faut en conséquence considérer que ce qui est présenté pour les centres de santé se décline à l’identique pour les centres de soins infirmiers, même s’il n’en est pas fait la mention expresse.

1 Historique

1.1 A l’origine, des dispensaires destinés aux « pauvres malades »

L’histoire des centres de santé est celle des dispensaires, dont le concept émerge à partir du XVIIème siècle et qui se développeront du XIXème siècle jusqu’à la seconde guerre mondiale et la libération, soutenus par les courants hygiénistes et humanistes, dans une perspective de développement de l’hygiène, d’une politique locale de santé publique et de recours à des soins de proximité (cf. extrait ci-dessous).

Extrait de « Les centres de santé : une histoire, un avenir », Dominique Acker, Marie Pierre Colin, Santé publique, 2009/HS1

Il est habituel de faire remonter l’histoire des centres de santé aux consultations charitables pour “pauvres malades”, instituées au XVIIe siècle par Théophraste Renaudot, médecin que Richelieu nomma commissaire général des pauvres du Royaume. Les consultants, de toutes conditions sociales, ne paient pas s’ils n’en ont pas les moyens et les médecins doivent être “renommés”.

Jusqu’à la dernière guerre mondiale, des dispensaires se développeront, la plupart du temps, par legs philanthropiques de grandes familles bourgeoises. Leur gestion sera confiée à des associations caritatives ou à des congrégations religieuses. D’autres types de dispensaires verront le jour vers le milieu du XIXe siècle dans un concept différent “d’entraide solidaire”. Ils seront créés par les organisations ouvrières pour les familles de leurs membres. Le principe de solidarité remplace celui de charité.

De nombreux centres de santé vont alors être créés, dans les zones urbaines, à l'initiative d'associations caritatives ou non, de municipalités, de mutuelles, exprimant à la fois un courant "humaniste" et "hygiéniste". Le Front populaire, puis la Libération, avec l'avènement de la Sécurité sociale, seront propices à ces initiatives. Les gestionnaires des centres de santé, particulièrement les municipalités, développeront progressivement le rôle de ces structures de soins de proximité en support d'une politique locale de santé publique, associant éducation pour la santé et vaccination, dépistage des cancers, des caries, des virus (VIH, VHC...), stratégies d'interventions coordonnées pour les pathologies chroniques... Certains services de santé publique collective s'agrégeront avec les services de soins des centres de santé, pour parfois s'en dissocier plus tard : mise en place de PMI, de services de vaccinations, de dispensaires de soins des maladies vénériennes, services de soins spécialisés en alcoologie, puis en toxicomanie. Les centres de santé ont été, dès le départ, des relais importants pour le travail en réseau. » Historiquement, les centres de soins infirmiers étaient pour l'essentiel des établissements privés à but non lucratif gérés par la Croix Rouge française et des congrégations religieuses. La plupart s'adressaient à des populations défavorisées ou visent des activités en milieu rural⁵⁶.

Avec le temps, à partir de la libération et avec l'avènement de la sécurité sociale, la part des établissements dépendant des mutualités (notamment le régime minier) et des municipalités s'est accrue au point d'être considérée comme majoritaire⁵⁷.

Toutefois le choix de prioriser l'installation d'une offre libérale pour satisfaire les soins de premiers recours (cf. encadré ci-dessous) plutôt que l'offre pluri professionnelle salariée explique leur faible développement en France, comparativement à d'autres pays (ex. Suède)⁵⁸.

Extrait de « Les centres de santé. Une géographie rétrospective », Emmanuel Vigneron, FEHAP-RNOGCS, 2014

« Les centres de santé ont, au cours de l'histoire, répondu à des besoins qui n'étaient pas couverts par l'offre libérale. Les initiatives caritatives ou hygiénistes de la fin du XIXe et du début XXe siècles ainsi que l'esprit planificateur né de la Résistance et de la Libération se sont heurtés au schéma d'exercice libéral, qui a pris le dessus sans qu'un débat sur la politique de santé publique et, par voie de conséquence, sur l'organisation du premier recours ne soit jamais mené, à la différence de celui sur l'instruction, l'énergie ou les transports collectifs par exemple. Ils ont ainsi été limités dans leur développement par de nombreux obstacles dressés contre eux en faveur de l'offre libérale, longtemps jugée capable de satisfaire les besoins du premier recours quand paradoxalement la question ne se posait pas pour l'hôpital et sans doute en raison de l'intensité de l'investissement en capital et en fonctionnement que ce dernier nécessitait.

Il en est résulté que les centres de santé n'ont pas pu, autant que leur projet médical dans sa conception même les y poussait, s'adapter aux mutations territoriales de la France contemporaine, pourtant intenses et même sans précédent à ce rythme dans l'histoire de la formation du pays. Ainsi, malgré une volonté politique affichée, les centres de santé demeurent très peu nombreux en France. Les déserts médicaux qui s'étendent, les difficultés d'accès aux soins médicaux, dentaires ou infirmiers interrogent pourtant sur cette situation où la liberté d'installation est la règle et le dépassement d'honoraires, l'une de ses traductions concrètes. »

⁵⁶ Archives des ministères sociaux, DSS/2008/009/009, Note de la Direction de la sécurité sociale, sous-direction de l'assurance maladie, bureau P3 à l'attention de M. Dautheil de Lamothe, conseiller technique, du 3 octobre 1979 relative aux tarifs des actes effectués dans les centres de soins infirmiers.

⁵⁷ Archives des ministères sociaux, DSS/2008/009/006, commission de l'assurance maladie de la Caisse nationale d'assurance maladie, compte rendu de la réunion du 10 juillet 1979.

⁵⁸ Cf. « L'organisation des soins primaires dans les pays nordiques », Dominique Acker, revue française des affaires sociales, 2020/1.

Au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, le nombre de dispensaires se stabilise, avant d'entamer une période de décroissance à partir des années 1990, consécutivement à plusieurs facteurs et notamment au départ à la retraite des religieuses.

Au tournant du siècle, les dispensaires, devenus centres de santé, entament une mutation économique, conduisant progressivement, à partir des années 80, à leur fermeture, à leur regroupement ou à l'adossement à d'autres structures, sans que l'on puisse en chiffrer précisément le nombre. Selon la note de la DFAS, *« le nombre des centres de soins infirmiers au cours de la période [1970-1990] n'est pas connu avec exactitude. Les tentatives de recensement envisagées au cours des années 1970 n'aboutissent pas et le recensement exhaustif est repoussé à l'échéance des travaux d'agrément menés en application du décret de 1977⁵⁹. En novembre 1981, leur nombre est estimé à approximativement 2000⁶⁰. Quelques années plus tard, en 1989, le nombre des centres de soins infirmiers est évalué à environ 1119⁶¹. »*⁶²

Une annexe 4 présente l'évolution du nombre de CSI à partir des années 2000.

1.2 Une activité historiquement peu encadrée⁶³

Une fiche synthétique de la DFAS sur l'histoire des centres de soins infirmiers présentée ci-dessous retrace ainsi l'institutionnalisation progressive des centres de santé et leur association à la politique de soins primaires :

« L'activité était initialement peu encadrée d'un point de vue technique ou administratif, ce qui explique la difficulté à en fixer précisément la date et les formes d'apparition. Cette organisation a évolué progressivement à partir des années 1960-1970. Les mutations semblent avoir été imputées à deux phénomènes concomitants : le recul des activités de soins de nature bénévole⁶⁴ et une restructuration des activités sous l'effet de leur encadrement réglementaire croissant, à la fois d'un point de vue administratif et financier⁶⁵.

Le premier texte prescriptif en la matière date de 1956. A cette date, le décret n°56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret n°46-1834 du 20 août 1946 modifié fixe les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins infirmiers locaux⁶⁶. Il vient préciser les conditions dont doivent justifier les établissements pour obtenir une autorisation, à la fois d'un point de vue administratif (annexe I) et d'un point de vue technique, par catégorie d'établissement (annexe XXVIII pour les dispensaires de soins).

Dans les années suivantes, l'attention portée aux centres de soins infirmiers se concentre sur les conditions de financement. Les centres de soins infirmiers se voient appliquer les mêmes conditions de

⁵⁹ La note au ministre du 6 décembre 1979 évoque l'aboutissement d'un recensement précis à l'échéance de la procédure d'agrément initiée en application du décret, soit pour le deuxième semestre 1980.

⁶⁰ Archives des ministères sociaux, DSS/2008/009/006, Note du 10 novembre 1981.

⁶¹ Archives des ministères sociaux, DSS/2008/009/014, Note de la Direction générale de la santé à la Direction de la sécurité sociale du 4 septembre 1989 sur le pilotage du projet de refonte du décret de 1956.

⁶² 2022-06-13-DFAS-SDSGI-Archives-Fiche synthétique sur l'histoire des centres de soins infirmiers.

⁶³ Source : extrait de la note 2022-06-13-DFAS-SDSGI-Archives-Fiche synthétique sur l'histoire des centres de soins infirmiers

⁶⁴ La disparition du bénévolat et son remplacement progressif par le salariat est considéré comme une des principales causes des déséquilibres financiers que connaissent ces établissements au cours des années 1980.

⁶⁵ Une note de 1979 évoque des fusions, regroupements et fermeture en cours qui font suite à la parution du décret n°77-483 du 22 avril 1977. Archives des ministères sociaux, DSS/2008/009/006, note de la Direction de la sécurité sociale au ministre en date du 6 décembre 1979.

⁶⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000869923>

remboursement des actes que celles prévues dans le cadre des conventions signées avec les syndicats d'infirmières en application de l'article 2 du décret n°60-451 du 12 mai 1960 relatif aux honoraires applicables pour les soins applicables pour les soins dispensés aux assurés sociaux, sans que cela modifie le statut des établissements⁶⁷. Ils ne sont pas astreints à la procédure d'agrément prévue pour les dispensaires, et notamment l'agrément par la commission interministérielle des tarifs dans la mesure où ils ne comportent pas de consultation médicale⁶⁸. Les dispositions du décret de 1956 et celles de l'article 264 du Code de la sécurité sociale leur sont néanmoins appliquées par extension en matière de remboursement des actes. Les accords entre les centres de soins infirmiers et les caisses de sécurité sociale se bornent à prévoir en faveur des assurés et de leurs familles un tarif préférentiel fixant, le plus souvent, un abattement par rapport au tarif dit « de ville » et des modalités de tiers payant, « compte tenu de l'activité à but non lucratif poursuivie par les communautés ou groupements et des ressources modestes de leur clientèle habituelle »⁶⁹.

En 1977, une réglementation nouvelle est instaurée pour encadrer les conditions techniques d'agrément des centres de soins infirmiers⁷⁰. L'agrément devient une condition pour bénéficier du remboursement des actes. Le texte constitue aussi la première reconnaissance officielle de ces établissements. La mise en place de l'agrément occasionne une réorganisation et se traduit par une diminution du nombre total de centres en activité. Une convention-type est proposée pour aligner le conventionnement entre les caisses d'assurance maladie et ces établissements sur le modèle des autres dispensaires (agrément et remboursement des actes). En réponse à la demande des établissements et des services, l'échéance initialement envisagée pour la mise en conformité de l'activité est finalement repoussée au 30 juin 1980 par le décret n°79-702 du 8 août 1979⁷¹. L'agrément leur permet de bénéficier d'un abattement sur la tarification des actes généralement fixé autour de 7 %⁷². La plupart des conventions prévoient également des modalités de tiers payant.

La procédure d'agrément prévue par le décret est confiée à des commissions régionales d'agrément placées auprès des DRASS. Les appels en cas de refus sont instruits par une commission nationale d'appel en matière d'agrément des établissements de cure et de prévention. La décision est susceptible d'un recours La procédure s'applique à tous les centres de soins infirmiers opérés par des personnes morales de droit privé : association de la loi de 1901, groupement mutualiste, congrégation, syndicat... En revanche, les CSI gérés par les municipalités (en régie directe ou à travers des établissements publics communaux tels que les bureaux d'action sociale) n'y sont pas soumis⁷³.

⁶⁷ Dans une circulaire de 1960, en réponse aux questions reçues sur les modalités d'application du remboursement des soins infirmiers, la Direction de la sécurité sociale confirme que la nouvelle réglementation ne modifie en rien la situation des communautés religieuses ou centres de soins créés par des associations à but non lucratif dispensant uniquement des soins infirmiers. Les conventions signées avec les syndicats d'infirmières en application de l'article 2 du décret du 12 mai 1960 sont applicables aux religieuses, même si elles sont non syndiquées.

Les accords conclus avec ces communautés relèvent alors de l'article 171 du Code de la sécurité sociale. Archives des ministères sociaux, DSS/2008/009/006, circulaire n°120 S. S. du 20 décembre 1960 relative au remboursement des soins infirmiers donnés par des religieuses infirmières.

⁶⁸ Circulaire n°112 SS du 29 novembre 1960 relative aux tarifs d'honoraires applicables dans les dispensaires en matière de soins aux assurés sociaux, publiée au Journal officiel du 11 décembre 1960.

⁶⁹ Archives des ministères sociaux, DSS/2008/009/009, Note pour le ministre du 3 octobre 1979.

⁷⁰ Décret n°77-483 du 22 avril 1977 complétant le décret n°56-284 du 9 mars 1956 modifié par l'annexe XXVIII bis concernant les conditions techniques d'agrément des centres de soins infirmiers.

⁷¹ Le décret de 1977 dispose dans son article 2 que les commissions régionales peuvent accorder aux centres de soins infirmiers en fonctionnement à la date de publication du décret (11 mai 1977) un délai ne pouvant excéder 2 ans pour se mettre en conformité. Le décret de 1979 a prévu que dans les situations qui le justifiaient, ce délai pouvait être prorogé jusqu'au 30 juin 1980. Circulaire n°20 SS du 14 mai 1980 relative à l'agrément de centres de soins infirmiers : commissions régionales d'agrément – conditions et délais d'agrément.

⁷² Archives des ministères sociaux, DSS/2008/009/006, note pour le ministre du 3 octobre 1979.

⁷³ Circulaire n°20 SS du 14 mai 1980.

Dans les années suivantes, les difficultés financières rencontrées par les centres de soins infirmiers occasionnent des travaux, dont un rapport de la Commission nationale des centres de soins à la ministre déléguée chargée de la santé et de la famille sur la situation et les perspectives des centres de soins (décembre 1986)⁷⁴, ainsi qu'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales consacré aux centres de santé (1990)⁷⁵. Ces travaux font apparaître un déficit structurel des centres et servent de fondement à une réforme profonde du statut et du mode de fonctionnement des centres de santé⁷⁶. La réforme est organisée par la loi n°91-73 du 18 janvier 1991, suivie de trois décrets d'application ».

Ces décrets n°91-654 et 91-656 du 15 juillet 1991 sont les premiers à reconnaître les dispensaires en tant que « centres de santé ».

Les conséquences de l'ambivalence des pouvoirs publics : un statut ambigu et une implantation hétérogène

Les textes sont nombreux à évoquer, mais sans en tirer les conséquences juridiques, les dispensaires puis les centres de santé comme faisant partie intégrante et, au sens propre du terme, fondamentale, de l'équipement sanitaire du pays. Dispensaires et Centres de santé sont les briques de base, les portes d'entrée dans le système de soins et de santé.

Ce n'est pas avant 1991, sous la forme exacte de « centres de santé » et, pas avant 1960 sous des formes approchées, que l'on trouve mention des centres de santé dans le Droit français. Cependant, la filiation en droit des centres de santé avec les dispensaires d'hygiène sociale est tout à fait nette, les premiers textes se contentant d'une substitution de mots. Pour leur part, les dispensaires d'hygiène mentale suivront un autre chemin, dans une intégration avec la politique de sectorisation psychiatrique engagée dans les années 60 et finalisée par la Loi en 1985, pour évoluer sous la forme de centres médico-psychologiques (CMP). Mais à l'exception notable du secteur de la santé mentale, le développement des dispensaires autant que des centres de santé n'a pas été favorisé par les textes juridiques. Il en résulte un flou juridique qui ne les favorise pas. Par ailleurs, les textes et les dispositions prises par l'assurance-maladie rappellent constamment que les centres de santé ne doivent pas faire de concurrence aux cabinets libéraux. Ils limitent de fait le recours aux dispensaires ou aux centres de santé, alors que ceux-ci sont en droit ouverts à tous. S'ils n'y parviennent pas directement du point de vue juridique, ils réussissent cependant à les enfermer dans un modèle économique défavorable à leur développement, en multipliant les mesures limitatives ou contraignantes, sur les tarifs remboursés notamment, ou en ne reconnaissant pas leur fonction sociale et collective.

Source : extrait de « Les centres de santé. Une géographie rétrospective », Emmanuel Vigneron, FEHAP-RNOGCS, 2014

2 Les dispositions législatives et réglementaires de création et d'implantation

Juridiquement, un centre de soins infirmiers est une structure d'exercice groupé qui fait partie de la famille des centres de santé, à côté des centres de santé médicaux (polyvalents, c'est-à-dire pluridisciplinaires, ou non) et des centres de soins dentaires.

⁷⁴ Le rapport synthétise une réflexion sur le rôle et les missions des centres de soins et procède à un examen de leur fonctionnement sous le triple aspect juridique, social et fiscal. Archives des ministères sociaux, DSS/2008/009/014, rapport à la ministre, décembre 1986.

⁷⁵ Rapport 1990023 sur la situation des centres de santé. Archives nationales, 20000339/4, rapport n°90023 sur la situation des centres de santé.

⁷⁶ Archives des ministères sociaux, DSS/2008/009/014, note du directeur de cabinet de la solidarité, de la santé et de la protection sociale au ministre délégué chargé du budget en date du 28 août 1990 relative à la réforme des centres de santé.

2.1 Qu'est-ce qu'un centre de santé ? L'article L.6323-1 du code de la santé publique

D'après l'article L.6323-1 du code de la santé publique, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2018, « *les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux.*

Par dérogation à l'alinéa précédent, un centre de santé peut pratiquer à titre exclusif des activités de diagnostic.

Tout centre de santé, y compris chacune de ses antennes, réalise, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie.

Les centres de santé sont ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant ».

Le code de la santé met ainsi l'accent sur le caractère à la fois « de proximité » et collectif de l'exercice professionnel en centre de santé. Les articles L6323-1-1 et suivants précisent notamment :

- le caractère facultatif des missions complémentaires des centres de santé (actions de santé publiques, contribution à la permanence des soins ambulatoires ou à la mission de soutien sanitaire des forces armées, lieux de stages, pratiques des IVG...⁷⁷) ;
- leur gestion par des établissements à caractère non lucratif ou lucratif (article L6323-1-3), le principe de réaffectation des bénéfices du centre à son bénéfice ou à une structure à but non lucratif du même gestionnaire (article L6323-1-4) ;
- le principe du salariat des professionnels de santé exerçant dans les centres (article L6323-1-5), comme de la possibilité de bénéficier de la participation de bénévoles ;
- la possibilité de leur participation aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) (article L6323-1-6) ;
- l'application du mécanisme du tiers payant (article L6323-1-7) ;
- l'obligation d'élaboration d'un projet de santé (article L6323-1-10).

2.2 Les prescriptions d'agrément de 1956 à 2009

Du 9 mars 1956 jusqu'au 23 juillet 2009, l'ouverture des centres de santé est conditionnée à l'obtention d'un agrément prévu à l'article L. 6323 du code de la santé publique⁷⁸ et délivré par le préfet de région.

Une visite de conformité est organisée au plus tard trois semaines avant sa date d'ouverture pour « [vérifier] sur place que les caractéristiques du centre de santé correspondent à celles de l'agrément et

⁷⁷ Cf. article L6323-1-1 du code de la santé publique.

⁷⁸ Dernière version en vigueur avant suppression au 23/9/2009 : « Ils sont soumis, dans des conditions fixées par décret, à l'agrément de l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. L'agrément vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, au sens de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale. »

que le centre satisfait aux normes d'installation, d'hygiène et de sécurité et de fonctionnement en vigueur »⁷⁹.

Conditions techniques d'agrément abrogées par décret n°2010-895 du 30 juillet 2010

Les principales conditions techniques d'agrément pour les CSI (D. 6323-11 et suivants du Code de la santé publique) étaient : un règlement interne qui précise les conditions de leur organisation et de leur fonctionnement avec mention du nom du responsable, les modalités d'élimination des déchets ; un affichage des heures d'ouverture, des heures de permanence ou de consultation et des principales conditions de ; un dossier de soins est constitué pour chacun des patients ; il comporte le relevé des prescriptions médicales, les protocoles thérapeutiques, le nom de l'infirmier ou de l'infirmière, la nature, la date et la cotation des actes effectués ainsi que les éventuels incidents survenus lors de l'accomplissement de ces actes ; - une équipe soignante dans les CSI constituée d'au moins deux personnes à temps complet ou de leur équivalent en temps partiel.

2.3 A partir de 2007, le projet du centre devient l'un des pivots du référentiel d'évaluation des CDS établi par la HAS

En février 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie le premier référentiel d'évaluation des centres de santé, qui n'a pas été actualisé depuis, qui s'appuie sur l'examen du projet du centre de santé et des modalités d'organisation de la prise en charge des patients (cf. sommaire ci-dessous).

Schéma 1 : Sommaire du référentiel d'évaluation des centres de santé

Chapitre 1. Projet du centre et gestion

1. *Projet du centre*
2. *Accès à la prise en charge*
3. *Politique qualité*
4. *Bonne utilisation des ressources*
5. *Ressources humaines et exercice des responsabilités*
6. *Ressources matérielles*
7. *Hygiène, désinfection, stérilisation*
8. *Système d'information*

Chapitre 2. Prise en charge du patient

9. *Accueil, attente*
10. *Rendez-vous*
11. *Demandes de soins non programmés et urgences*
12. *Organisation du dossier, circuit et stockage*
13. *Tenue du dossier, communication des données et du dossier*
14. *Réalisations des soins*
15. *Prise en charge et relations clients prestataires*
16. *Satisfaction des patients*

Source : HAS

2.4 La loi HPST supprime la procédure d'obtention de l'agrément et impose l'élaboration d'un projet de santé

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) modifie sensiblement la définition comme les modalités d'ouverture et de fonctionnement des centres de santé. Outre la reconnaissance expresse de leur rôle dans la politique de soins de premier recours, la loi :

⁷⁹ Ancienne partie réglementaire relative aux centres de santé, articles D 765-1 à D 765-6 du code de la santé publique.

- Impose l'élaboration d'un projet de santé ;
- Conforte la pratique du tiers payant, le régime salarié des médecins et les actions d'éducation et de prévention et le recours aux CDS comme lieux de stage pour les professionnels de santé ;
- Permet aux établissements de santé publics ou privés d'intérêt collectif (à but non lucratif) de créer des centres de santé ;
- Remplace la procédure d'obtention d'un agrément préalable à l'ouverture d'un centre de santé par une inscription dans le schéma régional de l'organisation des soins (SROS) ambulatoire et le respect de conditions techniques de fonctionnement prévues par décret.

La mission a pu constater que les centres rencontrés sont bien dotés de projets de santé, mais qu'ils ne sont pas régulièrement actualisés.

Article L. 6323-1 du CSP en vigueur jusqu'au 23/9/2009

Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux [articles L. 2212-1 à L. 2212-10](#) du présent code.

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, à l'exception des établissements de santé mentionnés au présent livre, soit par des collectivités territoriales.

Ils sont soumis, dans des conditions fixées par décret, à l'agrément de l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. L'agrément vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, au sens de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale.

Source : *Legifrance*

Article L. 6323-1 du CSP après la loi HPST

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article [L. 322-1](#) du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article [L. 2212-2](#) et dans les conditions prévues aux articles [L. 2212-1 à L. 2212-10](#) du présent code.

Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.

Ils peuvent soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles définis à l'article [L. 4011-2](#) dans les conditions prévues à l'article [L. 4011-3](#).

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif.

Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement.

Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé. Ce texte détermine également les modalités de la période transitoire.

Source : Legifrance

L'activité des centres de santé n'est pas non plus soumise à un régime de déclaration préalable⁸⁰.

2.5 L'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé met en place un engagement de conformité

Les missions des centres, les modalités de leur création et de leur fonctionnement ainsi que leur gestion et leur organisation ont été repensés et revus dans le cadre de l'ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé et de ses décrets et arrêté d'application du 27 février 2018, prise en application de l'article 204 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

L'objectif principal « *de renforcer l'offre de soins de premier recours en favorisant l'accroissement du nombre de centres de santé* » se traduit par des textes d'application - le décret et l'arrêté du 27 février 2018 relatifs aux centres de santé – qui s'attachent à simplifier et clarifier les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé.

Une instruction de la DGOS vient préciser les obligations incombant aux gestionnaires, préalablement à l'enregistrement du centre dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) par l'ARS⁸¹ :

- Remise d'un projet de santé à l'ARS⁸², élaboré à partir d'un diagnostic des besoins du territoire (les textes ne prévoient pas son actualisation à échéance régulière) ;
- Remise d'un engagement de conformité à l'ARS (ce qui constitue une nouvelle obligation).

Le récépissé de l'engagement de conformité, qui comporte les numéros Finess de l'entité juridique (EJ) et de l'établissement (ET) du centre, vaut autorisation de dispenser des soins. L'instruction précise que « *sauf dans le cas où l'engagement de conformité remis n'est pas conforme à la réglementation (documents incomplets, notamment), l'ARS n'est pas fondée à empêcher l'ouverture d'un centre de santé ou d'une antenne en retardant la remise du récépissé. (...) En revanche, dès l'ouverture du centre de santé ou de l'antenne, selon le cas, l'ARS pourra, si elle a des doutes sur la conformité du centre à la réglementation ou sur son fonctionnement au regard de la qualité ou la sécurité des soins, organiser une visite de contrôle et prendre les mesures qui s'imposent* ».

⁸⁰ TA Paris, 23 octobre 2015, n°1420852/6-1

⁸¹N°DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé modifiant l'instruction précédente n°DGOS/PF3/DREES/DMSI no 2013-402 du 19 décembre 2013.

⁸² Les conditions d'élaboration et le contenu du projet de santé sont définis par l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé.

L'ordonnance fait notamment évoluer les conditions de création et de fonctionnement suivantes :

- Certaines missions deviennent facultatives (action de santé publique et d'éducation thérapeutique, accueil d'étudiants en stage). Les activités de prévention et de soin restent obligatoires ;
- Les centres de santé peuvent être créés par des organismes privés à but lucratif sous réserve que ces organismes soient gestionnaires d'un établissement de santé ou des sociétés coopératives d'intérêt collectif et que les bénéfices tirés de l'exploitation du centre soient mis en réserve ou réinvestis dans une structure du même gestionnaire à but non lucratif ;
- Il est désormais possible de créer des antennes territoriales.

Lors des investigations, il n'a pas été fait état, par les ARS rencontrées, de problématiques spécifiques concernant le contrôle de ces organismes. La création quasiment simultanée en 2020 de plusieurs CSI appartenant à un même réseau (« ADN santé ») a certes interrogé les pouvoirs publics, sans faire à ce stade l'objet d'un contrôle ciblé.

2.6 L'application des conditions de zonage des infirmières libéraux à l'exercice salarié depuis 2022

Dans le but de rééquilibrer l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et de lutter contre les disparités géographiques, l'article L.1434-4 du code de la santé publique prévoit la mise en place d'un dispositif de zonages spécifiques pour réguler le nombre de professionnels libéraux et favoriser une meilleure répartition géographique, mis en œuvre par les ARS. Ce dispositif de zonage, qui s'inscrit dans le cadre du dispositif conventionnel, déterminé et négocié entre les syndicats de professionnels de santé et l'Assurance maladie, est mis en œuvre localement par le directeur général de l'ARS qui détermine par arrêté les zones en cinq niveau de dotation (très sous-dotées, zones sous-dotées, zones intermédiaires, zones très dotées et zones sur-dotées), après concertation auprès des acteurs concernés.

Les zones très sous dotées ou sous dotées et celles qui sont surdotées en offre de soins sont éligibles, selon le cas, à des mesures spécifiques pour favoriser l'accès aux soins (mesures d'accompagnement par les ARS), ainsi qu'éventuellement dans les zones intermédiaires, ou au contraire se voient appliquées des mesures de limitation d'accès au conventionnement (cf. 1° et 2° de l'article L. 434-4 du CSP), arrêtées dans le cadre des dispositifs conventionnels et selon la méthodologie arrêtée⁸³.

La définition de ces zones tient compte des priorités d'action prévues dans le plan régional de santé.

Lors de nos entretiens, certains de nos interlocuteurs se sont étonnés que les ETP des CSI n'étaient pas pris en compte dans leur totalité dans la détermination du zonage infirmier et qu'un centre ne comptait que pour « 1 ETP infirmier ». Les ARS interrogées, après avoir vérifié la méthodologie appliquée, ont confirmé que l'ensemble des ETP infirmiers des CSI étaient bien inclus dans le calcul des ETP déterminant l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée⁸⁴.

⁸³ Arrêté du 10 janvier 2020 relatif à la méthodologie applicable à la profession d'infirmier pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, modifiant l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

⁸⁴ Ce qui figure effectivement expressément dans l'arrêté cité ibidem.

Pour les infirmières libéraux, le zonage déficitaire a été mis en place dans le cadre de l'avenant n°1 de la convention nationale de 2008, d'abord à titre expérimental pendant deux ans, puis pérennisé avec l'avenant n°3 de 2011, et négocié avec les syndicats en contrepartie d'une hausse tarifaire⁸⁵. De premières analyses tendent à suggérer qu'il a une certaine efficacité en termes d'incitation d'installation pour les IDEL⁸⁶.

Ce dispositif n'est applicable aux centres de soins infirmiers que depuis peu. En effet, en 2008, l'avenant à la convention reconnaît bien « la nécessité de régulation de l'offre globale de soins infirmiers » et notamment la nécessaire adaptation par les pouvoirs publics des « *dispositions législatives et réglementaires (...) pour permettre la mise en place d'une régulation des agréments des Centres de Soins Infirmiers (CSI) selon les mêmes modalités que la régulation de la démographie infirmière libérale* ». Toutefois à la suite de la suppression de l'agrément par la loi HPST en 2009, la procédure d'enregistrement d'un CSI par l'ARS n'inclut pas un examen du respect du dispositif de zonage infirmier.

L'installation en zone surdotée était de ce fait possible jusque récemment. Ce n'est qu'à la suite de la création successive de plusieurs centres de soins infirmiers associatifs en zone surdotée par un même gestionnaire national que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022⁸⁷ soumet l'ouverture des centres de santé ou l'accroissement de leur activité au même dispositif de zonage de l'exercice que celui qui prévaut pour les infirmières libéraux⁸⁸, qu'ils soient ou non adhérents à l'accord national de santé.

La mission IGAS s'interroge quant à la pertinence des motifs ayant auguré à l'application du zonage infirmier à la création de nouveaux CSI dans la mesure où la réflexion à l'origine de cette évolution ne repose pas sur l'utilité des CSI (que ce soit en termes de santé publique par exemple sur la prévention ou en termes de performance économique comparée) mais sur le comportement d'un nouvel acteur ⁸⁹.

⁸⁵ Cf. Fanny Duchaine, Guillaume Chevillard, Julien Mousques. « L'impact des zonages déficitaires sur l'évolution des disparités territoriales d'infirmiers libéraux en France entre 2006 et 2016 », CIST2020- Population, temps, territoires, Collège international des sciences territoriales (CIST), Nov 2020, Paris-Aubervilliers, France. pp.86-89.

⁸⁶ Voir : <https://www.irdes.fr/recherche/2022/qes-270-inegalites-territoriales-de-repartition-des-infirmieres-liberales.html>

⁸⁷ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

⁸⁸ Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale : « Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents. Cet accord détermine notamment : (...) 8° Le cas échéant, des dispositifs d'aide visant à faciliter l'installation des centres de santé dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L1434-4 du CSP ainsi que les conditions dans lesquelles ces centres bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour les conduire à intégrer dans leurs équipes des professionnels de santé exerçant des activités numériquement déficitaires dans ces zones. Les obligations auxquelles sont soumis les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des centres de santé mentionnées au premier alinéa du présent article pour tenir compte de la situation régionale (...) » et article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale : « (...) Ces dispositions ainsi que les conditions relatives aux zones d'exercice définies en application du 4° bis de l'article L. 162-32-1 sont également applicables aux centres de santé qui n'ont pas adhéré à l'accord national. »

⁸⁹ La mission n'a pas été en capacité de mener des investigations poussées sur le modèle économique développé par cette société nationale.

2.7 La limitation du territoire d'intervention par les règles de remboursement

Selon l'article 13 de la NGAP, le remboursement des frais de déplacement d'un infirmière (indemnité forfaitaire de déplacement, indemnités kilométriques) ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport à un infirmière, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention (c'est-à-dire ayant aussi une rémunération à l'acte, ce qui en pratique signifie les IDEL et les centres de santé, dont les CSI), dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du patient contraint le territoire d'intervention des infirmières libéraux et des infirmières salariées.

Cette règle s'applique également aux infirmières salariées des centres de santé. Or, par définition, le domicile professionnel des infirmières salariées est celui du centre pour tous les personnels. Il importe donc pour le centre de disposer d'un territoire d'intervention suffisamment vaste, sans IDEL en périphérie, ou d'une patientèle nombreuse sur un territoire réduit pour que l'application de cette règle n'en fasse pas une trappe à déficit.

En effet, plus un CSI a des effectifs IDE nombreux, plus cette règle est contraignante :

- elle revient à restreindre le territoire d'intervention du centre, sauf à risquer de réaliser un acte potentiellement économiquement déficitaire pour le centre ;
- elle fragilise leur activité, dès lors qu'un IDEL s'installe en périphérie de leur territoire d'intervention, et ce indépendamment de la performance déployée par les CSI dans la gestion de leur activité.

Des dérogations sont possibles d'après la convention nationale sur signature d'un accord local avec la CPAM, qui ne font toutefois pas partie des cas prévus systématiquement par la convention⁹⁰. Ainsi, il peut être dérogé à cette règle du professionnel de santé (PS) le plus proche : « *à titre dérogatoire et exceptionnel, le présent accord local peut prévoir des cas dérogatoires en plus de ceux prévus dans la convention (ex. : Prado, IPA)* »⁹¹.

Les propos de nos interlocuteurs (unanimes) sont explicites :

- « *Nous avons un secteur géographique de 10 kilomètres autour de notre centre. Nous ne répondons plus aux appels de patients résidant sur une commune à 12 kilomètres, qui ont souvent des soucis avec leur IDEL : on perd trop de temps et on n'est pas remboursés. De l'autre côté [de notre secteur], une IDEL s'est installée à 10 kilomètres : nous sommes en déficit depuis 2 ans, elle nous a pris la patientèle...* »⁹² ;
- « *Nous avons un patient souffrant d'obésité, à 10 kilomètres du centre, qui réside dans une commune où il y a une IDEL. Avec la hausse du prix de l'essence, le temps passé pour le déplacement, c'est le plongeon* ».

⁹⁰ Arrêté du 10 janvier 2022 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie, signée le 22 juin 2007 qui établit en annexe un modèle d'accord local sur les indemnités kilométriques.

⁹¹ Arrêté du 10 janvier 2022 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie, signée le 22 juin 2007 qui établit en annexe un modèle d'accord local sur les indemnités kilométriques.

⁹² CSI CM

Un des centres a également cité le cas d'un patient à la pathologie complexe, situé dans une zone montagneuse (difficilement accessible en période hivernale), dont l'IDEL la plus proche ne veut pas assurer la prise en charge.

La principale difficulté réside dans le fait que cette règle ne tient pas compte du fait qu'un IDEL nouvellement installé ne peut pas nécessairement répondre à l'ampleur de la demande de soins infirmières à proximité de son territoire. Dès lors, cette installation a pour effet mécanique de faire perdre des recettes aux CSI (dégradation des comptes) ce qui devrait l'inciter à stopper/refuser des prises en charge (ce qu'il hésite à faire) alors même que l'IDEL n'est pas nécessairement en capacité ou en volonté de les reprendre.

Cette situation illustre le fait que les modalités de tarification des actes des CSI sont la déclinaison de la nomenclature des actes négociée entre l'assurance maladie et les représentants des infirmières libéraux, négociation à laquelle ne participe pas les représentants des CSI. Cette situation contribue non seulement à l'invisibilisation des CSI mais aussi à leur fragilisation économique, la nomenclature étant pour l'essentiel conçue pour se déployer dans le cadre d'un exercice libéral et non salarié ainsi que le montrent les développements ci-dessous.

3 Le conventionnement des centres de santé avec l'Assurance maladie

3.1 Un premier conventionnement tardif (2003)

D'après Dominique Acker et Marie Pierre Colin (encadré ci-dessous), l'étendue du soutien par l'Assurance maladie au développement des centres de santé est largement conditionné par les avancées obtenues en matière de conventionnement avec les professionnels de santé libéraux. A partir des années 1960, les tarifs dont ces derniers bénéficient ne sont que partiellement transposés aux centres.

La transposition partielle des tarifs de l'offre libérale aux centres de santé

Avant 1960, en l'absence de convention entre la Sécurité sociale et les médecins libéraux, la Sécurité sociale a facilité le développement des dispensaires, voire en a créé, afin de permettre l'accès aux soins des populations ne pouvant assumer financièrement les actes médicaux dispensés par les médecins libéraux.

Après 1960, en échange de l'adhésion des médecins libéraux à des conventions départementales, les caisses s'engagent à ne pas encourager l'extension des dispensaires dans les localités à majorité médicale conventionnée dans la mesure où cette majorité s'y opposerait. Les tarifs des dispensaires sont soumis à des abattements par rapport à ceux des libéraux. La situation économiquement injuste et l'état de subordination des centres de santé aux avis d'un monde médical libéral hostile, justifient la création en 1960 du Comité national de Défense et de Liaison des Centres de Santé à but non lucratif. Les actions visant à faciliter l'accès aux soins (et notamment la pratique du tiers payant) sont considérées comme relevant de la compétence de l'État, et ne feront pas l'objet de financements. Les options (médicale et dentaire) sont basées sur l'adhésion individuelle des patients et ne sont pas facilement applicables auprès d'un public précaire. Les avancées de la convention entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux ne sont jamais transposées de manière automatique. Les exemples sont nombreux. Ainsi, les centres de santé ne peuvent percevoir le forfait de 40 € par patient lorsqu'ils initient un dossier d'Affection de longue durée (ALD), ils sont exclus du forfait numérisation de 3 ou 4 € par examen radiologique, leur participation à la permanence des soins n'est pas rétribuée, l'indemnisation de leurs charges sociales est moindre que celle de leurs confrères libéraux. Les fonds destinés aux actions de santé publique initialement prévus ont été supprimés. L'instance nationale de concertation ne verra jamais le jour, ce qui supprime toute possibilité de représentation des personnels salariés dans le cadre de la médecine ambulatoire, mais aussi prive la profession d'un lieu idéal de réflexion sur les projets sanitaires innovants menés par les centres de santé et sur leur partage et/ou transposition possible à d'autres structures (maisons de santé, pôles de santé).

Source : « Les centres de santé : une histoire, un avenir » Marie Pierre Colin, Dominique Acker *Santé publique*, volume 21, Supplément N° 4, Juillet-Août 2009, pp. S57-S65

Le premier accord national entre l'Assurance maladie et les centres de santé est signé le 19 novembre 2002 et est publié au JO le 19 avril 2003. Parvenu à échéance en avril 2008, cet accord est reconduit par un arrêté du 11 juillet 2008 pour cinq années sans modification ni négociation, du fait du retard considérable pris par les négociations.

3.2 L'adhésion à l'accord national est facultative

En 2003, chaque centre de santé peut choisir d'adhérer ou non à l'accord national de santé, qui distingue deux niveaux d'engagement :

- un engagement a minima qui se fait par l'adhésion à l'accord et qui implique pour le centre de respecter les dispositions de « base » de l'accord ou encore « le socle commun » de l'accord ;
- un engagement plus important par l'adhésion à « l'option de coordination des soins », en l'occurrence des soins infirmiers pour les CSI.

Le versement d'aides financières par l'Assurance maladie est fonction du niveau d'engagement. L'option, pour les centres de soins infirmiers, consiste principalement à tenir un dossier patient, à constituer un cahier de transmission entre IDE, à assister à des réunions régulières de l'équipe, à passer une convention avec une structure de soins.

L'UNIOPSS souligne que l'adhésion à l'option constitue, fiscalement, « un moyen de se différencier de l'offre de soins que peut proposer le personnel infirmier libéral et ainsi éviter aussi d'être soumis par l'administration fiscale aux impôts commerciaux »⁹³.

En 2015, un nouvel accord national des centres de santé est signé le 8 juillet par l'ensemble des organisations représentatives des centres de santé et l'assurance maladie, pour une durée de 5 ans,

⁹³ Source : « Les CSI, les leviers pour l'accompagnement », 2009, UNIOPSS.

complété par 4 avenants⁹⁴ (cf. annexe détaillée relative aux financements spécifiques attribués par l'Assurance maladie).

3.3 L'adhésion à l'accord national fait l'objet d'une demande expresse depuis la LFSS 2022

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022⁹⁵ a modifié les conditions d'adhésion à l'accord national de santé. Auparavant tacite, l'adhésion entrait en vigueur à partir de la date à laquelle un numéro FINESS avait été délivré par l'ARS (c'est-à-dire concomitamment à la remise du récépissé de l'engagement de conformité, cf. supra). Le centre de santé qui ne souhaitait pas être régi par les dispositions de l'accord national devait en informer la CPAM.

Depuis le 25 décembre 2022, une procédure de conventionnement explicite est entrée en vigueur : le centre de santé doit désormais demander son conventionnement auprès de la CPAM de rattachement. L'adhésion à l'accord national est effective dans les 30 jours suivant la réception de la demande de conventionnement par la caisse d'assurance maladie, sous réserve de la complétude du dossier⁹⁶.

Il appartient au centre de santé de préciser sa spécialité (médicale, polyvalente⁹⁷, dentaire⁹⁸, infirmière⁹⁹) à sa caisse. En cas de divergence entre les données issues du système d'information de l'assurance maladie et l'activité déclarée, la caisse peut modifier la spécialité.

L'adhésion à cet accord ouvre droit à une rémunération spécifique et aux aides versées dans le cadre des contrats démographiques (cf. annexe).

4 La priorité donnée au développement de l'exercice coordonné, notamment médical, sans lien avec l'activité des CSI

4.1 Un outil à la main des ARS : le FIR

Les ARS disposent du fonds d'intervention régional (FIR) pour financer « *des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :*

1° A la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;

2° A l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;

⁹⁴ Paru au journal officiel du 30 septembre 2015, il est entré en vigueur le 1er octobre 2015. Il a été complété par un avenant n°1 publié au JO du 17 novembre 2017, un avenant n°2 publié au JO du 5 juillet 2019, un avenant n°3 publié au JO du 3 septembre 2020, un avenant n°4 réputé approuvé le 21 juin 2022 en l'absence de publication au JO.

⁹⁵ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021.

⁹⁶ Article L.162-32-2 du code de la sécurité sociale.

⁹⁷ Au moins 1 activité médicale et 1 activité paramédicale OU 1 activité médicale et 1 activité dentaire ou de sage-femme sans activité paramédicale.

⁹⁸ 80 % honoraires totaux en dentaire.

⁹⁹ 80 % honoraires totaux en CSI.

3° A la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;

4° A l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;

5° Au développement de la démocratie sanitaire »¹⁰⁰.

Par exception, les ARS volontaires peuvent également être autorisées à financer la rémunération forfaitaire et la rémunération des actes prévus pour la permanence des soins par des crédits du fonds d'intervention régional (rémunération mise à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie cf. article L162-5-14 du CSS)¹⁰¹.

Le FIR, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012¹⁰², est l'instrument financier régional qui concourt depuis une décennie au financement régional de la politique nationale de développement des structures d'exercice coordonné.

4.2 Le développement des maisons de santé depuis 2007

L'instauration d'une nouvelle forme d'exercice coordonné entre professionnels libéraux, prenant la forme de « maisons de santé » instituées par la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007¹⁰³ (article L.6323-3 du code de la santé publique) crée un nouveau mode d'exercice collectif, soutenu financièrement par les ARS, qui va essaimer sur le territoire.

Comparativement aux CDS (et donc aux CSI), les maisons de santé pluri professionnelles peuvent bénéficier d'une plus large gamme d'aides au démarrage (cf. tableau ci-dessous : FIR, fonds européens...).

Tableau 1 : Caractéristiques comparées des centres de santé et des maisons de santé

	Centres de santé (L. 6323-1 et svts + D. 6323-1 et suivant + arrêté du 27 février 2018)	Maisons de santé (L. 6323-3 + circ 27/07/10 + textes sur les SISA : L 4041-1 et svts et R. 4041-1 et svts)
Création	Après-guerre	2007
Nombre (fin juin 2020)	2207 dont 428 pluriprofessionnels dont 160 en QPV ou QV	1617 en fonctionnement dont 191 en QPV
Niveau de recours	1er recours principalement et, le cas échéant, 2nd recours	
Forme juridique	Personnalité morale au travers du gestionnaire (municipalités, mutuelles, associations, régimes de sécurité sociale, congrégations, établissements de santé, sociétés coopératives d'intérêt collectif...)	Personnalité morale obligatoire (constitution associative ou en société, notamment SISA). Pas de gestionnaire

¹⁰⁰ Article L. 1435-8 du code de la santé publique.

¹⁰¹ Article L.1435-5 du code de la santé publique.

¹⁰² Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

¹⁰³ Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007

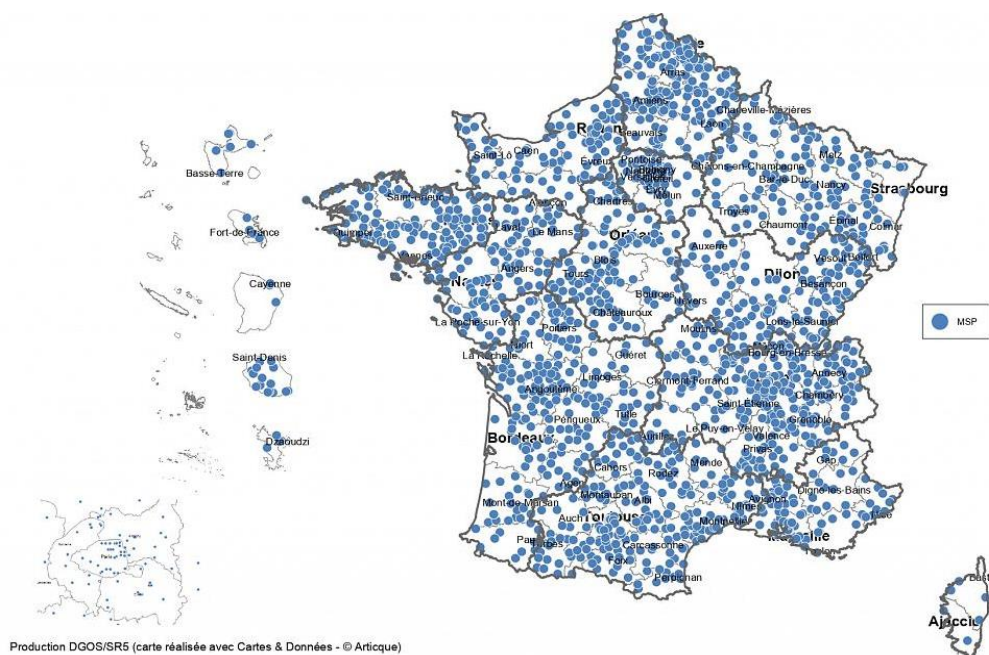
RAPPORT IGAS N°2022-040R (ANNEXES)

	Centres de santé (L. 6323-1 et svts + D. 6323-1 et suivant + arrêté du 27 février 2018)	Maisons de santé (L. 6323- 3 + circ 27/07/10 + textes sur les SISA : L 4041-1 et svts et R. 4041-1 et svts)
Implantation	✓Essentiellement urbaine mais possiblement rurale	✓Légèrement plus rurale qu'urbaine
	✓1 ou plusieurs antennes	✓1 ou plusieurs sites
Composition	Professionnels de santé	Professionnels médicaux, auxiliaires médicaux + pharmaciens (=> pas d'aides- soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers)
Statut des médecins	salariés	libéraux
Population concernée	Tout usager mais particulièrement les populations précaires	Tout usager
Tarifs pratiqués	Tarifs opposables – 1/3 payant – pas d'avance de frais pour CMU et AME	Secteur 1 et 2 autorisés
Organisation	✓ Pluri ou mono-professionnalité (centres infirmiers, dentaires ou médicaux à côté de centres pluriprofessionnels associant professions médicales et paramédicales) ✓ Exercice coordonné des soins	✓ Pluri-professionnalité ✓ Exercice coordonné des soins
Projet de santé	obligatoire	
CPOM	Obligatoire si financement par ARS	
Financement	Remboursement des actes par l'assurance maladie	Remboursement des actes par l'assurance maladie
	✓ Subvention d'équilibre accordée souvent par les collectivités territoriales gestionnaires ✓ Financement via le FIR possible mais peu souvent accordé par les ARS	✓ FIR (étude de faisabilité / aide au démarrage) ✓ Collectivités territoriales, DETR, FNADT fonds européens, PER, CPER (sur l'investissement)
	Accord national (transposition de l'ACI aux centres) => rémunération forfaitaire sur la base d'indicateurs, notamment d'accessibilité (amplitude horaire, SNP...) / travail en équipe / partage de l'information	Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les MSP en SISA => rémunération forfaitaire sur la base d'indicateurs, notamment d'accessibilité (amplitude horaire, SNP...) / travail en équipe / partage de l'information

Source : DGOS

Cette politique de développement a permis effectivement de développer ces structures qui sont présentes désormais sur quasiment l'ensemble du territoire, contrairement aux centres de soins infirmiers (cf. carte ci-dessous) : 1 889 maisons de santé étaient en fonctionnement et 366 projets de création étaient recensés au 30 juin 2021.

Carte 1 : Répartition des maisons de santé en fonctionnement au 30 juin 2021



<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

Localement, les ARS disposent d'une marge d'adaptation pour décliner ces mesures.

Ainsi, l'ARS Pays de la Loire a dressé un comparatif des aides existantes éligibles selon les structures : dans cette région, l'ARS subventionne une fédération pour accompagner le développement de centres de santé polyvalents, alors que les MSP dispose d'une aide financière qui leur est versée directement (tableau ci-dessous).

Tableau 2 : Tableau comparatif aides existantes MSP vs centres de santé

Nature de l'aide	MSP	CDS
Aide à l'écriture du projet de santé si accompagnement par l'APMSL	16 000 € = indemnisation du temps passé par les professionnels de santé à l'écriture du projet de santé dans le cadre des ateliers APMSL	Les CDS peuvent être accompagnées par C3SI avec lequel l'ARS a signé un CPOM en ce sens
Aide à la constitution de la SISA	4 000 €	Sans objet
Aide à l'acquisition du SI	15 000 € + 1 000 € / PS	15 000 € + 1 000 € / PS
Aide au démarrage	1 500 € / mois entre l'enregistrement dans FINESS et la date de signature de l'ACI Limité à 18 000 € Objectif : maintenir la dynamique dans l'attente de l'ACI	30 000 €
Subvention d'équilibre sur déficit constaté	Sans objet	30 000 € maximum par an durant les 2 premières années. 2 ans étant le délai moyen pour la montée en charge de l'activité

Source : ARS PDL

4.3 Déclinaison des mesures « 400 MG » et visant le développement des CDS en région Pays de la Loire

La stratégie nationale 2018-2022 fait du développement de structures d'exercice coordonné et de l'installation de médecins en zone fragile une priorité. Cette stratégie est déclinée localement. La partie ci-dessous présente l'exemple de l'ARS Pays de la Loire (PDL).

● La mesure « 400 MG »

La priorité accordée à l'installation de 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires (ZIP, ZAC et QPV), inscrite dans la stratégie « Ma Santé 2022 » a conduit les ARS à déployer la mesure d'aide à l'installation de ces professionnels en respectant leur choix du mode d'exercice : soit en exercice partagé ville / hôpital, soit salariés par un hôpital de proximité ou un centre de santé.

Caractéristiques de la mesure « 400 MG »

Issue de l'instruction n°DGOS/DIR/2019/27 du 06 février 2019 relative à la mise en œuvre de la mesure « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires »

Accessible aux centres de santé situés en ZIP ou en ZAC et employant au moins 1 MG,

Destinée à couvrir le déséquilibre entre le coût salarial (charges incluses) du MG (plafonné à 9 070 € / mois) et le produit des actes réalisés par le MG et tarifés à l'Assurance-maladie (base de 25 € / acte),

Accompagnement de la montée en charge de l'activité pendant 2 ans.

Aide au démarrage ciblée sur l'informatisation du centre (15 000 € + 1 000 € / médecin)

ARS Pays de la Loire : 14 conventions signées au 30/04/2022 (objectif national de 10 conventions)

Source : ARS PDL

Cette mesure s'est traduite localement, depuis début 2020 dans la région Pays de la Loire, par le subventionnement de cinq centres de santé : trois centres médicaux et deux centres pluriprofessionnels récemment transformés¹⁰⁴.

Son coût a représenté pour l'ARS Pays de la Loire (PDL) 436 K € prélevés sur le FIR entre le 1er janvier 2020 et le 15 mai 2022¹⁰⁵. L'ARS note qu'« *en dépit de cet accompagnement, nous constatons que certains centres de santé n'atteignent toujours pas leur seuil de rentabilité optimale au bout des deux années, alors même qu'ils sont situés en zone fragile* ».

L'ARS PDL note par exemple que pour trois conventions ayant pris fin entre janvier et mars 2022, même après deux années complètes d'accompagnement, la moyenne du nombre de consultations trimestrielles par ETP de médecin s'élève à 759, alors que le seuil de consultations trimestriel à atteindre est estimé à 1 089 (ce nombre permet uniquement de couvrir le salaire versé au médecin et n'inclue aucunement les autres charges administratives du centre de santé)¹⁰⁶.

¹⁰⁴ Note sur le développement et le suivi des centres de santé, ARS Pays de la Loire, non datée

¹⁰⁵ La plus grosse partie des dépenses sur cette mesure (280 K €) concerne les 2 centres de santé médicaux portés par le Conseil départemental de la Vendée.

¹⁰⁶ Source : ARS

En 2022, l'ARS PDL envisageait d'adapter la mesure en apportant les modifications suivantes :

- Limitation du nombre de conventions en cours à deux par centre de santé, avant atteinte du nombre de consultations nécessaires pour couvrir le salaire garanti ;
- Fixation d'objectifs à la structure en termes de développement ou de modes d'organisation. Ces objectifs feront l'objet d'un accompagnement proposé par l'ARS avec des points de suivi semestriels,
- Suppression de l'aide au démarrage ciblée sur l'informatisation du centre,
- Limitation de la durée de la prise en charge, en cas d'incapacité pour cause de maladie ou maternité à 3 mois par arrêt pour chaque cause d'incapacité ;
- Nécessité pour le médecin concerné d'avoir exercé au moins 1 trimestre avant le début de son arrêt maternité et/ou maladie et d'avoir atteint les seuils de consultations fixés dans la convention au cours dudit trimestre.

● Le développement de CDS polyvalents

Outre le déploiement de médecins généralistes en zone fragile, la stratégie nationale de santé 2018-2022 prévoit également de soutenir le déploiement de centres de santé pluriprofessionnels permettant à la fois l'exercice salarié et l'exercice coordonné avec notamment le doublement au niveau national du nombre de centres de santé pluriprofessionnels entre 2017 et 2022¹⁰⁷.

Dans la région Pays de la Loire, l'objectif à atteindre en termes de nombre de CDS pluriprofessionnels a été fixé à 23. L'ARS recense dix centres au 30/04/2022¹⁰⁸, dont quatre ont été créés par médicalisation de centres de soins infirmiers associatifs.

D'après l'ARS, « les premiers centres pluri professionnels créés ont connus des difficultés financières importantes du fait d'un modèle économique déficitaire. Ces premiers centres ont été largement soutenus par l'ARS et nous ont permis de travailler en lien avec les fédérations sur les conditions de pérennisation de ces centres et d'équilibre de l'activité médicale comme par exemple :

- Seuil du nombre de médecins (3 ou 4 ETP),
- Conditions de réduction des délais de montée en charge de l'activité médicale : anticipation de l'ouverture (communication, prises de rendez-vous en amont), réduction du délai entre départ d'un médecin libéral et recrutement d'un médecin salarié (reprise de patientèle),
- Niveau de rémunération
- Réduction des charges fixes ».

L'ARS Pays de la Loire tire de son expérience la conclusion qu'« il paraît aujourd'hui important, dans le cadre du développement de l'exercice coordonné, de pouvoir proposer un réel accompagnement au déploiement des centres de santé pluriprofessionnels, au même titre que nous accompagnons les MSP ».

Au vu de ces constats, l'ARS PDL envisage de financer :

- Une subvention d'accompagnement méthodologique par les fédérations, notamment une subvention de 150 K€ avec C3SI, signataire d'un CPOM avec l'ARS depuis 2020, pour « animer le réseau, accompagner les centres de santé adhérents (notamment pour le recrutement de

¹⁰⁷ Extrait de la stratégie nationale de santé 2018-2022 : « Soutenir le développement de tous les modes d'exercice coordonné afin qu'ils deviennent majoritaires au sein du système de santé : équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, centres de santé et maisons de santé pluri professionnelles, pour lesquelles l'objectif est un doublement d'ici cinq ans ».

¹⁰⁸ Source : ARS PDL

médecins), développer le réseau et sa visibilité, Déployer des projets collectifs en région (actions de prévention, ETP...) »

- Plusieurs types d'aide aux centres de santé pluriprofessionnels :
 - Aides au démarrage (acquisition de matériel, aménagement des locaux...) : aide forfaitaire de 30 000 €,
 - Aide à l'acquisition d'un SI labellisé par l'ANS : aide forfaitaire de 15 000 € + 1000 € par licence plafonnée à 50 000 €,
 - Subvention d'équilibre les deux premières années d'exercice sur le déficit constaté dans la limite de 30 000 € par an.

Ces aides d'accompagnement des CDS pluriprofessionnels, toutes zones confondues, seraient soumises à plusieurs critères d'éligibilité (au moins 2 médecins et 1 IDE, projet de santé, adhésion CPTS, mise en place d'actions de prévention...).

ANNEXE 4 : Evolution et répartition territoriale du nombre de CSI

ANNEXE 4 :	Evolution et répartition territoriale du nombre de CSI	85
1	Le nombre de CSI et leurs effectifs sont stables depuis les 20 dernières années	87
2	Une répartition territoriale hétérogène	89
3	Les CSI sont beaucoup plus implantés en zone urbaine que rurale.....	90

1 Le nombre de CSI et leurs effectifs sont stables depuis les 20 dernières années

Le paysage du soin à domicile infirmier a connu au début des années 2000 une réduction significative par deux du nombre de centres de soins infirmiers¹⁰⁹. Depuis cette période, le nombre de CSI reste relativement stable et s'établit en moyenne au cours des cinq dernières années à 508 centres (tableau ci-dessous).

Tableau 1 : Evolution du nombre de CSI au cours de la période 1994 à 2021

Année	1994	1995	1997	1998	2002	2004	2005	2006	...	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre	811	964	1053	1080	918	561	566	532	...	490	504	504	522	520

Source : Estimations par l'IGAS à partir de sources diverses (rapport de l'IGAS de 2006 « Situation financière des centres de soins infirmiers », rapport de l'IGAS de 2013 « Analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers », plateforme ATIH eCDS données 2017 à 2021)

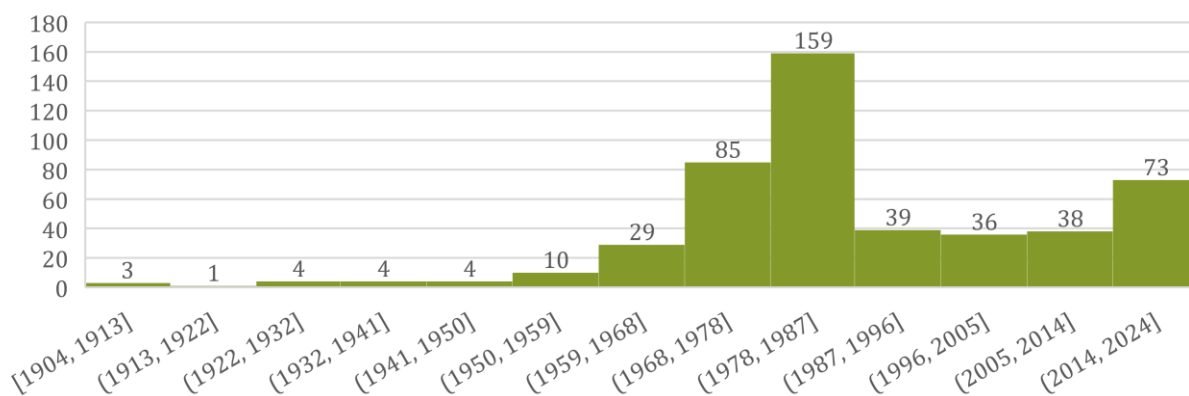
Cette réduction du nombre de centres de soins infirmiers est passée inaperçue auprès des pouvoirs publics. Aucune raison n'a pu être identifiée quant à l'origine probable de cette réduction. La division par deux du nombre de structures intervient concomitamment avec la création des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) dans les années 2000¹¹⁰, mais aussi avec l'application de la loi n°2000-37 du 19 janvier 2000 dite loi « Aubry II » instituant la durée légale du travail à 35 heures hebdomadaires.

¹⁰⁹ Les constats mentionnés ici sont extraits du rapport de l'IGAS de 2006 « Situation financière des centres de soins infirmiers » et du rapport de l'IGAS de 2013 « Analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers ».

¹¹⁰ Propos rapportés au cours des auditions menées par la mission

Les centres de soins infirmiers actuels ont été créés (ou ont changé de statut juridique) pour la moitié d'entre eux au cours des décennies 70 et 80 (graphique ci-dessous). Parmi les 518¹¹¹ centres de soins infirmiers référencés par la CNAM en 2021¹¹², 381 étaient déjà présents depuis les années 2000 (73,5 %).

Graphique 1 : Répartition des CSI par date de création



Source : Mission à partir de la plateforme ATIH / eCDS. Donnée « date de création » renseignée pour 485 CSI – Par date de création on entend soit d'une création ex nihilo, soit d'un changement de statut juridique.

Témoins d'une dynamique peu évolutive, le recueil de données établi par la CNAM à la demande de la mission référençait l'ouverture de 102 centres de soins infirmiers sur les douze dernières années, soit une moyenne de 8,5 centres ouverts par an (tableau ci-dessous).

Tableau 2 : Evolution du nombre d'ouvertures de centres de soins infirmiers par an sur la période 2010 – 2021

Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre	1	7	15	3	3	10	6	5	13	8	24	7

Source : Estimations par l'IGAS à partir de la base de données CNAM 2021

Le nombre d'infirmiers travaillant en centres de soins infirmiers demeure lui aussi relativement stable au regard des bases de données nationales mises à la disposition de la mission passant de 4 578 en 2019 à 4 462 IDE salariés dans les CSI en 2021. Le nombre moyen d'équivalents temps pleins (ETP) présente une tendance à la baisse au cours des cinq dernières années passant de 6,47 ETP à 6,14 ETP alors que le nombre total de CSI passe de 490 à 520 au cours de la même période (tableau ci-dessous).

¹¹¹ Un écart de 2 centres a été constaté par la mission en fonction des bases de données transmises par l'ATIH ou la CNAM la variation est due au remplissage de la plateforme eCDS par les CSI qui est réalisée à partir de données déclaratives.

¹¹² Analyse des données de la CNAM sur les années 2019, 2020, 2021 pour les 485 CSI faisant parti de l'accord national et ayant validé la plateforme ATIH

Tableau 3 : Evolution du nombre d'ETP infirmiers au cours des 5 dernières années (2017-2021)

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de CSI sur le territoire	490	504	504	522	520
Nombre total d'ETP infirmiers dans les CSI	3138	3199	3205	3278	3191
Nombre d'ETP infirmiers moyens par CSI	6,47	6,34	6,36	6,29	6,14

Source : Estimations par l'IGAS à partir de la plateforme ATIH eCDS données 2017 à 2021

Si la création des centres de soins infirmiers est peu fréquente, le nombre de centres de soins polyvalents sur la même période a presque doublé en cinq ans passant de 436 centres en 2017 à 745 centres en 2021 (tableau ci-dessous).

Tableau 4 : Comparaison des évolutions des nombres de centres de soins infirmiers et de centres de soins polyvalents au cours des 5 dernières années (2017-2021)

Année	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de CSI sur le territoire	490	504	504	522	520
Nombre de centres de soins polyvalents sur le territoire	436	479	537	621	745

Source : Estimations par l'IGAS à partir de la plateforme ATIH eCDS données 2017 à 2021

Entre 2019 et 2021, neuf CSI ont changé de statut et se sont transformés en centre de santé médical pluriprofessionnel¹¹³. Il s'agissait pour la majorité d'entre eux de centres de plus grande taille que la moyenne (10,2 IDE en moyenne, pour 7,01 ETP IDE).

2 Une répartition territoriale hétérogène

L'implantation géographique des centres de soins infirmiers sur le territoire est disparate. Elle n'a pas évolué depuis les années 2000. Certaines régions ne possèdent que très peu de centres de soins infirmiers comme par exemple la région Provence Alpes Côte d'Azur (deux CSI), voire même aucun centre, ce qui est le cas de la région Corse. D'autres régions en revanche en possèdent beaucoup plus, à l'instar de la région Pays de la Loire.

Origine des centres de soins infirmiers (CSI)

Une grande partie des centres de soins infirmiers tirent leur histoire des dispensaires religieux répartis sur le territoire en fonction de l'implantation congréganiste plus ou moins marquée d'une région à l'autre. A partir des années 60 à 70 ces dispensaires (devenus centres de santé en 1991), ont été confrontés à une demande croissante de soins et sujets à une diminution du nombre de religieuses exerçant en leur sein¹¹⁴. Lors des auditions, il a été rappelé à de nombreuses reprises par les interlocuteurs rencontrés les origines congréganistes de ces centres de soins. Certains infirmiers en activité ont par ailleurs connu la présence des religieuses qui y exerçaient encore il y a quelques années.

Cette identité religieuse, moins marquée de nos jours, reste toujours présente et est portée par la Fédération nationale des Institutions de Santé et d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne (FNIASIC), qui représente, d'après l'enquête en ligne réalisée par l'IGAS, 2 % des centres de soins infirmiers. Sur certains territoires les associations religieuses gestionnaires des centres sont très présentes, comme la communauté des Diaconesses de Strasbourg, qui jusqu'à fin 2021 géraient cinq centres de soins infirmiers.

¹¹³ Base de donnée eCDS 2021 et CNAM 2021

¹¹⁴ Extrait du rapport de l'IGAS de 2006 « Situation financière des centres de soins infirmiers »

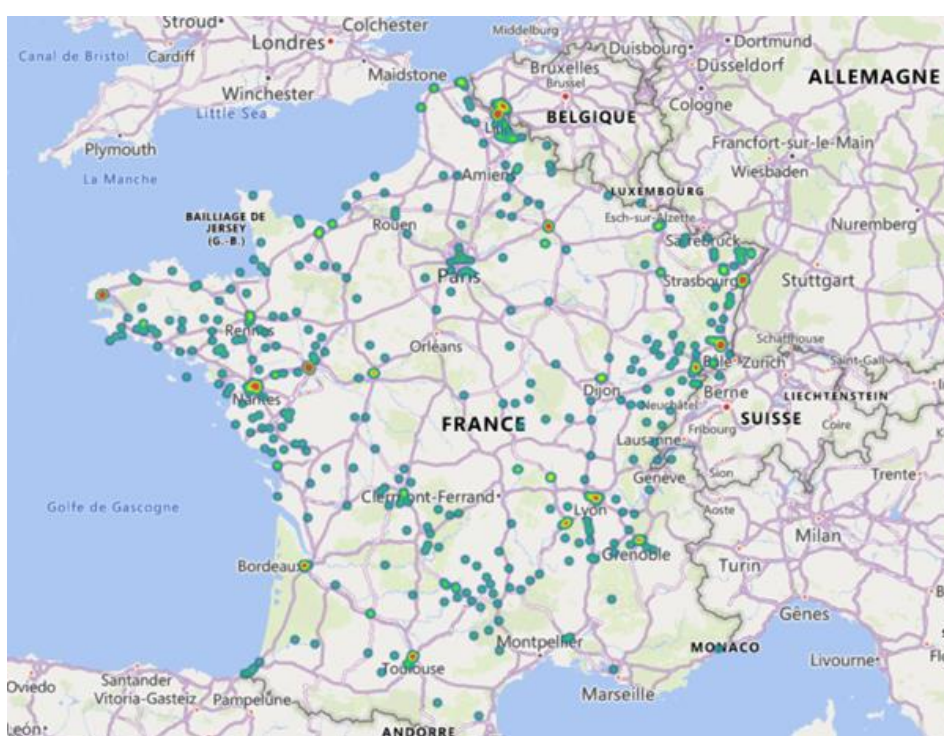
Si la répartition n'est pas homogène au niveau national, au sein même des régions la dispersion des centres de soins infirmiers peut être aussi très marquée, c'est le cas de la région Bourgogne Franche Comté qui comprend 50 CSI dont 13 sont situés en Bourgogne et 37 en Franche Comté. Les 74 centres de soins infirmiers de la région Pays de la Loire sont concentrés à plus de 91 % en Loire Atlantique, Maine-et-Loire et Vendée. Les départements de la Mayenne et la Sarthe ne sont dotés respectivement que de trois CSI (cf. tableau et carte ci-dessous).

Tableau 5 : Répartition des centres de soins infirmiers par régions

	PLO	EST	AURA	HDF	BRE	BOCF	AQU	OCC	NOR	IDF	CEN	PACA	Corse
Nombre	74	73	60	60	57	50	48	47	27	12	10	2	0

Source : Estimations par l'IGAS à partir de la plateforme ATIH eCDS données 2021

Carte 1 : Répartition des CSI sur le territoire en 2021



Source : Carte réalisée grâce aux estimations faites par l'IGAS à partir de la plateforme ATIH eCDS données 2021

3 Les CSI sont beaucoup plus implantés en zone urbaine que rurale

En 2021, parmi les 518 centres référencés en France par la CNAM, 412 centres de soins infirmiers sont implantés en zone urbaine. Une minorité d'entre eux sont associés à un quartier prioritaire de la ville (11 %). Entre 2020 et 2021, les zones urbaines ont été plus propices à la création de nouveaux centres de soins infirmiers puisque 29 CSI ont été créés en zone urbaine contre 4 en zone rurale. Le nombre total de centres de soins infirmier en zone rurale est relativement stable sur la période 2019 à 2021 passant de 108 CSI en 2019 à 106 CSI en 2021. En revanche le nombre de CSI en zone urbaine présente une croissance plus marquée passant de 396 à 412 CSI au cours de la même période.

Tableau 6 : Répartition des CSI entre zone rurale et urbaine (2019-2021)

	2019	2020	2021
CSI en zone rurale (ZR)	108	109	106
CSI en zone urbaine (ZU)	396	410	412
Ratio ZR/ZU	27,3 %	26,6 %	25,7 %

Source : Estimations par l'IGAS à partir de croisements de bases de données CNAM 2021 et eCDS ATIH

ANNEXE 5 : Données détaillées relative à la gestion des personnels

ANNEXE 5 :	Données détaillées relative à la gestion des personnels	93
1	Personnel des centres de soins infirmiers	95
1.1	<i>Présentation des données relatives aux effectifs employés dans les centres de soins infirmiers (toutes catégories confondues)</i>	<i>95</i>
1.2	<i>Etat des lieux des personnels infirmiers au sein des CSI</i>	<i>95</i>
1.3	<i>Profil des personnels infirmiers travaillant en CSI</i>	<i>96</i>
1.4	<i>Etat des lieux des personnels administratifs</i>	<i>97</i>
2	Difficultés de recrutement des personnels IDE	98
2.1	<i>Les centres de soins déclarent avoir des difficultés de recrutement</i>	<i>98</i>
2.2	<i>Etat des lieux des méthodes de recrutement des IDE</i>	<i>99</i>
2.3	<i>Méthodes mises en place par les CSI pour fidéliser les IDE</i>	<i>99</i>
2.4	<i>Formation des IDE, les IFSI viviers pour les CSI ?</i>	<i>100</i>

1 Personnel des centres de soins infirmiers

1.1 Présentation des données relatives aux effectifs employés dans les centres de soins infirmiers (toutes catégories confondues)

Les effectifs des CSI sont composés par une majorité d'infirmières diplômées d'Etat (IDE), associés à des salariés administratifs assurant principalement des fonctions de secrétariat, d'accueil, de direction, de coordination et de comptabilité. Certains centres de soins disposent de cadres administratifs qui remplissent des fonctions de direction ou de gestion des ressources humaines. D'autres professionnels peuvent être salariés des CSI, parmi lesquels, les aides-soignants, les médecins, les psychologues, etc. mais de façon très marginale (voir ci-dessous par exemple 23 médecins parmi l'ensemble des CSI). D'après la base ATIH/e-CDS, en 2021, 519¹¹⁵ CSI emploient 6 522 salariés toutes professions confondues, dont les deux tiers (68 %) sont infirmières (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 1 : Représentation des personnels par profession au sein des CSI en 2021

	Nombre de CSI	Effectifs totaux	Effectifs moyens	ETP moyens
Infirmières	519	4 462	8,6	6,2
Secrétaire agent comptable chargé de mission	483	920	1,9	0,7
Coordinatrices médicales ou paramédicales	379	469	1,2	0,5
Directeur de centre	278	316	1,1	0,3
Cadres administratifs	151	240	1,6	0,3
Aides-soignantes	24	55	2,3	1,2
Médecins	14	23	1,6	0,9
Psychologues	15	15	1,0	0,3
Sages-femmes	4	8	2,0	0,8
Dentistes	2	5	2,5	2,3
Diététiciennes	3	4	1,3	0,7
Pédicures / Podologues	2	3	1,5	1,1
Orthophonistes	2	2	1,0	0,9
Assistants dentaires	2	2	1,0	1,0
Assistants sociales	1	1	1,0	1,0
Masseur kinésithérapeutes	1	1	1,0	1,0

Source : Estimations réalisées par l'IGAS à partir du fichier eCDS 2021 de l'ATIH

1.2 Etat des lieux des personnels infirmiers au sein des CSI

Les centres de soins infirmiers sont des structures de petite taille, qui comptent en moyenne un peu moins d'une dizaine d'infirmières. D'après la base de données eCDS de l'ATIH, les centres de soins infirmiers référencés pour l'année 2021 déclarent employer un nombre total de 4 462 infirmières, ce qui représente en moyenne 8,59 IDE par centre (6,15 ETP par centre).

¹¹⁵ Le nombre de CSI pour lesquels ces indicateurs étaient renseignés est de 519.

Tableau 2 : Répartition du nombre d'infirmières par centres de soins infirmiers en 2021

	Répartition des effectifs infirmiers dans les différents centres de soins infirmiers en 2021												
Nombre d'IDE par centre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 à 15	16 à 20	Plus de 21
Nombre de centres	4	12	29	47	68	68	51	38	32	30	90	32	18

Source : Estimations réalisées par l'IGAS à partir du fichier eCDS 2021 de l'ATIH

Tableau 3 : Evolution des effectifs infirmiers au sein des CSI entre 2019 et 2021

Effectifs infirmiers au sein des CSI de 2019 à 2021						
	Effectifs 2021	ETP 2021	Effectifs 2020	ETP 2020	Effectifs 2019	ETP 2019
Total IDE	4 462	3 191,11	4 633	3 288,3	4 578	3 214,13
Moyenne par centre	8,59	6,15	8,89	6,31	9,08	6,37
Médiane par centre	7	5,6	7	5,8	7,5	6

Source : Estimations réalisées par l'IGAS à partir du fichier eCDS de l'ATIH

D'après les bases de données nationales, la cinétique d'évolution du nombre de salariés IDE exerçant au sein des centres de soins infirmiers est relativement stable puisque, entre 2019 et 2021, le nombre total d'IDE passe de 4 578 (3 214,13 ETP) à 4 462 IDE (3 191,11 ETP), soit une légère baisse du nombre d'ETP de 0,7 %.

De nombreux responsables de centre auditionnés par la mission signalent une « fuite » importante des personnels infirmiers depuis plusieurs mois, associée à des difficultés de recrutement. Ces éléments n'ont pas pu être vérifiés via des bases de données nationales. Pour autant, il est tout à fait possible que, dans certains cas, la stabilité apparente des effectifs masque un fort turn over et/ou une difficulté croissante à trouver des remplaçants en l'absence des personnels infirmiers (cf. départ, congés, arrêt maladie...). Plusieurs éléments étayaient l'existence d'une forte tension sur les recrutements (90 % des CSI se déclarent dans cette situation d'après l'enquête menée par l'IGAS) comme par exemple le recours fréquent aux heures supplémentaires (un CSI sur deux déclare en y avoir recours souvent ou en permanence). Cette situation est d'autant plus surprenante que les effectifs infirmiers en France ont eu tendance à fortement croître en moyenne. Au-delà du fait que les CSI (et les effectifs infirmiers en général) sont répartis d'une façon très hétérogène sur le territoire national, cette situation pourrait illustrer un manque d'attractivité des CSI.

1.3 Profil des personnels infirmiers travaillant en CSI

Il ressort des entretiens que les infirmières qui orientent leur carrière vers les centres de soins sont davantage attirées par le salariat que par l'exercice libéral ou en établissement de santé. Ce mode d'exercice convient aux infirmières qui ne souhaitent pas consacrer de temps au versant administratif du métier et préfèrent se concentrer sur les actes liés aux soins. Par ailleurs les CSI offrent une activité de soins polyvalente à la différence de l'hôpital où l'infirmière est rattachée à un service, tout en préservant le rattachement à une équipe collective, chargée du suivi des patients

(collégialité). A la différence de l'exercice libéral, souvent individuel, les IDE en CSI ne travaillent pas de manière isolée.

L'infirmière exerçant en CSI se déplace au domicile des patients : c'est le lieu d'une rencontre du monde du soin avec celui de l'intimité. Les infirmières sont de fait souvent confrontés à des besoins ou des problématiques sociales, qui peuvent également mobiliser les IDE/CSI au (dé)cours de leur intervention.

1.4 Etat des lieux des personnels administratifs

Deux catégories de personnels administratifs sont employés au sein des centres de soins infirmiers : les personnels administratifs qui assurent des tâches de support / secrétariat (secrétaire, agent comptable, chargé de mission) et les cadres administratifs (directeurs, responsables des ressources humaines, coordinateurs de soins).

Les effectifs de secrétariat représentent une minorité de salariés au regard du personnel infirmier. Les effectifs des centres sont stables au cours des trois dernières années avec en moyenne près de deux secrétaires par centre (1,9) soit en moyenne 0,7 ETP. Les personnels de secrétariat sont un lien entre les patients et les professionnels infirmiers. Ils accueillent les patients ayant pris rendez-vous pour une consultation au CSI et gèrent le flux des nouveaux patients qui font appel au centre. Ils gèrent le processus de facturation et assurent, y compris, lorsqu'ils ont été formés, la cotation des actes.

Tableau 4 : Evolution des effectifs administratifs de secrétariat au sein des CSI entre 2019 et 2021

Effectifs administratifs de secrétariat au sein des CSI de 2019 à 2021						
	Effectifs en 2021	ETP en 2021	Effectifs en 2020	ETP en 2020	Effectifs en 2019	ETP en 2019
Total	920	349,59	931	347,17	922	350,19
Moyenne par centre	1,90	0,72	1,87	0,69	1,90	0,72
Médiane par centre	1	0,66	1	0,60	1	0,66

Source : Estimations réalisées par l'IGAS à partir du fichier eCDS de l'ATIH

Tableau 5 : Décomposition de la répartition du nombre d'administratifs au sein des centres de soins infirmiers en 2021

	Représentation du nombre d'administratifs au sein des centres de soins infirmiers										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre d'administratifs secrétariat par centre											
Nombre de centres	12 %	43 %	23 %	7 %	6 %	5 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %

Source : Estimations réalisées par l'IGAS à partir du fichier eCDS de l'ATIH

12 % des centres de soins infirmiers ne sont pas dotés de ressources de secrétariat. Les bénévoles et infirmières y assurent les fonctions logistiques. Le nombre moyen d'IDE de ces centres sans support de premier niveau est de 7,2 IDE par centre pour 5,86 ETP en moyenne (soit des centres légèrement plus petits que les autres en moyenne). Ces centres ne possèdent pour la plupart pas de personnel cadre administratif. La mission a rencontré dans le Doubs un CSI répondant à ces caractéristiques : les infirmières se relaient pour effectuer les tâches administratives (cotation, facturation, planning...).

2 Difficultés de recrutement des personnels IDE

2.1 Les centres de soins déclarent avoir des difficultés de recrutement

La quasi-totalité des interlocuteurs rencontrés (gestionnaires, directeurs de centre, infirmières coordinatrices) ont rapporté être confrontés aux départs d'une partie du personnel infirmier et/ou à de fortes difficultés de recrutement. Ces propos ont été étayés par l'analyse du questionnaire SOLEN soumis à l'ensemble des centres de soins infirmiers courant du mois de juillet 2022.

Parmi les 196 centres de soins infirmiers ayant déclaré « *penser fermer d'ici une ou deux années* » 112 associent leur possible fermeture à un manque de personnel IDE. Par ailleurs parmi les centres ayant déclaré penser fermer prochainement, 69 % des centres ont déclaré avoir actuellement besoin de recruter un IDE afin d'augmenter leurs effectifs.

Tableau 6 : Difficultés de recrutement en IDE des centres de soins infirmiers

	<i>Lors du départ d'un salarié vous rencontrez des difficultés de recrutement d'infirmières/infirmiers pour le remplacer qui sont :</i>			
Difficultés de recrutement infirmier	Très faibles	Faibles	Fortes	Très fortes
Nombre de CSI	3 %	7 %	30 %	60 %

Source : Estimation réalisée par l'IGAS à partir du questionnaire SOLEN remis aux centres de soins infirmiers.

Plusieurs centres auditionnés déclarent avoir recours à des intérimaires dont les salaires supérieurs aux salaires de leurs salariés, ce qui fragilise le collectif et l'équilibre micro-économique du CSI. Un centre a par ailleurs rapporté la démission d'une de ses infirmières qui est par suite devenue, intérimaire au sein du même centre. La mission n'est cependant pas en mesure de savoir comment a évolué le recours à l'interim IDE dans les CSI dans la période récente.

D'après les responsables de centre auditionnés par la mission IGAS, les départs sont motivés majoritairement par des raisons financières. Ainsi il a été rapporté les éléments suivants :

- Les centres hospitaliers alentours proposeraient d'importantes primes à l'embauche, pratique ressentie comme « déloyale » par les CSI, qui, économiquement fragilisés, sont dans l'incapacité de proposer une somme équivalente ;
- Des problématiques de recrutement locales : par exemple, dans le cas du département du Doubs, les difficultés de recrutement sont amplifiées du fait du choix d'une partie des IDE d'exercer en la Suisse où les conditions de travail, tant en terme de productivité que de salaire, sont plus attractives ;
- Les effets d'usure liées à la crise sanitaire de la COVID-19 qui peuvent parfois être à l'origine d'abandons de postes ou de reconversions, liés à une perte de motivation ainsi qu'aux difficultés liées à la pénibilité du métier ;
- Les centres de soins infirmiers sont des lieux de formation et offrent des conditions d'exercice préparatoires idéales pour les infirmières qui envisagent un exercice libéral : il a souvent été expliqué à la mission que les CSI sont parfois une étape transitoire propice pour une IDE qui souhaite devenir IDEL mais qui souhaite d'abord se familiariser au sein d'un cadre sécurisant comme un CSI avant de se lancer seule dans une activité au domicile des patients ;

- De nombreux CSI dont les personnels n'ont pas été bénéficiaires de la prime Ségur sont rattachés au sein du même gestionnaire à d'autres structures ayant elles bénéficiées d'une prime Ségur. Les disparités concernant la rémunération entre les équipes sont l'une des causes de départ des salariés ;
- D'autres raisons tiennent à l'organisation du travail et des tournées en journée. Ainsi de nombreux centres ont cité les « horaires coupés »¹¹⁶ entre la tournée du matin et celle de la fin de l'après-midi comme étant un « point noir » pour les infirmières habitant loin de leur lieu de travail.

Afin de pallier les « turn-over » et la raréfaction du personnel infirmier sur le marché du travail, certains centres qui en ont les moyens financiers déclarent préférer financer le recrutement d'une infirmière supplémentaire sur le « pool » infirmier afin d'anticiper tout risque de départ pouvant impacter l'activité du centre durant plusieurs mois.

2.2 Etat des lieux des méthodes de recrutement des IDE

Les centres de soins infirmiers recrutent du personnel infirmier via :

- La publication d'annonces et le recours « au bouche à oreille ». Parfois les sites spécialisés dans l'embauche de personnels soignants sont également sollicités ;
- Les IFSI : les centres recrutent les IDE sortant de formation. Certains centres effectuent des présentations au sein des IFSI pour attirer les jeunes diplômés, (ou les futurs stagiaires). Ce type d'intervention permet d'accroître la notoriété et de rendre son activité plus lisible dans le cadre d'une première expérience professionnelle¹¹⁷ ;
- Les centres rencontrés ont par ailleurs souligné une diminution du nombre d'étudiants infirmiers diplômés à l'origine d'une raréfaction chronique de main d'œuvre ;
- Les agences d'intérimaires, qui proposent aux infirmières des salaires plus importants que ceux pratiqués en CSI, ce qui peut créer des tensions internes au sein des CSI, si ce recours est récurrent.

2.3 Méthodes mises en place par les CSI pour fidéliser les IDE

Afin de pallier le départ des infirmières vers d'autres structures/modes d'exercice, les centres mènent plusieurs actions visant à fidéliser le personnel :

- L'incitation financière revient régulièrement au cours des auditions menées. La mise en place de primes faisant office de revalorisation Ségur qui n'a pas été accordé aux personnels des CSI est appliquée par de nombreux CSI, et ceux, même si le centre est en déficit. 81 % des CSI ont déclaré avoir accordé depuis mars 2020 et la crise sanitaire de la COVID-19 des suppléments de rémunération extra-conventionnels (exemple prime exceptionnelle, revalorisation)¹¹⁸,

¹¹⁶ Les horaires coupés consistent à ne pas avoir d'activité IDE en début d'après-midi et de reporter ce temps de travail sur les soirées afin de s'adapter aux prises en charge des patients, notamment des prises de médicaments généralement le soir.

¹¹⁷ Propos rapportés par les CSI à la Mission

¹¹⁸ D'après le questionnaire SOLEN envoyé à l'ensemble des CSI.

- La mise en place d'astreintes infirmières a été rapportée à de nombreuses reprises, ce qui permet aux IDE d'acquérir en fin de mois un complément de rémunération,
- Le recours à une prime annuelle de présence permet de valoriser les personnels assidus,
- Des avantages sociaux facilitant l'articulation entre vie familiale et professionnelle peuvent être accordés : certains centres ont mis en place un système de garde d'enfant à destination des enfants de leurs salariés avec des amplitudes horaires d'ouverture importantes afin que les infirmières puissent déposer et récupérer leurs enfants,
- Les centres investissent aussi dans des flottes de véhicules de fonction permettant à chaque infirmière de disposer de sa propre voiture, l'assurance du véhicule, l'entretien et le carburant pris en charge intégralement par les centres, exonèrent les salariés de ces frais supplémentaires,
- Le recours au temps partiel est parfois choisi parce qu'il serait (d'après les responsables des centres) plus avantageux pour les personnels d'y recourir en utilisant les heures supplémentaires que de rémunérer un travail à temps plein, tout en faisant bénéficier l'ensemble du personnel d'une semaine de congés supplémentaire.

2.4 Formation des IDE, les IFSI viviers pour les CSI ?

Les centres de soins infirmiers sont des lieux de formation pour l'exercice des soins à domicile. Les étudiants qui y effectuent des stages bénéficient d'une plus forte diversité de patientèle comparativement à l'exercice libéral, souvent poly pathologiques et aux profils différents. Cette particularité permet aux stagiaires de découvrir autant les techniques de prises en charge que les caractéristiques de l'exercice au domicile des patients.

Les stagiaires infirmiers qui accompagnent l'infirmière référente sur les tournées de patients sont rapidement mis en situation avec pour objectif de mettre en pratique la théorie apprise en cours tout en demeurant « tutorés ». L'encadrement des étudiants par l'infirmière référente prend du temps, elle est parfois contraignante en terme d'organisation. Du point de vue de la formation, il est nécessaire d'enseigner le bon geste technique et de corriger l'apprenti au besoin, il s'agit aussi de lui transmettre la bonne posture à adopter au contact du patient notamment dans le cas de patients particuliers atteints de démence ou de troubles psychiatriques. Certains gestes ne prenant que quelques minutes pour une infirmière aguerrie, prennent plus de temps lorsqu'ils sont accompagnés d'explications, de conseils, voir réalisés par l'étudiant lui-même sous contrôle du référent. Ce compagnonnage retarde parfois le déroulé des tournées de soins poussant l'infirmière référente à faire des heures supplémentaires. Au temps de formation s'ajoute un temps administratif durant lequel l'infirmière est tenue de remplir des fiches de suivi, faire des points réguliers et noter l'étudiant.

Sur 485 centres de soins infirmiers référencés sur les registres de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, 1 586 stages ont été effectués en 2021 en CSI, en contrepartie un montant total de 743 750 € a été reversé aux CSI par le biais de l'accord national, ce qui représente un montant de 1 750 € par CSI. Les centres de soins infirmiers encadrent les étudiants infirmiers avec une fréquence moyenne de 3,27 stages par an.

Ce montant est plafonné à 1 750 €, et non proportionnel au nombre de stagiaires infirmiers reçus par le centre.

Tableau 7 : Accueil de stage des centres de soins infirmiers en 2021

Nombre de stages par an	0 stages	1 à 5 stages	6 à 10 stages	11 à 15 stages	16 à 20 stages	Plus de 20 stages
Nombre de CSI	59	352	47	20	5	2

Source : Estimation réalisée par l'IGAS à partir des registres de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie

On relève une forte hétérogénéité entre les centres quant à la proportion de salariés qui sont d'anciens stagiaires IFSI du centre : tandis que pour près d'un CSI sur cinq (18,6 %) les anciens stagiaires IFSI du centre sont nombreux parmi les salariés du CSI (cf. plus d'un tiers des effectifs actuels du CSI sont d'anciens stagiaires IFSI), il y a d'autres CSI (37 % des CSI) qui n'en comptent aucun. Cela reflète à la fois des écarts d'investissement des CSI dans l'accueil de stagiaires IFSI mais aussi des stratégies différenciées des centres pour garder le contact avec les anciens stagiaires et ainsi proposer des postes au recrutement lors du départ d'un salarié.

Tableau 8 : Perspectives d'embauche pour les étudiants formés au sein des centres de soins

	« Parmi les salariés actuels du centre combien sont d'anciens élèves ayant fait un stage IFSI dans votre centre ? »				
Salariés actuels du centre ayant effectué un stage IFSI au sein du centre avant d'être embauché	Aucun	Moins de 10 %	Près d'un tiers	Environ la moitié	Plus de la moitié
Nombre de CSI	37 %	44,4 %	12,2 %	3,7 %	2,7 %

Source : Estimation réalisée par l'IGAS à partir de l'enquête SOLEN transmise aux centres de soins infirmiers

Il apparaît dès lors important de développer les interactions et les partenariats entre les CSI et les structures de formation infirmières, dans une logique de bénéfice réciproque : les CSI sont de bons lieux de stages pour les élèves d'un côté, et, les stagiaires IFSI constituent un vivier potentiel de recrutements futurs pour les CSI d'un autre côté.

Au cours des auditions menées par la mission, certains centres ont souligné proposer des contrats à durée déterminée aux jeunes étudiants diplômés d'IFSI, dans le but de pallier les problèmes d'effectifs. Ces contrats évitent aux CSI d'avoir recours à des personnels intérimaires plus coûteux tout en offrant une première expérience professionnelle.

ANNEXE 6 : Place et articulation des CSI dans l'offre territoriale

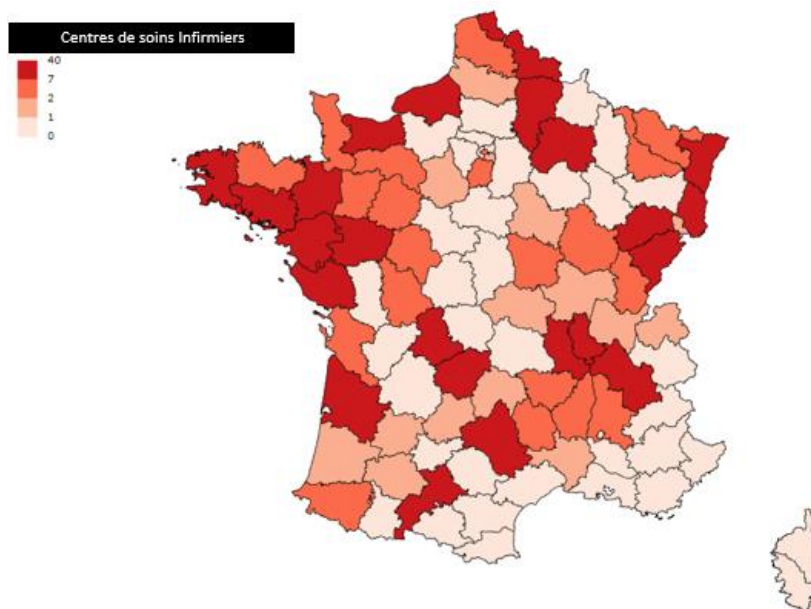
ANNEXE 6 :	Place et articulation des CSI dans l'offre territoriale	103
1	L'offre territoriale de soins des CSI.....	105
1.1	<i>Place des CSI au regard de l'offre libérale de soins infirmiers sur le territoire français.....</i>	<i>105</i>
1.2	<i>Place des CSI au regard de l'offre de soins en SSIAD et SPASAD</i>	<i>108</i>
2	Les centres de soins infirmiers travaillent de façon étroite avec les autres offreurs de soins de proximité de leur territoire	112
2.1	<i>La prescription des soins</i>	<i>112</i>
2.2	<i>Les conventions avec les autres structures de soins.....</i>	<i>113</i>
2.3	<i>La (non) inscription des CSI dans les communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS)</i>	<i>114</i>

1 L'offre territoriale de soins des CSI

1.1 Place des CSI au regard de l'offre libérale de soins infirmiers sur le territoire français

Au regard de l'offre libérale de soins infirmiers, les centres de soins infirmiers sont inégalement répartis sur le territoire. Certaines régions telles que la région Provence Alpes Côte d'Azur (5 098 994 habitants) ne compte que huit infirmières en centres de soins infirmiers (2 CSI) ; par comparaison, il y a 12 827 infirmières libérales dans la région. La région Ile-de-France (12 308 593 habitants) ne compte quant à elle que 53 infirmières rattachées à des centres de soins infirmiers pour 7 375 infirmières libérales. A l'inverse la région Pays de la Loire (3 827 922 habitants) compte, elle, 624 infirmières exerçant en centres de soins infirmiers pour 3 062 infirmières libérales, soit une proportion de 17 % en CSI, ce qui indique qu'à l'échelle des communes où les CSI sont installés, ils représentent une proportion beaucoup plus élevée de l'offre de soins infirmiers en ville.

Carte 1 : Zones d'implantation des centres de soins infirmiers (2021)



Source : Cartographie réalisée par l'IGAS à partir des Données 2021 eCDS

Tableau 1 : Comparaisons régionales des effectifs infirmiers libéraux au regard des effectifs infirmiers exerçant en CSI en 2020

Région	Pays de la Loire	Grand - Est	Auvergne Rhône Alpes	Hauts de France	Bretagne	Bourgogne Franche Comté
Population	3 827 922	5 554 478	8 082 099	6 001 668	3 370 113	2 800 016
Nombre de CSI	74	73	60	60	57	50
IDE travaillant en CSI	624	588	548	397	740	463
IDE libéraux	3062	6801	11414	8130	5473	3205

Part des IDE travaillant en CSI au regard des libéraux	16,93 %	7,95 %	4,58 %	4,65 %	11,91 %	12,62 %
--	---------	--------	--------	--------	---------	---------

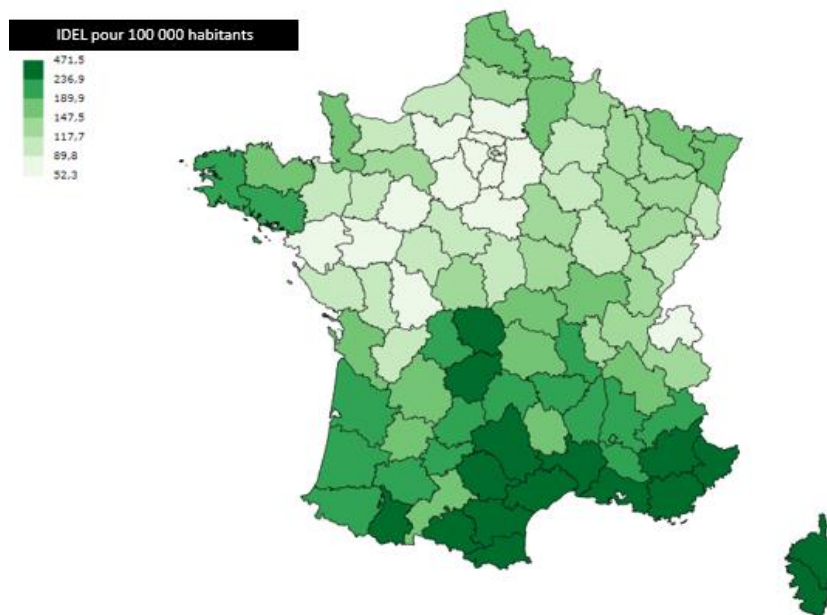
Région	Nouvelle Aquitaine	Occitanie	Normandie	Ile-de-France	Centre-Val de Loire	Provence Alpes Côte d'Azur
Population	6 033 690	5 972 810	3 319 638	12 308 593	2 570 734	5 098 994
Nombre de CSI	48	47	27	12	10	2
IDE travaillant en CSI	455	442	238	53	63	8
IDE libéraux	10 275	12 677	3 522	7 375	2 312	12 827
Part des IDE travaillant en CSI au regard des libéraux	4,24 %	3,37 %	6,33 %	0,71 %	2,65 %	0,062 %

Source : Estimations par l'IGAS à partir de la plateforme ATIH eCDS données 2021, de la plateforme Carto-Santé 2021 et des données INSEE 2021

Les centres ont une implantation historique, provenant en grande partie de l'héritage d'anciens dispensaires religieux.

On trouve ainsi toutes les configurations territoriales, avec des territoires où il y a à la fois beaucoup de CSI et beaucoup d'IDEL (ex. Bretagne, Corrèze, Aveyron), des territoires où il y a peu de CSI mais beaucoup d'IDEL (ex. PACA, Corse), des territoires où il y a beaucoup de CSI mais peu d'IDEL (ex. Pays de la Loire) et des territoires où il y a à la fois peu de CSI et peu d'IDEL (ex. Centre Val de Loire).

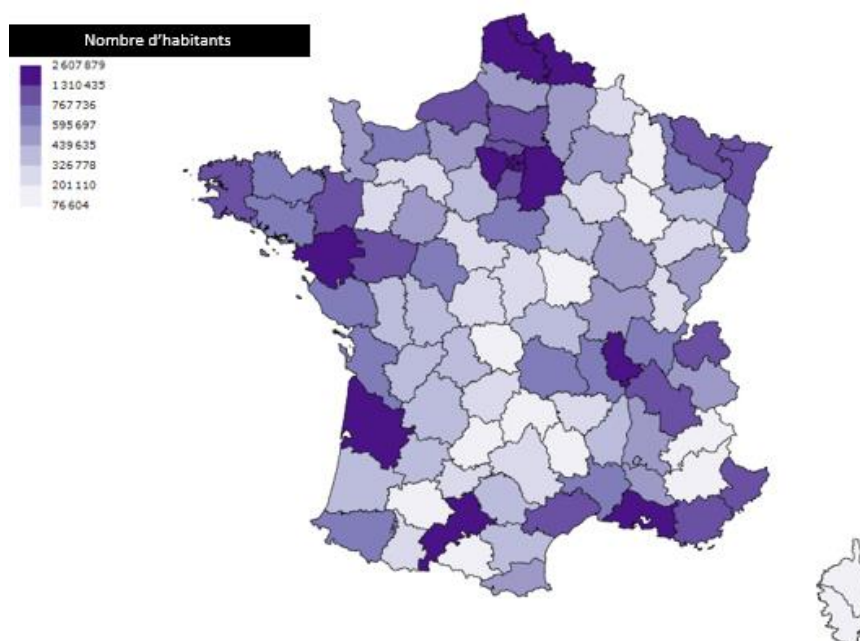
Carte 2 : Densité d'IDEL par département



Source : Cartographie réalisée par l'IGAS à partir des Données 2020 suivantes : Insee, Base permanente des équipements 2020, Recensement de la population 2018

Ni l'implantation des IDEL ni l'implantation des CSI ne correspond à la densité de population dans les territoires (cf. carte ci-dessous).

Carte 3 : Densité de population des départements de France métropolitaine

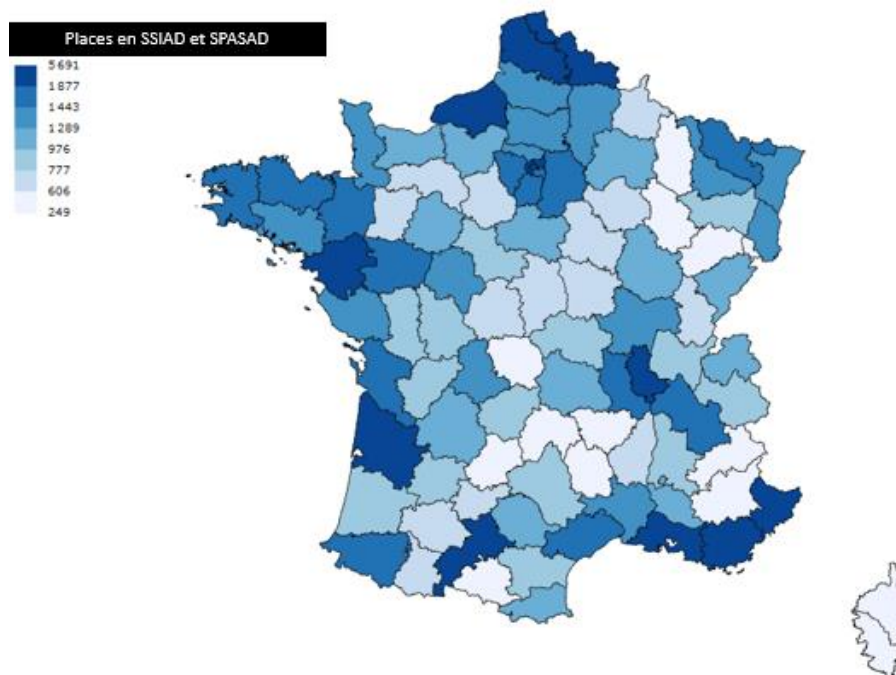


Source : Cartographie réalisée par l'IGAS à partir des Données 2021 suivantes : Insee - Estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2021)

1.2 Place des CSI au regard de l'offre de soins en SSIAD et SPASAD

On aurait pu s'attendre à ce que l'offre de soins des CSI soit pour partie en miroir de celles des SSIAD et SPASAD dans la mesure où ces différents dispositifs touchent, pour partie, des publics proches. On observe cependant que, si la carte de l'implantation des SSIAD et SPASAD est relativement proche de celle de la population générale, elle n'a pas de lien apparent avec celle des CSI.

Carte 4 : Places en SSIAD et en SPASAD



Source : Cartographie réalisée par l'IGAS à partir des Données 2021 suivantes : [Panorama Statistique - Cohésion Sociale - Travail - Emploi - 2021 \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

A titre d'exemple, les départements du Finistère (919 983 habitants) et du Var (1 090 123 habitants), très proches en termes de population et de densité en infirmiers libéraux (respectivement 234,2 IDEL/100 000 habitants et 299,5 IDEL/100 000 habitants¹¹⁹), possèdent tous deux 29 SSIAD / SPASAD. Le Finistère est doté de 27 CSI sur son territoire alors que le département du Var n'en possède aucun. Certaines zones du territoire sont ainsi mieux dotées que d'autres en termes de soins à domicile (voir tableau ci-dessous)

Tableau 2 : Illustration de l'hétérogénéité de l'offre de soins entre les départements

	Finistère	Var	Ecart
Nombre d'habitants	919 983 habitants	1 090 123 habitants	15 %
Densité IDEL	234,2 IDEL/100 000 habitants	299,5 IDEL/100 000 habitants	21 %
SSIAD / SPASAD	29	29	0 %
CSI	27	0	100 %

Source : Estimations par l'IGAS à partir de la plateforme ATIH eCDS données 2020, de la plateforme Carto-Santé 2020 et des données INSEE 2020

¹¹⁹ [Densité d'infirmiers libéraux | L'Observatoire des Territoires \(observatoire-des-territoires.gouv.fr\)](#)

In fine, IDEL, CSI et SSIAD-SPASAD n'ont pas de lien apparent dans leurs implantations, ce qui s'explique aisément par le fait que les facteurs d'installation des uns et des autres répondent à des logiques largement distinctes et à une régulation des pouvoirs publics fortement différenciés, quand bien même ces différents dispositifs répondent en partie à des objectifs de politique publique proches (prise en charge des soins infirmiers à domicile).

Tableau 3 : Comparaison des files actives de patients des CSI avec les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées SSIAD et SPASAD.

Départements		Population au 1 ^{er} janvier 2021	Offre de soins au 31 décembre 2020			
			Nombre de CSI	File active de patients pris en charge en CSI	Nombre de services SSIAD + SPASAD	Nombre de places en SSIAD + SPASAD
01	Ain	660 875	2	147	23	894
02	Aisne	526 857	10	4 138	29	1 415
03	Allier	333 042	2	563	8	856
04	Alpes-de-Haute-Provence	165 171	0	0	12	512
05	Hautes-Alpes	141 039	0	0	10	510
06	Alpes-Maritimes	1 101 039	1	174	41	2 635
07	Ardèche	329 841	4	1 022	21	631
08	Ardennes	267 127	1	834	6	614
09	Ariège	153 197	1	172	13	454
10	Aube	310 804	1	448	7	663
11	Aude	378 068	0	0	13	974
12	Aveyron	279 997	21	10 635	33	916
13	Bouches-du-Rhône	2 056 455	1	119	65	3 313
14	Calvados	695 207	8	4 252	20	1 225
15	Cantal	143 790	2	936	13	493
16	Charente	350 888	1	191	5	890
17	Charente-Maritime	656 951	4	1 410	10	1 580
18	Cher	298 669	1	218	17	775
19	Corrèze	239 019	9	3 329	23	860
2A	Corse-du-Sud	161 082	0	0	6	317
2B	Haute-Corse	185 528	0	0	3	249
21	Côte-d'Or	534 164	6	1 800	29	1 078
22	Côtes-d'Armor	600 924	5	3 382	23	1 798
23	Creuse	114 609	0	0	10	593
24	Dordogne	412 163	1	479	21	1 212
25	Doubs	546 224	15	6 671	20	1 133
26	Drôme	521 894	6	2 400	29	899

RAPPORT IGAS N°2022-040R (ANNEXES)

Départements		Population au 1 ^{er} janvier 2021	Offre de soins au 31 décembre 2020			
			Nombre de CSI	File active de patients pris en charge en CSI	Nombre de services SSIAD + SPASAD	Nombre de places en SSIAD + SPASAD
27	Eure	595 697	1	611	17	1 015
28	Eure-et-Loir	429 083	2	1 876	11	695
29	Finistère	919 983	27	8 517	29	1 846
30	Gard	751 840	2	394	26	1 321
31	Haute-Garonne	1 434 439	10	1 873	37	2 087
32	Gers	191 910	2	NA	14	625
33	Gironde	1 661 929	10	1 821	27	2 633
34	Hérault	1 203 899	1	260	39	1 765
35	Ille-et-Vilaine	1 098 420	11	5 525	24	1 723
36	Indre	216 392	0	0	15	711
37	Indre-et-Loire	612 237	7	1 911	24	1 404
38	Isère	1 280 557	16	5 358	35	1 823
39	Jura	257 906	5	2 568	14	699
40	Landes	419 507	2	269	17	917
41	Loir-et-Cher	326 778	0	0	17	811
42	Loire	766 473	13	6 480	41	1 481
43	Haute-Loire	227 229	3	2 102	12	521
44	Loire-Atlantique	1 461 267	27	15 015	30	2 222
45	Loiret	684 609	0	0	18	1 289
46	Lot	174 282	2	585	15	584
47	Lot-et-Garonne	329 848	2	311	22	976
48	Lozère	76 604	7	4 152	10	301
49	Maine-et-Loire	822 488	23	10 136	24	1 478
50	Manche	492 667	6	2 384	33	1 301
51	Marne	563 998	11	3 881	17	997
52	Haute-Marne	168 391	0	0	12	464
53	Mayenne	306 224	3	1 890	10	675
54	Meurthe-et-Moselle	732 085	4	986	25	1 388
55	Meuse	180 059	0	0	14	557
56	Morbihan	767 088	14	7 686	31	1 342
57	Moselle	1 045 213	6	1 690	26	1 765
58	Nièvre	201 110	6	1 880	21	694
59	Nord	2 607 879	40	10 085	74	5 691

RAPPORT IGAS N°2022-040R (ANNEXES)

Départements		Population au 1 ^{er} janvier 2021	Offre de soins au 31 décembre 2020			
			Nombre de CSI	File active de patients pris en charge en CSI	Nombre de services SSIAD + SPASAD	Nombre de places en SSIAD + SPASAD
60	Oise	831 944	0	0	14	1 420
61	Orne	275 624	4	1 676	13	746
62	Pas-de-Calais	1 460 003	7	2 845	53	3 617
63	Puy-de-Dôme	669 014	0	0	23	1 122
64	Pyrénées-Atlantiques	688 474	4	638	26	1 483
65	Hautes-Pyrénées	230 579	0	0	14	685
66	Pyrénées-Orientales	483 558	1	96	17	1 286
67	Bas-Rhin	1 150 899	29	7 957	27	1 355
68	Haut-Rhin	767 736	20	6 635	26	1 337
69	Rhône	1 899 599	10	2 587	48	2 590
70	Haute-Saône	233 489	11	5 159	14	606
71	Saône-et-Loire	547 937	2	634	27	1 352
72	Sarthe	565 314	3	NA	18	1 224
73	Savoie	439 852	0	0	23	822
74	Haute-Savoie	841 639	2	739	17	1 040
75	Paris	2 147 716	3	131	30	5 307
76	Seine-Maritime	1 254 203	8	3 290	41	2 402
77	Seine-et-Marne	1 436 063	1	41	19	1 791
78	Yvelines	1 457 875	1	242	25	1 828
79	Deux-Sèvres	374 763	1	739	16	888
80	Somme	567 745	2	388	25	1 443
81	Tarn	392 053	0	0	15	1 096
82	Tarn-et-Garonne	262 863	0	0	11	658
83	Var	1 090 123	0	0	29	1 953
84	Vaucluse	562 533	0	0	15	1 086
85	Vendée	694 684	18	15 348	29	1 365
86	Vienne	439 635	4	4 276	4	925
87	Haute-Vienne	370 651	11	3 818	19	1 310
88	Vosges	360 241	1	338	19	837
89	Yonne	332 048	2	940	20	777
90	Territoire de Belfort	138 931	2	907	3	275
91	Essonne	1 310 435	4	1 125	18	1 602
92	Hauts-de-Seine	1 636 156	0	0	34	2 467

Départements		Population au 1 ^{er} janvier 2021	Offre de soins au 31 décembre 2020			
			Nombre de CSI	File active de patients pris en charge en CSI	Nombre de services SSIAD + SPASAD	Nombre de places en SSIAD + SPASAD
93	Seine-Saint-Denis	1 668 164	0	0	31	2 002
94	Val-de-Marne	1 425 072	2	153	28	1 877
95	Val-d'Oise	1 267 124	1	NA	13	1 426
France métropolitaine		65 447 454	519	204 268	2 095	125 290
971	Guadeloupe	377 856	0	0	17	709
972	Martinique	356 029	0	0	11	468
973	Guyane	290 528	0	0	1	116
974	La Réunion	866 181	0	0	4	539
976	Mayotte	288 348	0	0	1	40
DOM		2 178 942	0	0	34	1 872
France métropolitaine et DOM		67 626 396	519	204 268	2 129	127 162

Source : Estimations réalisées par l'IGAS : Données 2021 : Insee - Estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2021), DREES, Finess, SAE, eCDS, CNAM, [Panorama Statistique - Cohésion Sociale - Travail - Emploi - 2021 \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

2 Les centres de soins infirmiers travaillent de façon étroite avec les autres offreurs de soins de proximité de leur territoire

2.1 La prescription des soins

L'enquête en ligne réalisée par l'IGAS auprès des CSI a permis de collecter des éléments sur la provenance de la patientèle des centres. Les centres répondants ont hiérarchisé du rang 1 au rang 5 la fréquence de provenance des prescriptions médicales adressées aux CSI. Ces données nous ont permis d'identifier les différents prescripteurs de soins et de les hiérarchiser par taux de recours.

Tableau 4 : Hiérarchisation de la provenance des prescriptions par les CSI

	Médecins libéraux	Médecins exerçant en centre de santé	Hôpital en sortie d'hospitalisation	Hospitalisation à domicile	Autre
Total de réponses*	388	197	396	50	132
Rang 1	346	22	26	2	5
Rang 2	26	50	292	11	9
Rang 3	10	61	72	8	44
Rang 4	5	42	4	6	39
Rang 5	1	22	2	23	35

Source : Estimation réalisée par l'IGAS à partir du questionnaire SOLEN transmis à l'ensemble des centres de soins infirmiers du territoire.

*seuls les CSI ayant répondu à la question ont été renseigné dans notre analyse. Parmi les répondants certains n'ont renseigné qu'une seule provenance pour les prescriptions.

Il en ressort que le premier prescripteur de soins infirmiers pris en charge par les CSI est, de loin, le groupe des médecins libéraux avant ensuite l'hôpital (sortie d'hospitalisation). De plus, un grand nombre de CSI mentionne les centres de santé. A l'inverse, il est caractéristique de noter que l'hospitalisation à domicile est très rarement mentionnée alors même que près de neuf centres sur dix ont une convention avec une structure HAD, signe d'un faible recours par la HAD au CSI.

2.2 Les conventions avec les autres structures de soins

Afin d'étudier les interactions entre les centres de soins infirmiers et les autres centres de santé tels que les SSIAD, les HAD, les EHPAD, mais aussi les pharmacies, les laboratoires d'analyse médicale, les maisons de santé et les centres médicaux (dentaires ou polyvalents), la mission a aussi posé aux CSI la question suivante : « Avez-vous signé une (ou plusieurs) convention(s) de partenariat pour organiser votre activité (ex. avec SSIAD, HAD, laboratoire d'analyse médicale, maison de santé) ? » ; sur les 402 CSI qui ont répondu à cette question, 97 % ont déclaré avoir un partenariat avec d'autres structures contre 13 seulement (3,23 %) ayant déclaré ne pas avoir développé de partenariat.

Tableau 5 : Répartition des conventions signées entre les CSI et les structures de soins

« Avez-vous signé une (ou plusieurs) convention(s) de partenariat pour organiser votre activité (ex. avec SSIAD, HAD, laboratoire d'analyse médicale, maison de santé) ? »								
	Signature d'une convention de partenariat avec* :							
Total des CSI ayant répondu « Oui » à la question	SSIAD	HAD	EHPAD	Pharmacie	Laboratoire d'analyses médicales	Maison de santé	Centre de santé médical, dentaire ou polyvalent	Autre structure
389	310	357	64	11	291	53	9	123

Source : Estimation réalisée par l'IGAS à partir du questionnaire SOLEN transmis à l'ensemble des centres de soins infirmiers du territoire.

*Plusieurs CSI ont déclaré avoir établi plusieurs conventions.

Le nombre moyen de partenariats des CSI est légèrement supérieur à trois par CSI, preuve de l'inscription forte des CSI dans leur territoire d'intervention auprès des autres acteurs locaux.

Les partenariats sont indispensables au développement de l'activité des centres. Ils sont générateurs de prescriptions et permettent le développement de réseaux de professionnels de santé pour une prise en charge optimale des patients. Toutefois la place des CSI dans le parcours de soin n'est pas vraiment connue de tous, ou bien ne s'impose pas comme une suite logique de prise en charge des patients. On observe que 357 CSI ont indiqué avoir établi des conventions avec des structures d'hospitalisation à domicile qui finalement n'est que peu génératrice de prescriptions. Les structures de HAD ne font appel que rarement aux CSI puisque tous les soins peuvent être réalisés par ces structures.

2.3 La (non) inscription des CSI dans les communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS)

Dans les communes où ils sont implantés, les CSI représentent une part généralement importante de l'offre de soins infirmiers à domicile. Or, il semble que leur inscription dans les CPTS peine parfois à se réaliser.

Ainsi, de façon répétée et quasiment unanime lors des auditions menées par la mission, des responsables de centre ont signalé leur volonté de s'inscrire dans la CPTS de leur territoire mais ont fréquemment pointé les difficultés qu'ils rencontraient à participer et à y adhérer.

Etait souvent évoquée la perception d'être tenus à l'écart du dialogue des acteurs sanitaires de la ville à un moment pourtant crucial de mise en place des CPTS. Nombreux sont les acteurs qui ont fait un parallèle entre cette situation et l'oubli fréquent des acteurs publics (ARS, collectivités) de mentionner les centres de santé infirmiers lorsqu'ils traitent des offreurs de soins de proximité. La mission a néanmoins relevé le cas particulier d'un CSI dans le Doubs qui a au contraire été lui-même à l'origine de la constitution de la CPTS et en est membre du bureau : notons cependant que ce CSI répond à une logique particulière dans la mesure où il a été à l'origine il y a quelques années de la création d'une maison de santé dont le CSI est partie prenante, ce qui facilite son dialogue avec les professionnels de santé libéraux du territoire.

ANNEXE 7 : Environnement associatif et structurel des CSI

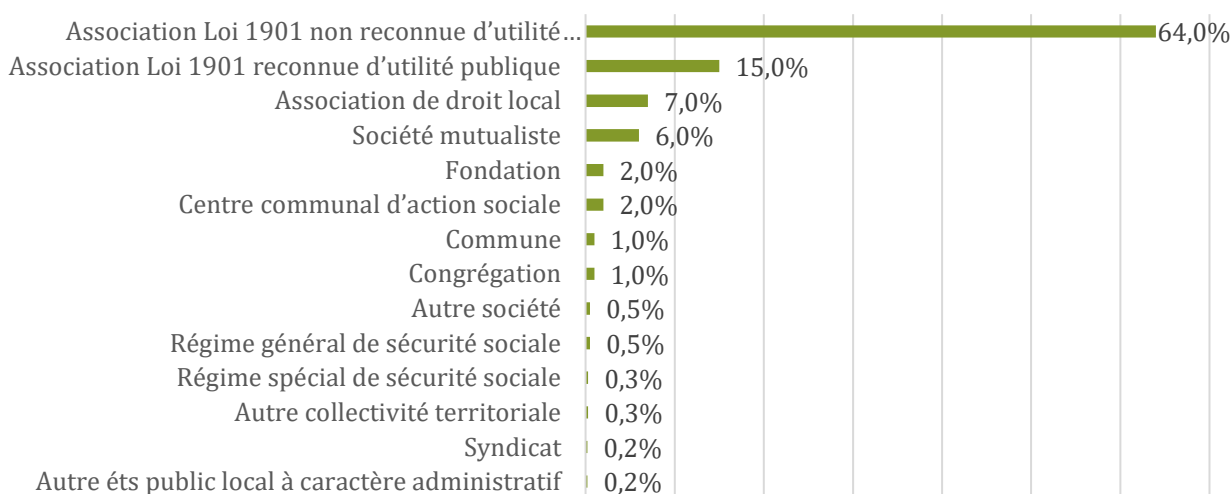
ANNEXE 7 :	Environnement associatif et structurel des CSI	115
1	Les centres de soins infirmiers sont majoritairement des associations à but non lucratif.....	117
1.1	<i>Etat des lieux du caractère associatif des centres de soins infirmiers</i>	<i>117</i>
1.2	<i>Place des bénévoles dans les centres de soins infirmiers</i>	<i>117</i>
2	Les centres de soins infirmiers sont majoritairement rattachés à des fédérations	120
2.1	<i>Quelles sont les fédérations représentantes des centres de soins infirmiers</i>	<i>120</i>
2.2	<i>Rôle des fédérations auprès des centres de soins infirmiers</i>	<i>121</i>
3	Les centres de soins infirmiers isolés s'avèrent peu nombreux	121
4	Des perspectives de mutualisations qui découlent de l'appartenance à des gestionnaires multi-activités	122
4.1	<i>En terme d'effectifs, les CSI occupent une place mineure au sein des structures gestionnaires</i>	<i>122</i>
4.2	<i>Des mutualisations multiples</i>	<i>122</i>

1 Les centres de soins infirmiers sont majoritairement des associations à but non lucratif

1.1 Etat des lieux du caractère associatif des centres de soins infirmiers

La majorité des CSI sont des associations à but non lucratif (86 %), la majorité (64 %) sont régis par la loi de 1901 non reconnues d'utilité publique. Les 14 % restants se répartissent entre différents statuts juridiques (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 1 : Répartition des centres de soin infirmiers en fonction de leur statut juridique (2021)

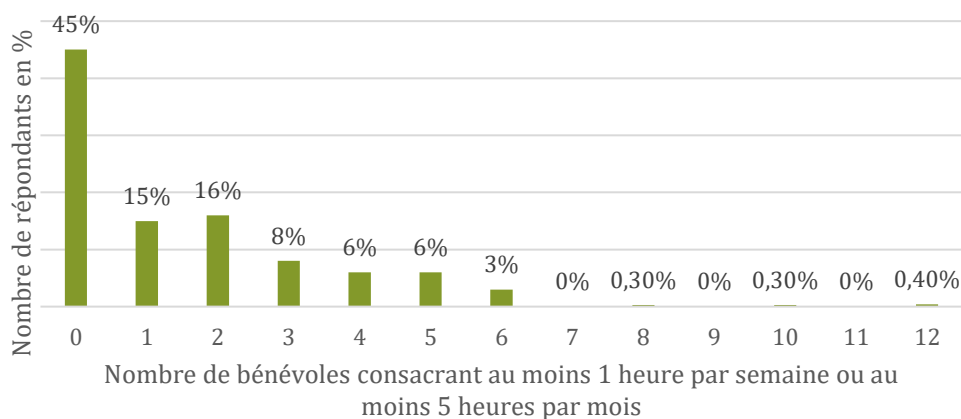


Source : Estimations réalisées par l'IGAS à partir de la plateforme ATIH eCDS 2021

1.2 Place des bénévoles dans les centres de soins infirmiers

La place des bénévoles dans les centres de soins infirmiers a été estimée par la mission IGAS grâce au questionnaire SOLEN transmis à l'ensemble des centres de soins infirmiers. A la question « Combien de bénévoles consacrent au moins 1 heure par semaine ou au moins 5 heures par mois à l'activité du centre », 386 centres ont répondu à la question avec une réponse moyenne de 1,5 bénévole par centre.

Tableau 1 : Taux de réponse à la question « Combien de bénévoles consacrent au moins 1 heure par semaine ou au moins 5 heures par mois à l'activité du centre ? »



Source : Estimations réalisées par l'IGAS à partir du questionnaire SOLEN transmis aux centres de soins infirmiers

Parmi les CSI ayant répondu à l'enquête, 45 % déclarent qu'aucun bénévole ne consacre « au moins 1 heure par semaine ou moins de 5 heures par mois à l'activité du centre ». Cela signifie que le reste des centres déclare qu'au moins un bénévole s'investit dans la vie du centre. Au cours de ses investigations, la mission a pu constater que les postes de trésorier et de président étaient les plus présents sur le terrain et les plus investis.

Le degré d'implication et l'activité des bénévoles des centres est très hétérogène d'un centre de soins infirmiers à un autre. Les bénévoles des centres de soins infirmiers occupent généralement des fonctions de gouvernance et plus rarement des fonctions administratives.

Ainsi, quelques bénévoles des centres de soins infirmiers rencontrés durant la mission déclaraient occuper des fonctions de gestion des ressources humaines, intervenant notamment dans le processus d'embauche du personnel, en participant aux entretiens d'embauche, en organisant les entretiens annuels et en s'occupant de rédiger les contrats de travail du personnel du centre. D'autres bénévoles ont déclaré gérer la comptabilité des centres de soins.

Tableau 2 : Temps de travail des bénévoles

	« Combien de bénévoles consacrent au moins 1 heure par semaine ou au moins 5 heures par mois à l'activité du centre »									
Nombre de bénévoles consacrant au moins 1 heure par semaine ou au moins 5 heures par mois	0	1	2	3	4	5	6	8	10	12
Nombre moyen de salariés des CSI	10,9	10	11	10	9	9	13,5	13	8	10,5
Nombre moyen d'ETP du personnel des CSI	8,5	7,5	8,5	7,3	7,6	7,2	10,8	8,44	7,5	5,7
Nombre moyen de salariés ayant des fonctions de	1,9	1,2	1,4	1,7	1	2,6	1	NR	1	NR

	« Combien de bénévoles consacrent au moins 1 heure par semaine ou au moins 5 heures par mois à l'activité du centre »									
secrétariat, agent comptable, chargé de mission										
Nombre moyen d'ETP du personnel ayant des fonctions de secrétariat, agent comptable, chargé de mission	0,5	0,75	0,7	0,7	0,6	0,5	1	NR	0,5	NR
Nombre moyen de salariés ayant des fonctions de directeur de centre	1,2	1	1	1	1	1	1	NR	NR	1
Nombre moyen d'ETP du personnel ayant des fonctions de directeur de centre	0,25	0,45	0,41	0,35	0,27	0,23	1	NR	NR	0,3
Nombre moyen de salariés ayant des fonctions de cadre administratif	1,7	1	1,2	3	1	1,6	1	NR	NR	1
Nombre moyen d'ETP du personnel ayant des fonctions de cadre administratif	0,24	0,45	0,6	0,3	0,5	0,5	0,27	NR	NR	0,22

Source : Estimations réalisées par l'IGAS à partir du questionnaire SOLEN transmis aux centres de soins infirmiers ainsi que des données de la plateforme e-CDS de l'ATIH. NR non renseigné

La mise en relation des personnels salariés du centre avec le nombre de bénévoles investis dans l'activité (cf. tableau 2 supra) montre que le nombre de bénévoles n'influe pas sur le nombre total de salariés des centres. Bien que les bénévoles soient présents dans les centres, ils pratiquent généralement une activité de soutien des équipes mais ne se substituent pas ou très peu au personnel des centres. On peut observer notamment que le nombre d'ETP relatifs au personnel ayant des fonctions administratives de comptabilité ou de secrétariat est relativement stable voir diminue faiblement lorsque le nombre de bénévoles impliqués dans le CSI augmente. Il en est de même pour le ETP du personnel des centres ayant des fonctions de direction qui passent de 0,45 ETP en moyenne pour les centres ayant 1 bénévole consacrant au moins 1h par semaine ou au moins 5h par mois à l'activité du centre à 0,23 pour les CSI disposant de 5 bénévoles répondant à cette condition.

Les bénévoles impliqués dans le fonctionnement des centres de soins infirmiers sont pour une grande majorité des personnes retraitées¹²⁰.

D'après certains de nos interlocuteurs, le recrutement et le remplacement des bénévoles par les centres est difficile.

Parmi les 196 centres de soins infirmiers ayant déclaré dans le questionnaire SOLEN « penser que leur centre est susceptible de fermer d'ici une ou deux années », 20 centres (10 %) ont attribué le risque de fermeture à « une diminution du nombre de bénévoles ». Un seul centre (0,5 % des répondants à l'enquête attribuait le risque de fermeture uniquement à cette raison. Pour les autres centres, la diminution du nombre de bénévoles était conjointement associée à des raisons financières et des raisons de diminution du personnel IDE.

¹²⁰ Constats établis par l'IGAS d'après les entretiens menés

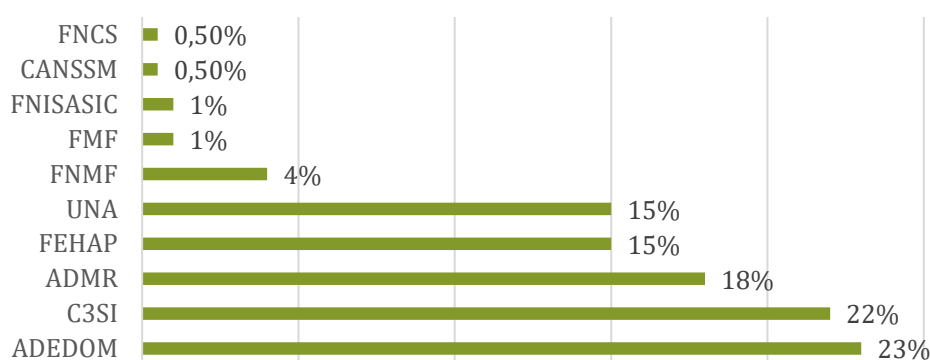
Le nombre de bénévoles ne semble pas être un critère déterminant de la viabilité des centres de soins infirmiers, d'une part, car dans la majorité des cas ils n'ont pas de rôle déterminant dans le fonctionnement des centres autre que celui lié à la gouvernance de l'association. Lorsqu'ils sont actifs, les tâches qui leur sont confiées sont généralement des actions de support venant en complément de l'activité administrative.

2 Les centres de soins infirmiers sont majoritairement rattachés à des fédérations

2.1 Quelles sont les fédérations représentantes des centres de soins infirmiers

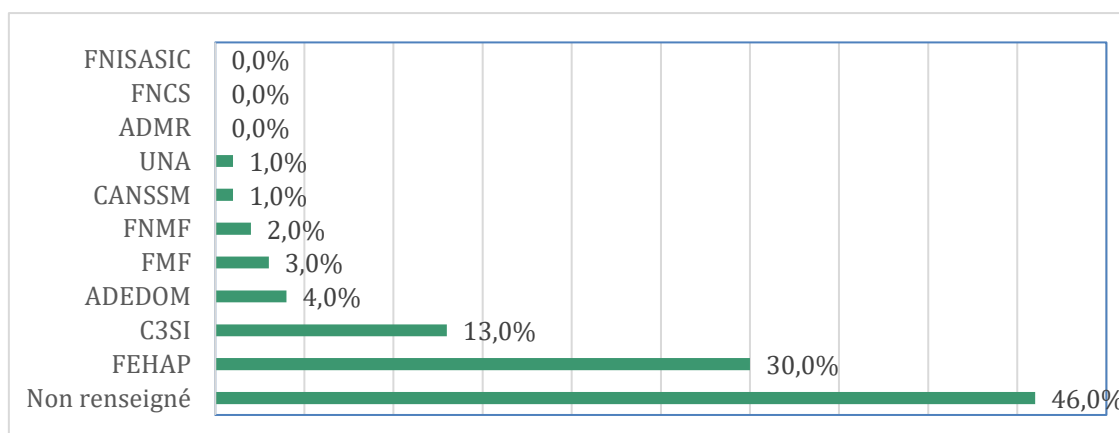
Les centres de soins infirmiers sont majoritairement rattachés à une fédération parmi les suivantes : ADEDOM, ADMR, C3SI, CANSSM, FEHAP, FMF, FNCS, FNISASIC, FNMF, UNA. Sur les 401 CSI ayant répondu à la question « Le centre de soins infirmiers est-il adhérent à une fédération », 80 % ont confirmé leur appartenance à une fédération.

Graphique 2 : Répartition des CSI au regard des fédérations auxquelles ils appartiennent



Source : Estimations réalisées par l'IGAS à partir du questionnaire SOLEN remis aux centres de soins infirmiers

Parmi 115 les centres de soins infirmiers ayant déclaré ne pas dépendre de la convention collective BAD la répartition des CSI affiliés aux différentes fédérations est la suivante :



Source : Estimations réalisées par l'IGAS à partir du questionnaire SOLEN remis aux centres de soins infirmiers

2.2 Rôle des fédérations auprès des centres de soins infirmiers

Les fédérations ont pour fonction de représenter les intérêts des centres, de défendre et soutenir le développement des activités des associations et gestionnaires auxquelles ils appartiennent. Elles dispensent également des formations ouvertes aux professionnels de l'aide et du soin à domicile.

Chaque fédération a construit une offre d'accompagnement et de prestations destinées aux structures cotisantes. Par exemple dans le cas de la fédération ADMR, les CSI rencontrés ont rapporté que certaines fonctions support étaient assurées par cette fédération elle-même pour le compte des CSI rattachés, à l'instar des bilans comptables. Certaines fédérations permettent l'entraide inter-CSI. Un CSI a rapporté à la mission avoir contribué financièrement à un fond de solidarité mis en place par l'ADMR Vendée visant à aider les centres de soins infirmiers en déficit suite à la mise en place de l'avenant 43.

3 Les centres de soins infirmiers isolés s'avèrent peu nombreux

La majorité des centres de soins infirmiers sont rattachés à une association gérant plusieurs structures. Les centres de soins infirmiers isolés sont minoritaires. A la question « L'entité juridique gestionnaire du centre de soins infirmiers possède-t-elle d'autres structures que ce centre (exemple SSIAD, SAAD, centre de santé médical, autre centre de soins infirmiers », 59 % des 395 centres ont répondu positivement.

Tableau 3 : Les différentes structures auxquels sont rattachés les centres de soins infirmiers

Réponse à la question : « L'entité juridique gestionnaire du centre de soins infirmiers possède-t-elle d'autres structures que ce centre (exemple SSIAD, SAAD, centre de santé médical, autre centre de soins infirmiers »								
Structures de soins	SSIAD	SAAD	Centre de santé médical dentaire ou polyvalent	Maison de santé ou maison médicale	EHPAD	HAD	Autre centre de soins infirmiers	Autre type de structures
CSI déclarant être rattachés à d'autres structures via son gestionnaire*	45 %	17 %	14 %	0,5 %	13 %	7 %	25 %	24 %

Source : Estimations réalisées par l'IGAS à partir du questionnaire SOLEN remis aux centres de soins infirmiers

*Un centre de soins infirmier peut être rattaché à plusieurs structures.

4 Des perspectives de mutualisations qui découlent de l'appartenance à des gestionnaires multi-activités

4.1 En terme d'effectifs, les CSI occupent une place mineure au sein des structures gestionnaires

En moyenne la structure gestionnaire possède 1,41 CSI. Ces CSI ne représentent qu'une petite partie des effectifs salariés par l'une des structures de l'association gestionnaire, soit 3,16 % du personnel total, d'après l'enquête SOLEN transmise aux centres de soins infirmiers en juillet 2022

Tableau 4 : Représentation des CSI par rapport aux structures gestionnaires

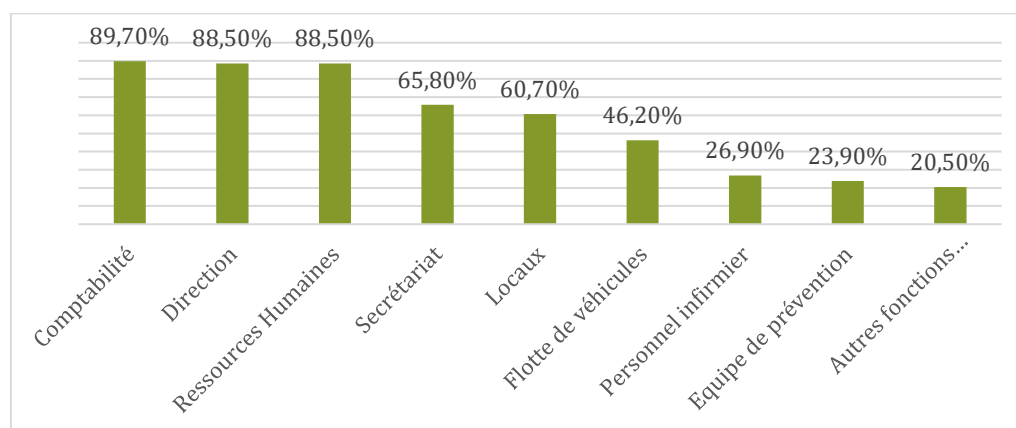
	Gestionnaires	CSI associés	Représentation des CSI par rapport aux gestionnaires associés
Nombre d'entités	136	193	1,4
Nombre de salariés	62 101	1 962	3 %

Source : Estimations réalisées par l'IGAS à partir du questionnaire SOLEN remis aux centres de soins infirmiers

4.2 Des mutualisations multiples

La majorité des CSI mutualisent plusieurs fonctions avec les autres structures auxquels ils sont rattachés. Parmi l'ensemble des CSI interrogés 54 % des CSI ont déclaré être concernés par des mutualisations, on retrouve parmi eux les mutualisations référencées dans le tableau suivant.

Tableau 5 : Les fonctions mutualisées pour les CSI ayant déclaré être concernés par des mutualisations



Source : Estimations réalisées par l'IGAS à partir du questionnaire SOLEN remis aux centres de soins infirmiers

Note :

*Un CSI peut mutualiser plusieurs fonctions

**Les « autres fonctions mutualisées » concernaient majoritairement les responsables qualité et de gestion de projet, les services technique et d'hygiène

Les fonctions mutualisées dans la majorité des cas sont : les fonctions de direction mais aussi la gestion des ressources humaines et la gestion de la comptabilité.

ANNEXE 8 : Données sur l'activité des centres de soins infirmiers

ANNEXE 8 :	Données sur l'activité des centres de soins infirmiers.....	123
1	Effectifs IDE et ETP selon l'exercice	125
2	Nombre de patients, quantité d'actes et honoraires selon le mode d'exercice (CSI/IDEL).....	127
2.1	<i>Vue nationale</i>	<i>127</i>
2.2	<i>Etude comparative des caractéristiques des soins infirmiers des IDEL et des IDE de CSI en 2021 dans la région Bourgogne Franche comté</i>	<i>135</i>
2.2.1	<i>Patientèle.....</i>	<i>136</i>
2.2.2	<i>Montants remboursés et nombre d'actes</i>	<i>136</i>
2.2.3	<i>Comparaison patients / actes / nombre de dépenses entre IDEL et IDE ETP CSI en BFC</i>	<i>137</i>
3	Données relative à la facturation des actes (année 2019)	137
3.1	<i>Evolution au cours de la période 2017-2021</i>	<i>139</i>
3.2	<i>Typologie des actes détaillée pour l'année 2019 pour les CSI et les CDS polyvalents</i>	<i>140</i>
3.3	<i>Effet de la création des bilans de soins infirmiers et de la crise sanitaire sur l'évolution et la facturation des AIS</i>	<i>142</i>
3.4	<i>Evolution du montant total de la dépense par CSI (2017-2021)</i>	<i>145</i>

Cette annexe présente successivement :

- Les effectifs IDE par lieu d'exercice et leur évolution en 2021 comparativement à 2019 ;
- Une présentation comparée des données disponibles pour les CSI et les IDEL au niveau national (cf. remarque infra) ;
- Des données statistiques détaillées pour les centres de santé en 2019 (et dans une moindre mesure, 2021, dès lors que la crise sanitaire a un effet potentiellement déstabilisant mais transitoire sur l'activité) : CSI et CDS médical polyvalent ayant une activité infirmière ;
- Des données relatives à la facturation des actes et notamment l'effet de la crise sanitaire et de la création des forfaits « bilan de soins infirmiers » (BSI) sur la facturation des AIS.

Remarque :

Il n'a pas été possible de mener les travaux de comparaison de l'activité des IDEL et des IDE salariés en CSI au niveau de granularité (c'est-à-dire à l'échelle territoriale, si nécessaire communale) que la mission aurait souhaité.

Pour ce faire, l'Inspection a demandé à l'Assurance maladie une série de données détaillées par professionnel de santé concernant l'activité des CSI avant la crise sanitaire (année 2019), ainsi que celles concernant l'activité des infirmières libéraux (IDEL), afin de déterminer s'il existe des écarts en termes de volume d'activité et/ou des spécificités concernant la répartition des actes de soins infirmiers entre l'exercice salarié et l'exercice libéral. Elle a obtenu les données d'activité détaillées des CSI (présentées infra). En revanche, elle n'a pu obtenir celles relatives à l'activité détaillée des IDEL. Dans sa réponse, l'Assurance maladie n'a pas estimé pouvoir communiquer les éléments individuels à la mission « à savoir une ligne par IDEL sur l'ensemble des IDEL exerçant en France, avec pour chacune, des informations notamment sur la structure d'activité. En effet, outre la lourdeur du traitement et du fichier ainsi créé, il résulterait de cette demande un fichier dont les informations comporteraient des données à une granularité trop fine exposant à un risque potentiel de ré-identification des patients. De ce fait, les travaux que [la mission envisage] de faire avec ces données ne nous semblent envisageables que dans le cadre d'un accès SNDS conforme au référentiel de sécurité et dans un espace sécurisé¹²¹ ».

Lors des entretiens, les deux directions de la CNAM en charge de l'analyse des données (la DDGOS et la DSES) n'ont pas fait état de travaux statistiques communs visant à comparer les deux types d'exercice, notamment leur coût.

1 Effectifs IDE et ETP selon l'exercice

Concernant les effectifs, la période récente, marquée par la crise sanitaire, s'est traduite par une augmentation des effectifs des IDEL depuis 2019 (98 109, soit +3 % en 2021), par la diminution du nombre d'infirmières salariées en CSI (-2,2 %, soit 4 281 en 2021) et par une forte hausse du nombre des infirmières en centre de santé médical polyvalent (+23 %, 1 223 infirmières, cf. tableau ci-dessous).

¹²¹ La CNAM est responsable de la mise à disposition des données du système national des données de santé (SNDS). Cf. décret n° 2016-1871 du 26 décembre 2016, article R. 1461-1 du code de la santé publique et suivants.

Tableau 1 : Evolution des effectifs en CSI/CDS/exercice libéral (2019-2021)

	2019	2021	Evolution n-1
Nb de CSI (adhérent accord national)	468	485	3,6 %
Nb d'IDE en CSI adhérent (salariés)	4 379	4 281	-2,2 %
Nb IDE ETP en CSI	3 054	3 044	-0,3 %
Nb de CDS polyvalent avec IDE (adhérent accord national)	310	383	23,5 %
Nb d'IDE en CDS (salariés)	954	1 223	28,2 %
Nb ETP IDE en CDS	755	963	27,5 %
Nb moyen ETP IDE / CSI	6,5	6,3	-3,1 %
Nb moyen ETP IDE / CDS	2,4	2,5	4,2 %
Nb IDEL (effectif)	95 195	98 109	3,1 %

Source : CNAM : DSES, DDGOS, calculs missions

Ces données illustrent deux évolutions fortes au cours de la période récente :

- Une politique de « laisser faire » qui favorise de fait le développement de l'activité libérale plutôt que salariée : les effectifs IDE en CSI décroissent quand les effectifs IDEL croissent depuis 2019. Sur plus longue période, le décalage est encore plus frappant : alors que les CSI comptaient environ 5 000 IDE en 2006¹²², ils en comptent moins de 4 300 aujourd'hui. A l'inverse, la population des infirmières libérales a considérablement augmenté, passant de 57 000 en 2006¹²³ à presque 100 000 aujourd'hui. Le poids des IDE salariés dans l'offre infirmière de proximité a donc été plus que divisé par deux en quinze ans (autour de 9 % en 2006 contre un peu plus de 4 % en 2021), confortant le paradigme favorable à l'activité libérale qui prévaut depuis plusieurs décennies¹²⁴. Or, force est de constater que la croissance élevée des effectifs IDEL, couplée à des règles d'installation pourtant plus resserrées ces dernières années, n'a pas permis de faire disparaître les zones en manque d'infirmières en France : ainsi, en 2021, près de 15 % de la population française métropolitaine vit encore dans un territoire en zonage infirmier sous doté¹²⁵.
- La priorité gouvernementale accordée au développement de des centres de santé médicaux polyvalents plutôt que des centres de soins infirmiers : tandis qu'entre 2019 et 2021, le nombre de CDS a cru très fortement (près d'un quart pour ceux disposant d'infirmières), le nombre de CSI a largement stagné (+3,6 %) ¹²⁶. Cela est.

¹²² « Situation financière des centres de soins infirmiers », rapport n°2006-176P établi par Anne Marie Léger et Huguette Mauss, novembre 2006

¹²³ Voir La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles, Etudes et Résultats, Drees, N°759 • mai 2011.

¹²⁴ Cf. annexe détaillée relative à la gouvernance et à la régulation de l'offre.

¹²⁵ Calcul des auteurs à partir des données 2021 de CartoSanté.

¹²⁶ Toute proportion gardée, la France aurait compté environ 1000 CSI au tournant des années 2000 (voir « Situation financière des centres de soins infirmiers », rapport n°2006-176P établi par Anne Marie Léger et Huguette Mauss, novembre 2006).

2 Nombre de patients, quantité d'actes et honoraires selon le mode d'exercice (CSI/IDEL)

2.1 Vue nationale

- Nombre de patients

La mission a comparé les données relatives au nombre de patients¹²⁷ suivis par les IDE salariés en CSI et les IDEL établies respectivement par la direction statistique de la CNAM (DSES) pour les IDEL et la DDGOS de la CNAM pour les CDS. Leur comparabilité doit être relativisée, d'une part parce qu'il convient de s'assurer au préalable de leur qualité et de leur degré d'homogénéité¹²⁸, et, d'autre part parce que la quotité de travail effective moyenne des IDEL exerçant seul ou en cabinet n'est pas connue : par construction, il n'existe pas la notion d'« ETP IDEL »¹²⁹. On peut néanmoins déduire de la distribution des revenus présentée ci-dessous d'importants écarts en termes de temps de travail des IDEL vu la grande variabilité du montant moyen des revenus encaissés.

Tableau 2 : Répartition par décile des résultats nets fiscaux des infirmières libérales (2012)

Tranche de résultats fiscaux	Montant des résultats fiscaux (en M€)	Revenu moyen par professionnel (en €)
De -85 029 € à 12 685 €	27,9	3 859,45
De 12 686 € à 22 630 €	131,6	18 209,49
De 22 631 € à 28 951 €	187,5	25 947,97
De 28 952 € à 34 197 €	228,7	31 640,84
De 34 198 € à 39 058 €	264,6	36 617,77
De 39 059 € à 44 325 €	301,0	41 649,37
De 44 326 € à 50 531 €	342,0	47 322,54
De 50 532 € à 58 705 €	393,0	54 371,89
De 58 706 € à 72 931 €	469,7	65 001,38
De 72 932 € à 451 020 €	699,9	96 845,16
Moyenne		42 149,69

Source : Cour des comptes d'après données DGFIP, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2015 – La hausse annuelle des revenus des IDEL s'élevait à 2,9 % par an en moyenne au cours de la période 2000-2013.

Ces précautions posées, on observe un volume de patient par IDE relativement comparable entre les IDEL et les ETP IDE en CSI (125 versus 130, cf. tableau ci-dessous).

L'Assurance maladie met en évidence les effets de la crise sanitaire ayant eu pour conséquence des évolutions sensibles de la patientèle, en termes de volume comme de caractéristiques : « depuis la pandémie de Covid-19, l'activité des IDEL a été transformée : beaucoup plus de patients, patients

¹²⁷ Patients vus au moins une fois dans l'année.

¹²⁸ Par exemple, est ce que la notion de « nombre de patients » recouvre la même notion dans les bases de la DSES et dans les bases de la DDGOS : or, en raison du volume des données, des délais impartis et de la date de mise à disposition des données par la CNAM, cela n'a pas été possible. De la même façon, la mission n'a pas pu contrôler le paramètre territorial or, du fait des temps de déplacements par exemple fortement différents en zone urbaine ou rurale, il est vraisemblable que cela impacte le nombre de patients IDEL/CSI.

¹²⁹ D'après l'observatoire statistique d'un cabinet comptable, une IDEL travaillait 4,15 jours par semaine en moyenne en 2019 (Observatoire FIDUCIAL des professionnels libéraux 2020. Ratios d'analyse établis partir des résultats de l'année n-1 de 400 cabinets sélectionnés parmi les 7 800 infirmiers clients que compte le cabinet comptable FIDUCIAL dans ce secteur d'activité) ; cependant, il reste difficile à partir de cela de faire une comparaison avec les IDE de CSI dans la mesure où il n'est pas aisé de savoir ce que représente en nombre d'heures la journée standard d'une IDEL.

beaucoup plus jeunes, beaucoup plus d'AMI, beaucoup moins d'actes / patient. (...) Cette transformation peut être en partie imputée aux nombreux dépistages PCR pratiqués par les IDEL en 2021 (NB : les tests PCR, ne sont pas tous traçables dans la nomenclature). Ce type de soins a bénéficié à des patients bien plus jeunes que les soins infirmiers "classiques". »¹³⁰ La même analyse est valable, dans une moindre mesure, pour les CSI. Ainsi, entre 2019 et 2021, en l'espace de deux années, du fait de la crise sanitaire, le nombre de patients suivi par les IDEL a bondi de 60 %, ainsi que par les IDE des CSI mais dans une proportion moindre (47 %).

Tableau 3 : Evolution du nombre de patients suivis par les IDEL comparativement aux CSI (2019-2021)

	2019	2021	évolution / n-1
Patients / IDEL	125,2	200,9	60,4 %
Patients / ETP IDE CSI	130,2	191,1	46,7 %

Source : Mission d'après données CNAM (DDGOS et DSES)

En 2019, avant la crise sanitaire, les patients¹³¹ suivis en CDS polyvalent par un IDE à temps plein (en moyenne 214 patients) étaient près de deux fois plus nombreux que ceux suivis par les IDEL et les IDE exerçant en CSI (respectivement 125 et 130 patients) : ceci tend à valider l'hypothèse que la patientèle suivie en CDS polyvalent par les infirmières – qui se déplacent moins à domicile, a des caractéristiques différentes de celle suivie par les IDEL et les IDE en CSI (patientèle plus jeune, durée de soins moins longue). Dès lors, on peut supposer que la transformation d'un CSI en CDS médical coïnciderait un afflux d'une nouvelle patientèle, tout comme l'ouverture d'une permanence des soins dans les locaux des CSI (patientèle active, « opportuniste », de passage).

Tableau 4 : Nombre de patients (2019, 2021)

	Nombre de patients 2019	par ETP IDE ou IDEL	Nombre de patients 2021
CSI	397 709	130	581 554
CDS	204 477	214	nc
IDEL	11 942 380	125	19 710 217

Source : Mission d'après données CNAM (DDGOS et DSES) – n.c. non communiqué

Tableau 5 : Evolution du nombre de patients en CSI (2017-2021)

	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de patients	378 170	382 953	397 709	476 691	581 554

Source : Mission d'après données CNAM (DDGOS et DSES) – n.c. non communiqué

● Quantité d'actes par patient

En 2006, l'Inspection générale des affaires sociales avait produit un tableau comparatif entre CSI et IDEL sur le département métropolitain qui compte le plus de CSI (l'Aveyron), tableau qui permettait de pointer des différences notables entre ces deux modes de prise en charge (voir tableau ci-dessous).

¹³⁰ Source : DSES, CNAM

¹³¹ « patient » : patient ayant bénéficié d'un soin infirmier au moins une fois dans l'année.

Tableau 6 : Quantité d'actes et dépenses associées en moyenne par patient et par an entre CSI et IDEL en 2006, Aveyron

	Quantité		Dépense		
	CSI	Libérales	CSI	Libérales	Ecart de coût en %
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%

Source : « Situation financière des centres de soins infirmiers », rapport n°2006-176P IGAS, novembre 2006

Ces différences entre IDEL et CSI sont de plusieurs types :

- Les IDEL pratiquaient un nombre d'actes par patient plus élevé que les CSI (en moyenne 50 % de plus d'actes par patient pris en charge) : les CSI pratiquaient alors en moyenne 27 actes par patient par an quand cela représente 40 pour les IDEL. Cet écart pourrait s'expliquer tant par des différences dans la nature des publics pris en charge (par exemple, des interventions au long cours versus des soins de courte durée en sortie d'hospitalisation). A l'époque, l'Inspection n'avait pas analysé les causes de cet écart. En 2021, la mission a établi également l'existence d'écarts importants à l'échelle nationale (cf. tableau ci-dessous) et n'a pas identifié lors de ses investigations de terrain de raison pouvant expliquer une telle différence, d'autant que le premier motif de prescription chez les CSI ne sont pas les sorties d'hospitalisation mais les médecins de proximité (cf. questionnaire IGAS mi 2022). D'autres facteurs sont sans doute à rechercher dans le profil de la patientèle selon les territoires d'implantation (ex. territoire où la population âgée sur des prises en charge longue pour du maintien à domicile versus territoire où la population est plus jeune sur des interventions de plus courte durée) ou dans des pratiques différentes de gestion de la patientèle prise en charge entre infirmières libérales et infirmières exerçant en CSI.
- Une proportion plus conséquente d'AIS (ex. toilettes, nursing) en libéral par rapport aux CSI : tandis que les AIS représentaient en 2006 moins d'un acte sur cinq des CSI (18 %), la proportion s'élevait à plus de 40 % des actes chez les IDEL. En 2021, les proportions ont diminué de part et d'autre mais les écarts entre CSI et IDEL persistent (voir tableau ci-dessous), notamment sous l'effet de la crise sanitaire qui a conduit à une baisse des AIS et à une hausse des AMI.

Tableau 7 : Quantité moyenne par patient pour les actes de type AIS et AMI selon le mode d'exercice (2021), en nombre

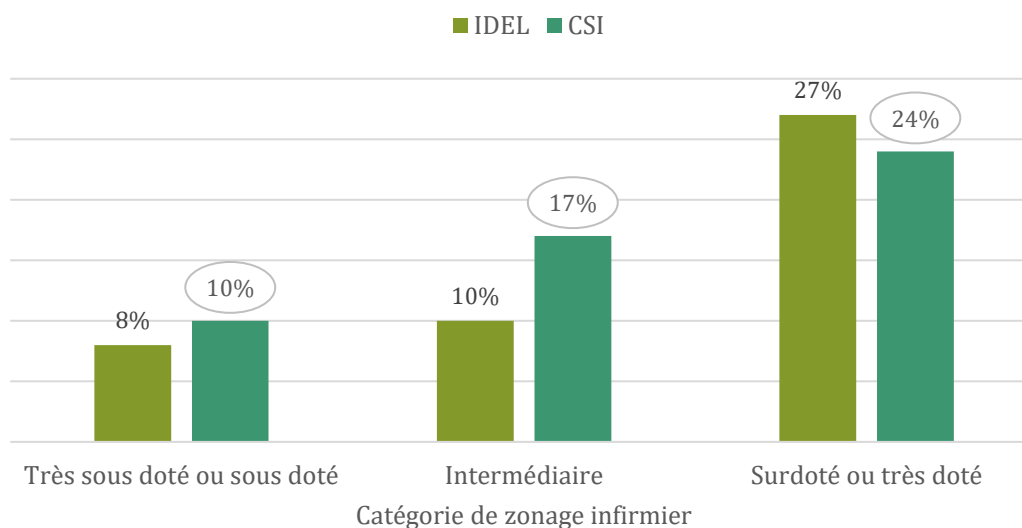
	2021		
	CSI	IDEL	Ecart
AIS	5,9	14,1	-58 %
AMI	23,7	32,5	-27 %

Source : Mission d'après données CNAM (DDGOS et DSES) – n.c. non communiqué

- Cette proportion plus élevée d'AIS chez les IDEL que chez les CSI s'explique pour partie par le lieu d'implantation des CSI/IDEL. En effet, ainsi que l'a montré la Cour des comptes, les infirmières de proximité produisent d'autant plus d'actes AIS qu'elles sont implantées dans un territoire où l'offre en soins infirmiers de proximité est dense (et où la concurrence entre IDEL est donc forte) – et où l'offre en SSIAD est faible ou absente. Or, CSI et IDEL n'étant pas répartis

de la même façon sur le territoire national (cf. voir l'annexe relative à l'environnement territorial des CSI), l'écart entre CSI et IDEL sur les AIS reflète pour partie le décalage d'implantation. Afin d'objectiver ce phénomène, la mission a réalisé une comparaison entre CSI et IDEL qui neutralise le facteur territorial : a été comparée la proportion d'AIS entre CSI et IDEL selon le zonage infirmier de leur territoire d'implantation (voir tableau ci-dessous).

Tableau 8 : Part moyenne des AIS dans l'ensemble des actes réalisés par les CSI et les IDEL selon le zonage infirmier de leur commune d'installation en 2021



Source : Calcul des auteurs à partir des données de CartoSanté. Note de lecture : les données ont été calculées uniquement sur les communes ayant à la fois des IDEL et un ou plusieurs CSI implantées dans la même commune, ce qui représente 363 communes en France.

- On observe que la densité infirmière influe fortement sur la nature des actes réalisés : moins il y a d'infirmières de proximité dans un territoire, plus les CSI/IDEL présents concentrent leur activité sur des actes techniques (AMI), délaissant du même coup les AIS qui représentent dès lors une part faible de leur activité (moins de 10 %). A l'inverse, dans les territoires où la densité infirmière est forte (et donc la concurrence entre infirmières élevés), la proportion d'actes AIS est élevée (proche du quart sur les communes où sont implantés des CSI en zonage infirmier surdoté ou très doté¹³²). On observe par ailleurs que les IDEL ont une flexion de leur activité plus grande que les CSI (entre zonage sous doté et surdoté, le ratio d'AIS fluctue dans un rapport de 3,4 pour les IDEL contre 2,4 pour les CSI). Enfin, dans les communes en zonage intermédiaire où sont présents à la fois des IDEL et un ou plusieurs CSI, on observe une proportion nettement plus élevée d'AIS chez les CSI (17 %) que chez les IDEL (10 %), ce qui semble confirmer ce que nombre d'acteurs de terrain ont indiqué à la mission IGAS, à savoir le fait qu'il existerait des pratiques de sélection de patientèle plus forte de la part des IDEL, voire même l'orientation d'une partie de la patientèle ayant une forte prescription d'AIS vers le(s) CSI, ces derniers étant dans une logique souvent affichée d'acceptation de toutes les demandes de prise en charge. De tels résultats mériteraient des investigations complémentaires plus poussées afin d'en confirmer la robustesse mais semblent suggérer des phénomènes de sélection de patientèle selon la nature des actes à réaliser. La principale cause explicative à de

¹³² A noter ce chiffre ne concerne que les communes où sont à la fois des IDEL et des CSI. Sur les communes où il y a des IDEL mais pas de CSI en zonage surdoté, la proportion moyenne d'AIS est encore plus élevée.

tels phénomènes pourrait être le décalage qui existe entre le niveau de tarification de certains actes (cf. nomenclature) et le temps réel différencié que ces mêmes actes prennent à être réalisés.

- Les IDE en CSI réalisent en moyenne plus d'actes par passage chez un patient (ou, autre façon de le dire, passent moins fréquemment chez un patient) : en effet, on observe que les CSI passent environ 17 fois au domicile par patient soigné et par an en moyenne contre près de 30 fois pour les IDEL. Une partie de l'écart s'explique par le fait que les IDEL réalisent par an plus d'actes par patient (ce qui reflète sans doute des prises en charge de plus longue durée – cf. ci-dessus). Afin de neutraliser ce paramètre, le calcul du nombre moyen d'actes par passage (calcul effectué en rapprochant le nombre d'actes par patient et le nombre de fois où est versé une indemnité forfaitaire de déplacements par patient) conduit à observer une moyenne de 1,53 actes par passage par patient par an côté CSI contre 1,37 côté IDEL. En d'autres termes, les CSI passent chez les patients moins fréquemment mais y réalisent en moyenne plus d'actes. Ce résultat est d'autant plus important qu'il a, du fait des modes de tarification de l'activité, un impact direct sur les recettes des CSI : en effet, passer moins souvent chez un patient implique un moindre versement d'indemnités de déplacement et d'indemnités kilométriques ainsi qu'un moindre remboursement des actes du fait de la dégressivité des remboursements prévus à la NGAP infirmier (1^{er} acte remboursé à 100 %, 2^{ème} acte remboursé à 50 %, 3^{ème} acte et suivants considérés comme gratuits). Au regard des données transmises à la mission IGAS par l'assurance maladie en 2022, la mission IGAS n'a pas été en mesure de reproduire ces calculs sur l'année 2021 afin d'identifier la persistance ou non de tels écarts entre CSI et IDEL, mais les jugent suffisamment notables pour appeler de ces vœux que ce travail soit conduit par l'assurance maladie.

Les données 2021 collectées par la mission IGAS permettent de mettre en évidence une situation problématique en termes de suivi de l'activité des CSI (situation qui impacte leurs finances) : alors que les CSI et les IDEL suivraient, par IDE, un nombre équivalent de patients (124 versus 130), les IDEL réaliseraient, par patient et par an, un nombre nettement plus élevé d'actes (29,6 pour les CSI versus 46,6 pour les IDEL – cf. tableaux ci-dessus). Plusieurs phénomènes pourraient, d'un point de vue théorique, expliquer ce décalage :

- un écart de profil de patientèle (patientèle nécessitant plus d'actes côté IDEL) couplé à une plus forte productivité apparente des IDEL (capacité à réaliser plus d'actes en moins de temps, ce qui en creux traduirait la réalisation d'actes plus rapides à effectuer). Comme le montre le graphique ci-dessous, les IDEL réalisent en moyenne effectivement plus d'actes par an que les IDE de CSI. En revanche, il ne paraît pas évident de comprendre pourquoi la patientèle des IDEL nécessiterait en moyenne un nombre plus élevé d'actes que celle suivie par les IDE de CSI : on peut toutefois émettre une hypothèse à partir de la répartition territoriale des CSI comparée avec celle des IDEL et des SSIAD : au niveau national, les IDEL couvrent des territoires pas ou peu pourvus en CSI et en SSIAD et souvent à la population âgée (ex. sud de la France). Les IDEL assurent les soins de cette patientèle à risque pluripathologiques, qui nécessitent en moyenne des actes nombreux. Pour vérifier une telle hypothèse, il faudrait comparer le profil par âge et par pathologie des patientèles respectives des CSI et des IDEL, données dont n'a pas disposé la mission (tout au plus, d'après les données collectées par la mission ci-dessous sur la région Bourgogne France Comté, la proportion de patients de plus de 65 ans dans la patientèle est la même (48 %) en CSI et chez les IDEL (la mission n'a en revanche pas disposé de données sur le profil par pathologies : on constate néanmoins ci-dessous que la proportion de patients en ALD (44 %) est très proche entre CSI et IDEL)).

- la réalisation par les CSI d'actes sans qu'ils soient retracés dans les systèmes d'information et de facturation de l'assurance maladie : cette deuxième explication est d'autant plus plausible que les actes, au-delà du 2^{ème} réalisé à l'occasion d'une visite à domicile, ne sont pas remboursés (cf. nomenclature NGAP) et donc généralement non signalés à l'assurance maladie. La réalisation d'un plus grand nombre d'actes par passage pour les CSI (cf. ci-dessus) semble confirmer cette hypothèse. De tels résultats mériteraient des investigations complémentaires pour confirmer leur robustesse et explorer l'ensemble des causes explicatives possibles.

- Recette par patient par type d'acte

L'examen des remboursements perçus par CSI et IDEL par patient par type d'actes permet de montrer que les IDEL tirent une rémunération moyenne plus élevée que les CSI : ainsi, en 2021, une AIS rapporte en 2021 à un IDEL en moyenne 20 % de plus qu'à un CSI (écart de 10 % pour un AMI). L'explication de tels écarts nécessiterait des investigations complémentaires dans la mesure où des explications de nature très différente sont possibles : patientèle différenciée entre CSI et IDEL suivant les actes à réaliser et leur tarification, moindre efficacité des CSI dans la cotation des actes une fois les prises en charge réalisées, plus forte proportion d'actes rémunérés à 50 % chez les CSI que chez les IDEL...

Tableau 9 : Recette moyenne par patient pour les actes de type AIS et AMI selon le mode d'exercice (2021) et recette moyenne par acte, en €

2021	Recette moyenne par patient	Recette moyenne par patient	Recette moyenne par acte	Recette moyenne par acte
	CSI	IDEL	CSI	IDEL
AIS	48,6	138,0	8,2	9,8
AMI	116,2	175,8	4,9	5,4

Source : Mission d'après données CNAM (DDGOS et DSES) – n.c. non communiqué

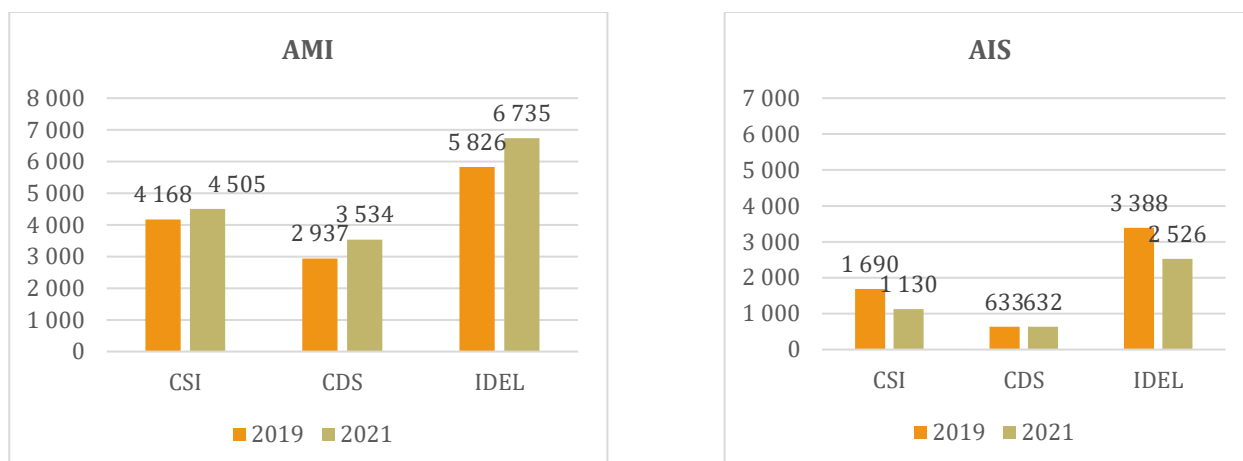
- Quantité d'actes rapportée aux effectifs (productivité globale)

En 2021, un IDE à temps plein en CSI réalise en moyenne 4 505 actes de type AMI en 2021, soit 67 % des actes AMI d'un IDEL (6735) et 1 130 actes de type AIS, soit 44 % des actes AIS d'un IDEL (2526).

Rapportée au nombre d'ETP, à la suite de la crise sanitaire, la part des AMI a augmenté en volume, pour les centres de soins infirmiers comme pour les infirmières libérales (respectivement + 8,1 % et + 15,6 %). La part des soins d'hygiène a diminué, aussi bien pour les centres de soins infirmiers que pour les infirmières libérales, à hauteur de respectivement -33,1 % et -25,4 %, les IDE en centre de santé médical polyvalent en réalisant peu. Cette baisse s'explique en partie par la mise en place du bilan de soins infirmiers : ce forfait journalier est facturé en lieu et place d'un ou plusieurs actes AIS pour les patients dépendants de plus de 90 ans à partir du 1^{er} janvier 2020.

Un responsable de centre auditionné par la mission s'est étonné de ce phénomène qu'il a constaté et a avancé comme hypothèse explicative le fait que, du fait de la crise sanitaire et de la volonté de limiter le nombre de contacts de leurs proches âgés malades, un certain nombre de familles se serait réorganisé pour prendre en charge par elles-mêmes leurs proches. La mission n'a pas mené d'investigations plus poussées sur ce point. Tout au plus émet-elle le constat que si certains actes peuvent parfois être repris par des proches (ex. toilettes), cela relève vraisemblablement plus des actes d'aides-soignantes ou plus encore d'auxiliaires de vie que d'actes infirmiers pour lesquels la dimension sanitaire les rend peu substituables.

Graphique 1 : Quantité totale actes AMI et AIS par ETP CSI, ETP CDS ou IDEL (2019 ;2021), en nombre



Source : Mission d'après données CNAM

Le tableau ci-dessous détaille les données du graphique.

Tableau 10 : Quantité d'actes pour les CSI/CDS médicaux ou polyvalents/IDEL (2019 ; 2021), en nombre

2019					
	Total actes	Qté AIS	Qté AMI	Qté AIS moyen / ETP IDE	Qté AMI moyen / ETP IDE
CSI	17 951 048	5 160 639	12 731 648	1 690	4 168
CDS	2 700 527	477 835	2 218 364	633	2 937
IDEL	848 457 672	322 507 435	554 650 873	3 388	5 826
2021					
	Total actes	Qté AIS	Qté AMI	Qté AIS moyen / ETP IDE	Qté AMI moyen / ETP IDE
CSI	18 611 416	3 452 376	13 758 605	1 130	4 505
CDS	3 448 427	477 774	2 669 641	632	3 534
IDEL	919 511 237	240 433 259	641 091 980	2 526	6 735

Source : Mission d'après données CNAM

- Honoraires sans dépassements rapportés aux effectifs

Les honoraires correspondent aux remboursements reçus par IDEL et CSI après versement de la part assurance maladie obligatoire (sécurité sociale) et complémentaire (mutuelles). Le montant total des honoraires sans dépassement s'établit à 113 M€ pour les CSI en 2021, près de 10 000 M€ pour les IDEL et 14 M€ pour les CDS polyvalents. Entre 2019 et 2021, les honoraires, rapportés aux ETP, ont augmenté de 14 % pour les IDEL comme pour les CSI (tableau ci-dessous).

Tableau 11 : Montant total des honoraires sans dépassement (HSD) (2019 ;2021), en €

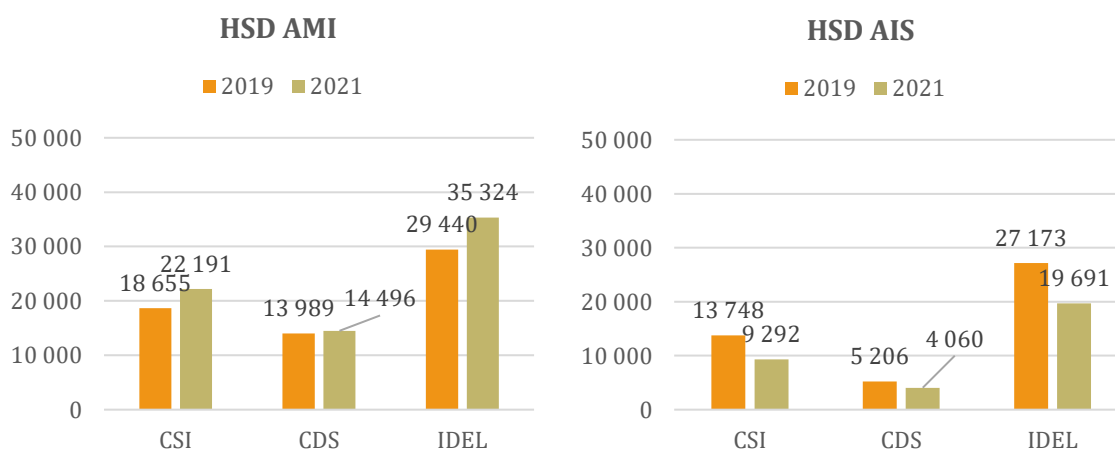
	CSI		évolution / n-1	IDEL		évolution / n-1	CDS		évolution / n-1
	2019	2021		2019	2021		2019	2021	
HSD	99 691 485	113 326 219	13,7 %	8 459 906 969	9 967 788 704	17,8 %	14 546 873	14 009 255	-3,7 %
HSD/ETP	32 639	37 229	14,1 %	88 869	101 599	14,3 %	15 248	14 685	-3,7 %

Source : Mission d'après données CNAM

La crise sanitaire a eu un effet sur la répartition des honoraires sans dépassement tirés des actes AIS et AMI. Ainsi on observe, quel que soit le mode d'exercice, une baisse des AIS et une augmentation des AMI :

- par infirmière libéral, la baisse des honoraires en 2021 issus des AIS et la hausse des AMI portent le total des honoraires AIS+AMI à respectivement 56 613 € en 2019 et 55 015 € en 2021;
- parmi les infirmières en CSI comme en CDS, on constate également une baisse des honoraires AIS en 2021 qui n'est pas compensée, en moyenne, par la hausse des honoraires AMI, portant ainsi le total des honoraires AIS+AMI à respectivement 32 402 € en 2019 et 31 482 € en 2021 pour les IDE des CSI et 19 989 € en 2019 et 18 556 € en 2021 pour les IDE des CDS médicaux ou polyvalents¹³³.

Graphique 2 : HSD AMI et AIS par ETP CSI, ETP CDS ou IDEL (2019 ; 2021), en €



Source : Mission d'après données CNAM

¹³³ Ayant facturé des AIS ou des AMI au cours de l'année considérée.

Le tableau ci-dessous détaille les données du graphique.

Tableau 12 : Montant des HSD AIS et AMI, pour les CSI/CDS médicaux ou polyvalents/IDEL (2019-2021) en €

2019				
	HSD AIS en €	HSD AMI en €	HSD AIS moyen / ETP IDE	HSD AMI moyen / ETP IDE
CSI	41 990 413	56 977 880	13 748	18 655
CDS	3 932 333	10 567 086	5 206	13 989
IDEL	2 586 746 479	2 802 547 483	27 173	29 440
2021				
	HSD AIS en €	HSD AMI en €	HSD AIS moyen / ETP IDE	HSD AMI moyen / ETP IDE
CSI	28 284 029	67 547 904	9 292	22 191
CDS	3 907 872	13 952 497	4 060	14 496
IDEL	1 931 885 114	3 465 616 907	19 691	35 324

Source : Mission d'après données CNAM

Le montant global de la dépense remboursée, pour les CSI, s'établit à 162 M€ pour les CSI en 2019 et à 22 M€ pour les CDS, soit une dépense remboursée moyenne par ETP IDE de 53 K€ et 29 K€.

Tableau 13 : Montant global de la dépense remboursée et en nombre d'actes (2019)

Libellé	Total tous CDS	Dont CSI	Dont CDS polyvalent
Montant global de la dépense	183 957 011	161 934 825	22 022 186
Montant du dépassement (signé)	9 980	7 760	2 220
Nombre total d'actes facturés par les IDE salariés	20 739 636	17 951 048	2 788 588
Montant total dépense / ETP IDE salarié	34 494	53 017	29 154

Source : Calculs IGAS à partir des données CNAM et effectifs eCDS

Source : DPROF/CNAM

2.2 Etude comparative des caractéristiques des soins infirmiers des IDEL et des IDE de CSI en 2021 dans la région Bourgogne Franche comté

A la demande de la mission, l'Assurance maladie¹³⁴ a établi pour la région Bourgogne Franche Comté (BFC) un comparatif des caractéristiques de la patientèle entre les IDEL et les IDE des CSI, dont les résultats sont présentés ci-dessous. L'étude de la CPAM ne note pas de différence significative en termes de suivi de la patientèle, hormis un nombre de journées de soins par patient légèrement plus important pour les IDEL que pour les CSI. Ces résultats sont néanmoins à prendre avec précaution dans la mesure où le facteur territorial (nature du zonage infirmier des communes où sont implantés les CSI et les IDEL) n'est pas neutralisé, alors même que la mission a montré (voir ci-dessus) que ce facteur pèse fortement sur les données d'activité des uns et des autres.

¹³⁴ Cellule de coordination régionale GDRF

2.2.1 Patientèle

En BFC et en 2021, 610 182 patients ont recouru à des soins infirmiers (hors soins covid et hors frais de déplacement) auprès d'IDEL ou de centres de soins infirmiers. 95,8 % d'entre eux ont bénéficié de soins auprès d'infirmières libérales, 4,7 % d'entre eux ont recouru à des soins de centres de soins infirmiers. Un peu plus de 3 000 patients ont reçu des soins à la fois de la part des IDEL et de CSI au cours de l'année 2021.

Il y a assez peu de différences entre les patientèles d'infirmières libérales et de centres de soins infirmiers : l'âge moyen est légèrement plus élevé pour les patients d'IDEL soit 59,6 ans contre 59,4 ans pour les CSI. La part des patients en ALD est plus forte mais de peu pour les bénéficiaires de soins d'IDEL, la part de bénéficiaires de C2S est plus importante dans la patientèle des CSI.

Tableau 14 : Caractéristiques de la patientèle des IDEL et des Centres de Soins Infirmiers

	Patients en ALD		Patients C2S		patients de 65 ans et plus		patients de 20 à 64 ans		patients de 0 à 19 ans		age moyen
	nombre	part	nombre	part	nombre	part	nombre	part	nombre	part	
patients de soins infirmiers d'IDEL	257 532	44,1%	37 597	6,4%	283 360	48%	267 949	46%	33 254	6%	59,6
patients de soins infirmiers de CSI	12 563	43,6%	2 257	7,8%	13 763	48%	13 574	47%	1 488	5%	59,4

Source : Erasme régional - RG seul

2.2.2 Montants remboursés et nombre d'actes

5 % des remboursements de soins infirmiers sont le fait des centres de soins infirmiers. En termes de nombre d'actes par patient, il n'y a pas de différence entre les deux effecteurs, tout comme le nombre de journées de soins par patient qui est très proche pour la patientèle (infirmières libérales à 20,4 jours contre 19,9 jours pour les centres de soins infirmiers).

Tableau 15 : Montant remboursé, 2021

	montant remboursé		Base de remboursement	
		part		Part
soins infirmiers d'IDEL	146,3 M€	95 %	157,6 M€	95 %
soins infirmiers de CSI	7,0 M€	5 %	7,6 M€	5 %
Total	153,3 M€	100 %	165,2 M€	100 %

Tableau 16 : Nombre d'actes, 2021

	Actes			Nombre de journées de soins par patient
	Nbre	Poids par effecteur	moyenne par patient	
soins infirmiers d'IDEL	26 311 974	95 %	45,0	20,4 j
soins infirmiers de CSI	1 303 922	5 %	45,2	19,9 j
Total	27 615 896	100 %		

Source : Erasme régional - RG seul

Source : Assurance maladie BFC - année de remboursement des soins en 2021 - soins infirmiers hors soins covid* et hors frais de déplacement

soins infirmiers hors soins covid* : soins en AMI, AIS, BSI et AMX.

Les actes "covid" ne sont pas pris en compte (sauf exception) : tests RT-PCR, TAG, VDSI, soins patient covid, majoration patient covid, rémunération contact tracing.

L'acte AMI1,5 n'est pas traçant car il correspond à un acte "classique" de prélèvement ou d'injection d'infirmier et qu'il peut aussi être réalisé dans le cadre d'une association d'actes covid (prélèvement covid + un autre acte covid). Dans la mesure où l'acte l'AMI 1,5 est un acte de soins courant, il est conservé dans l'étude.

2.2.3 Comparaison patients / actes / nombre de dépenses entre IDEL et IDE ETP CSI en BFC

La mission a rapporté les données régionales aux effectifs ETP en CSI et aux effectifs d'IDEL de la région. Il ressort de l'analyse que les IDEL prennent en charge en moyenne 170 patients, soit 58 % de patients de plus que les IDE en CSI (107 patients). L'écart est similaire s'agissant du nombre d'actes et du montant des dépenses (tableau ci-dessous).

Tableau 17 : Données d'activité comparées IDE en CSI / IDEL en BFC (2021)

	Nombre	par ETP CSI	Nombre	Par IDEL	écart	en %
Nb de patients	28 829	107	584 623	170	63	58,3 %
Nb d'actes	1 303 922	4 859	26 311 974	7 656	2 797	57,6 %
Montant des dépenses	7 000 000	26 084	146 300 000	42 566	16 482	63,2 %

Source : Mission d'après données GDRF BFC, DSES, DDGOS

L'absence d'écart significatif sur ces trois indicateurs, dans cette région, laisse supposer des pratiques de facturation et/ou une structure de patientèle assez similaires : la production des IDEL est supérieure à celles des IDE en CSI.

3 Données relative à la facturation des actes (année 2019)

L'encadré et le tableau suivants présentent de manière succincte le mode de tarification des actes infirmiers pratiqué en France, ainsi que les tarifs applicables.

Les données statistiques relatives aux éléments facturés sont présentés pour l'année 2019 à la suite, sous forme de tableaux.

Financement à l'acte et classement des actes

Les CSI sont financés, pour l'essentiel, à l'acte comme pour les infirmières libérales : ce sont les actes infirmiers qui sont rémunérés selon une nomenclature et des tarifs qui sont fixés par la convention des infirmiers libéraux (convention que les syndicats d'infirmiers libéraux signent avec les caisses d'assurance maladie et destinés à régir leur rapport, à la négociation de laquelle les représentants des CSI ne sont pas associés).

Les actes sont classés en deux catégories :

- Les AMI (Acte médico-infirmier) : actes dits techniques (pansements, injection, perfusion...)
- Les AIS (Acte de soins infirmier) : actes dits de soins d'hygiène et de confort (toilettes, surveillance clinique, éducation de l'entourage...)

L'intervention de l'infirmière pour la mise en place d'une démarche de soins qui comporte des séances de soins est cotée en DSI (Démarche de soins infirmiers). L'infirmière procède à l'analyse des besoins, de l'environnement de la personne et de ses capacités d'autonomie. En fonction, il planifie les séances de soins.

A un acte est également attaché un coefficient.

Les actes sont valorisés de la façon suivante : *coefficient de l'acte x tarif de l'acte*

Toutefois, lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre. Le deuxième acte est ensuite noté à 50 % de son coefficient (ce qui en pratique revient à le rembourser au CSI ou à l'IDEL à 50 %). Les actes suivant le second ne donnent pas lieu à aucun honoraire et n'ont pas à être notés sur la feuille de maladie.

Donc dans la pratique, si l'infirmière intervient par exemple pour un pansement lourd et complexe post chirurgical, une prise de sang et une sous-cutanée, la cotation sera la suivante : AMI 4 (pansement) + AMI 1,5 (prise de sang) * 50 %, et la sous-cutanée sera gratuite.

Source : *Les CSI, les leviers pour l'accompagnement, 2009, UNIOPSS*

Tableau 18 : Tarifs conventionnels applicables aux infirmières libérales (à compter du 1er janvier 2020)

Actes professionnels	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
AMI : Actes techniques (hors cadre de la dépendance)	3,15 €	3,30 €
AMX : Actes techniques dans le cadre de la dépendance	3,15 €	3,30 €
AIS : Actes infirmiers de soins	2,65 €	2,70 €
BSA : Forfait dépendance léger	13,00 €	13,25 €
BSB : Forfait dépendance intermédiaire	18,20 €	18,55 €
BSC : Forfait dépendance lourd	28,70 €	29,25 €
DI : Élaboration d'une démarche de soins infirmiers	10,00 €	10,00 €
IFD : Indemnité forfaitaire de déplacement	2,50 €	2,50 €
IFI : Indemnité forfaitaire de déplacement dans le cadre d'un forfait dépendance ou d'une prise en charge IPA	2,50 €	2,50 €
IK : Indemnité kilométrique en plaine	0,35 €	0,35 €
IK : Indemnité kilométrique en montagne	0,50 €	0,50 €
IK : Indemnité kilométrique à pied ou à ski	3,40 €	3,66 €
Majorations de nuit de 20h à 23h et de 5h à 8h	9,15 €	9,15 €
Majorations de nuit de 23h à 5h	18,30 €	18,30 €
Majoration de dimanche et jours fériés (1)	8,50 €	8,50 €

MAU : Majoration d'acte unique	1,35 €	1,35 €
MCI : Majoration de coordination infirmière	5,00 €	5,00 €
MIE : Majoration enfant moins de 7 ans	3,15 €	3,15 €
TLS : Accompagnement téléconsultation réalisée lors d'un soin prévu	10,00 €	10,00 €
TLL : Accompagnement téléconsultation réalisé de manière spécifique dans un lieu dédié aux téléconsultations	12,00 €	12,00 €
TLD : Accompagnement téléconsultation réalisé de manière spécifique à domicile (pas au décours d'un soin prévu)	15,00 €	15,00 €

Source : Ameli

3.1 Evolution au cours de la période 2017-2021

Le tableau ci-dessous présente l'évolution du nombre d'actes ayant donné lieu à facturation au cours de la période 2017-2021. On note une augmentation du nombre d'actes au cours de la période 2017-2020 et une stabilisation de leur nombre en 2021, caractérisée par une forte baisse du nombre d'AIS (-16 %, effet covid + création BSI, cf. § infra) et compensée par l'augmentation des actes PCR (+16 %).

Tableau 19 : Evolution du nombre des actes effectués par les CSI (2017-2021), en nombre

	2017	2018	2019	2020	2021	évol. 2021/2020
AIS	4 943 381	5 242 296	5 160 639	4 120 274	3 452 376	-16,2 %
AMI	11 894 515	12 454 222	12 731 648	13 494 282	13 758 605	2,0 %
DI	53 959	58 354	58 653	52 618	48 952	-7,0 %
PCR	Sans objet	Sans objet	Sans objet	1 170 552	1 359 540	16,1 %
Quantité totale actes (*)	16 892 293	17 754 944	17 951 048	18 635 837	18 611 416	-0,1 %

Source : Mission d'après données CNAM (DDGOS et DSES) – n.c. non communiqué - (*) intègre tous les actes, y compris autres actes non détaillés ci-dessus

Le tableau ci-dessous présente l'évolution du montant des honoraires sans dépassement (HSD) ayant donné lieu à facturation au cours de la période 2017-2021 pour les CSI. Le montant des HSD facturés pour les AIS suit la baisse du nombre d'actes constatée en 2021 (-16 %). Il est en revanche notable que le montant des HSD facturés pour les AMI a augmenté nettement plus vite que le nombre d'actes AMI (6,6 % versus 2 %) alors qu'aucune revalorisation de tarif n'est intervenue sur la période : cela signifie donc que la hausse du nombre d'actes AMI a porté principalement sur les AMI les plus rémunérateurs. Au cours de la période 2017-2021, les HSD ont cru en moyenne de 3,9 % par an.

Tableau 20 : Evolution du montant des honoraires sans dépassement en CSI (2017-2021), en €

	2017	2018	2019	2020	2021	évol. 2021/2020
HSD AIS	40 246 110	42 621 145	41 990 413	33 716 197	28 284 029	-16,1 %
HSD AMI	53 929 729	56 058 209	56 977 880	63 371 528	67 547 904	6,6 %
HSD DI	588 676	638 135	638 574	622 675	571 198	-8,3 %
HSD PCR				6 714 381	8 653 135	28,9 %
HSD total (*)	94 888 464	99 380 902	99 691 485	110 062 276	113 326 219	3,0 %

Source : Mission d'après données CNAM – (*) intègre tous les HSD, y compris autres honoraires non détaillés ci-dessus

3.2 Typologie des actes détaillée pour l'année 2019 pour les CSI et les CDS polyvalents

Le tableau ci-dessous présente le nombre d'actes détaillés ayant donné lieu à facturation pour l'année 2019¹³⁵, à la fois en CSI et en CDS polyvalent.

L'Assurance maladie ne peut distinguer ceux ayant été rémunérés à hauteur de 50 % de ceux ayant été rémunérés à 100 % (ils apparaissent tous de façon confondus) et elle n'a pas connaissance des actes réalisés à titre gratuit.

Le tableau ci-dessous met en évidence une plus forte proportion d'actes de type AMI 2,5 (injection d'un implant sous cutané, injection intra veineuse), AMI 3,5 (éducation à l'auto sondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances) et AMI 6 (supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure) en centre médical polyvalent qu'en CSI, avant la crise sanitaire.

Tableau 21 : Nombre d'actes AIS et AMI en 2019 (par typologie)

Libellé	Total tous CDS	CSI	CDS polyvalent	Part des CDS polyvalents
Nombre d'actes AIS	5 647 760	5 160 639	487 121	8,6 %
Nombre d'actes AIS coef 3	5 228 847	4 802 629	426 218	8,2 %
Nombre d'actes AIS coef 3,1	6 273	5 414	859	13,7 %
Nombre d'actes AIS coef 4	368 200	332 381	35 819	9,7 %
Nombre d'actes AMI + AMX	15 028 748	12 731 648	2 297 100	15,3 %
Nombre d'actes AMI coef 0,5	1 065 044	984 170	80 874	7,6 %
Nombre d'actes AMI coef 1	9 644 280	8 219 340	1 424 940	14,8 %
Nombre d'actes AMI coef 1,25	13 553	11 174	2 379	17,6 %
Nombre d'actes AMI coef 1,5	1 100 546	854 233	246 313	22,4 %
Nombre d'actes AMI coef 2	1 745 901	1 411 811	334 090	19,1 %
Nombre d'actes AMI coef 2,25	17 535	14 303	3 232	18,4 %
Nombre d'actes AMI coef 2,5	13 894	4 710	9 184	66,1 %
Nombre d'actes AMI coef 3	119 459	92 739	26 720	22,4 %
Nombre d'actes AMI coef 3,5	2 894	581	2 313	79,9 %
Nombre d'actes AMI coef 4	1 030 953	897 557	133 396	12,9 %
Nombre d'actes AMI coef 4,1	12 705	11 825	880	6,9 %
Nombre d'actes AMI coef 4,5	19 987	17 886	2 101	10,5 %
Nombre d'actes AMI coef 5	49 390	37 637	11 753	23,8 %
Nombre d'actes AMI coef 5,8	4 871	4 506	365	7,5 %
Nombre d'actes AMI coef 6	4 269	1 585	2 684	62,9 %
Nombre d'actes AMI coef 7	947	554	393	41,5 %
Nombre d'actes AMI coef 9	10 332	9 307	1 025	9,9 %
Nombre d'actes AMI coef 10	4 609	4 342	267	5,8 %
Nombre d'actes AMI coef 14	44 750	40 715	4 035	9,0 %
Nombre d'actes AMI coef 15	14 377	13 441	936	6,5 %
Nombre de DEMARCHE INFIRMIER (DI)	63 013	58 653	4 360	6,9 %

¹³⁵ Les données de l'année 2019, avant la crise sanitaire, sont retenues pour écarter l'« effet covid ».

Libellé	Total tous CDS	CSI	CDS polyvalent	Part des CDS polyvalents
Nombre de INDEMNITES FORFAITAIRES DEPLACEMENT INFIRMIERS (IFI)	-	0	-	
Nombre de INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT DES AUXILIAIRES MEDICAUX ET ASSIMILES (IFA)	12 989 179	11 413 783	1 575 396	12,1 %
Nombre de INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT (IF)	-	0	-	
Nombre de INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT DE SORTIE (IFS)	-	0	-	
Nombre d'indemnités kilométriques (IKP) plaine	12 281 239	12 104 297	176 942	1,4 %
Nombre d'indemnités kilométriques (IKM) montagne	11 808 960	11 582 398	226 562	1,9 %
Nombre d'indemnités kilométriques (IKS) ski	129	104	25	19,4 %
Nombre de majorations de nuit	149 336	124 434	24 902	16,7 %
Nombre de Majorations de dimanche	2 223 001	1 985 464	237 537	10,7 %
Nombre de téléconsultations	-	0	-	

Source : Mission d'après données CNAM - Les bilans de soins infirmiers (BSI = BSA + BSB+BSC) ont été créés en 2020.

Le tableau ci-dessous présente les honoraires sans dépassement détaillés par type d'acte ayant donné lieu à facturation pour l'année 2019 en CSI et en CDS polyvalent.

Tableau 22 : Honoraires¹³⁶ sans dépassement par type d'acte (2019)

Libellé	Total tous CDS	CSI	CDS polyvalent	Part des CDS polyvalents
Base de remboursement (acte de base) = Tarif opposable = Honoraires Sans Dépassement	114 238 358	99 691 485	14 546 873	12,7 %
Base de remboursement (complément d'acte)	69 707 135	62 234 501	7 472 634	10,7 %
Honoraires sans dépassement ais	45 922 746	41 990 413	3 932 333	8,6 %
Honoraires Sans Dépassement AIS coef 3	41 569 830	38 181 321	3 388 510	8,2 %
Honoraires Sans Dépassement AIS coef 3,1	51 563	44 502	7 061	13,7 %
Honoraires Sans Dépassement AIS coef 4	3 902 880	3 523 225	379 655	9,7 %
Honoraires sans dépassement ami + amx	67 544 966	56 977 880	10 567 086	15,6 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 0,5	1 682 602	1 554 854	127 748	7,6 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 1	30 381 020	25 892 587	4 488 433	14,8 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 1,25	53 398	44 025	9 373	17,6 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 1,5	5 205 300	4 040 317	1 164 982	22,4 %

¹³⁶ Les honoraires correspondent à la rémunération versée à un CSI en contrepartie de la réalisation d'un acte. Ils intègrent le remboursement assurance maladie et mutuelle. Les honoraires sans dépassement excluent les honoraires perçus du fait de la pratique d'un tarif supérieur au tarif conventionnel (dépassement).

Libellé	Total tous CDS	CSI	CDS polyvalent	Part des CDS polyvalents
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 2	10 999 297	8 894 372	2 104 925	19,1 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 2,25	124 323	101 408	22 915	18,4 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 2,5	109 485	37 115	72 370	66,1 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 3	1 128 621	876 128	252 493	22,4 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 3,5	31 920	6 408	25 512	79,9 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 4	12 989 330	11 309 038	1 680 291	12,9 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 4,1	164 148	152 778	11 370	6,9 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 4,5	283 416	253 623	29 792	10,5 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 5	777 880	592 780	185 100	23,8 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 5,8	88 993	82 325	6 669	7,5 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 6	80 684	29 957	50 728	62,9 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 7	20 881	12 216	8 666	41,5 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 9	292 912	263 853	29 059	9,9 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 10	145 184	136 773	8 411	5,8 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 14	1 973 409	1 795 465	177 944	9,0 %
Honoraires Sans Dépassement AMI coef 15	678 552	634 581	43 971	
Honoraires sans dépassement demarche infirmier (di)	685 877	638 574	47 303	6,9 %
Honoraires sans dépassement indemnités forfaitaires déplacement infirmiers (ifi)	-	0	-	
Honoraires sans dépassement indemnités forfaitaires de déplacements des auxiliaires médicaux et assimilés (ifa)	32 473 824	28 536 179	3 937 645	
Honoraires sans dépassement indemnités forfaitaires de déplacements(if)	-	0	-	
Honoraires sans dépassement indemnités forfaitaires de déplacements de sortie (ifs)	-	0	-	
Honoraires Sans Dépassement indemnités kilométriques (IKP) plaine	3 658 241	3 601 958	56 283	1,5 %
Honoraires Sans Dépassement indemnités kilométriques (IKM) montagne	5 549 566	5 437 429	112 137	2,0 %
Honoraires Sans Dépassement indemnités kilométriques (IKS) ski	439	354	85	19,4 %
Honoraires Sans Dépassement majorations de nuit	1 181 128	956 732	224 396	19,0 %
Honoraires Sans Dépassement Majorations de dimanche	16 759 721	14 825 888	1 933 833	11,5 %
Honoraires Sans Dépassement téléconsultations	-	0	-	

Source : Mission d'après données CNAM

3.3 Effet de la création des bilans de soins infirmiers et de la crise sanitaire sur l'évolution et la facturation des AIS

Depuis le 1^{er} janvier 2020, le bilan de soins infirmiers (BSI) permet à une infirmière, à la suite d'une prescription de soins pour dépendance, de faire une évaluation de l'état de santé du patient dépendant afin d'établir un plan de soins infirmiers personnalisé. Il remplace l'évaluation réalisée dans le cadre de la démarche de soins infirmiers (DI) et est constitué de plusieurs forfaits journaliers,

dont le montant varie en fonction du poids de la prise en charge (légère/intermédiaire/lourde). Ce bilan est établi de manière dématérialisé et accessible sur amelipro via la carte CPS pour l'infirmière et le médecin. L'outil BSI affiche automatiquement le niveau du forfait journalier à facturer à l'Assurance Maladie en fonction des interventions saisies dans le volet médical de l'outil BSI (forfaits BSA/BSB/BSC, présentés dans l'encadré ci-dessous) : l'infirmière n'a plus à facturer d'AIS.

Facturation de la saisie du bilan de soins infirmiers

BSI initial : 25 euros

BSI renouvelable après un an : 12 euros

BSI intermédiaire : 12 euros (jusqu'à 2 BSI intermédiaires possibles sur un an)

Les forfaits BSI

Forfait journalier prise en charge légère (13 € - code acte BSA)

Forfait journalier prise en charge intermédiaire (18,20 € - code acte BSB)

Forfait journalier prise en charge lourde (28,70 € - code acte BSC)

Les déplacements réalisés au titre d'une séquence de soins pour dépendance sont facturés en IFI (+/- IK).

Les actes techniques (ceux autorisés en plus du forfait BSI) réalisés au cours d'une séquence de soins pour dépendance sont facturés en AMX.

Source : *ameli*

De 2020 à 2021, le BSI a été utilisé pour les soins prodigués auprès des patients dépendants et âgés de 90 ans et plus : ces derniers ne pouvaient plus bénéficier d'AIS. Depuis le 1er janvier 2022, le BSI est étendu à l'ensemble des patients dépendants¹³⁷.

Tableau 23 : Différences de facturation avant / après mise en place du forfait

La facturation des soins BSI/AIS en pratique		
	Soins aux forfaits BSI	Soins en AIS
Facturation dans le BSI	L'outil BSI affiche automatiquement le niveau du forfait journalier à facturer à l'Assurance Maladie en fonction des interventions saisies dans le volet médical de l'outil BSI (forfaits BSA/BSB/BSC).	L'outil BSI a été adapté et permet à l'infirmière de renseigner dans le volet facturation la cotation en AIS.
Déplacements réalisés	Déplacement facturé en IFI (+/- IK)	Déplacement facturé en IFD (+/- IK)
Actes techniques (autorisés en plus du forfait)	Actes facturés en AMX (Actes techniques dans le cadre de la dépendance)	Actes facturés en AMX

Source : *Ameli- IFD : Indemnité forfaitaire de déplacement - IK Indemnité kilométrique en plaine - AIS : Actes infirmiers de soins - IFI : Indemnité forfaitaire de déplacement dans le cadre d'un forfait dépendance ou d'une prise en charge IPA*

La mise en place de ces forfaits journaliers, qui se substituent aux DSI et aux AIS, implique de fait une baisse du nombre des AIS pour les patients âgés de plus de 90 ans de 2020 à 2021 et pour l'ensemble des patients dépendants à partir du 1^{er} janvier 2022.

¹³⁷ Ameli.fr

Les premières données figurant dans le tableau ci-dessous permettent, toutes choses égales par ailleurs, de constater la montée en charge du dispositif entre 2020 et 2021 pour une partie des patients dépendants :

- On constate une faible baisse du nombre de patients bénéficiant d'AIS en 2020 (-3,2 % par rapport à 2019), sans doute en partie due à la sortie des patients dépendants de plus de 90 ans ;
- On constate une forte baisse des AIS en volume (-20,2 %) comme en montant (-19,7 % pour les HSD) en 2020, du fait de la crise sanitaire mais également de la création du BSI : ce forfait journalier se substitue à la facturation de plusieurs AIS par jour, ce qui peut expliquer une (petite) partie seulement de la décorrélation entre la baisse du nombre de patient et celle du nombre d'actes AIS ;
- Cette évolution s'est renforcée en 2021 : le nombre de patients AIS a baissé de 17,1 % par rapport à l'année précédente. Toutefois le nombre d'AIS a baissé de manière équivalente (16,2 %), de même que le montant total des honoraires sans dépassement tirés des AIS et BSI (-16 %).
- Le montant total des honoraires sans dépassement (HSD) tirés de l'ensemble des AIS et des BSI a fortement baissé en 2020 par rapport à 2019 (-19,4 %), ainsi qu'en 2021 par rapport à 2020 (-16 %).
- Le nombre de forfaits BSI a augmenté de 38 % en 2021 par rapport à 2020, et de 32 % en termes d'honoraires sans dépassement.

Tableau 24 : Données relatives à la mise en place du bilan de soins infirmiers (BSI), dans les CSI, 2019-2021

	2019	2020	2021
Nombre de patients bénéficiant d'AIS (*)	28 686	27 757	23 006
<i>Evolution n-1</i>		-3,2 %	-17,1 %
Quantité			
Quantité AIS, en nb	5 160 639	4 120 274	3 452 376
<i>AIS/Evol (n-1)</i>	0	-20,2 %	-16,2 %
Quantité BSA	0	138 846	225 587
Quantité BSB	0	143 000	194 614
Quantité BSC	0	113 196	125 032
Quantité BSA+BSB+BSC = BSI	0	395 042	545 233
<i>BSI/ Evol (n-1)</i>			38,0 %
Quantité démarche infirmier (DI)	58 653	52 618	48 952
<i>Quantité DI :Evol (n-1)</i>		-10,3 %	-7,0 %
<i>Total AIS+DI+BSI</i>	5 219 292	4 172 892	3 501 328
<i>AIS+DI+BSI/ Evol (n-1)</i>		-20,0 %	-16,1 %
Honoraires sans dépassement (HSD), en €			
HSD AIS	41 990 413	33 716 197	28 284 029
<i>AIS/Evol (n-1)</i>		-19,7 %	-16,1 %
HSD BSA		1 795 560	2 932 046
HSD BSB		2 592 725	3 540 837

	2019	2020	2021
HSD BSC		3 242 139	3 586 869
Total BSA+BSB+BSC = BSI		7 630 423	10 059 752
<i>BSI / Evol (n-1)</i>			31,8 %
HSD DI	638 574	622 675	571 198
<i>DI : Evol (n-1)</i>	0	-2,5 %	-8,3 %
Total AIS+DI+BSI	42 628 987	34 338 872	28 855 227
<i>Evol (n-1)</i>		-19,4 %	-16,0 %

Source : Mission, données Assurance maladie - (*) Le nombre de patients bénéficiaires de BSI et le nombre des bilans établis n'ont pas été communiqués.

La crise sanitaire et notamment les deux confinements ont entraîné un moindre recours aux actes de soins infirmiers (cf. § 2.1), de même que la création des forfaits journaliers de soins (BSI), sans qu'il soit toutefois possible à ce stade de déterminer la part respective de ces deux facteurs dans la baisse du nombre d'actes (et leur facturation).

Les interlocuteurs rencontrés par la mission n'ont pas spontanément évoqué lors des entretiens les avantages de ce nouvel outil forfaitaire en termes de tarification, alternatif au mode de tarification à l'acte. Le fait qu'il s'applique à une patientèle peu nombreuse (âgée de plus de 90 ans, dépendante¹³⁸) et sa mise en œuvre concomitante à la période de crise sanitaire n'a probablement pas facilité son appropriation par les professionnels.

3.4 Evolution du montant total de la dépense par CSI (2017-2021)

Le montant total de la dépense pour l'Assurance maladie correspond au montant perçu par le centre (c'est-à-dire aux recettes perçues) au titre des honoraires des actes réalisés, c'est-à-dire les honoraires sans dépassement des actes et des compléments d'actes, auxquels ont été ajoutés les éventuels dépassements. Ce montant total ne contient ni la subvention Teulade (dont le coût est estimée entre 12,6 M€ et 14,3 M€ en 2021¹³⁹) ni les rémunérations forfaitaires spécifiques versées par l'Assurance maladie au titre de l'accord national de santé (12,4 M€ en 2021¹⁴⁰).

Le montant total de la dépense pour l'Assurance maladie s'établit à 173 M€ en 2021 (soit 341 K€ de recettes en moyenne par CSI) et a cru au rythme de 1,2 % par an au cours de la période 2017-2021 (tableau et graphique ci-dessous).

Tableau 25 : Evolution du montant total de la dépense de l'Assurance maladie (2017-2021) et nombre de CSI bénéficiaires, recettes moyennes par CSI

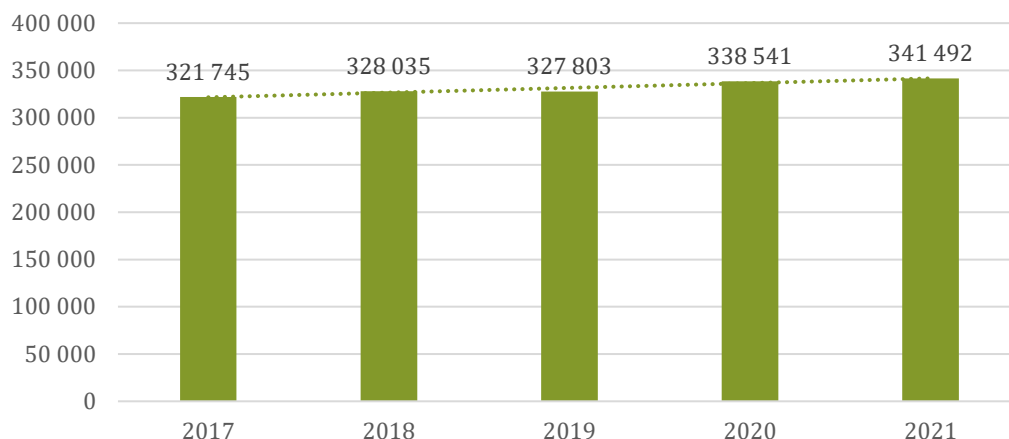
	2017	2018	2019	2020	2021
Montant total dépense	153 150 406	160 409 046	161 934 825	170 963 349	172 795 074
Nombre de CSI pris en compte	476	489	494	505	506
Montant total de la dépense / CSI moyen	321 745	328 035	327 803	338 541	341 492

¹³⁸ A partir de 2022 la condition d'âge est supprimée.

¹³⁹ Estimation de la mission à partir des données URSSAF Caisse nationale.

¹⁴⁰ Cf. annexe relative à la mise en œuvre de l'accord national de santé.

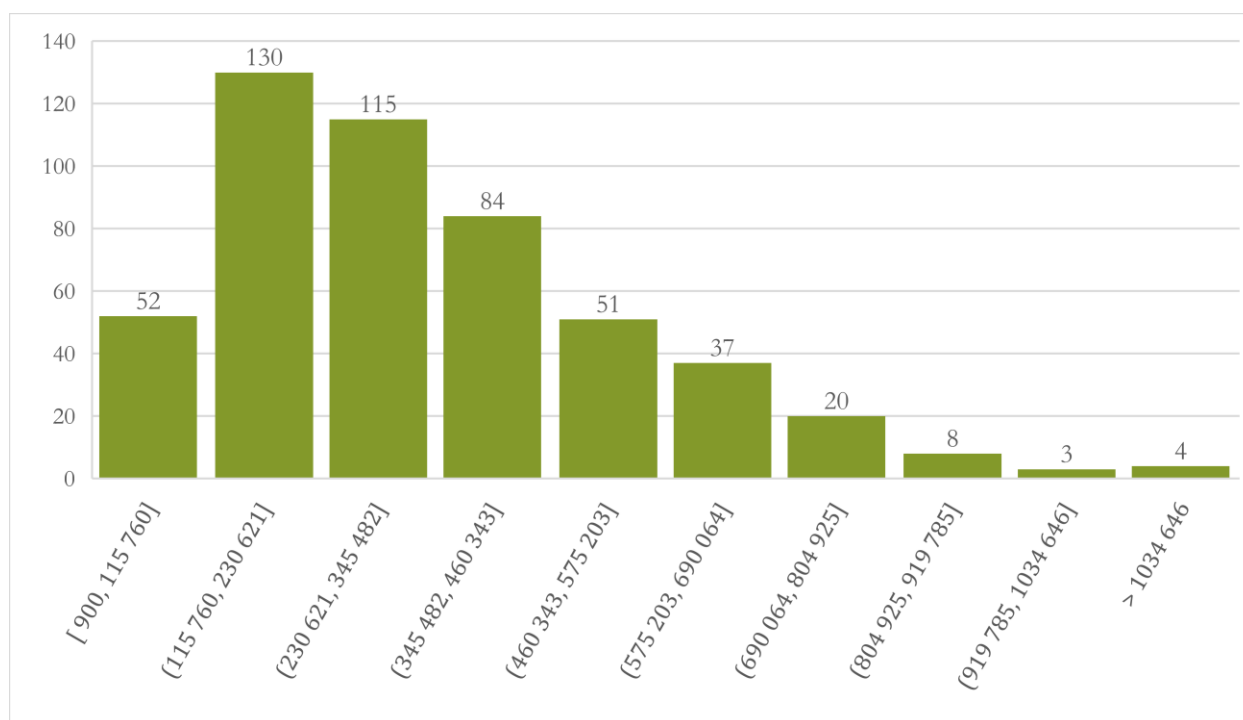
Graphique 3 : Evolution du montant moyen des recettes tirées de l'activité de soins infirmiers par CSI (2017-2021)



Source : Mission d'après données CNAM (*) HSD, compléments d'actes, dépassements

Le graphique ci-dessous présente une distribution par décile des CSI en fonction du montant des recettes réalisées en 2021. 72 % des CSI perçoivent entre 100 K€ et 500 K€.

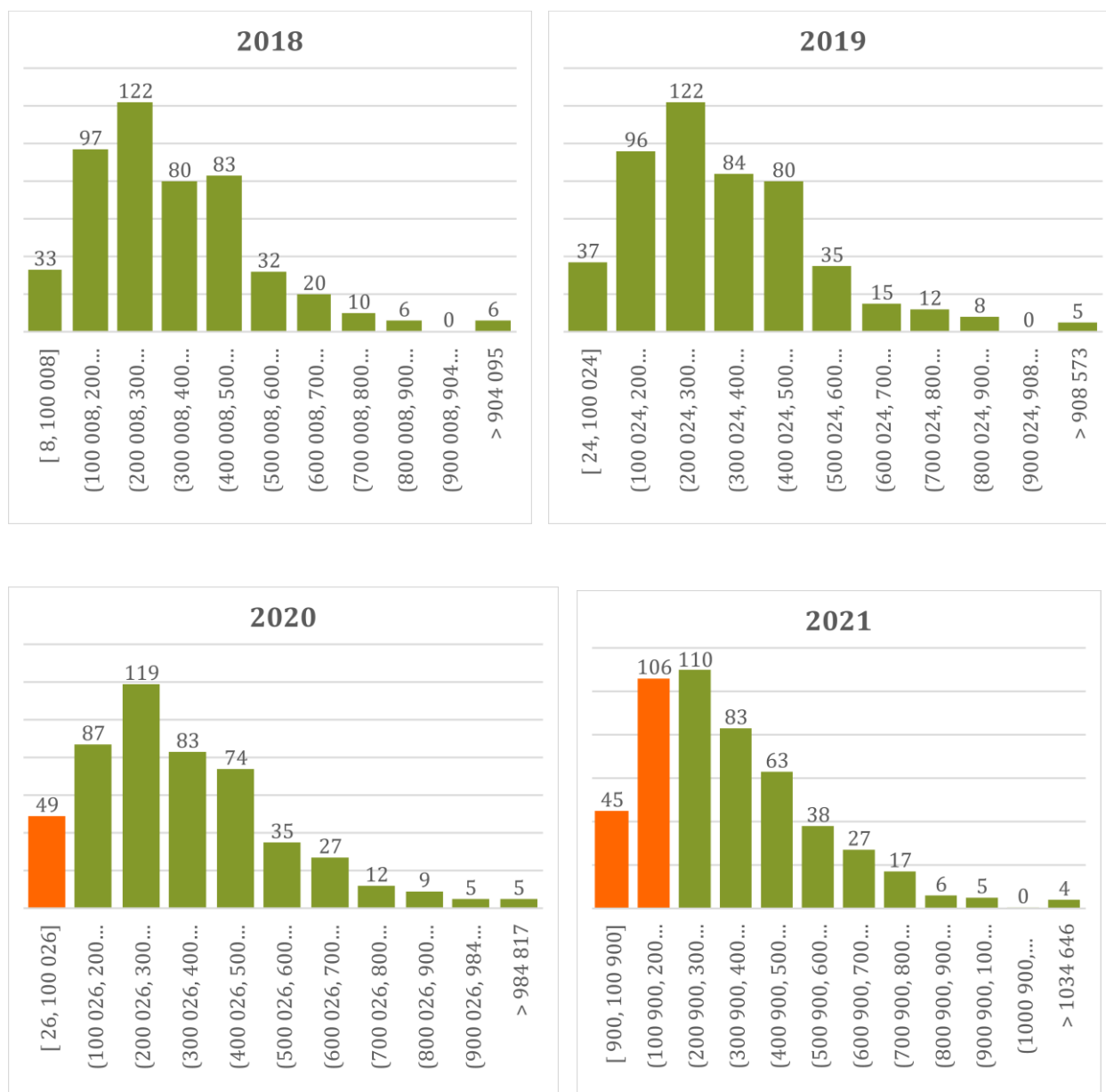
Graphique 4 : Distribution des CSI par décile de recettes tirées de l'activité de soins, 2021



Source : Mission d'après données Assurance maladie (503 CSI) (*) HSD, compléments d'actes, dépassements

La distribution comparée ci-dessous des montants totaux de recettes tirées de l'activité de soins montre une relative stabilité de la distribution en 2018 et 2019 et fragilisation du chiffre d'affaires avec une augmentation du nombre de CSI situés dans les deux premières tranches en 2021 (graphiques ci-dessous).

Graphique 5 : Distributions comparées par tranche de 100 K € (2018, 2019, 2020, 2021)



Source : Mission d'après données Assurance maladie (503 CSI) (*) HSD, compléments d'actes, dépassements

ANNEXE 9 : Rémunérations de l'Assurance maladie et mise en œuvre de l'accord national des centres de santé 2017-2021

ANNEXE 9 :	Rémunérations de l'Assurance maladie et mise en œuvre de l'accord national des centres de santé 2017-2021	149
1	La subvention « Teulade »	151
2	Présentation de l'accord national des centres de santé du 8 juillet 2015	152
2.1	Modalités d'adhésion	153
2.2	Contrats démographiques	154
2.2.1	Les contrats éligibles jusqu'en 2022 (période sous revue de la mission)	154
2.2.2	L'avenant 4 précise les conditions d'éligibilité et les avantages des contrats incitatifs pour les CDS dans l'objectif de ré-équilibrer l'offre de soins sur le territoire	157
2.3	Rémunération forfaitaire spécifique	158
2.3.1	Principe	158
2.3.2	Calcul de la rémunération forfaitaire spécifique aux CDS : principe	160
2.3.3	Modalités de versement de la rémunération spécifique	163
3	Analyse des montants de rémunération forfaitaire spécifique au cours de la période 2017-2021 versés aux CSI	164
3.1	Données globales et moyennes par CSI	164
3.2	Distribution des CSI selon taux d'atteinte aux indicateurs	173
3.2.1	Bloc « accès aux soins »	173
3.2.2	Bloc « travail en équipe »	173
3.2.3	Bloc « système d'information »	176
3.2.4	Bloc « rémunération complémentaire »	176
4	Les évolutions pour 2022, à la suite de la signature de l'avenant 4 modifiant l'accord national de santé	178
4.1	Création d'un dispositif de régulation du conventionnement	179
4.2	Création d'indicateurs	179
4.3	Modification des indicateurs existants	179
4.4	Augmentation du nombre de points attribuables aux CSI	180
5	Focus sur la prévention	181
5.1	Les CSI : des acteurs à part entière de la prévention	181
5.2	Les actions de santé publique deviennent une activité optionnelle à partir de 2018	182
5.3	La stratégie nationale de santé 2018-2022	182
5.4	L'accord national de santé (2015) et ses avenants	183
5.5	Exemples d'actions menées par les CSI	185

Cette annexe présente successivement :

- présentation des montants remboursés par l'Assurance maladie au titre de la subvention « Teulade » ;
- présentation de l'accord national des centres de santé du 8 juillet 2015 : les éléments ci-dessous ont été en partie établis à partir de la documentation transmise par la CNAM et/ou disponible en ligne sur ameli.fr. Une présentation de l'accord est également disponible dans l'annexe 1 « Centre de santé pluriprofessionnels - synthèse bibliographique » établie par l'ANAP en juin 2021 ;
- analyse de la mise en œuvre de cet accord, présentant les indicateurs et les montants versés par l'Assurance maladie aux CSI au cours des années 2017 à 2021 ;
- présentation des principales modifications intervenues à la suite de la signature de l'avenant 4 à l'accord, applicables à partir de l'année 2022.

1 La subvention « Teulade »

La subvention dite Teulade, mise en place en 1991¹⁴¹, prévoit que la CNAM rembourse aux centres de santé 11,5 % de l'assiette des cotisations patronales (maladie, maternité, invalidité, décès) dues par les centres pour les personnels qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux. Le taux de prise en charge pour déterminer le montant de la subvention n'a pas évolué depuis 1992 et s'établit à 11,5 % de la rémunération brute des professionnels de santé¹⁴². Une présentation détaillée de cette subvention figure en annexe 8 du rapport de l'IGAS relatif aux centres de santé (publié en ligne)¹⁴³. Les auteurs proposaient, après avoir mis en évidence les limites de la transposition de la prise en charge assurée pour les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés et tenté d'établir un taux de prise en charge plus approprié, de « *rester au statu quo* ».

Initialement, ce système de prise en charge partiel a été mis en place pour inciter les médecins libéraux à adhérer au secteur conventionnel (lesquels bénéficient d'une prise en charge partielle de leurs points pour les allocations familiales, contrairement aux centres de santé). Pour les centres de santé, cette subvention a été versée indépendamment de leur adhésion à l'accord national de santé entre 1991 et 2021. Le bénéfice de cette subvention est réservé depuis l'entrée en vigueur de la LFSS 2022 le 25 décembre 2021 aux seuls centres de santé conventionnés dans les conditions prévues à l'article L. 162-32-2 du code de la sécurité sociale¹⁴⁴.

Elle prend la forme d'un remboursement par les CPAM après justification par attestation URSSAF du paiement complet des charges sociales.

Les montants versés par les CPAM, communiqués par l'Assurance maladie à la mission IGAS, n'ont pas permis des exploitations statistiques tant les données étaient partielles et apparemment incohérentes. En revanche, la base eCDS remplie par les CSI chaque année (données déclaratives) fait apparaître qu'en 2021 plus de 12 millions d'euros auraient été versés aux CSI au titre de la subvention Teulade.

¹⁴¹ Article L162-32 du code de la sécurité sociale et décret n°91-656 du 15 juillet 1991 relatif au montant de la subvention versée par les caisses primaires d'assurance maladie aux centres de santé.

¹⁴² Décret n°92-1304 du 14 décembre 1992.

¹⁴³ « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain », rapport n°2013-119P établi par Philippe Georges, Cécile Waquet et Juliette Part, juillet 2013

¹⁴⁴ Article L. 162-32 du code de la sécurité sociale modifié par la loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021.

2 Présentation de l'accord national des centres de santé du 8 juillet 2015

Les centres de soins infirmiers sont l'une des catégories de centres de santé, lesquels sont composés majoritairement de centres de santé médicaux, polyvalents ou non, et de centres de soins dentaires¹⁴⁵.

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis depuis la loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 par un accord national conclu pour une durée maximale de cinq années, qui détermine notamment :

« 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de santé ;
 2° Les conditions générales d'application des conventions (...);
 3° Les modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire menées par les centres de santé ;
 4° Les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins ;
 4° bis Les conditions à remplir par les centres de santé pour être régis par l'accord national, notamment celles relatives aux zones d'exercice, (...) ;
 5° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, (...) ;
 6° Les conditions dans lesquelles les organismes d'assurance maladie participent à des actions d'accompagnement de l'informatisation des centres de santé (...) ;
 6° bis Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, (...) ;
 8° Le cas échéant, des dispositifs d'aide visant à faciliter l'installation des centres de santé dans les zones définies par l'agence régionale de santé (...) ;
 9° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements individualisés du centre de santé peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Le versement de la contrepartie financière au centre de santé est fonction de l'atteinte des objectifs par celui-ci »¹⁴⁶.

L'accord national des centres de santé a été signé le 8 juillet 2015 par l'ensemble des organisations représentatives des centres de santé et l'assurance maladie, pour une durée de 5 ans. Paru au journal officiel du 30 septembre 2015, il est entré en vigueur le 1er octobre 2015. Il a été complété par un avenant n°1 publié au JO du 17 novembre 2017, un avenant n°2 publié au JO du 5 juillet 2019, un avenant n°3 publié au JO du 3 septembre 2020, un avenant n°4 réputé approuvé le 21 juin 2022 en l'absence de publication au JO.

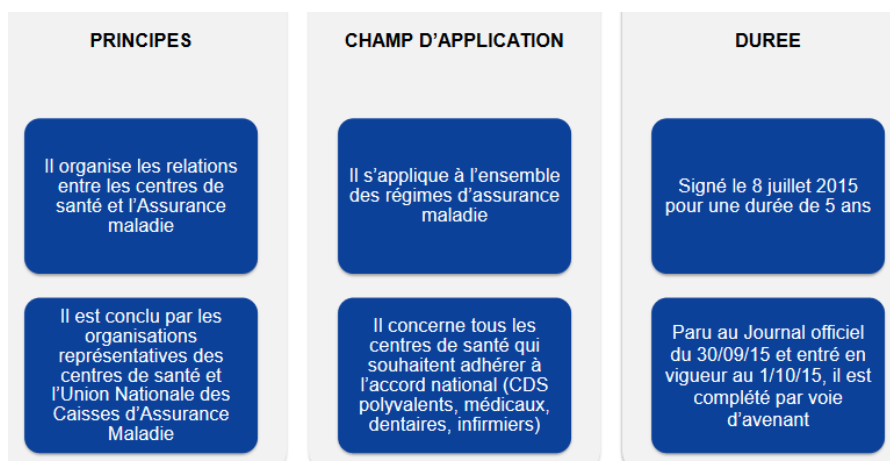
Il a pour objectifs :

- D'améliorer la qualité des soins par une prise en charge coordonnée des patients ;
- De renforcer l'accès aux soins à tarif opposable, ou à tarif maîtrisé pour le dentaire ;
- De valoriser la qualité et l'efficacité des pratiques médicales ;
- De pérenniser le financement des structures ;
- D'affirmer les missions des centres de santé au travers d'une nouvelle rémunération forfaitaire spécifique aux centres de santé.

¹⁴⁵ Article L. 6323-1 du code de la santé publique.

¹⁴⁶ Version en vigueur au 25 décembre 2021.

Schéma 1 : L'accord national des centres de santé

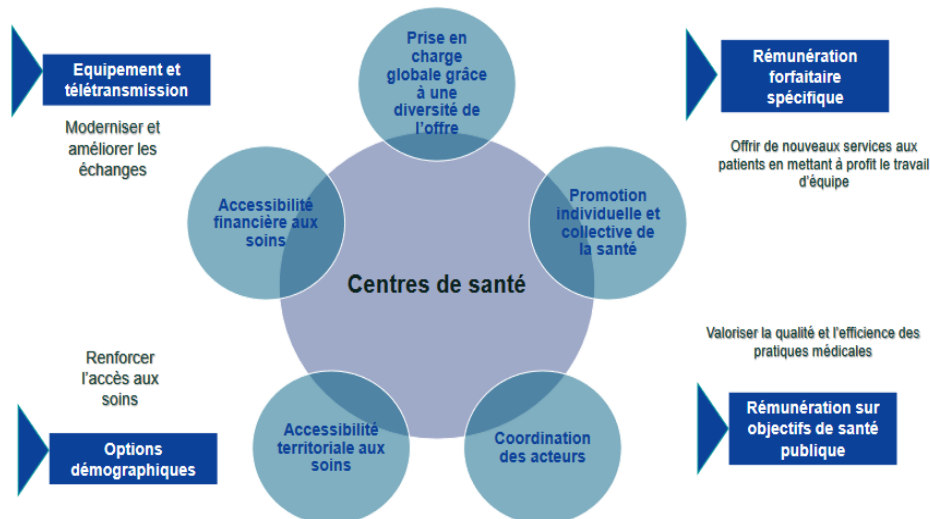


Source : Assurance maladie

L'accord national de santé prévoit les conditions de rémunération des centres de santé :

- concernant les options démographiques (contrats démographiques) ;
- à la rétribution de certaines actions spécifiques (rémunération forfaitaire) et pour les dispositifs en matière d'équipement et de télétransmission ;
- à la rémunération sur objectifs de santé publique (pour les CDS médicaux uniquement).

Schéma 2 : Spécificités des CDS et priorités de l'Accord national



Source : Assurance maladie

2.1 Modalités d'adhésion

Jusqu'au 25 décembre 2021, l'adhésion à l'accord national était tacite à la date à laquelle leur numéro FINESS leur a été délivré par l'ARS. Le centre de santé qui ne souhaitait pas être régi par les dispositions de l'accord national devait en informer la CPAM.

Les modalités d'adhésion à l'accord national ont également été révisées afin de tenir compte du conventionnement explicite mis en place par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de

2022, à l'instar de celui mis en place pour les infirmières libérales. Le centre de santé doit désormais demander son conventionnement auprès de la CPAM de rattachement. L'adhésion à l'accord national est effective dans les 30 jours suivant la réception de la demande de conventionnement par la caisse d'assurance maladie, sous réserve de la complétude du dossier¹⁴⁷.

Il appartient au centre de santé de préciser sa spécialité (médicale, polyvalente¹⁴⁸, dentaire¹⁴⁹, infirmière¹⁵⁰) à sa caisse. En cas de divergence entre les données issues du système d'information de l'assurance maladie et l'activité déclarée, la caisse peut modifier la spécialité.

2.2 Contrats démographiques

2.2.1 Les contrats éligibles jusqu'en 2022 (période sous revue de la mission)

Pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins et lutter contre la désertification médicale/dentaire/infirmière, des aides sont versées aux professionnels de santé pour les inciter à s'installer dans des zones sous denses (sous dotées ou très sous dotées en personnels soignants), qui prennent la forme de contrats démographiques.

Les centres de santé sont éligibles à sept contrats démographiques selon la spécialité du centre de santé, dont certains ont été revus/revalorisés par l'avenant 3. Trois contrats concernent les centres de santé polyvalents/médicaux :

- Contrat d'aide à l'installation (CAI) pour favoriser l'installation en zone sous dense ;
- Contrat de stabilisation et de coordination (COSCO) qui cumule les conditions d'implantation en zone sous dense et la participation à une équipe de soins primaires ou une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ;
- Contrat de solidarité territoriale (CSTM) qui prévoit des conditions d'exercice particulière : un médecin du centre doit exercer son activité dans un autre centre de santé situé en zone sous dotée pour une durée d'au moins 10 jours par an.

Deux contrats démographiques ont été mis en place pour les CDS dentaires : CAI dentaire, contrat d'aide au maintien (CAM dentaire).

Deux contrats démographiques ont été mis en place pour les centres de santé infirmiers : contrat d'aide à l'installation (CAI) infirmier et contrat d'aide au maintien (CAM infirmier) (encadrés ci-dessous).

Le CAM CSI (encadré ci-dessous) est aligné sur le dispositif équivalent prévu pour les IDEL.¹⁵¹

¹⁴⁷ Article L.162-32-2 du code de la sécurité sociale.

¹⁴⁸ Au moins 1 activité médicale et 1 activité paramédicale OU 1 activité médicale et 1 activité dentaire ou de sage-femme sans activité paramédicale.

¹⁴⁹ 80% honoraires totaux en dentaire.

¹⁵⁰ 80% honoraires totaux en infirmiers.

¹⁵¹ Le contrat d'aide au maintien (CAMI), destiné aux infirmiers conventionnés déjà installés en zone très sous-dotée, prévoit une rémunération de 3 000 € par an sur 3 ans, renouvelable (+ 150 € par mois si l'infirmier s'engage à accueillir un étudiant infirmier dans son cabinet pour le stage de fin d'études (pendant la durée du stage).

Le CAM (contrat aide au maintien) CSI

Date de démarrage du dispositif : dès publication des contrats-types par les ARS

Eligibilité : CDS infirmiers déjà installés en zone « très sous dotée »

Durée du contrat : 3 ans, renouvelable

Contrat non cumulable avec un CAI CDS infirmier

Engagements du CDS infirmier :

- Maintien d'une offre de soins au sein de la zone pendant 3 ans consécutifs
- Remplir l'atteinte des indicateurs de la rémunération forfaitaire spécifique « système d'information » et « télétransmission et téléservices »
- Informer sa caisse de rattachement en cas d'intention de cessation d'activité

Rémunération :

- 3 000 € par an et par ETP d'infirmiers salariés
- Aide versée chaque année au cours du 2ème trimestre de l'année civile

Source : Assurance maladie

En revanche, les CSI ne bénéficient que d'un seul dispositif d'aide en cas de première installation (création) ou d'installation (en cas de changement de zone géographique), lequel est doté d'une rémunération annuelle de 30 K€ au premier ETP IDE, contrairement aux IDEL, qui dispose de deux contrats démographiques différents, selon qui s'agit d'une première installation (doté d'une rémunération annuelle de 37,5 K€) ou d'une installation (doté d'une rémunération annuelle de 27,5 K€)¹⁵². Les IDEL disposent d'une meilleure rémunération que les CSI lors d'une première installation (création d'un CSI).

Les caractéristiques du contrat d'aide à l'installation pour les CSI et du contrat d'aide à la première installation pour les IDEL sont présentées dans les encadrés ci-dessous.

Le CAI CDS infirmier

Date de démarrage du dispositif : dès publication des contrats-types par les ARS

Eligibilité : CDS qui se créent et s'implantent en zone « très sous dotée »

Durée du contrat : 5 ans

Contrat non cumulable avec un CAM CDS infirmier

Engagements du CDS infirmier :

- Maintien d'une offre de soins au sein de la zone pendant 5 ans consécutifs
- Remplir l'atteinte des indicateurs de la rémunération forfaitaire spécifique « système d'information » et « télétransmission et téléservices »
- Informé sa caisse de rattachement en cas d'intention de cessation d'activité

Rémunération annuelle par ETP : 1^{er} ETP IDE : 30 K € ; 2^{ème} et 3^{ème} ETP IDE : 15 K € ; 4^{ème} et 5^{ème} ETP IDE : 5 K €

¹⁵² Le contrat d'aide à l'installation (CAII) destiné aux infirmières conventionnées libérales s'installant en zone très sous-dotée prévoit une aide financière de 27 500 € sur 5 ans (non renouvelable) + 150 € par mois si l'infirmier s'engage à accueillir un étudiant infirmier dans son cabinet pour son stage de fin d'études (pendant la durée du stage).

- Aide versée à 50 % lors de la signature du contrat, solde à la date du 1er anniversaire du contrat.
- Appréciation du nb d'ETP à la date de signature du contrat
- Réévaluation du nb d'ETP tous les ans à date anniversaire du contrat pour la 2ème année, puis au cours du 2ème trimestre les années suivantes.
- Montant proratisé en fonction des années restantes dans la limite de 3 ETP dans l'hypothèse où le centre n'atteindrait pas le plafond lors de la signature

Exemple : 1 CDS salariant 1,5 ETP d'infirmiers lors de la signature du contrat : Aide totale = 37 500 € (30 000 € pour le 1er ETP + 0,5x15 000 € pour le 0,5 ETP) soit 18 750 € à la signature et le montant restant l'année suivante. Le CDS recrute 1 ETP d'infirmier supplémentaire au cours de la 2ème année du contrat : Aide supplémentaire = 6 000 € ((45 000 € montant max possible pour 2,5ETP - 37 500 € déjà versée) x 4/5 années restantes)

Source : Assurance maladie

Caractéristiques du CAPII infirmier libéral

Ce contrat est destiné aux infirmières conventionnés s'installant en zone très sous-dotée et sollicitant pour la première fois leur conventionnement auprès de l'Assurance Maladie à compter de la publication par le directeur général de l'ARS du contrat type régional et du nouveau zonage régional.

Le montant de l'aide financière allouée en contrepartie du respect des engagements est de 37 500 € contrat sur 5 ans (non renouvelable). À cela s'ajoute 150 € par mois si l'infirmière s'engage à accueillir une étudiante infirmière dans son cabinet pour son stage de fin d'études (pendant la durée du stage).

L'infirmière doit s'engager à :

remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation ;

exercer pendant une durée minimale de 5 ans dans la zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion ;

justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone « très sous-dotée » en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la 1re année et 30 000 € les années suivantes ;

exercer au sein d'un groupe formé d'infirmières, d'un groupe pluri-professionnel, appartenir à une CPTS ou à une équipe de soin primaire (ESP).

Source : Ameli – cf. avenant 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux

Le rapport charges et produits de l'Assurance maladie pour 2023¹⁵³ dresse un bilan mitigé des contrats démographiques accessibles aux médecins souhaitant s'installer en libéral et propose de fusionner les sept dispositifs existant en un seul pour simplifier et rendre plus lisible ce dispositif.

Le même constat vaut pour les centres de santé.

Les données communiquées par l'Assurance maladie à la mission (cf. tableau ci-dessous) mettent en évidence le peu de succès que rencontrent ces dispositifs auprès des CSI, comparativement à ceux mis en place pour les CDS – dont le succès paraît également relativement modeste eu égard à

¹⁵³ Rapports charges et produits – propositions de l'Assurance maladie pour 2022 et 2023.

l'évolution du nombre de centre de santé médicaux. Ainsi, au cours de la période 2017-2021, seuls deux CSI ont bénéficié en 2021 d'un contrat démographique.

Tableau 1 : Nombre de contrats démographiques signés par an et par type de contrat

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
CDS médicaux et polyvalents	Option Démographie (*)	27	17	1	6					51
	C.A.I (avenant 1)				7	18	12	12	8	57
	C.O.S.C.O (avenant 1)				4	45	4	6	4	63
	C.S.T (avenant 1)					4		1		5
	Total par an CDS med et poly	27	17	1	17	67	16	19	12	176
CDS infirmiers	Option Démographie (*)	11	10		2	1				24
	Nouveaux contrats (avenant 3)*							2		2
	Total par an CDS infirmiers	11	10		2	1		2		26
	Total général	38	27	1	19	68	16	21	12	202

Source : Assurance maladie – (*) ancien contrat issue de l'accord national sur les centres de santé, annexe 8 pour les CDS médicaux ou polyvalents, annexe 11 pour les CSI

2.2.2 L'avenant 4 précise les conditions d'éligibilité et les avantages des contrats incitatifs pour les CDS dans l'objectif de ré-équilibrer l'offre de soins sur le territoire

Afin d'équilibrer l'offre de soins sur le territoire, l'accord national met à la disposition des centres de santé des contrats incitatifs visant à favoriser le maintien et l'installation en zone déficitaire. L'avenant 4 précise que sont éligibles les centres de santé qui s'installent en zone sous dense ou qui y sont déjà implantés :

- les centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire ou infirmière peuvent cumuler les différents contrats, dès lors qu'ils sont situés en zone sous dense définie pour chacune des spécialités concernées ;
- les centres de santé infirmiers ou dentaires installés en zones sous-denses demandant la modification de leur spécialité en CDS polyvalent (au sens du FINESS) du fait de l'intégration d'un ou plusieurs MG salariés (pour le contrat d'aide à l'installation et le contrat de stabilisation et de coordination des CDS médicaux ou polyvalents en zone sous-dotée).

L'avenant 4 précise que la signature d'un « Contrat incitatif centre de santé infirmier » (cf. annexes 11 et 12 de l'accord national de santé) est conditionnée par¹⁵⁴ :

- l'utilisation des moyens de télétransmission pour au minimum 80 % de l'activité (FSE) ;
- la réalisation de 2/3 de son activité auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée » ;
- la transmission du nombre moyen d'ETP infirmiers exerçant dans le centre de santé.

¹⁵⁴ Avantages du contrat : 3 000 €/an/ETP infirmier exerçant au sein du centre de santé ; 3% des honoraires sans dépassement, liés à l'activité infirmière du CDS.

Modifications pour les CDS médicaux ou polyvalents

1) « Contrat incitatif centres de santé médicaux ou polyvalents » (annexe 8)¹⁵⁵

Avantages : 5 000 €/an/ETP médecins exerçant au sein du centre de santé ;

aide à l'activité correspondant à 10 % de l'activité médicale (C+V) du centre de santé dans la limite de 20 000 €/an/ETP médecin

2) « Contrat d'aide à l'installation des CDS médicaux ou polyvalents en zone sous-dotée - CAI » (article 19.1)¹⁵⁶

30 000 €/ETP médecin généraliste salarié pour le 1er ETP puis 25 000 € pour les 2ème et 3ème ETP rémunérés (plafond fixé à 3 ETP)

versement en 2 fois : 50 % à la signature du contrat et 50 % à la date du premier anniversaire du contrat

modulation régionale de l'aide possible : majoration de l'aide dans la limite de 20 %

3) Contrat de stabilisation et de coordination pour les CDS médicaux ou polyvalents - COSCO¹⁵⁷

5 000 €/an/ETP médecin salarié

Pour le centre de santé médical et polyvalent nouvellement ouvert (à compter de sa 2ème année d'ouverture) et pour le centre de santé infirmier ou dentaire installé en zones sous-denses ayant demandé (2 ans plus tôt) la modification de sa spécialité en centre de santé polyvalent (au sens du FINESS) : 5 000 €/an/ETP médecin salarié dans la limite de 2 ETP pour les nouveaux postes de médecins salariés

modulation régionale de l'aide possible : majoration de l'aide dans la limite de 20 %

4) Contrat de solidarité territoriale des CDS médicaux ou polyvalents - CST¹⁵⁸

Avantages : 25 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique (activité réalisée dans le centre implantée dans la zone sous dense) du ou des médecins salariés mis à disposition dans la limite de 50 000 €/an/ETP médical ; prise en charge des frais de déplacement ; Versement aux centres mettant à disposition un ou plusieurs médecins salariés ; modulation régionale de l'aide possible : majoration de l'aide dans la limite de 20 %

2.3 Rémunération forfaitaire spécifique

2.3.1 Principe

La rémunération spécifique a pour objectif de permettre aux centres de santé d'optimiser leur organisation en renforçant notamment la coordination et les échanges d'information entre professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des patients. Pour en bénéficier, les centres doivent remplir au minimum les engagements déterminés comme « pré-requis ». Elle est constituée :

- d'un bloc commun principal et d'un bloc commun complémentaire ;
- d'engagements selon 3 axes :
 - axe 1 : Accès aux soins ;

¹⁵⁵ Contrat applicable dans l'attente de la publication des contrats types régionaux publiés par les ARS prévus dans l'avenant 1 à l'accord national.

¹⁵⁶ Contrat applicable une fois les contrats types régionaux publiés par les ARS.

¹⁵⁷ Contrat applicable une fois les contrats types régionaux publiés par les ARS.

¹⁵⁸ Contrat applicable une fois les contrats types régionaux publiés par les ARS.

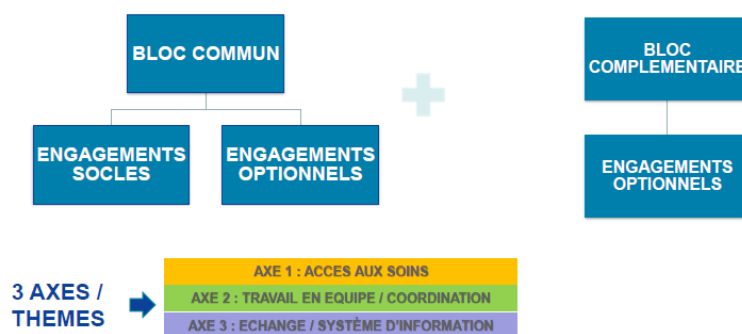
- axe 2 : Travail en équipe/coordination ;
- axe 3 : Echange/Système d'information ;

Ce cadre est identique pour les trois types de centres ; cependant, les engagements peuvent être spécifiques à chaque type de structures. Il faut distinguer :

- les engagements « socle et pré-requis » ;
- les engagements « optionnels » ;
- d'une rémunération par points en fonction du respect de ces engagements, mesurés par des indicateurs (rémunération fixe ou variable en fonction de la taille de la patientèle/ou du nombre d'ETP), qui peut être assortie de minoration.

Pour les centres de santé polyvalents ayant rempli leurs objectifs et ayant une forte activité dentaire ou infirmière¹⁵⁹, des rémunérations supplémentaires propres à ces activités peuvent s'ajouter.

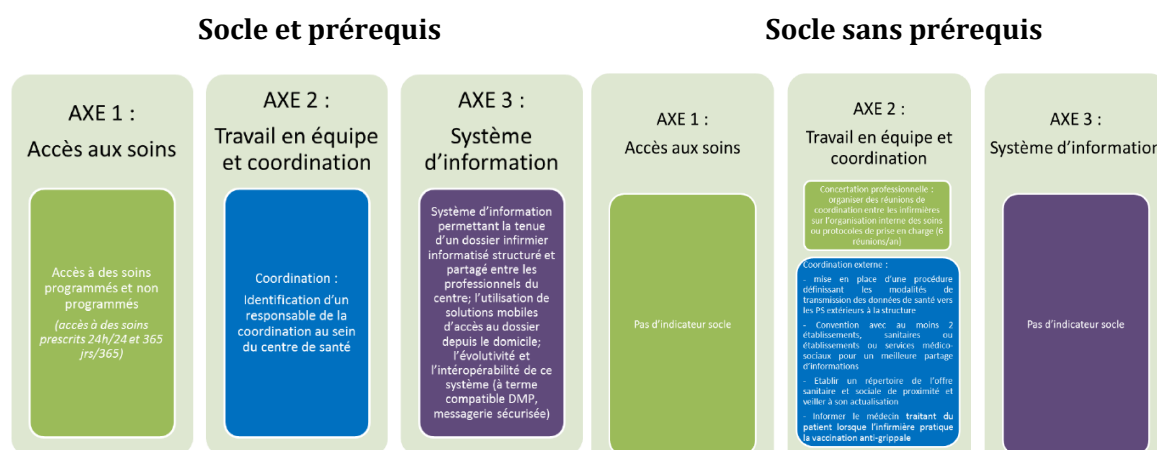
Schéma 3 : Constitution des indicateurs



Source : Assurance maladie

Le respect des indicateurs socle suivants est prérequis au déclenchement de la rémunération.

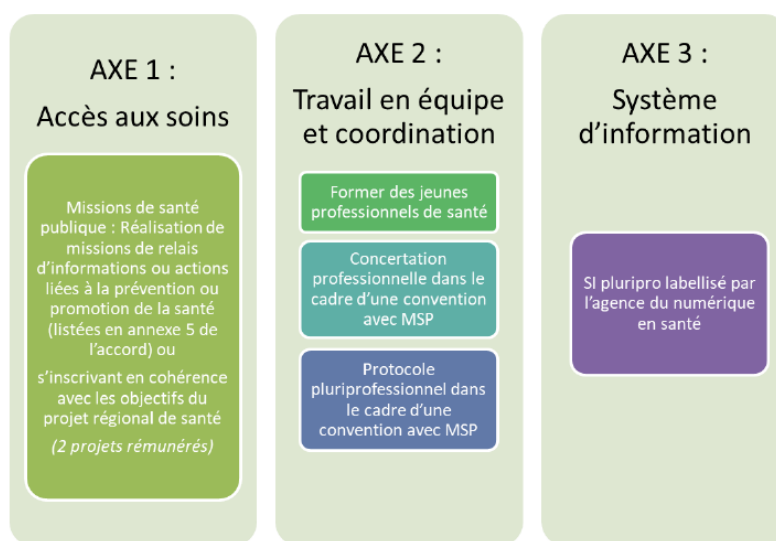
Schéma 4 : Bloc commun principal (CSI) : avenants 1 et 3



Source : Guide méthodologique CSI Assurance maladie

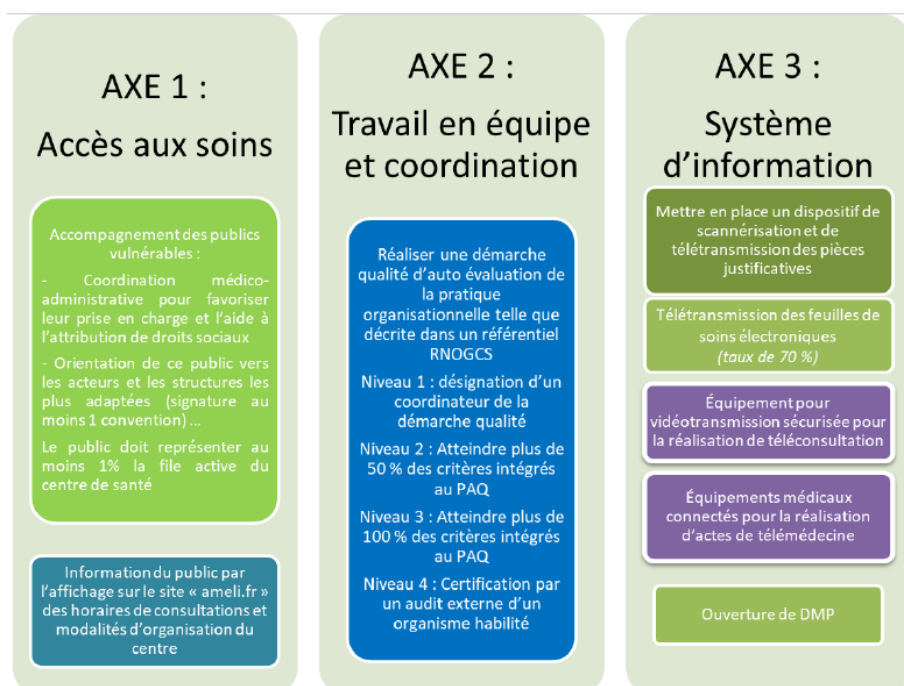
¹⁵⁹ Les seuils de forte activité sont définis à l'article 7 de l'accord national.

Schéma 5 : Bloc commun principal : optionnel pour les CSI



Source : Guide méthodologique CSI Assurance maladie

Schéma 6 : Bloc commun complémentaire pour les CSI

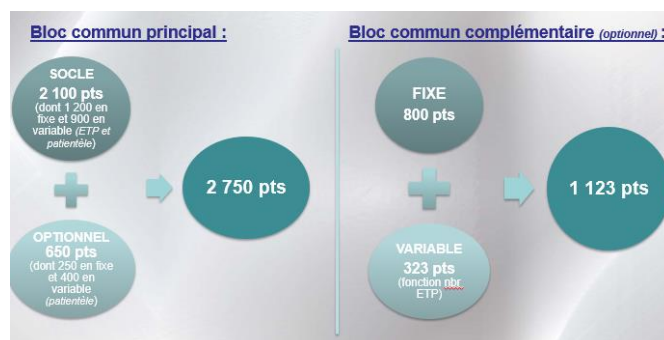


Source : Guide méthodologique CSI Assurance maladie

2.3.2 Calcul de la rémunération forfaitaire spécifique aux CDS : principe

Les CSI obtiennent un nombre de points forfaitaires ou variables en fonction du degré d'atteinte des indicateurs. La valeur du point est fixée à 7 €.

Schéma 7 : Nombre de points attribués pour les CSI pour un taux de réalisation de 100 % (jusqu'en 2021)



Source : Assurance maladie

Les éléments pris en compte pour le calcul sont le nombre de points atteints par indicateur (fixe ou variable, la patientèle de référence¹⁶⁰, le taux de précarité du centre (qui conditionne la majoration de la rémunération), le nombre de PS salariés (indicateur SI), le nombre d'ETP (indicateur taux de télétransmission).

Tableau 2 : Détail du nombre de point par indicateurs (CSI) avant avenant 4 (juin 2022)

Bloc	Thématique	Pré-requis	Points fixes	Points variables	Montant forfaitaire
Accès aux soins	Accessibilité	OUI	200		1 400
	Missions (*)			OUI	
Travail en équipe	Concertation		400		2 800
	Stage (max 1)		250		1 750
	Coordination	OUI	200		1 400
	Coordination externe			OUI	
	Protocoles pluri-professionnels en lien avec MSP		200		1 400
	Réunions de concertation pluriprofessionnelle avec MSP		100		700
Système d'information	SI socle	OUI	400	+100 par IDE jusqu'à 10 IDE, + 50 au-delà	
	Acquisition d'un logiciel pluri-professionnel labellisé ANS partenariat SISA		150		1 050
Bloc complémentaire	Démarche qualité niveau 1		100		700
	Démarche niveau 2		150		1 050
	Démarche niveau 2 variable			25 en fonction nb IDE	
	Démarche niveau 3		150		1 050
	Démarche niveau 3 variable			25 en fonction nb IDE	
	Démarche qualité niveau 4		150		1 050
	Public vulnérable		400		1 400
	Information du public		50		350
	Télétransmission		50		

¹⁶⁰ Pour la partie variable de la rémunération, le nombre de points est établi pour une patientèle de référence moyenne de 450 patients pour les centres de santé infirmiers ou selon le nombre d'ETP.

Bloc	Thématique	Pré-requis	Points fixes	Points variables	Montant forfaitaire
	SCOR			OUI	
	Vidéotransmission		50		350
	Equipements médicaux connectés			25 par ETP IDE	
	Ouverture DMP			10 pour ouverture de 70 DMP	
	Total				

Source : Mission

Source : (*) Les missions de santé publique consistent en un relais d'information et d'action des campagnes de prévention ou de promotion de la santé (2 campagnes au maximum, critère optionnel).

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité des patients du centre de santé, plafonné à 25 %. Des minorations et dérogations sont également prévues.

2.3.3 Modalités de versement de la rémunération spécifique

2.3.3.1 Une condition préalable : le recueil des données via la plateforme eCDS

Les centres de santé doivent déclarer l'ensemble des indicateurs nécessaires à l'établissement de la rémunération en saisissant les données sur une plateforme gérée par l'ATIH (tous les ans et au plus tard avant la fin du mois de janvier pour les indicateurs déclaratifs de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) et avant la fin du mois de février pour les autres indicateurs).

Il existe des « bulles explicatives » qui peuvent aider l'utilisateur, mais qui ne semblent pas suffire pour aider les utilisateurs à servir correctement les différentes rubriques. A la suite de ses investigations, la mission s'interroge sur la qualité des données recueillies. En effet, le décalage entre les données servies et la situation réelle de certains CSI rencontrés amènent à s'interroger sur l'accompagnement des utilisateurs lors de la saisie de ces données sur la plateforme.

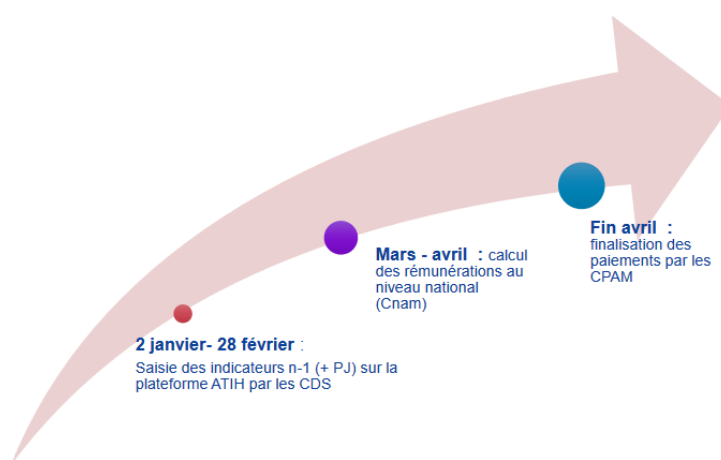
Certains centres ne remplissent que les données qui paraissent obligatoires pour obtenir la rémunération spécifique. Il n'existe pas de guide utilisateur librement accessible en ligne, présentant le dictionnaire des données à remplir dans les différentes items. Par exemple, il n'est pas indiqué si les ETP sont les ETP en moyenne annuelle ou au 31/12, si cela comprend les personnels non permanents... Certains CSI font figurer les effectifs cibles figurant dans leur projet de santé et non les effectifs réels (cas relevé par la mission).

Le guide méthodologique disponible en ligne qui s'intitule « *guide méthodologique-plateforme de recueil des données des centres de santé* » établi par la CNAMTS en 2016, suggère aux utilisateurs, en cas de souci technique, de s'adresser à l'ATIH, en cas de difficulté pour remplir les rubriques en lien avec la rémunération spécifique, de contacter la CPAM, sinon, de contacter l'ARS.

2.3.3.2 Les dates de versement de la rémunération spécifique

Le calendrier annuel de déclaration et de versement de la rémunération s'échelonne entre les mois de janvier et d'avril de l'année N, pour un recueil des données de l'année N-1.

Schéma 8 : Calendrier annuel de déclaration par les CDS et de versement de la rémunération spécifique

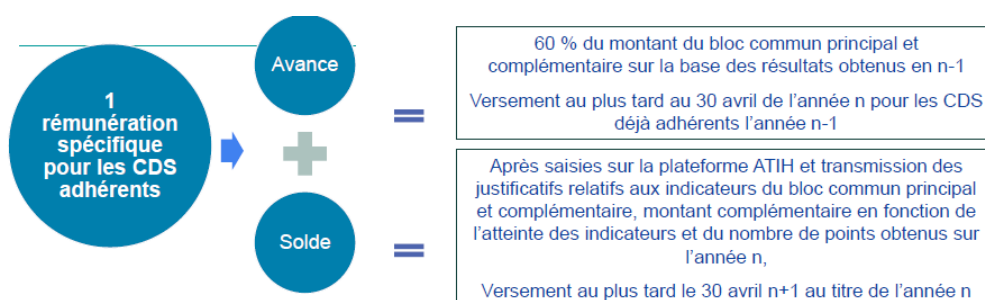


Source : Assurance maladie

A la fin du mois d'avril de l'année N, une avance de 60 % du montant du bloc commun principal et complémentaire est versée sur la base des résultats obtenus en N-1. Le solde de la rémunération est versé à la fin de l'année N+1 (40 % au maximum si tous les objectifs sont atteints).

Pour les centres de santé nouvellement créés, une avance est versée correspondant au montant moyen de l'avance versée aux CDS (selon la spécialité) en année N-1 dans les 2 mois à compter de la date à laquelle le CDS commence à être régi par l'accord national

Schéma 9 : Modalités de paiement



Source : Assurance maladie

3 Analyse des montants de rémunération forfaitaire spécifique au cours de la période 2017-2021 versés aux CSI

3.1 Données globales et moyennes par CSI

Le nombre de CSI adhérents à l'accord national de santé est en hausse au cours de la période 2017-2021. En 2021, seuls trois centres n'ont pas réussi à atteindre les prérequis et n'obtiennent aucune rémunération. Ce chiffre s'établissait à respectivement 26 et 25 centres en 2019 et 2020, ce que l'on peut considérer comme l'une des répercussions de la pandémie. En effet, la rémunération des CSI est versée à l'issue d'une campagne de saisie des données sur la plateforme de l'ATIH.

Tableau 3 : Nombre de CSI adhérents (2017-2021)

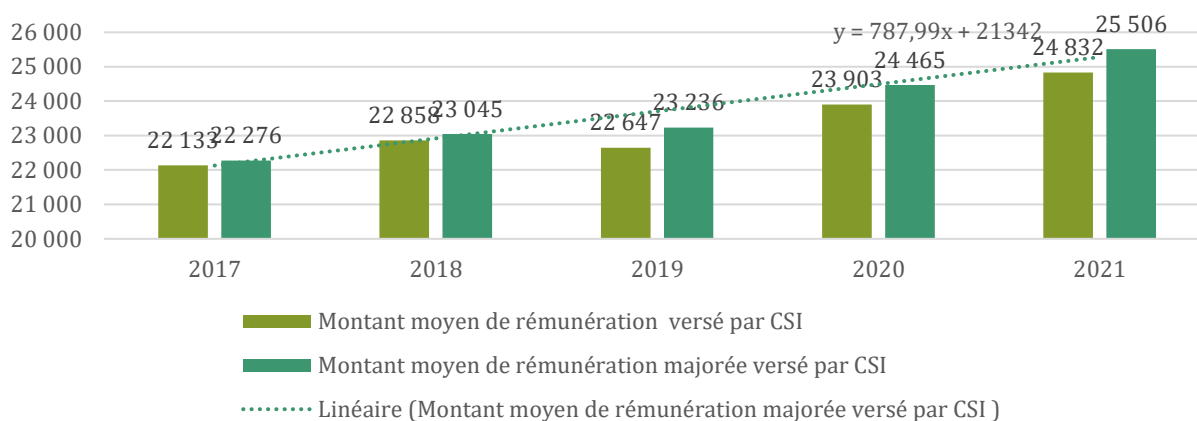
	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre total de CSI adhérents à l'accord	431	474	468	485	485
Dont nombre de CSI obtenant 0 € de rémunération spécifique accord de santé	3	12	26	25	3

Source : Mission d'après données CNAM

Le montant moyen de rémunération annuelle par CSI s'inscrit en hausse au cours de la période (+ 12,2 % en 2021 par rapport à 2017), portant la somme totale des rémunérations obtenues par CSI en moyenne à 25 K€ en 2021¹⁶¹.

¹⁶¹ Valeur du point de 7 €, stable au cours de la période observée.

Graphique 6 : Montant moyen de rémunération annuelle par CSI, en € (2017-2021)



Source : Mission d'après données CNAM

En 2021, les sommes versées au titre du bloc relatif au système d'information représentent 34 % de cette rémunération suivie par celles attribuées pour le travail en équipe (30 %), le bloc accès aux soins (21 %) et le bloc complémentaire (15 %).

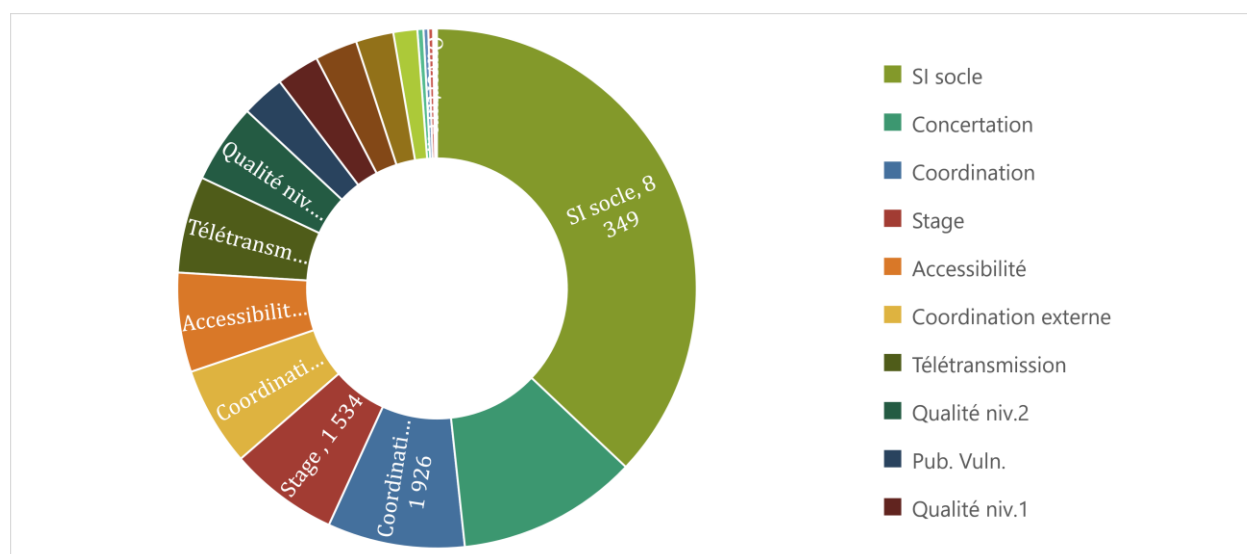
Tableau 4 : Montant moyen versé par bloc thématique par CSI, en €, 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021	évolution 2021/2017
Système d'information	5 845	6 905	6 850	8 119	8 416	44,0 %
Travail en équipe	7 530	7 339	7 236	6 982	7 536	0,1 %
Bloc complémentaire	4 996	4 966	4 977	5 444	5 198	4,0 %
Accès aux soins	3 825	3 715	3 673	3 531	3 698	-3,3 %

Source : Mission d'après données CNAM

Une analyse détaillée des différentes sommes versées montre la prépondérance des sommes versées en vue de constituer un SI socle (graphique ci-dessous).

Graphique 7 : Montant moyen versé par thématique par CSI, en €, année 2021



Source : Mission d'après données CNAM

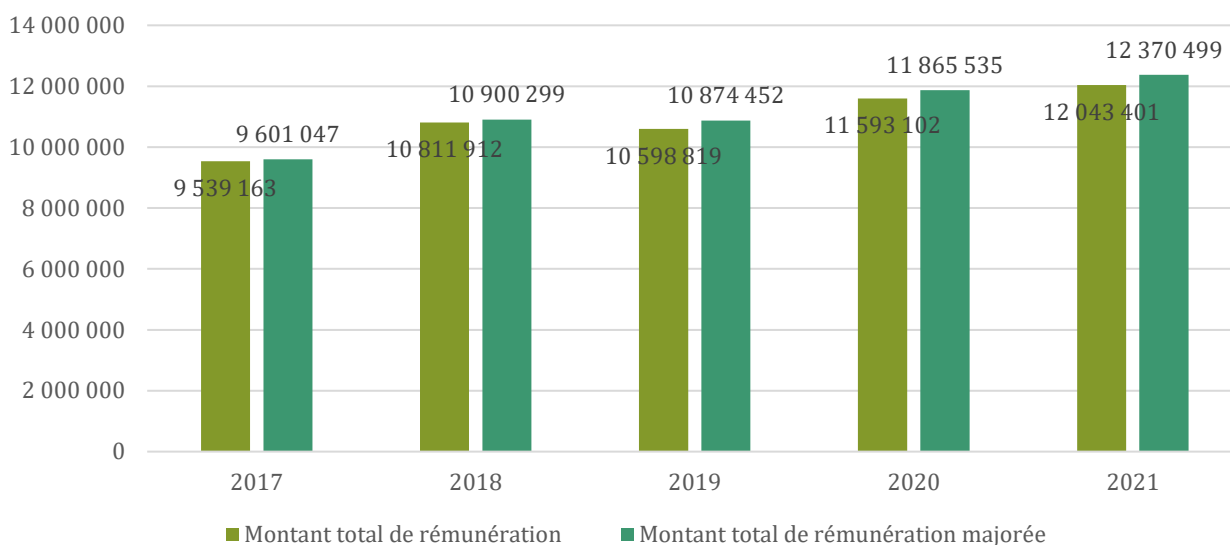
Tableau 5 : Montant moyen versé par thématique par CSI, en €, 2017-2021

Bloc	Thématique	2017	2018	2019	2020	2021
Accès aux soins	Accessibilité	1 390	1 364	1 322	1 328	1 391
	Missions santé publique	2 435	2 355	2 356	2 203	2 307
Total 1		3 825	3 715	3 673	3 531	3 698
Travail en équipe	Concertation	2 644	2 581	2 531	2 292	2 534
	Stage	1 579	1 524	1 507	1 443	1 534
	Coordination	1 916	1 873	1 888	1 779	1 926
	Coordination externe	1 390	1 364	1 322	1 328	1 391
	Protocoles pluri-professionnels en lien avec MSP	Sans objet	Sans objet	Sans objet	78	84
	Réunions de concertation pluriprofessionnelle avec MSP	Sans objet	Sans objet	Sans objet	62	66
Total 2		7 530	7 339	7 236	6 982	7 536
Système d'information	SI socle	5 845	6 905	6 850	8 050	8 349
	Acquisition d'un logiciel pluri-professionnel labellisé ANS partenariat SISA	Sans objet	Sans objet	Sans objet	69	67
Total 3		5 845	6 905	6 850	8 119	8 416
Bloc complémentaire	Démarche qualité niveau 1	573	579	577	566	603
	Démarche niveau 2 (fixe + var.)	870	897	886	1 058	1 117
	Démarche niveau 3 (fixe+var.)	407	408	453	537	528
	Démarche qualité niveau 4	12	29	16	15	11
	Public vulnérable	476	509	595	596	606
	Information du public	326	324	319	320	336
	Télétransmission	1 745	1 630	1 542	1 730	1 356
	SCOR	587	593	588	582	595
	Vidéotransmission	Sans objet	Sans objet	Sans objet	25	25
	Equipements médicaux connectés	Sans objet	Sans objet	Sans objet	20	20
	Ouverture DMP	Sans objet	Sans objet	Sans objet	0	0
Total 4		4 996	4 966	4 977	5 444	5 198

Source : Mission d'après données CNAM

Les montants totaux de rémunérations forfaitaires spécifiques attribuées annuellement s'établissent à 12,4 M€ en 2021 (9,6 M€ en 2017).

Graphique 8 : Montants totaux de rémunérations annuelles, en € (2017-2021)



Source : Mission d'après données CNAM

Le tableau ci-dessous présente les résultats déclarés par les CSI aux indicateurs conditionnant le montant de la rémunération spécifique versée au cours de la période 2017-2021.

Tableau 6 : Résultats des indicateurs conditionnant le montant des rémunérations versées, et montants totaux versés, en € (2017-2021)

		2017	2018	2019	2020	2021
	Pour rappel : nombre total de centres adhérents à l'accord	431	474	468	485	485
Accessibilité	Nombre de centres ayant atteint les 200 points accessibilité, en nb	431	473	468	485	482
	Nombre de centres ayant atteint les 200 points accessibilité, en %	100 %	100 %	100 %	100 %	99 %
	Montant moyen de rémunération par CSI accessibilité, en €	1 390	1 364	1 322	1 328	1 391
	Montant total rémunération accessibilité, en €	599 200	645 400	618 000	644 000	674 800
Missions	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de missions rémunérées, en nb	324	353	442	367	354
	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de missions rémunérées, en %	75 %	74 %	94 %	76 %	73 %
	Montant moyen par CSI rémunération missions, en €	2 435	2 355	2 356	2 203	2 307
	Montant total rémunération missions, en €	1 049 560	1 111 567	1 100 060	1 068 443	1 118 830
TOTAL Bloc accès aux soins	Montant moyen par CSI accès aux soins	3 825	3 715	3 673	3 531	3 698

		2017	2018	2019	2020	2021
	<i>Pour rappel : nombre total de centres adhérents à l'accord</i>	431	474	468	485	485
	Montant total Rémunération accès aux soins, en €	1 648 760	1 756 967	1 718 860	1 712 443	1 793 630
<i>Concertation</i>	Nombre moyen de réunions entre infirmières par CSI	13	13	12	13	13
	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points de concertation, en nb	409	375	442	413	441
	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points de concertation, en %	95 %	79 %	94 %	85 %	91 %
	Montant moyen par CSI concertation, en €	2 644	2 581	2 531	2 292	2 534
	Montant total concertation, en €	1 139 600	1 220 800	1 184 400	1 111 600	1 229 200
<i>Stages</i>	Nombre total de stages	1 300	1 524	1 476	1 312	1 586
	Nombre moyen de stages par CSI	3	3	3	3	3
	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points de stage, en nb	389	419	420	416	426
	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points de stage, en %	90 %	88 %	90 %	86 %	88 %
	Montant moyen par CSI stage, en €	1 579	1 524	1 507	1 443	1 534
	Montant total stage en €	680 750	721 000	705 250	700 000	743 750
<i>Coordination externe</i>	Nombre moyen de points de coordination par CSI	274	270	279	263	275
	Montant moyen par CSI coordination externe, en €	1 916	1 873	1 888	1 779	1 926
	Montant total coordination externe en €	825 948	884 041	877 771	862 848	934 239
	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points de fonction CE, en nb	431	468	457	478	480
	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points de fonction CE, en %	100 %	99 %	98 %	99 %	99 %
	Montant moyen par CSI fonction coordination externe, en €	1 390	1 364	1 322	1 328	1 391
	Montant total fonction coordination externe en €	599 200	645 400	618 800	644 000	674 800
<i>Protocoles pluri-professionnels en lien avec la MSP</i>	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points de Points protocoles pluri-professionnels en lien avec la MSP, en nb	Sans objet	Sans objet	Sans objet	28	29
	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points de protocoles pluri-	Sans objet	Sans objet	Sans objet	6 %	6 %

		2017	2018	2019	2020	2021
	Pour rappel : nombre total de centres adhérents à l'accord	431	474	468	485	485
	professionnels en lien avec la MSP, en %					
	Montant moyen par CSI protocoles pluri-professionnels en lien avec la MSP, en €	Sans objet	Sans objet	Sans objet	78	84
	Montant total protocoles pluri-professionnels en lien avec la MSP en €	Sans objet	Sans objet	Sans objet	37 800	40 600
	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points de participation à des réunions de concertation pluriprofessionnelle, en nb	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	46
	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points de participation à des réunions de concertation pluriprofessionnelle, en %	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	9 %
	Montant moyen par CSI participation à des réunions de concertation pluriprofessionnelle avec la MSP, en €	Sans objet	Sans objet	Sans objet	62	66
	Montant total participation à des réunions de concertation pluriprofessionnelle avec la MSP en €	Sans objet	Sans objet	Sans objet	30 100	32 200
TOTAL BLOC Travail en équipe	Montant moyen par CSI travail en équipe, en €	7 530	7 339	7 236	6 982	7 536
	Montant total travail en équipe en €	3 245 498	3 471 241	3 386 221	3 386 348	3 654 789
BLOC Système d'information	Montant moyen par CSI rémunération SI socle, en €	5 845	6 905	6 850	8 050	8 349
	Rémunération système d'information socle	2 519 289	3 258 942	3 198 868	3 904 196	4 049 152
	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points (soit 1050 €/CSI) pour acquisition d'un logiciel pluri-professionnel labellisé ANS, en nb	Sans objet	Sans objet	Sans objet	33	32
	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points (soit 1050 €/CSI) pour acquisition d'un logiciel pluri-professionnel labellisé ANS, en %	Sans objet	Sans objet	Sans objet	6,8 %	7 %
	Montant total Rémunération acquisition d'un logiciel pluri-professionnel labellisé ANS en sus du logiciel	Sans objet	Sans objet	Sans objet	33 600	32 550

		2017	2018	2019	2020	2021
	<i>Pour rappel : nombre total de centres adhérents à l'accord</i>	431	474	468	485	485
	métier infirmier dans le cadre d'un partenariat avec une SISA, en €					
	Montant moyen par CSI Bloc SI, en €	Sans objet	Sans objet	Sans objet	8 119	8 416
	Montant total SI Bloc SI en €	Sans objet	Sans objet	Sans objet	3 937 796	4 081 702
<i>Démarche qualité</i>	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points (soit 100 points représentant 700 €) la démarche niveau 1, en nb	353	398	401	407	419
	Taux de centres ayant atteint la démarche niveau 1, en %	82 %	84 %	86 %	84 %	86 %
	Montant total de la rémunération démarche qualité niveau 1, en €	247 100	274 400	270 200	274 400	292 600
	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points (soit 150 points représentant 1 050 €) la démarche niveau 2, en nb	358	409	414	434	440
	Taux de centres ayant atteint la démarche niveau 2, en %	83 %	86 %	85 %	89 %	91 %
	Montant total de la rémunération démarche qualité niveau 2, en €	374 850	424 200	414 750	434 700	460 950
	Nb de centres ayant obtenu des points variables pour la démarche niveau 2, en nb	Sans objet	Sans objet	Sans objet	433	439
	Taux de centres ayant atteint des pts variables pour la démarche niveau 2, en %	Sans objet	Sans objet	Sans objet	89 %	91 %
	Montant moyen par CSI de la rémunération variable démarche qualité niveau 2, en €	Sans objet	Sans objet	Sans objet	162	166
	Montant total de la rémunération variable démarche qualité niveau 2, en €	Sans objet	Sans objet	Sans objet	78 550	80 735
	Montant moyen par CSI démarche niveau 2 (fixe + variable)	870	897	886	1 058	1 117
	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points (soit 150 points représentant 1 050 €) la démarche niveau 3, en nb	167	184	204	214	207
	Taux de centres ayant atteint la démarche niveau ", en %	39 %	39 %	44 %	44 %	43 %

		2017	2018	2019	2020	2021
	Pour rappel : nombre total de centres adhérents à l'accord	431	474	468	485	485
	Montant total de la rémunération démarche qualité niveau 3, en €	175 350	193 200	212 100	219 450	217 350
	Nb de centres ayant obtenu des points variables pour la démarche niveau 3, en nb	Sans objet	Sans objet	Sans objet	214	206
	Taux de centres ayant atteint des pts variables pour la démarche niveau 3, en %	Sans objet	Sans objet	Sans objet	44 %	42 %
	Montant moyen par CSI de la rémunération variable démarche qualité niveau 3, en €	Sans objet	Sans objet	Sans objet	84	80
	Montant total de la rémunération variable démarche qualité niveau 3, en €	Sans objet	Sans objet	Sans objet	40 790	38 906
	Montant moyen par CSI démarche niveau 3 (fixe+variable)	407	408	453	537	528
	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points (soit 150 points représentant 1050 €) la démarche niveau 4, en nb	5	13	7	7	5
	Taux de centres ayant atteint la démarche niveau 4, en %	1 %	3 %	1 %	1,4 %	1 %
	Montant total de la rémunération démarche qualité niveau 4, en €	5250	13650	7350	7350	5 250
Public vulnérable	Nombre de public vulnérable total	4 837	5 097	6 909	6 608	7 961
	Pourcentage public vulnérable total	3,2	3,2	4,3	4,1	4,70 %
	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points public vulnérable (200 points, 1400 €), en nb	134	154	182	197	191
	Taux de centres ayant obtenu des points pour public vulnérable, en %	31 %	32 %	39 %	40,6 %	39 %
	Rémunération public vulnérable total, en €	205 100	241 500	278 600	289 100	294 000
Information du public	Nombre de centres ayant atteint le nb maximal de points pour information du public (200 points, 1400 €), en nb	404	445	448	464	467
	Taux de centres ayant obtenu des points pour information du public, en %	83 %	92 %	95,7 %	95,7 %	96 %

		2017	2018	2019	2020	2021
	Pour rappel : nombre total de centres adhérents à l'accord	431	474	468	485	485
	Rémunération information du public, total en €	140 700	153 650	149 450	155 050	163 100
Télétransmission	Taux télétransmission	87 %	86 %	84 %	70 %	74,70 %
	Nombre de centres ayant obtenu des points pour télétransmission, en nb	431	423	469	483	361
	Taux de centres ayant obtenu des points pour télétransmission, en %	100 %	89 %	100 %	100 %	74 %
	Rémunération télétransmission, total en €	752 013	772 503	721 596	839 006	657 782
	Nombre de centres ayant obtenu des points pour service SCOR en nb	395	447	447	462	468
	Taux de centres ayant obtenu des points pour service SCOR en %	92 %	94 %	96 %	95 %	96 %
	Rémunération SCOR	252 932	280 963	275 113	282 205	288 800
	Nombre de centres ayant obtenu des points pour vidéo-transmission en nb	Sans objet	Sans objet	Sans objet	40	30
	Taux de centres ayant obtenu des points pour vidéo-transmission en %	Sans objet	Sans objet	Sans objet	8,2 %	6 %
	Rémunération vidéo-transmission, en €	Sans objet	Sans objet	Sans objet	13 650	11900
	Nombre de centres ayant obtenu des points pour équipements médicaux connectés en nb	Sans objet	Sans objet	Sans objet	17	16
	Taux de centres ayant obtenu des points pour équipements médicaux connectés en %	Sans objet	Sans objet	Sans objet	3,5 %	3 %
	Rémunération équipements médicaux connectés, en €	Sans objet	Sans objet	Sans objet	6 221	9 560
DMP	Nombre de centres ayant obtenu des points pour ouverture DMP en nb	Sans objet	Sans objet	Sans objet	16	17
	Taux de centres ayant obtenu des points pour ouverture DMP en %	Sans objet	Sans objet	Sans objet	3,3 %	4 %
	Rémunération ouverture DMP, en €	Sans objet	Sans objet	Sans objet	23	23
Total Bloc complémentaire	Nombre de centres ayant obtenu des points pour bloc complémentaire en nb	431	474	468	485	484
	Taux de centres ayant obtenu des points pour bloc complémentaire en %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	99,8 %
	Rémunération du bloc complémentaire, en €	2 153 294	2 354 066	2 329 160	2 640 496	2 520 956

Source : Mission d'après données CNAM

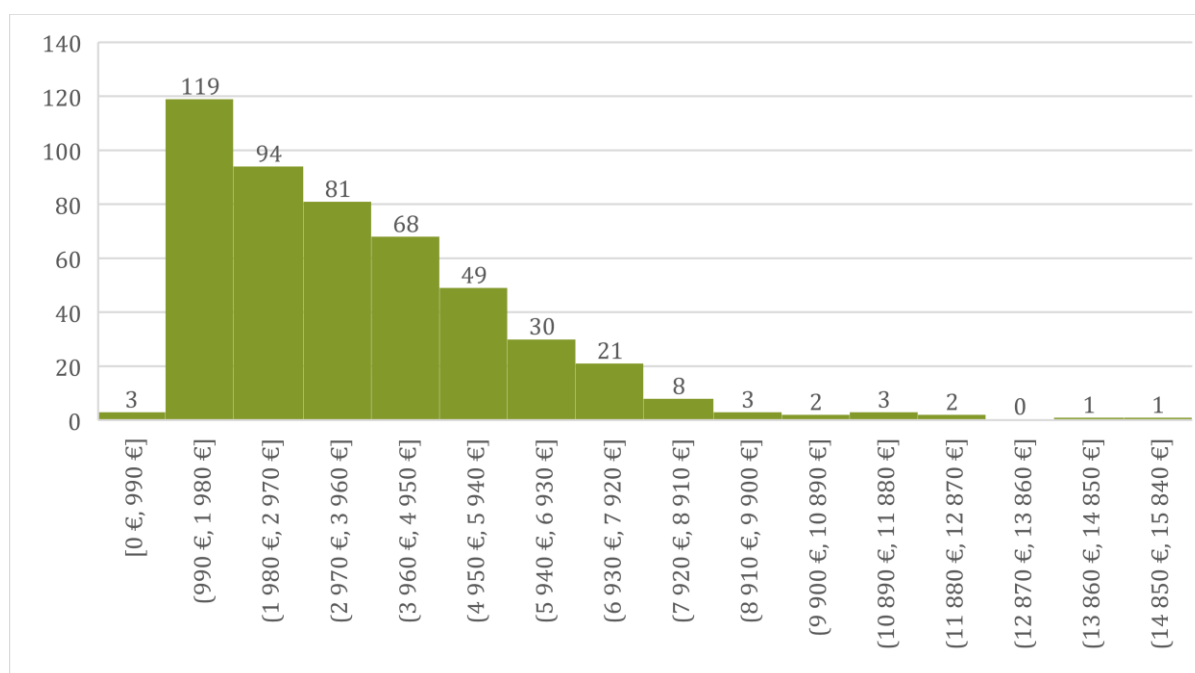
3.2 Distribution des CSI selon taux d'atteinte aux indicateurs

Les graphiques 4 à 13 ci-dessous mettent en évidence une forte variabilité des montants de rémunération spécifique versés selon les CSI.

3.2.1 Bloc « accès aux soins »

119 CSI soit un quart des centres perçoivent entre 990 € et 1 980 € au titre des actions réalisées en matière d'accès aux soins. En moyenne, un CSI perçoit 3 698 € au titre de ce bloc. On note que l'accompagnement des publics vulnérables est valorisé par un indicateur spécifique inclus dans le bloc complémentaire (cf. § infra).

Graphique 9 : Répartition des CSI par tranche de rémunération attribuée pour le bloc « accès aux soins », 2021, montants en €

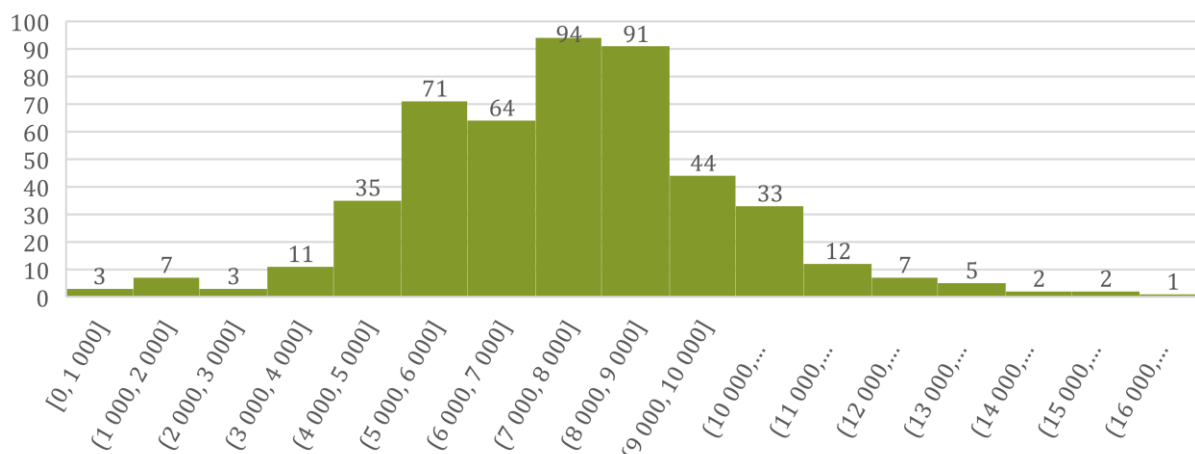


Source : Mission d'après données CNAM

3.2.2 Bloc « travail en équipe »

L'identification d'un responsable de la coordination au sein du centre de santé fait partie des indicateurs pré-requis au déclenchement de la rémunération. S'agissant de la rémunération d'actions regroupées au sein du bloc « travail en équipe », une majorité de CSI (249) perçoit une rémunération située entre 6 000 € et 9 000 €, et au-delà. Des marges de progrès subsistent pour les CSI restant.

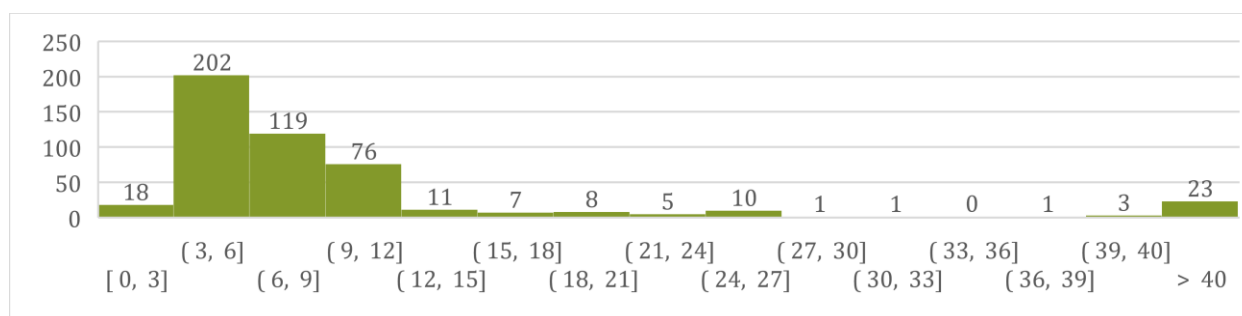
Graphique 10 : Répartition des CSI par tranche de rémunération attribuée pour le bloc « travail en équipe », 2021, montants en €



Source : Mission d'après données CNAM

La totalité des centres de santé infirmiers organisent des réunions de coordination entre infirmières sur l'organisation interne des soins ou protocoles de prise en charge/dossiers de patients complexes.

Graphique 11 : Répartition des CSI en fonction du nombre de réunions entre infirmières, 2021



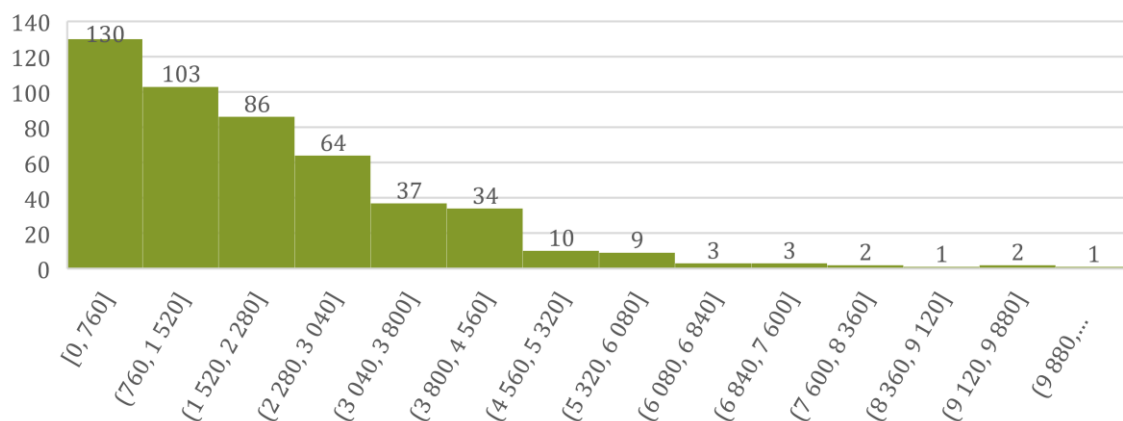
Source : Mission d'après données CNAM

La fonction de coordination est assurée soit par des personnes exerçant par ailleurs d'autres missions au sein du centre (y compris par des professionnels de santé) ayant alors un temps identifié et dédié à cette fonction, soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction. La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes : animation de la coordination interprofessionnelle, coordination des parcours et des dossiers patients, suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé, relation avec les institutions (organisme d'assurance maladie, agence régionale de santé...) ou collectivités¹⁶².

La fonction coordination externe, pour les centres de santé infirmiers, est un indicateur qui repose sur plusieurs critères tels que la tenue d'un répertoire actualisé de l'offre sanitaire et sociale, le retour d'information au médecin traitant sur la vaccination antigrippale.

¹⁶² Source : Assurance maladie

Graphique 12 : Répartition des CSI par tranche de rémunération attribuée en matière de fonction coordination, 2021, montants en €



Source : Mission d'après données CNAM

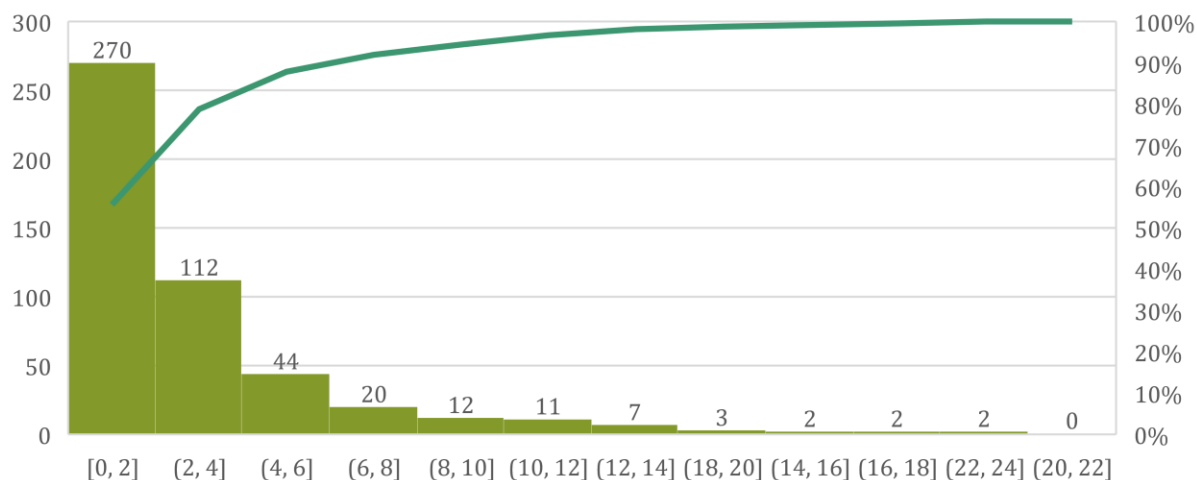
Le centre de santé constitue un terrain privilégié de stages de formation pour les professionnels de santé selon des modalités propres à chaque profession. Jusqu'au 21/06/2022, l'accord national prévoyait au moins un stage par an pour les CSI (au moins deux stages par an pour les centres de santé médicaux ou polyvalents, et au moins un stage par an pour les centres de santé dentaires).

L'accueil d'un stagiaire infirmière dans les CSI était valorisé à hauteur de 250 points (1 stage valorisé par an jusque juin 2022)¹⁶³. L'avenant 4 a revalorisé cet indicateur portant sur l'accueil des stagiaires PS dans les CDS médicaux et polyvalents uniquement, qui se voient attribués 450 points pour l'accueil de 2 professionnels de santé (soit 225 points par stagiaire) et 200 points supplémentaires pour l'accueil de 2 médecins stagiaires. Dans les CSI, l'avenant 4¹⁶⁴ porte le nombre d'IDE stagiaires de un à deux par an, le premier stage étant valorisé 250 points, le second 225 points. En revanche, un CSI qui recevra plus de deux stagiaires dans l'année ne percevra aucune rémunération supplémentaire. Cette situation explique vraisemblablement que la majorité des centres qui accueillent des stagiaires n'en prennent en charge que deux. Pour autant, en pratique une proportion importante de CSI (216 en 2021) accueillait d'ores et déjà plus de deux stagiaires infirmières par an (cf. graphique ci-dessous), preuve du volontarisme qu'ils ont dans leur partenariat avec les IFSI, même si ces stages ne font pas l'objet d'une contrepartie financière pour le CSI.

¹⁶³ Soit 1750 euros par an qu'il y ait un ou plusieurs stagiaires. A titre de comparaison, les IDEL touchent eux 150 euros par mois, ce qui, ramené à l'année, représente 1800 euros pour un stagiaire, écart dont la justification n'apparaît pas évidente.

¹⁶⁴ Réputé approuvé depuis le 21 juin 2022.

Graphique 13 : Répartition des CSI en fonction du nombre de stages, 2021

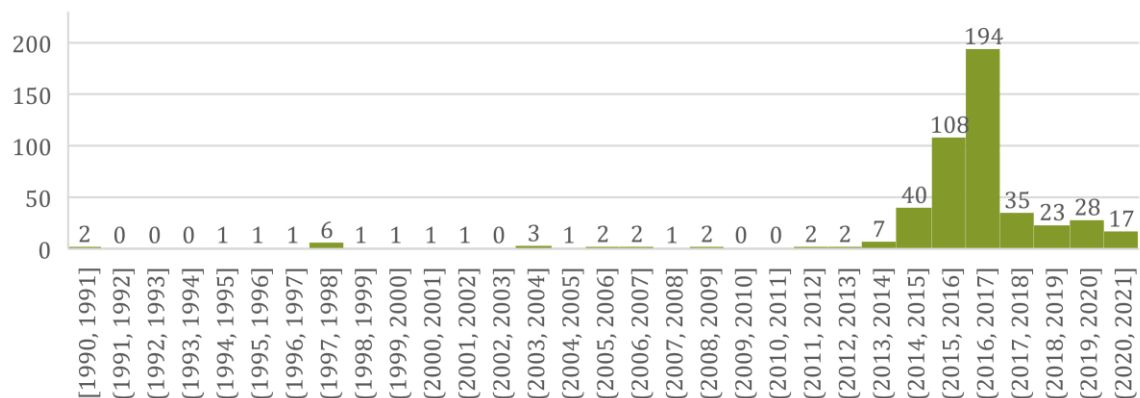


Source : Mission d'après données CNAM

3.2.3 Bloc « système d'information »

Les centres de santé dentaires/infirmiers doivent disposer d'un SI permettant notamment la tenue d'un dossier informatisé structuré. La date d'acquisition d'un tel système a eu lieu entre 2015 et 2017 pour la majorité des CSI (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 14 : Répartition des CSI par date d'acquisition d'un SI complet, par ordre chronologique

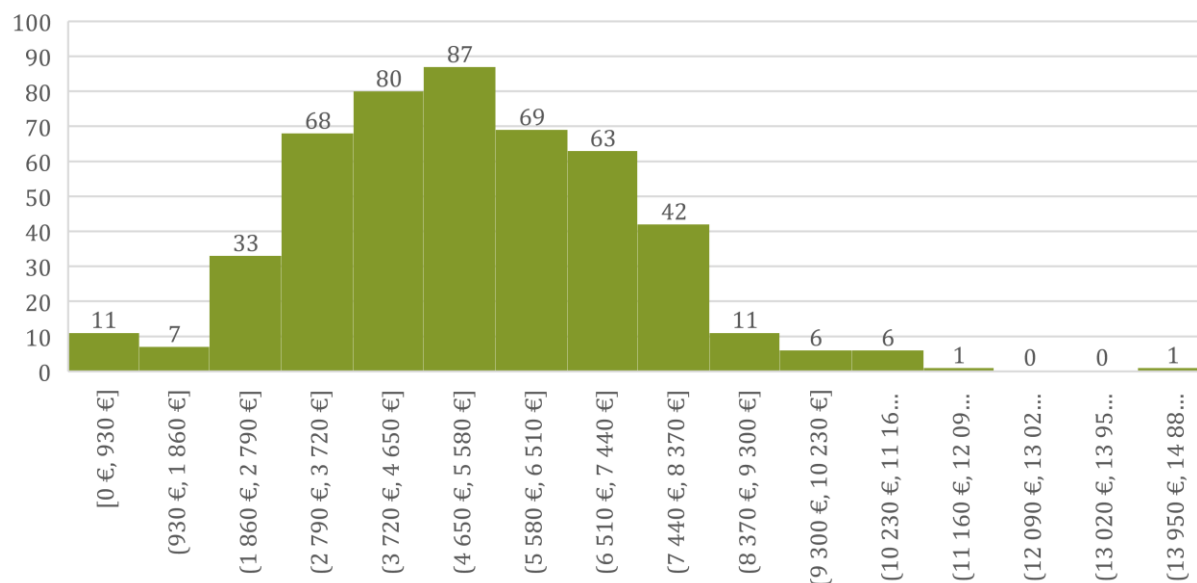


Source : Mission d'après données CNAM

3.2.4 Bloc « rémunération complémentaire »

Le bloc complémentaire comprend les rémunérations complémentaires obtenues par les CSI pour les thématiques suivantes : démarche qualité (4 niveaux), public vulnérables, information du public, télétransmission, SCOR, vidéotransmission, équipements médicaux connectés, ouverture DMP.

Graphique 15 : Répartition des CSI par tranche de rémunération attribuée pour le « bloc complémentaire », 2021, montants en €



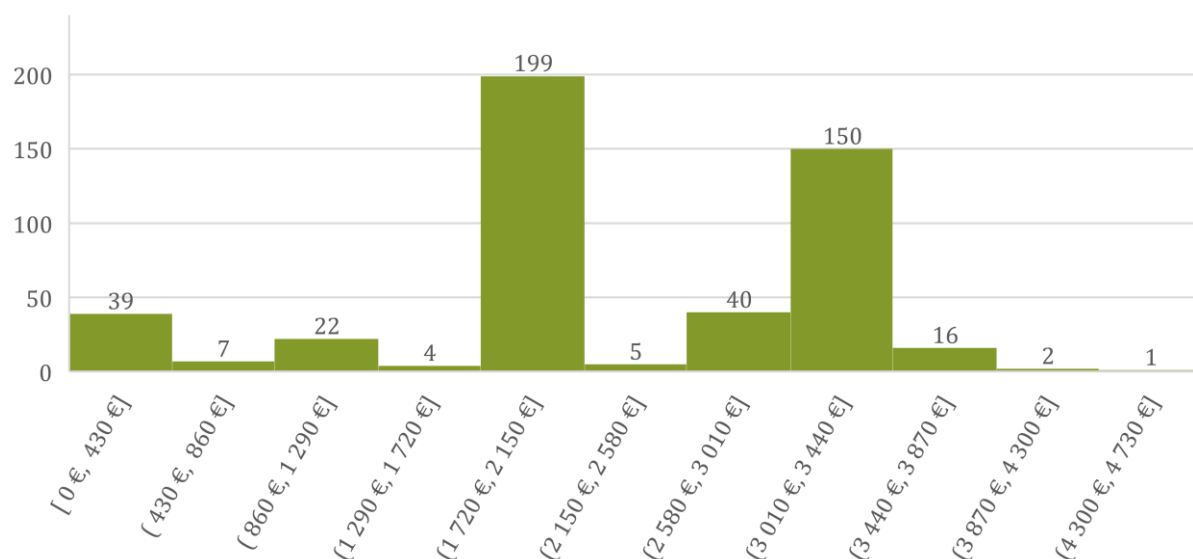
Source : Mission d'après données CNAM

La démarche qualité se compose des éléments pré-requis suivants :

- Le 1er niveau valorise la désignation d'un coordinateur de la démarche qualité et qui est donc fixe ;
- Le second niveau valorise l'atteinte d'au moins 50 % des critères du référentiel intégrés au PAQ ;
- Le troisième niveau valorise l'atteinte à 100 % des critères du référentiel intégrés au PAQ ;
- Le quatrième niveau valorise la certification par audit externe d'un organisme habilité.

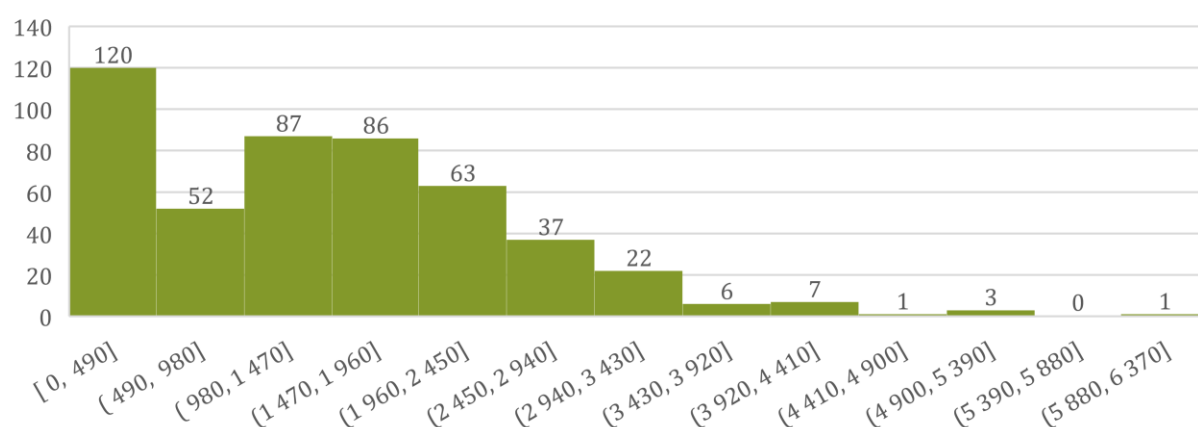
La dispersion des CSI sur cet indicateur met en évidence une marge de progrès possible pour près de la moitié d'entre eux.

Graphique 16 : Répartition des CSI par tranche de rémunération attribuée en matière de démarche qualité (tous niveaux confondus), 2021, montants en €



Source : Mission d'après données CNAM

Graphique 17 : Répartition des CSI par tranche de rémunération attribuée en matière de télétransmission (tous indicateurs confondus), 2021, montants en €



Source : Mission d'après données CNAM

4 Les évolutions pour 2022, à la suite de la signature de l'avenant 4 modifiant l'accord national de santé

L'avenant 4, négocié à partir de février 2022 et signé le 14 avril 2022, modifie l'accord national de santé. En l'absence de publication au Journal officiel dans un délai de 21 jours à compter de la réception du texte par le ministère des Solidarités et de la santé et le ministre délégué chargé des comptes publics, l'avenant est réputé approuvé depuis le 21 juin 2022.

4.1 Création d'un dispositif de régulation du conventionnement

L'avenant instaure un dispositif de régulation du conventionnement pour les centres de santé infirmiers applicable à compter du 21 juin 2022 à tous les nouveaux centres.

Ce dispositif de régulation s'applique spécifiquement aux CSI (article 19.12) dans les zones surdotées en infirmières : à l'instar du dispositif de zonage mise en place pour les infirmières libérales, aucun nouveau conventionnement ne peut être accordé dans ces zones pour un CSI nouvellement créé (cf. annexe relative à la régulation de l'offre).

S'agissant de la rémunération spécifique attachée au conventionnement, l'avenant crée, modifie ou précise les modalités de rémunération des indicateurs présentés ci-dessous.

4.2 Création d'indicateurs

Le premier indicateur concerne l'intégration d'une mission de « réponse aux crises sanitaires graves », qui s'applique à- l'ensemble des centres de santé (infirmiers/médicaux/dentaires). Les centres concernés sont chargés d'établir un plan de préparation à la réponse aux crises sanitaires graves, articulé, le cas échéant, avec la mission crise sanitaire de la CPTS du territoire (article 8.1.5) (valorisation de la participation des centres de santé aux crises sanitaires graves en lien avec la mission des CPTS)

On note par ailleurs la création de deux indicateurs qui ne s'appliquent pas aux CSI mais aux centres médicaux polyvalents (disposant de ressources IDE) :

- Soins non programmés dans les centres de santé (critère optionnel) : cet indicateur vise à renforcer les incitations à la mise en place de plages de soins non programmés au sein des centres de santé polyvalents et médicaux, et non infirmiers (articles 8.3.5, 8.3.6 ; 8.5.5) ;
- IPA salariés en centre de santé : cet indicateur vise valoriser les forfaits d'aide au démarrage de l'activité exclusive en pratique avancée au sein des centres de santé polyvalents et médicaux, et non infirmiers (article 19.11) ;
- Pour les CDS médicaux uniquement, la mise en place de financement pour valoriser la mise en œuvre de protocoles nationaux de coopération des soins non programmés (critère optionnel) ;
- Pour les CDS médicaux uniquement, la mise en place de financement pour valoriser la participation des CDS aux « parcours insuffisance cardiaque » (critère optionnel) ;
- Pour les CDS médicaux uniquement, la mise en place d'un indicateur « coordination d'un parcours surpoids et obésité de l'enfant » (critère optionnel) ;
- En matière de développement numérique (article 8), il est prévu un financement spécifique visant les CDS médicaux uniquement (et non les CSI) à utiliser les outils numériques dans le cadre de la prise en charge coordonnée des patients (montant forfaitaire par ETP médecin). De nouveaux indicateurs d'usage (DMP, e prescription, messagerie sécurisée, application Carte vitale) sont introduits.

4.3 Modification des indicateurs existants

- L'indicateur « accompagnement spécifique aux publics vulnérables » qui s'applique à l'ensemble des CDS (infirmiers/médicaux/dentaires) prévoit désormais 3 niveaux

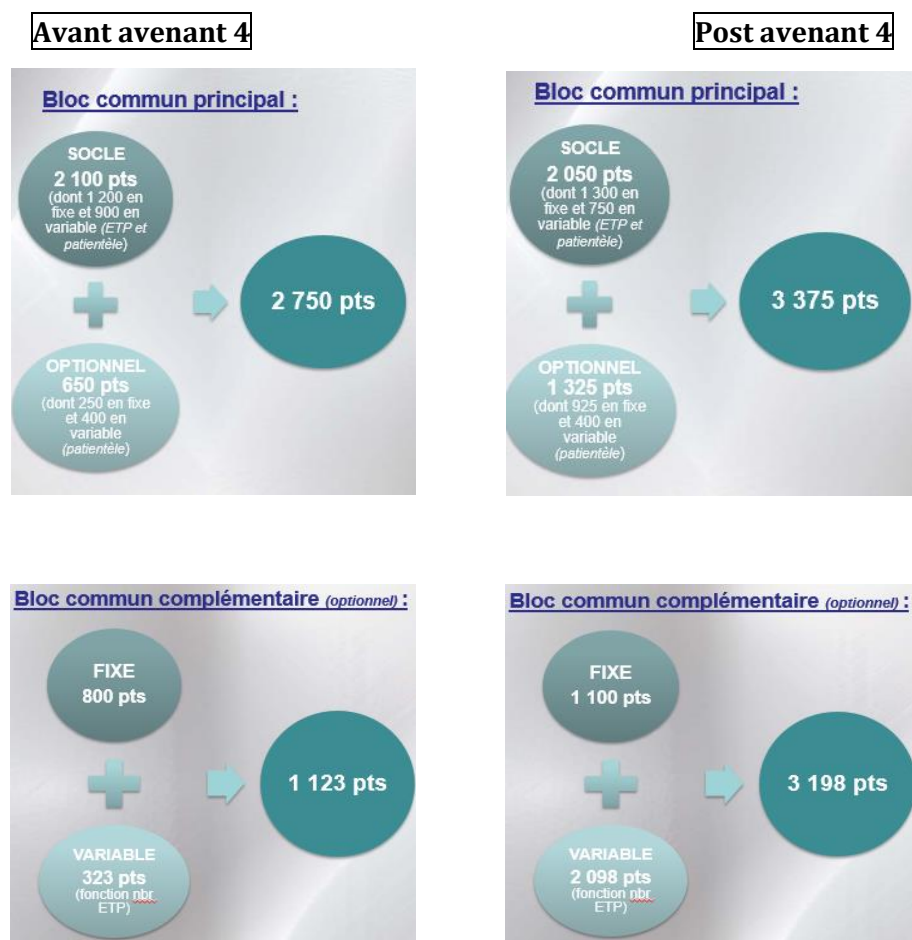
d'accompagnement déclinés en sous catégories et avec des actions spécifiques. La rémunération de l'accompagnement des patients vulnérables (qui concerne tous types de CDS) est désormais calculée en fonction de la file active CSS et AME des CDS, rapportés aux taux nationaux respectifs. Une majoration d'au maximum 25 % est prévue pour les patients bénéficiaires de la CSS dont le taux de précarité est supérieur à la part calculée au niveau national ;

- La mise à jour de l'accord concernant les téléservices disponibles pour l'ensemble des CDS (ex. bilan de soins infirmiers pour les CSI) ;
- L'indicateur « information des patients » est remplacé par l'« implication des patients » pour valoriser la mise en place d'action visant la co-construction, le partenariat, la co-décision entre la structure et les usagers ;

4.4 Augmentation du nombre de points attribuables aux CSI

L'accord réévalue à la hausse le nombre maximal de points qui peuvent être attribués pour les blocs communs principal et complémentaire selon les modalités suivantes pour les CSI. Comme présenté dans le schéma ci-après, le nombre de points qui peuvent être attribués passe de 2 750 points à 3 375 points pour le bloc commun principal, et de 1 123 points à 3 198 points pour le bloc commun complémentaire. Rapporté à la valeur du point, cela signifie que, sous réserve que le CSI mette en œuvre les actions correspondantes, le plafond de rémunération qu'il peut obtenir de l'accord national passe de 27 111 euros à 46 011 euros par an sur ces volets.

Schéma 10 : Nombre de points attribués pour le bloc commun principal



Source : Mission d'après avenant 4 Assurance maladie

5 Focus sur la prévention

5.1 Les CSI : des acteurs à part entière de la prévention

De par leur histoire et leur dualité sanitaire et sociale, les centres de santé sont des acteurs à part entière de la prévention. A côté de la dispense de soins de premier recours, l'article L.6323-1 du code de la santé publique vise expressément la « [pratique] des activités de prévention » comme l'une des activités obligatoires des centres de santé.

Le premier accord national de santé, promulgué le 19 avril 2003, et reconduit en 2008 définissait ainsi les missions des centres de santé : « Les centres de santé assurent, dans le respect du libre choix de l'utilisateur, 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.**

Structures de proximité se situant au plus près des assurés et de leurs besoins, **ils participent à l'accès de tous à la prévention** et à des soins de qualité. Ils pratiquent le tiers payant et s'engagent à respecter les tarifs conventionnels. En lien avec la démarche curative, **les centres de santé participent**

activement à des actions de prévention et de promotion de la santé, favorisant une prise en charge globale de la santé des personnes ¹⁶⁵».

Il prévoyait de financer la participation des CSI à des actions de santé publique et en particulier à des actions locales de prévention organisées à un niveau collectif. Un appel à projet était lancé chaque année sur des thématiques précises. Ce dispositif a cessé en 2005¹⁶⁶ avec la création des groupements régionaux de santé publique (GRSP), qui seront intégrés aux ARS, lesquelles sont chargées de lancer les appels à projet pour les actions de santé publique.

En 2007, un critère du référentiel établi par la Haute autorité de santé dans le cadre d'une démarche qualité dans les centres de santé fait directement référence à la participation à des actions de prévention et d'éducation à la santé : « *Critère 2 d : Le centre favorise une prise en charge globale des personnes. La prise en charge globale de la personne peut comprendre la participation à des actions de prévention (y compris l'information en santé, les actions de dépistage), l'éducation à la santé (y compris l'éducation thérapeutique) et les soins. Elle prend en compte les données d'environnement familial et social* ».

En 2013, le rapport de l'IGAS relatif aux centres de santé identifie les actions de santé publique (éducation thérapeutique du patient, prévention, vaccination, etc.) assurées par les centres de santé comme un des facteurs possibles de déséquilibre microéconomique, dès lors que « *les actions sociales et de santé publique ne bénéficient qu'exceptionnellement de financements pré-identifiés et sont parfois menées sans que leur financement ait été recherché (pour cause de lourdeur de l'exercice) ou sans qu'il couvre l'entièreté de la dépense (notamment quand elle est pluriannuelle)* »¹⁶⁷.

5.2 Les actions de santé publique deviennent une activité optionnelle à partir de 2018

Les missions des centres, les modalités de leur création et de leur fonctionnement ainsi que leur gestion et leur organisation ont été repensés et revus dans le cadre de l'ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé et de ses décrets et arrêté d'application du 27 février 2018, prise en application de l'article 204 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

L'objectif est de renforcer l'accès aux soins en simplifiant et modernisant les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, mais aussi de sécuriser les prises en charge en garantissant l'engagement des centres. Si les actions de prévention et de soins demeurent obligatoires, certaines missions des centres, auparavant obligatoires deviennent optionnelles, telles que les missions d'action de santé publique et d'éducation thérapeutique, ou l'accueil d'étudiants en stage. Cette mesure est prise à la suite du constat opéré par la DGOS que « *certaines centres ne pouvaient ou n'avaient tout simplement pas l'opportunité – parfois sur une période limitée, parfois de façon pérenne – de pratiquer l'ensemble de ces actions* »¹⁶⁸.

5.3 La stratégie nationale de santé 2018-2022

La « *[mise en place] d'une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie* » est le premier chapitre de la stratégie nationale de santé 2018-2022.

¹⁶⁵ Chapitre VI de l'accord

¹⁶⁶ « Les CSI, les leviers pour l'accompagnement, 2009 », UNIOPSS.

¹⁶⁷ « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain », rapport n°2013-119P établi par Philippe Georges, Cécile Waquet et Juliette Part, juillet 2013

¹⁶⁸ Instruction n°DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé modifiant l'instruction précédente n°DGOS/PF3/DREES/DMSI no 2013-402 du 19 décembre 2013.

La mobilisation des outils de prévention du système de santé est identifiée comme l'un des moyens de sa mise en œuvre, via des « *actions de promotion de la santé dans tous les milieux et à tous les âges de la vie* ». Il est fait état de la nécessité de rapprocher les acteurs de la prévention et de coordonner l'action des professionnels en matière de promotion de la santé « *dans les lieux de vie* ».

5.4 L'accord national de santé (2015) et ses avenants

L'accord national de santé du 8 juillet 2015 et ses avenants reconnaît un rôle de prévention général aux centres de santé mais vise essentiellement, dans les actions déclinées, les CDS médicaux.

Extrait accord national de santé (sous-titre 4)

Les centres de santé participent à l'amélioration de la qualité des soins et reconnaissent le rôle prépondérant de la prévention et du parcours de soins coordonné du patient dans la prise en charge des assurés.

Article. 22 Renforcer la prévention

Les parties signataires considèrent que la prévention est un élément essentiel de l'amélioration de la santé de la population et reconnaissent le rôle des centres de santé dans ce domaine. La mise en œuvre d'actions de prévention primaire ou secondaire, de santé publique, d'éducation et de promotion de la santé, privilégie une approche globale de la personne dépassant le seul aspect curatif. En s'inscrivant dans cette démarche, les centres de santé contribuent à renforcer la qualité de la prise en charge. Les parties signataires entendent donc maintenir et renforcer l'implication des centres de santé dans les programmes de prévention définis par la loi ainsi que ceux relevant du cadre conventionnel.

Les articles 22.1 et suivants de l'accord national de santé précisent les dispositions concernant les centres de santé et plus particulièrement l'association des médecins aux actions de prévention. Les centres de santé médicaux sont particulièrement visés et intégrés aux dispositifs de prévention instaurés pour les professionnels de santé libéraux, tels que : le dépistage du cancer du sein, les programmes de vaccination, la mise à disposition de dispositifs de dépistage notamment dans le cadre du cancer colorectal, de tests de diagnostic rapide de l'angine (TDR) ou encore des appareils d'automesure tensionnelle (AMT), le dispositif de prévention bucco-dentaire à destination des jeunes (de 3 ans à 24 ans) et des femmes enceintes. Les médecins des centres de santé sont incités à inscrire leurs patients au programme d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques « SOPHIA »¹⁶⁹. Des indicateurs de pratiques cliniques des CDS « médecin traitant » (article 24.4) permettent aux CDS médicaux d'obtenir des points supplémentaires sur deux thématiques de prévention (grippe et dépistage des cancers)¹⁷⁰ :

- part des patients du centre âgés de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière (20 points) ;
- part des patients du centre âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique ciblés par la campagne de vaccination (20 points) ;
- part des patientes du centre âgées de 50 à 74 ans participant au dépistage organisé ou individuel du cancer du sein (40 points) ;
- part des patients du centre âgés de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal a été réalisé au cours des deux dernières années (55 points).

¹⁶⁹ Article 22.1 et 22.2 de l'accord

¹⁷⁰ Indicateurs présentés pour l'année 2018.

Pour les CSI, les missions de santé publique consistent en un relais d'information et d'action des campagnes de prévention ou de promotion de la santé (critère optionnel). Les centres de soins infirmiers se voient confiées la réalisation d'au maximum deux projets annuels consistant en des missions de relais d'information ou d'actions dans le cadre des campagnes nationales ou régionales de prévention ou de promotion de la santé, pour lesquelles l'Assurance maladie met à disposition de supports d'information dans le centre ainsi que par une information spécifique et individuelle des patients en fonction de leur âge et de leur pathologie (cf. encadré ci-dessous).

Article 8.2 de l'accord national de santé

Article 8.2. Missions de santé publique (critère optionnel)

Ces objectifs sont optionnels pour tous les centres de santé.

Ces missions répondent à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS).

Article 8.2.1. Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

Des missions de santé publique, répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS), peuvent être réalisées parmi les thèmes définis à l'annexe 5 du présent accord, dans la limite de deux projets rémunérés.

Article 8.2.2. Pour les centres de santé polyvalents ayant une activité infirmière ou dentaire au-dessus du seuil défini à l'article 7

Une mission complémentaire peut être réalisée dans les mêmes conditions que dans les centres de santé infirmiers ou dentaires par les infirmiers ou les chirurgiens-dentistes.

Article 8.2.3. Pour les centres de santé infirmiers

Des missions de relais d'information ou d'actions dans le cadre des campagnes nationales ou régionales de prévention ou de promotion de la santé à choisir dans la liste des thèmes définis à l'annexe 5 du présent accord peuvent être réalisées, dans la limite de deux projets rémunérés.

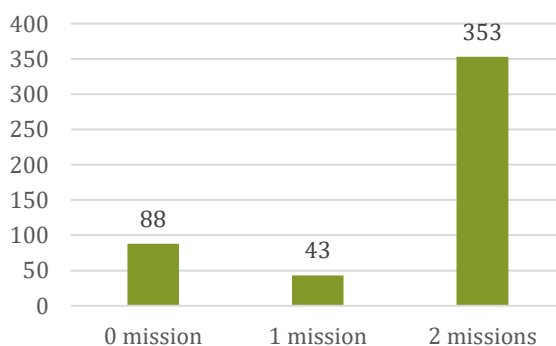
Ces missions de relais se traduisent notamment par la mise à disposition de supports d'information dans le centre ainsi que par une information spécifique et individuelle des patients en fonction de leur âge et de leur pathologie.

Article 8.2.4. Pour les centres de santé dentaires

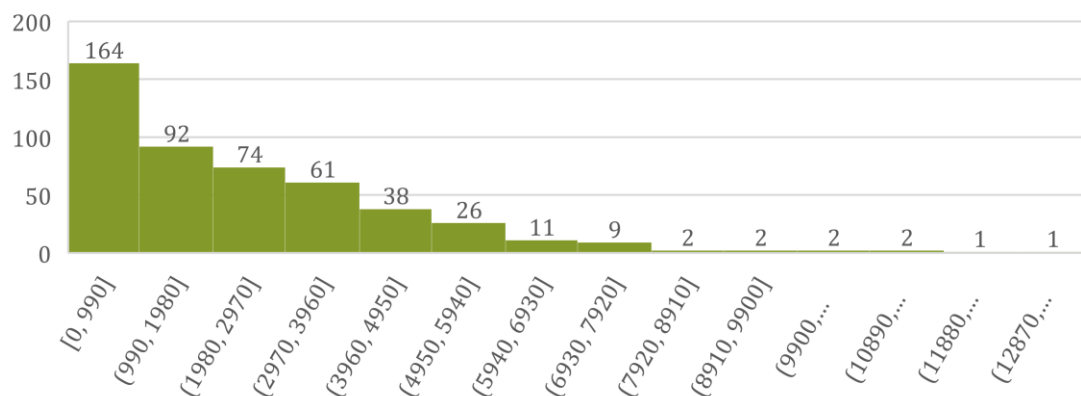
Une mission de santé publique au sein du centre de santé, répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS) ou, à défaut, des bilans bucco-dentaires aux personnes âgées, diabétiques ou handicapées peuvent être réalisés, dans le cadre de partenariats autres que ceux prévus à l'article 8.3.3 du présent accord.

330 missions ont été réalisées en 2021, pour un montant moyen de rémunération de 2 307 € par CSI. 73 % des centres réalisent le nombre maximum de missions de santé publique prévu par l'accord (soit 2).

Graphique 18 : Répartition des CSI selon le nombre de missions de santé publique réalisées en 2021



Graphique 19 : Répartition des CSI par tranche de rémunération attribuée en fonction du nombre de missions, 2021, montants en €



Source : Mission d'après données CNAM

5.5 Exemples d'actions menées par les CSI

Les projets de santé des CSI prévoient la description des activités du centre, et notamment les actions menées en matière de prévention. La crise sanitaire a mis en suspens les actions collectives menées par les centres en matière de prévention (stands, réunion collectives dans ou hors du centres...).

Les actions collectives de prévention peuvent prendre plusieurs formes : soirées débat, ateliers animés par les IDE des CSI... Un CSI organise des ateliers d'éducation thérapeutique ciblé sur une pathologie¹⁷¹, porté par une IDE formée spécifiquement et en partenariat avec la MSA. Ce type d'action de prévention collectives ne peuvent être assurées par les IDEL, faute de locaux et de moyens.

Le nombre d'actions varie d'un centre à l'autre, mais il ressort que ces actions font partie de « l'ADN » de la quasi-totalité des centres rencontrés, comme l'illustre la liste des thématiques abordées dans un centre depuis 1990 et présentée dans l'encadré ci-dessous.

Liste des thématiques de prévention ayant donné lieu à des actions menées par le CSI de Bouaye (Pays de la Loire)

1990, le don d'organes
 1991, le stress
 1992, le mal de dos
 92/93 les ateliers mémoire
 1994 le sommeil
 1995, l'ostéoporose
 1995, face à la douleur
 1996, l'alimentation
 1997, l'alcool et manière de vivre
 1998, les maladies cardio-vasculaires
 1999, les affections ORL récidivantes chez l'enfant
 2000, les accidents domestiques et l'enfant
 2001, la maladie d'Alzheimer
 2001, le don d'organe
 2002 à 2007, prévention du suicide avec le CHS

¹⁷¹ CSI Rocheservière.

2006, cholestérol
 2006, salon du bien-être chez l'ado
 2009, gestes 1er secours
 2009, équilibr'âge
 2011, alimentation santé plaisirs en partenariat avec diététicienne, Conseil des sages de la ville, CCAS
 2011/2012, financement formation gestes de premiers secours pour la population du secteur en partenariat avec MSA et pompier
 2012, conférence débat sur don du sang, moelle osseuse et organe en partenariat avec association du don de sang des Sorinières et unité du don d'organe du CHU
 2014, soirée débat sur les addictions en partenariat avec l'unité de prévention addiction du CHS, maison des jeunes
 2015, soirée débat sur les soins palliatifs en partenariat avec COMPASS et EPAHD
 2016, flyer sur la vaccination
 2017 flyer prévention des chutes, soirée débat sur les médicaments quels usages en partenariat avec pharmacien et foyer logement Bouaye
 2018 Soirée débat « Mon proche ne va pas bien, que puis-je faire ? »
 Pas de soirée débat en 2019 et 2020.
 A compter de 2019 : Projet Santé jeunes avec la mairie et la maison des jeunes de St Aignan
 A compter de 2020 : travail en collaboration avec le Mar'Soins

Source : CSI Bouaye

Il ressort des investigations que les actions collectives réalisées sont souvent peu nombreuses, faute de financements et de personnel disponible. Les centres auditionnés rencontrent des difficultés pour mobiliser les personnels qui doivent par ailleurs assurer leurs tournées de soins (génératrices de revenus du fait de la tarification à l'acte) et organiser/financer les actions collectives : la rémunération spécifique accordée par l'Assurance maladie ne paraît pas suffisante pour couvrir les frais générés par l'organisation d'actions de grande envergure.

Le témoignage d'un des CSI est illustratif du discours porté par plusieurs interlocuteurs : « *il serait nécessaire de valoriser davantage ces missions de prévention pour les CSI afin de pérenniser ce type d'action qui a un intérêt majeur en matière de santé publique. La prévention est la base de notre politique de santé et pourtant dans les faits les moyens sont peu octroyés sur le terrain* ».

Notons cependant que d'autres responsables de centre ont souligné le rôle désormais mineur de la prévention dans leur activité, illustrant leur propos par le fait que l'essentiel de l'activité du centre et des compétences des personnels sont orientées vers les soins qui sont, du fait de la tarification à l'acte, générateur de recettes pour le centre. Certains poussent même à dire que les équipes ne sont pas suffisamment formés pour porter des actions de prévention.

Cette situation ambiguë illustre finalement le fait que si, historiquement, les CSI sont des acteurs étroitement liés au monde de la prévention, le cantonnement des CSI à des actions réduites en volume (financement de deux actions par an, principalement en relais d'information) dans un contexte d'optimisation des ressources dont l'essentiel de la provenance repose sur les actes de soins (tarification à l'acte) est sans doute la cause d'un plus faible investissement aujourd'hui des CSI sur la prévention par rapport à ce qu'il a pu être par le passé. Il n'en reste pas moins que la volonté des CSI développer ce volet de leur activité reste très prégnant : lorsque l'on interroge les CSI sur les champs d'activité que le centre devrait prioritairement développer dans les années à venir, près de la moitié des centres (45 %) pointe la prévention comme étant l'un des trois champs prioritaires (ils sont presque les trois quart (71 %) à mentionner au moins un des trois items prévention-promotion de la santé-éducation thérapeutique du patient parmi les trois priorités de développement à venir de leur CSI).

Plusieurs CSI rencontrés par la mission ont par ailleurs mis en lien leur statut associatif et leur mission dans le champ de la prévention : en effet, pour ces derniers, la prévention est un objet propice

pour mobiliser conjointement le personnel soignant du centre et les bénévoles qui contribuent à l'association (rôle des bénévoles dans le montage et l'animation d'actions de prévention). Les actions de prévention sont du même coup perçues comme un bon levier pour attirer et mobiliser des bénévoles au sein des CSI.

En conclusion, la prévention occupe une place désormais résiduelle dans l'activité des centres mais cette situation tient pour une large part au mode de tarification à l'acte des centres et à la faiblesse de la rémunération accordée par l'accord national : si les actions de prévention étaient mieux soutenues financièrement, il est vraisemblable que les CSI pourraient être un acteur de premier plan sur la prévention dans les territoires où ils sont implantés.

ANNEXE 10 : Le budget des CSI

ANNEXE 10 :	Le budget des CSI	189
Introduction		191
1	Les recettes des CSI	191
1.1	<i>Des structures de petite taille générant des recettes de quelques centaines de milliers d'euros</i>	<i>191</i>
1.2	<i>La prépondérance des ressources tirées de la tarification à l'acte de l'assurance maladie</i>	<i>192</i>
1.3	<i>La place mineure des financements tirés de conventionnements avec des SSIAD ou des HAD.....</i>	<i>192</i>
1.4	<i>L'apport modeste des financements tirés de l'accord national assurance maladie.....</i>	<i>192</i>
1.5	<i>La subvention Teulade, une aide indispensable à l'équilibre des structures</i>	<i>193</i>
1.6	<i>La quasi absence des financements provenant des collectivités territoriales ou des agences régionales de santé</i>	<i>194</i>
1.7	<i>L'importance des indemnités kilométriques et de l'indemnité forfaitaire de déplacement</i>	<i>194</i>
2	Les charges des CSI.....	197
2.1	<i>Des dépenses dynamiques sur les années récentes.....</i>	<i>197</i>
2.2	<i>La prépondérance des dépenses de personnel</i>	<i>197</i>
2.3	<i>Des dépenses variées en dehors des dépenses de personnel</i>	<i>197</i>
3	Le résultat de fin d'exercice	197

Introduction

Les centres de soins infirmiers (CSI) ont des statuts juridiques d'une grande diversité et répondent du même coup à des normes comptables en partie distincte : associatif à but non lucratif, sécurité sociale, fonction publique territoriale, mutualiste...

L'approche retenue dans la présente annexe consiste à examiner la dynamique des flux financiers annuels des CSI entre 2019 et 2021 et de coupler à cette analyse des retours d'expérience de terrain. Faute de données disponibles agrégées nationales sur les comptes et bilans des CSI, la mission a diligenté une enquête auprès de l'ensemble des CSI de France¹⁷². Le taux de réponse à cette enquête est d'environ 80 %, parmi les répondants, les trois quarts ont fourni des données budgétaires complètes exploitables (ressources, dépenses, dépenses de personnels...)¹⁷³. Sauf mention contraire, les données budgétaires présentées ici proviennent de cette enquête.

A noter : aucune information n'est disponible sur le bilan financier des structures. Il n'est donc pas possible de distinguer les CSI qui, bien que dans une situation budgétaire en apparence comparable ne possèdent pas les mêmes patrimoines ou capitaux : l'un peut posséder ses locaux, sa flotte de véhicules ou des fonds propres en réserve quand un autre n'aurait rien de cela. Or, la mission a pu constater à l'occasion de ses investigations de terrain que des différences très conséquentes existent entre centres qui tiennent tant à l'ancienneté de leur création qu'à la stratégie patrimoniale de chacun, sachant que les responsables actuels en sont les héritiers. A cela, s'ajoute le fait que l'appartenance du centre à une structure gestionnaire de plus grande taille (ex. collectivité locale, mutuelle, association nationale (ex. Croix rouge française) et/ou multiactivité (SSIAD, SAD...), caisse de sécurité sociale) peut constituer un amortisseur économique face à certains chocs exogènes. L'aide apportée peut prendre des formes diverses : versement d'une subvention d'équilibre ou absorption des déficits annuels du CSI au sein de la structure gestionnaire qui le chapeaute, loyer modéré pour les locaux voire gratuité, aide ponctuelle à l'investissement (ex. pour le renouvellement d'une flotte de véhicules)... Certains CSI ont noté que leur appartenance à une association nationale renommée leur ouvrait la possibilité de financer des déficits (grâce aux dons) que d'autres structures ne peuvent se permettre. Les analyses de la présente annexe sont donc à prendre avec précaution : elle reflète l'état des flux financiers annuels au sein des structures (soit, en d'autres termes, les recettes dégagées grâce à l'activité mises en regard des dépenses induites dans l'année) mais pas la totalité des moyens dont dispose chaque structure pour faire face à d'éventuelles difficultés économiques.

1 Les recettes des CSI

1.1 Des structures de petite taille générant des recettes de quelques centaines de milliers d'euros

Le budget médian des CSI en termes de ressources se situe en 2021 à près de 413 000 euros. Les structures ayant des ressources supérieures au million d'euros sont rares, elles représentent en 2021 un peu moins de 5 % des CSI. En revanche, les structures très petites (moins de 250 000 euros de budget) sont nombreuses (15 % des CSI).

¹⁷² Pour plus de détails, voir l'annexe 1.

¹⁷³ Donc les données budgétaires exploitées portent sur près de 60% des CSI de France.

1.2 La prépondérance des ressources tirées de la tarification à l'acte de l'assurance maladie

Le financement à l'acte représente une part prépondérante des ressources des CSI : ainsi, sur l'ensemble des CSI, la tarification à l'acte (cotation financière des actes suivant une nomenclature de tarifs conventionnels assurance maladie) représente près des quatre cinquième (79 %) de la totalité des ressources des CSI.

Des expérimentations sont en cours, dans plusieurs CSI des Hauts de France, qui substitue le mode de rémunération à l'acte par une rémunération horaire (cf. « Equilibres », annexe 13).

1.3 La place mineure des financements tirés de conventionnements avec des SSIAD ou des HAD

Il existe d'autres sources de financement que le financement direct par l'assurance maladie des actes réalisés par les CSI mais elles représentent une part beaucoup plus résiduelle des ressources des CSI : parmi les CSI ayant signé une convention avec un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile)¹⁷⁴, ce financement représente en moyenne 5,7 % de leurs ressources. Cette faiblesse relative des financements SSIAD s'explique par l'application du droit que possède chaque patient de choisir librement ses professionnels de santé, quel que soit leur structure d'appartenance ou leur mode d'exercice (libérale ou CSI) ; le fait qu'un CSI appartienne à une association qui gère aussi un SSIAD n'est certes pas toujours associé à un accroissement des prises en charge par le CSI mais cela les favorise : la médiane des financements SSIAD passe de 18 000 euros (tout CSI confondu ayant une convention avec un SSIAD) à presque 30 000 euros annuels au sein des CSI appartenant à une association qui gère elle-même un SSIAD¹⁷⁵.

Parmi les CSI ayant signé une convention avec une structure HAD (hospitalisation à domicile), c'est-à-dire la quasi-totalité des CSI¹⁷⁶, le financement associé représente en moyenne 2,4 % de leurs ressources : la faiblesse de ce financement tient non seulement au développement limité de la HAD mais aussi au fait que les CSI sont généralement mobilisés par l'hôpital en appoint des équipes hospitalières dans les territoires qui ne sont pas ou mal couverts. Les prises en charge dans ces cas-là peuvent certes être lourdes (et donc rémunératrices par patient pour le CSI) mais le volume de patients concernés est faible.

1.4 L'apport modeste des financements tirés de l'accord national assurance maladie

La quasi-totalité des CSI (96 %) sont adhérents de l'accord national entre les centres de santé et l'assurance maladie entré en vigueur au 1er octobre 2015¹⁷⁷. Dans la perception de plusieurs responsables de centre auditionnés par la mission, cet accord est pourtant avant tout conçu pour les centres de santé médicaux ou polyvalents et moins pour les centres de soins infirmiers, ces responsables regrettant que l'accord national ne constitue pas plus un effet de levier financier pour les CSI. La mission relève certes que l'apport financier de l'accord pour les CSI est généralement modeste, représentant quelques milliers d'euros par actions entreprises. En effet, la déclinaison de

¹⁷⁴ Soit plus des trois quarts des CSI.

¹⁷⁵ La mission a rencontré une structure gestionnaire d'un SSIAD et d'un CSI qui a développé une conception de la « liberté de choix du patient » selon laquelle le patient est libre de choisir son IDE mais que s'il veut une place dans le SSIAD, il doit choisir le CSI pour les soins infirmiers.

¹⁷⁶ Soit près de neuf CSI sur dix.

¹⁷⁷ D'après les données enregistrées sur la base ECDS de la plateforme administrée par l'ATIH.

l'accord se fait par thématiques et sous thématiques qui, selon leur mise en œuvre (atteinte d'indicateurs) et le respect d'un certain nombre de critères (ex. zone de soins très sous dotée), ouvrent droit à des financements (cf. annexe 9)¹⁷⁸ : à titre d'exemple, 1 586 stages IFSI ont été effectués en 2021 en CSI, en contrepartie un montant total de 743 750 € a été reversé aux CSI par le biais de l'accord national, ce qui représente un montant de 1 750 € par CSI (montant forfaitaire et non proportionnel au nombre de stagiaires, ce qui n'est pas incitatif pour les CSI). Les centres de soins infirmiers encadrent les étudiants infirmiers avec une fréquence moyenne de 3,27 stages par an.

In fine, en 2021, sur l'ensemble des CSI adhérents, la médiane des financements émanant de l'accord national est de 24 919 euros par an¹⁷⁹, ces financements représentant généralement 5 à 6 % des recettes annuelles des CSI.

1.5 La subvention Teulade, une aide indispensable à l'équilibre des structures

La subvention dite Teulade, mise en place en 1991¹⁸⁰, prévoit que la CNAM rembourse aux centres de santé 11,5 % de l'assiette des cotisations patronales (maladie, maternité, invalidité, décès) dues par les centres pour les personnels qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux. Le taux de prise en charge pour déterminer le montant de la subvention n'a pas évolué depuis 1992 et s'établit à 11,5 % de la rémunération brute des professionnels de santé¹⁸¹. Une présentation détaillée de cette subvention figure en annexe 8 du rapport de l'IGAS relatif aux centres de santé (publié en ligne)¹⁸².

Initialement, ce système de prise en charge partiel a été mis en place pour inciter les médecins libéraux à adhérer au secteur conventionnel (lesquels bénéficient d'une prise en charge partielle de leurs points pour les allocations familiales, contrairement aux centres de santé). Pour les centres de santé, cette subvention a été versée indépendamment de leur adhésion à l'accord national de santé entre 1991 et 2021. Le bénéfice de cette subvention est réservé depuis l'entrée en vigueur de la LFSS 2022 le 23 décembre 2021 aux seuls centres de santé conventionnés dans les conditions prévues à l'article L. 162-32-2 du code de la sécurité sociale¹⁸³.

Cette subvention représente une aide financière conséquente pour les structures : l'aide médiane se situe à 24 234 euros par an. Pour prendre la mesure de l'importance que représente cette aide pour les CSI, il suffit d'examiner ce que serait la situation financière des CSI si cette aide n'existait pas : ainsi, parmi les CSI en excédent à fin 2021 (résultat de fin d'exercice positif), la moitié d'entre eux basculerait en déficit s'ils ne bénéficiaient pas de la subvention Teulade¹⁸⁴.

Les montants totaux remboursés au CSI au titre de cette subvention sont présentés dans l'annexe détaillée relative aux financements spécifiques versés par l'Assurance maladie.

¹⁷⁸ Le système de points sur lequel repose le calcul des rémunérations est décliné en quatre grands thèmes : Accès aux soins, Travail en équipe, Système d'information, Bloc complémentaire.

¹⁷⁹ Le spectre des financements est relativement resserré puisque près de la moitié des CSI (47%) se situent entre 20 000 et 30 000 euros annuels, et plus de quatre sur cinq (83%) reçoivent entre 15 000 et 35 000 euros annuels.

¹⁸⁰ Article L162-32 du code de la sécurité sociale et décret n°91-656 du 15 juillet 1991 relatif au montant de la subvention versée par les caisses primaires d'assurance maladie aux centres de santé.

¹⁸¹ Décret n°92-1304 du 14 décembre 1992.

¹⁸² « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain », rapport n°2013-119P établi par Philippe Georges, Cécile Waquet et Juliette Part, juillet 2013

¹⁸³ Article L162-32 du code de la sécurité sociale modifié par la loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021.

¹⁸⁴ Calcul des auteurs en croisant les données du questionnaire IGAS et d'ECDS ATIH.

1.6 La quasi absence des financements provenant des collectivités territoriales ou des agences régionales de santé

En dehors des CSI relevant de la fonction publique territoriale dont l'existence traduit l'engagement de quelques collectivités locales (généralement des communes via leur CCAS) de soutenir le dispositif des CSI (moins d'une vingtaine de CSI dans ce cas en France début 2022), le soutien des administrations publiques - collectivités territoriales ou Agences régionales de santé - à destination des CSI est rare et généralement faible. Les données ECDS de la plateforme ATIH ne permettent pas de faire un recensement de l'ensemble de ces financements mais les auditions de la mission auprès de nombreux CSI tendent à confirmer que les liens financiers entre ces acteurs sont résiduels, confirmant en cela le constat réalisé par l'IGAS lors d'une précédente mission (cela correspond tantôt à des subventions d'équilibre ou à des appels à projet par exemple dans le champ de la prévention)¹⁸⁵.

1.7 L'importance des indemnités kilométriques et de l'indemnité forfaitaire de déplacement

En complément de la valeur propre à chaque acte de soin et des éventuelles majorations possibles (nuit, dimanche, jour férié), il existe des indemnités pour les CSI – comme pour les infirmiers libéraux - dès lors qu'ils se déplacent au domicile des patients. Ces indemnités sont d'une importance cruciale dans la mesure où l'activité au domicile des patients est très largement majoritaire : ainsi, presque neuf CSI sur dix (86 %) déclarent réaliser plus de 90 % de leur activité au domicile des patients.

L'indemnité forfaitaire de déplacement est facturable par le CSI dès lors qu'un déplacement hors des locaux du centre est réalisé. Elle est d'un montant de 2,5 euros. Le remboursement médian au titre de l'indemnité forfaitaire de déplacement était de 46 581 euros en 2019¹⁸⁶. Il varie assez logiquement suivant la taille du centre et le nombre d'actes réalisés auprès des patients.

Peuvent s'y ajouter des indemnités kilométriques si la résidence du patient et le local du CSI ne sont pas dans la même agglomération. Le calcul des indemnités est fonction de la distance entre les locaux du centre et le domicile du patient ainsi que de la nature de la zone (plaine ou montagne)¹⁸⁷. Les indemnités facturables sont alors de 0,35 euros par kilomètres en plaine et de 0,5 euros en montagne. Les recettes tirées par les CSI de ces indemnités sont très variables : les CSI en zone urbaine ont un territoire d'intervention, du fait de la densité de la population, nettement moins étendu que celui des CSI situés en zone rurale ou péri-urbaine¹⁸⁸. Ainsi, tandis qu'un cinquième des CSI (21 %) déclarent avoir la majorité de leur patientèle à moins de 4 kilomètres des locaux du centre, un peu plus d'un quart (27 %) déclare que la majorité des patients est à moins de 20 kilomètres (voir tableau ci-dessous)¹⁸⁹.

¹⁸⁵ *Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, Philippe Georges et Cécile Waquet, juillet 2013, page 21.

¹⁸⁶ Données Nsiiram 2019, Calcul des auteurs.

¹⁸⁷ En deçà de 2 km en plaine et de 1 km en montagne, les déplacements n'ouvrent pas droit à des indemnités kilométriques.

¹⁸⁸ Le périmètre d'intervention varie en fonction d'autres facteurs : application des règles relative au remboursement des frais de déplacement, caractéristiques géographiques, choix politique (projet de santé), notamment.

¹⁸⁹ Notons cependant que ces indemnités liées aux déplacements approximent de façon très imparfaite la réalité du temps passé à se déplacer pour les infirmières : en effet, plusieurs CSI nous ont mentionné le fait qu'en milieu rural il y avait des kilomètres à faire mais peu de difficultés à se stationner tandis que la situation est inverse en milieu urbain. En d'autres termes, une infirmière en zone urbaine peut parcourir peu de kilomètres mais mettre beaucoup de temps entre deux patients du fait des problématiques de stationnement si elle utilise une voiture.

Tableau 1 : Distance entre les locaux du centre et la patientèle

	%	Moins d'1 km	Moins de 4 km	Moins de 10 km	Moins de 20 km
A quelle distance du centre, par la route, se situe la majorité des patients pris en charge par le centre ?		3 %	18 %	52 %	27 %

Source : Questionnaire IGAS, mi 2022.

La distance entre les locaux du centre et la patientèle est logiquement fortement dépendante du fait d'être un CSI implanté en zone rurale ou en zone urbaine : ainsi tandis que 4 % des CSI de zone rurale indique que la majorité de leurs patients se situent à moins de 4 kilomètres du centre, c'est le cas de 22 % en zone urbaine. A l'inverse, près de la moitié des CSI de zone rurale (48 %) déclare que la majorité de leur patientèle est à moins de 20km quand c'est seulement un sur cinq pour les urbains (21 %) (voir tableau ci-dessous).

Tableau 2 : Distance entre les locaux du centre et la patientèle selon la zone rurale ou urbaine d'implantation du centre

	A quelle distance du centre, par la route, se situe la majorité des patients pris en charge par le centre ?*			
	Moins d'1 km	Moins de 4 km	Moins de 10 km	Moins de 20 km
CSI en zone rurale**	1%	4%	46%	48%
CSI en zone urbaine**	4%	22%	54%	21%

Source : Questionnaire IGAS, mi 2022. * : source questionnaire IGAS ; ** : source Ecds 2022.

Dans ce contexte, il y a des centres pour lesquels les recettes tirées des indemnités kilométriques jouent un rôle déterminant dans l'équilibre financier du centre, et ce d'autant plus que les tournées de patients des IDE sont correctement optimisées (plus une infirmière parvient à visiter des patients proches les uns des autres sans avoir à repasser au centre, plus elle optimise à la fois son temps et les indemnités kilométriques dans la mesure où les indemnités sont calculées pour chaque patient depuis les locaux du centre et non au réel des kilomètres parcourus entre deux patients). Parmi les centres qui ont des indemnités kilométriques non nulles, le remboursement médian au titre des indemnités kilométriques est de 17 123 euros en 2019, mais il est supérieur à 40 000 euros pour 22 % d'entre eux.

Tout en étant déterminant dans l'équilibre des comptes des centres qui réalisent le plus de kilomètres pour aller au domicile des patients, les indemnités kilométriques peuvent être une source d'instabilité financière pour les CSI concernés. En effet, la règle est que le remboursement de l'assurance maladie pour un déplacement ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé pour l'infirmier libéral dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du patient. En d'autres termes, si aucun IDEL n'est installé à proximité du domicile du patient, les locaux du CSI sont pris comme référence dans le calcul des kilométrages pris en compte dans les indemnités. En revanche, si un professionnel libéral est installé plus près de chez le patient, c'est l'adresse de ce professionnel qui est prise en référence pour calculer l'indemnité kilométrique du CSI. Outre le fait que les indemnités kilométriques des centres dépendent de la densité infirmière de leur territoire et

la répartition territoriale de cette dernière, elles fluctuent au gré des installations et départs des infirmiers libéraux : en effet, lorsqu'une IDEL s'installe sur une commune où aucune autre IDEL n'était présente auparavant, les indemnités kilométriques du CSI vont de facto être revues à la baisse pour les patients du CSI dont le domicile est à proximité de cette IDEL. Cette situation est problématique à plusieurs titres :

- les recettes du CSI évoluent non pas en fonction de son activité propre mais suivant des facteurs qui lui sont exogènes (installation/départ d'infirmiers sur ou à proximité de communes où il intervient)¹⁹⁰ ;
- cette règle a pour effet paradoxal de déstabiliser plus particulièrement les CSI installés en zone rurale ou en zone sous dotée en infirmiers: en effet, du fait des dispositifs d'incitation à l'installation d'IDEL dans ces zones, les CSI qui s'y trouvent sont exposés au risque de voir un nombre croissant de libéraux s'implanter sur leur territoire d'intervention, ce qui mécaniquement grèvera leurs indemnités kilométriques. La mission a ainsi auditionné un CSI d'une zone rurale sous dense qui a vu ses indemnités kilométriques être plus que divisées par deux entre 2014 et 2020 du fait de l'installation d'IDEL sur des communes qui n'en avaient pas auparavant (la perte financière est estimée à plusieurs dizaines de milliers d'euros par an pour ce CSI, même après réajustement progressif de la géographie des patients pris en charge).
- ce système fait courir le risque de rupture dans la prise en charge des patients si le déplacement devient tellement coûteux que le CSI ne peut plus l'assumer financièrement sans les indemnités kilométriques qu'ils percevaient précédemment.
- cette règle ne tient, qui plus est, pas compte de la capacité réelle de prise en charge des infirmiers libéraux présents sur un territoire : en effet, si un IDEL s'installe sur un territoire, rien ne dit qu'il soit en capacité d'absorber l'intégralité de la demande en soins infirmiers pris en charge par le CSI (cas rencontré par la mission). En effet, la règle ne prend pas en compte le fait que la zone peut rester, même après l'installation d'un IDEL, sous dotée.
- le mode de calcul des indemnités kilométriques ne prend pas en compte de façon automatique les variations des coûts réels des déplacements (coûts des véhicules, évolution des prix du carburant notamment).

Les montants remboursés par l'Assurance maladie au titre des déplacements sont d'autant moins anecdotiques que ces déplacements peuvent faire eux-mêmes l'objet d'un remboursement du CSI à l'IDE qui utilise un véhicule personnel pour ses déplacements – et donc s'avérer une trappe à déficit si les montants remboursés par la CNAM ne couvrent pas les montants totaux reversés aux salariés. Les frais de déplacement sont par ailleurs mieux remboursés aux salariés qui relèvent d'un CSI appliquant la convention FEHAP (0,65 centimes/km pour automobile moins de 5 CV, 0,78 >6 CV, + 164,79 € mensuel si >1500 km mensuels - 0,19 € pour 2 roues moteur) que pour la CC BAD (0,35 €/km pour voiture, 0,15 pour deux-roues à moteur).

Ces règles de calcul des indemnités kilométriques sont les mêmes pour les IDEL et les CSI. Mais, si ces règles constituent un dispositif d'incitation relativement cohérent pour les libéraux (elles ont d'ailleurs été pensées par rapport à eux), elles sont particulièrement pénalisantes pour les CSI, et potentiellement néfastes en termes d'offres de soins dans des territoires pourtant fragiles.

¹⁹⁰ Afin d'évaluer l'ampleur du phénomène, il faudrait mettre en regard l'évolution du nombre d'infirmiers libéraux par commune et l'évolution des indemnités kilométriques des CSI. La mission n'a pas été en mesure de mener ce travail en raison de l'alerte réalisée en juillet 2022 par la DREES sur le manque de fiabilité statistique des données par commune sur les effectifs des infirmiers libéraux.

2 Les charges des CSI

2.1 Des dépenses dynamiques sur les années récentes

Les dépenses des CSI ont cru de 2,6 % entre 2019 et 2020 puis de 3,3 % entre 2020 et 2021, soit un accroissement plus rapide que l'évolution de leurs recettes (respectivement 2,2 % et 3,3 %)¹⁹¹.

2.2 La prépondérance des dépenses de personnel

En 2021, les dépenses de personnel représentent en moyenne 82 % des dépenses des CSI¹⁹². Parmi ces dépenses de personnel, la majorité provient des IDE, les autres personnels (secrétaires ou cadres administratifs en particulier) représentant sans surprise une part minoritaire. Le temps de coordination est porté par les personnels dénommés « coordinateur-trice paramédical-e », qui sont en pratique des IDEC (infirmiers-ières de coordination), dont le temps est décompté au sein du temps administratif (voir l'annexe relative à la gestion des personnels des CSI).

2.3 Des dépenses variées en dehors des dépenses de personnel

Les CSI ont diverses dépenses inhérentes à leur activité : achats de petits matériels pour le centre, consommables pour l'activité de soin des IDE, dépenses liées aux outils informatiques du CSI ou à la gestion des DASRI. Le poste qui connaît les évolutions les plus fortes entre 2021 et 2022 est celui du carburant, sujet particulièrement sensible au regard du mode de prise en charge des déplacements à domicile des IDE (voir la partie ci-dessus relative aux indemnités kilométriques et à l'indemnité de déplacement).

Un peu moins d'un tiers des CSI (28 %¹⁹³) sont propriétaires des locaux du centre, les autres sont locataires (les cas d'occupation à titre gratuit sont peu fréquents mais représentent tout de même 9 % des CSI). Les auditions réalisées par la mission montrent que le fait de posséder ses locaux est le fruit de l'histoire des centres : tantôt un héritage de l'époque où les CSI étaient des dispensaires religieux tantôt le résultat d'une stratégie intentionnelle des responsables du centre pour investir les excédents dégagés de l'activité. Tous CSI confondus, la superficie médiane des locaux est de 80 m². Dans la même logique, plusieurs pratiques existent quant aux véhicules de déplacement : indemnisation des IDE quand elles utilisent leur véhicule personnelle, mise à disposition des équipes du CSI d'une flotte de véhicules, flotte tantôt achetée tantôt louée.

3 Le résultat de fin d'exercice

Comme le signalait le rapport IGAS de 2013 sur les centres de santé, les CSI ont longtemps été en meilleure santé que les centres de santé médicaux ou polyvalents. Or les données récentes semblent indiquer que la santé financière des CSI s'est fortement dégradée ces dernières années. Dès avant la crise sanitaire du covid 19, près de 40 % des CSI étaient en déficit (comptes 2019). La situation s'est dégradée en 2020 (46 % des CSI en déficit) avant de légèrement se redresser en 2021 (44 % de CSI

¹⁹¹ Source : questionnaire IGAS mi 2022. Chiffre établi sur les répondants ayant des données budgétaires complètes et exploitables entre 2019 et 2021.

¹⁹² Calcul des auteurs à partir du cumul des dépenses de personnels et du cumul des dépenses des CSI qui ont répondu au questionnaire IGAS mi 2022 et dont les données budgétaires étaient complètes et exploitables.

¹⁹³ Calcul des auteurs à partir de la base ECDS 2021 de l'ATIH.

en déficit). L'annexe relative à la typologie des CSI en difficultés économiques présente une simulation des comptes des CSI après application de l'avenant 43 de la convention collective BAD.

Pour autant, cette dégradation ne s'opère pas de façon uniforme entre tous les CSI à l'analyse des résultats de fin d'exercice (delta entre les ressources et les dépenses) :

- Le 1^{er} quartile passe d'une situation déficitaire de -19 000 euros en 2019 à -23 000 euros en 2021 ;
- A l'inverse, pour le 4^{ème} quartile, il passe d'un excédent de 32 000 à 34 000 euros sur la période.

Ces évolutions divergentes illustrent la scission qui existe entre les gros CSI qui sortent de la crise sanitaire plutôt en situation financière correcte et les petits qui, à l'inverse, voit leur résultat se dégrader : ainsi, en 2021, le résultat de fin d'exercice médian parmi les CSI du 1^{er} quartile des ressources (les petits CSI, moins de 296 000 euros de budget) est déficitaire en moyenne de -9 300 euros quand, à l'inverse, le résultat parmi les CSI du 4^{ème} quartile (les gros CSI, plus de 625 000 euros de budget annuel)¹⁹⁴ est excédentaire de plus de 23 000 euros.

¹⁹⁴ Résultats proches avec la médiane. Calcul des auteurs.

ANNEXE 11 : Typologie des CSI en difficulté

ANNEXE 11 :	Typologie des CSI en difficulté	199
Introduction	201	
1	A fin 2021, deux causes principales aux difficultés économiques des CSI : des comptes en déséquilibre, des ressources humaines fragiles	201
1.1	<i>Les difficultés économiques des CSI sont réelles</i>	201
1.1.1	Plus de la moitié des CSI se déclarent en difficultés économiques	201
1.1.2	Un nombre croissant de CSI connaissent des déficits, parfois de façon chronique ou élevée	202
1.1.3	Quelques CSI s'en sortent mieux, sans pour autant être toujours optimistes pour la suite	203
1.2	<i>Les causes diverses des difficultés économiques</i>	203
1.2.1	Les difficultés financières sont les plus souvent avancées	203
1.2.2	Le manque de personnel infirmier est un facteur central d'inquiétude pour la pérennité des structures	206
1.2.3	Fragilité financière et fragilité RH sont des vulnérabilités qui s'interpénètrent peu l'une avec l'autre	208
1.2.4	Les autres motifs d'inquiétude quant au devenir des CSI.....	209
2	Le profil des CSI en difficultés fin 2021	211
2.1	<i>Des structures de taille plus modestes</i>	211
2.2	<i>Des centres plus dotés en personnel administratif pour les CSI fragiles financièrement</i>	212
2.3	<i>Une productivité par IDE élevée chez les CSI ayant des fragilités RH fortes et faible chez les CSI ayant des fragilités financières fortes.....</i>	212
2.4	<i>Une recette par acte moindre</i>	213
2.5	<i>Un profil de patientèle apparent similaire aux autres CSI</i>	213
2.6	<i>Un isolement institutionnel moindre</i>	213
3	L'accroissement prévisible pour 2022 des difficultés financières à la suite de la revalorisation salariale de la convention de la branche Aide à domicile de 2021	215
3.1	<i>2022, première année pleine d'application de l'avenant 43 de revalorisation salariale de la convention BAD</i>	215
3.2	<i>Une hausse mécanique des dépenses de personnel sans hausse concomitante des recettes des CSI.....</i>	215
3.3	<i>Un effet majeur de dégradation des comptes des CSI relevant de la BAD</i>	216
3.4	<i>La prévisible diffusion et intensification des difficultés financières parmi les CSI de la BAD en 2022</i>	217
4	L'impact des difficultés des CSI sur leurs territoires d'implantation	218
4.1.1	Le risque de faire empirer l'accès aux soins infirmiers en territoire sous doté en infirmiers et de faire basculer des territoires d'un zonage infirmier intermédiaire vers une situation de pénurie d'offre de soins infirmiers en ville	218
4.1.2	Des CSI en quartiers politique de la ville (QPV) ou en zone de revitalisation rurale (ZRR) concernés	219
4.1.3	Le risque de renforcer les fragilités de territoires d'ores et déjà vulnérables	219

Introduction

Les investigations réalisées par la mission auprès de divers centres de soins infirmiers dans plusieurs territoires ont montré une très grande variété de situations. Certains centres connaissent des difficultés financières, tantôt anciennes, tantôt récentes, d'autres peinent à recruter des personnels, d'autres encore font face à une demande de soins infirmiers en baisse quand, à l'inverse, certains, en nombre certes minoritaires, voient leur taille et leur activité croître. L'objectif de la présente annexe est de déterminer la nature des difficultés rencontrées, d'en faire une typologie et de mesurer l'impact de ces dernières parmi l'ensemble des centres de soins infirmiers. Enfin, une démarche prospective est conduite pour identifier les conséquences dans les territoires et sur la population des risques de fermeture de CSI que font peser les difficultés identifiées.

D'un point de vue méthodologique, la majorité des résultats présentés dans cette annexe mobilise les données collectées par la mission via un questionnaire IGAS ad hoc envoyé entre fin juin et début juillet aux 520 CSI de France (base ECDS 2022 sur l'année 2021), et auxquels 80 % d'entre eux (415 CSI) ont répondu. Des données complémentaires sont mobilisées par ailleurs (ex. CNAM ; cartosanté ; plateforme ECDS-ATIH).

1 A fin 2021, deux causes principales aux difficultés économiques des CSI : des comptes en déséquilibre, des ressources humaines fragiles

1.1 Les difficultés économiques des CSI sont réelles

1.1.1 Plus de la moitié des CSI se déclarent en difficultés économiques

D'après le questionnaire IGAS, à la question « Comment jugez-vous la santé économique de votre centre ? »¹⁹⁵, plus de la moitié des CSI (56 %) l'estime mauvaise (41 %) ou très mauvaise (15 %) (voir tableau ci-dessous). Rapporté à l'ensemble des CSI de France, cela signifie que près de 80 CSI se considèrent mi-2022 en très mauvaise santé économique. A l'inverse, seuls 2 % des CSI considèrent leur santé économique comme très bonne.

¹⁹⁵ Parmi les répondants à l'enquête, le taux de réponse à cette question est supérieur à 95%.

Tableau 1 : Appréciation des répondants sur la santé économique de leur centre

%	Très bonne : pas d'inquiétude sur sa pérennité dans les années à venir	Bonne : le centre dégage généralement des excédents en fin d'exercice même s'ils sont peu élevés	Mauvaise : le centre est parfois en déficit, ce qui l'expose à des difficultés économiques	Très mauvaise : équilibrer financièrement le centre est difficile depuis plusieurs années
Comment jugez-vous la santé économique de votre centre ?	2 %	42 %	41 %	15 %

Source : Questionnaire IGAS, mi-2022. Note de lecture : 95 % des répondants au questionnaire ont répondu à la question. 15 % des CSI estiment leur santé économique très mauvaise.

Dans le même temps, ils sont très nombreux à être pessimistes sur le devenir de leur centre : 49 % des CSI pensent que leur centre est susceptible de fermer d'ici une ou deux années¹⁹⁶. Le fait d'exprimer cette inquiétude est logiquement fortement corrélé à l'appréciation qu'ils portent sur la santé économique de leur centre.

1.1.2 Un nombre croissant de CSI connaissent des déficits, parfois de façon chronique ou élevée

Pris dans leur ensemble, les CSI ont connu une croissance de leur activité depuis 2019¹⁹⁷ : ainsi, leurs ressources ont cru de +2,2 % entre 2019 et 2020 puis de +3 % entre 2020 et 2021. Dans le même temps, leurs dépenses ont augmenté aussi : +2,6 % entre 2019 et 2020 puis +3,3 % entre 2020 et 2021. L'augmentation plus rapide des dépenses que des ressources a mécaniquement fait diminuer l'excédent global des centres de soins infirmiers mais, fin 2021, le report d'exercice antérieur reste positif à l'échelle de l'ensemble des CSI (cumul de l'ensemble des reports de l'ensemble des CSI) : en effet, le cumul des reports de l'exercice antérieur, positifs ou négatifs, de chacun des CSI fait apparaître un excédent global en 2019 mais ce dernier baisse de plus d'un cinquième entre 2019 et 2020 (-21,6 %) puis de plus d'un huitième entre 2020 et 2021 (-12,1 %)¹⁹⁸ si bien que, fin 2021, l'excédent dégagé par l'ensemble des CSI au regard des ressources de l'ensemble des structures est passé de 1,8 % des recettes en 2019, à 1,3 % en 2020 pour descendre à 1,1 % en 2021.

Cet excédent global à l'échelle du secteur masque de fortes disparités entre structures dans la mesure où un grand nombre de centres sont en déficit, nombre qui s'accroît entre 2019 et 2021 : ainsi le pourcentage de CSI déficitaires passe de 39 % à 43 % sur la période¹⁹⁹. Parmi les CSI en déficit à fin 2021, un peu plus de la moitié sont en déficit de façon chronique (déficit chaque année entre 2019 et 2021) et plus d'un tiers (38 %) ont un déficit à fin 2021 qui dépasse 10 % de leurs ressources²⁰⁰.

¹⁹⁶ 53,7% parmi les CSI ayant des données budgétaires intégralement exploitables entre 2019 et 2021.

¹⁹⁷ Données établies à partir des données budgétaires remplies par les répondants au questionnaire IGAS (les trois quarts des répondants à l'enquête ont transmis de façon complète leurs données budgétaires relatives à leurs ressources globales, dépenses globales et dépenses de personnel pour 2019 à 2021).

¹⁹⁸ Calcul effectué par la mission.

¹⁹⁹ A l'échelle des 520 CSI de France, ces 43% représentent environ 224 CSI en France.

²⁰⁰ La mission n'ayant pas d'informations relatives au bilan comptable des structures gestionnaires des CSI, il n'est pas possible de savoir sur quels moyens les structures gestionnaires s'appuient pour financer ces déficits (réserve, patrimoine...). Une grande association nationale auditionnée par la mission est ainsi en capacité une partie du déficit de ses CSI grâce aux dons qu'elle reçoit du fait de sa notoriété publique.

Parmi les structures qui étaient en excédent en 2019 et qui le sont encore en 2021, 45 % ont vu l'excédent qu'elles dégageaient en fin d'exercice décroître²⁰¹.

1.1.3 Quelques CSI s'en sortent mieux, sans pour autant être toujours optimistes pour la suite

Certains CSI étaient en excédent en 2019, le sont toujours en 2021, avec même un excédent supérieur à celui de 2019. Ces cas ne sont pas fréquents mais ils représentent tout de même 20 % des CSI. Il est à noter que, jusqu'en 2021, cette performance comptable était apparemment sans lien avec le statut du CSI : 67 % de ces CSI relèvent de la BAD quand la part des répondants au questionnaire IGAS qui relèvent de la BAD est de 69 %.

Pour autant, même dans ces cas de meilleure dynamique comptable, l'appréciation portée quant à la santé économique du centre n'est pas toujours positive : d'après l'enquête IGAS, près d'un tiers d'entre eux (34 %) la considère mauvaise et presque la moitié (46 %) pense que leur centre est susceptible de fermer d'ici une ou deux années.

Ce profil de répondants en apparence paradoxal (situation comptable favorable versus pessimisme fort exprimé pour l'avenir) illustre à la fois la grande variété des causes possibles de déstabilisation économique d'un CSI et la prévisibilité limitée que ces structures ont sur leur activité et l'évolution de leurs ressources.

1.2 Les causes diverses des difficultés économiques

Les difficultés économiques exprimées par les structures ont pour origine des causes diverses, tantôt cumulatives, tantôt pas, en lien ou non avec une revalorisation salariale (ex. dynamique salariale d'autres acteurs comme les hôpitaux ou les Ehpad, installations des IDEL). Ainsi, un manque d'attractivité salariale peut conduire une structure à manquer de personnel, à subir un fort turn over des effectifs et donc à peiner à répondre à la demande de soins infirmiers qui s'adressent à elle, induisant une baisse de l'activité sans que les charges fixes du centre (ex. locaux, véhicules) ne diminuent. A l'inverse, une structure qui aura opéré une revalorisation des salaires de ses employés aura une plus grande facilité à recruter du personnel infirmier mais des coûts liés à sa masse salariale plus élevés pouvant peser sur l'équilibre des comptes en l'absence de compensation financière.

1.2.1 Les difficultés financières sont les plus souvent avancées

1.2.1.1 La perception des responsables de centre

Parmi les CSI estimant avoir un risque de fermeture d'ici une ou deux années, plus des trois quarts (77 %) indiquent, parmi les raisons de ce risque de fermeture, les difficultés financières (voir tableau ci-dessous). Ces difficultés dites « financières » peuvent recouvrir des réalités diverses : revalorisations salariales ou versements de primes exceptionnels non compensés, manque de prévisibilité quant aux ressources à venir du CSI²⁰², risque de disparition des indemnités

²⁰¹ 48% si l'on prend en compte la part de l'excédent sur les ressources.

²⁰² Certains patients génèrent des revenus importants au CSI du fait de la tarification des actes de leur prise en charge par l'assurance maladie (ex. patients dialysés) : si une telle prise en charge s'arrête (ex. décès ou déménagement du patient), l'impact sur le budget du CSI peut être très élevé comme nous l'ont rapporté plusieurs directeurs de centre, impact d'autant plus grand que la structure est de petite taille.

kilométriques si un libéral s'installe sur une commune d'intervention du CSI où aucun libéral n'exerçait auparavant...

Tableau 2 : Motif avancé pour expliquer le risque déclaré de fermeture du CSI d'ici une à deux années

	Pour des raisons financières	En raison d'un manque de personnel IDE	En raison d'une diminution du nombre de bénévoles	En raison d'un possible regroupement / fusion / création d'une autre structure	Autre motif
Motif avancé pour expliquer le risque déclaré de fermeture du CSI d'ici une à deux années	77 %	58 %	12 %	4 %	22 %

Source : Questionnaire IGAS, mi-2022. Note de lecture : plusieurs choix pouvaient être faits par le répondant, ce qui explique que le total des réponses est supérieur à 100 %. A noter, une demande de soins en diminution n'était pas une modalité de réponse proposée à la question. Dans le champ libre textuel associé à « autre motif », les éléments les plus fréquemment mentionnés sont le « non financement de la revalorisation salariale de l'avenant 43 » ainsi que la faiblesse des salaires causée par « l'absence de Ségur pour les CSI ».

Pour autant, la correspondance entre résultat comptable et projection du devenir du centre n'est pas systématique : ainsi, parmi les CSI en déficit à fin 2021, 61 % craignent une fermeture à court ou moyen terme²⁰³, pourcentage similaire parmi les CSI ayant connu une dégradation de leur résultat de fin d'exercice entre 2019 et 2021 (indépendamment du fait que le résultat de 2021 ait été pour eux positif ou négatif). Cette absence relative de décalage provient du fait que les données comptables 2021 ne prennent pas en compte l'impact en année pleine de la revalorisation salariale liée à l'avenant 43 de la convention BAD (les données collectées par la mission auprès de l'Urssaf Caisse nationale confirment ainsi le fait que nombre de CSI n'ont pas appliqué l'avenant 43 fin 2021 – pour plus de détails, voir l'annexe relative à la revalorisation de l'avenant 43 de la convention BAD).

1.2.1.2 Un indicateur composite de fragilité financière

En complément de l'appréciation par les responsables de centres de la vulnérabilité de leur structure, la mission a construit un indicateur composite fondé sur les données budgétaires de chaque centre : six éléments ont été retenus comme constituant un signal de potentielles difficultés financières, un centre étant considéré fragile s'il en remplit quatre, cinq ou six. Les éléments pris en compte sont :

1. Avoir un résultat de fin d'exercice en baisse entre 2019 et 2021
2. Avoir un résultat de fin d'exercice déficitaire de plus de 3 % des recettes en 2021
3. Avoir eu un résultat de fin d'exercice déficitaire à la fois en 2019 et en 2020

²⁰³ Le pourcentage passe à 63% pour les CSI ayant un déficit représentant au moins 10 % de leurs ressources annuelles, idem à 20 %. Par ailleurs, le fait d'avoir un déficit chronique entre 2019 et 2021 ne modifie pas l'appréciation qu'à la marge (59 %).

4. Avoir un budget global du CSI en baisse entre 2019 et 2021 (ce qui reflète pour partie une diminution de l'activité de production d'actes, dynamique inverse à celle du secteur dans son ensemble comme des IDEL)
5. Etre un CSI qui relève de la convention collective de la BAD (et donc concerné par les avenants 43 et 44²⁰⁴ et leurs revalorisations salariales)
6. Exprimer le besoin d'une aide d'urgence en trésorerie pour poursuivre son activité

Parmi les centres ayant répondu aux questions budgétaires (environ les trois quarts des centres ayant participé au questionnaire), un peu plus d'un quart (26 %) ont une fragilité financière forte. La robustesse de cet indicateur composite peut être éprouvée en le comparant à la question « Pensez-vous que votre centre est susceptible de fermer d'ici une ou deux années ? » et à la question « Comment jugez-vous la santé économique de votre centre ? » : la qualité de prédiction quant à la santé économique perçue par le responsable du centre est particulièrement forte dans la mesure où 94 % des centres identifiés comme ayant une fragilité financière forte ont répondu qu'ils estimaient avoir une santé économique mauvaise ou très mauvaise. A l'inverse, c'est le cas de seulement 30 % de ceux pour l'indicateur composite financier fait apparaître une fragilité faible ou nulle.

Tableau 3 : Fragilité financière des structures au regard de l'anticipation de fermeture et de la santé économique perçue par les responsables des centres

Fragilité financière	Poids de la catégorie parmi les répondants aux questions budgétaires	Proportion de centres de la catégorie estimant avoir un risque de fermeture	Proportion de centres de la catégorie s'estimant en mauvaise ou très mauvaise santé économique
Faible ou nulle (0 ou 1 élément parmi les six)	32 %	42 %	30 %
Intermédiaire (2 ou 3 éléments parmi les six)	42 %	50 %	56 %
Forte (4 à 6 éléments parmi les six)	26 %	72 %	94 %

Source : Questionnaire IGAS, mi-2022. Note de lecture : 32 % des centres se rangent dans la catégorie « fragilité financière faible ou nulle » et parmi ces centres, 42 % estiment avoir un risque de fermeture.

Tout en restant élevée, la qualité de prédiction est légèrement moindre sur le risque perçu de fermeture du centre : 72 % des centres ayant une fragilité financière forte ont répondu que le centre avait un risque de fermeture à un ou deux ans quand la proportion est de 42 % parmi ceux ayant une fragilité financière faible ou nulle. Cette moindre qualité prédictive s'explique tant par le fait qu'anticiper une fermeture est un exercice de projection délicat qui fait appel à une multiplicité d'éléments, financiers comme non financiers (voir ci-dessous les facteurs RH), et dépend de paramètres difficilement mesurables (confiance dans l'avenir du répondant, environnement d'acteurs pouvant arriver potentiellement en soutien).

²⁰⁴ Revalorisation de 2,2% du point d'indice intervenu en pratique plusieurs mois avant l'avenant 43.

1.2.2 Le manque de personnel infirmier est un facteur central d'inquiétude pour la pérennité des structures

1.2.2.1 Divers révélateurs de la tension RH

Le manque de personnel IDE est cité par 58 % des CSI comme motif pouvant entraîner une fermeture du centre d'ici une à deux années (voir tableau ci-dessus). Ce manque de personnel est le reflet tantôt de la difficulté à recruter des IDE du fait du manque de compétences infirmières en volume suffisant dans le territoire (ex. Centre Val de Loire, où la densité infirmière est inférieure à la moyenne) tantôt de la difficulté à attirer des candidats dans des territoires correctement dotés, notamment du fait d'une concurrence salariale entre employeurs potentiels : établissements hospitaliers, Ehpad, autres CDS/CSI...

D'autres questions de l'enquête menée par l'IGAS permettent de prendre la mesure du nombre de centres rencontrant un manque de personnel problématique : 29 % des centres déclarent à la fois ne pas parvenir à répondre à toutes les demandes de soins infirmiers émanant de patients et ne pas être en capacité, avec les effectifs IDE du centre, de réaliser plus d'actes si un plus grand nombre de patients s'adressait au centre (voir tableau ci-dessous). Or l'expression de ce manque de personnel est étroitement liée au fait d'envisager de façon négative l'avenir du centre : 70 % des CSI exprimant un manque de personnel pensent qu'ils ont un risque de fermeture d'ici un ou deux ans (contre 49 % pour l'ensemble des CSI – cf. ci-dessus).

Cet enjeu central des effectifs sur la pérennité des structures est aussi identifiable à travers l'évolution des dépenses de personnel : les CSI pour lesquels ces dépenses évoluent à la baisse (diminution de la masse salariale entre 2019 et 2021) estiment, pour presque les deux tiers d'entre eux (65 %), que leur centre est susceptible de fermer dans un avenir proche. De façon cohérente, une réduction des effectifs (ETP IDE) est associée à un certain pessimisme dans l'avenir : 67 % des CSI ayant connu une baisse de leurs ETP IDE supérieure à 15 %²⁰⁵ entre 2019 et 2021 pensent que le centre est susceptible de fermer²⁰⁶.

Cette importance des effectifs sur le devenir perçu des structures s'explique par le fait, qu'étant souvent des structures de petite taille (6 à 7 ETP IDE), les CSI peuvent basculer rapidement en situation de fragilité après un ou plusieurs départs s'il existe des tensions sur les recrutements.

Dès lors, le recours ou non aux heures supplémentaires constitue un indicateur avancé de l'anticipation par les responsables des centres d'un risque de fermeture (voir tableau ci-dessous) : ainsi, 70 % des centres qui recourent en permanence aux heures supplémentaires craignent une fermeture à brève échéance quand seulement 14 % de ceux qui n'y recourent jamais l'envisagent²⁰⁷.

²⁰⁵ Le chiffre de 15% a été retenu car, pour un effectif moyen entre 6 et 7 ETP IDE par CSI, cela représente donc une baisse proche d'1 ETP IDE en deux ans.

²⁰⁶ Données d'ETP extraite d'ECDS, calcul des auteurs.

²⁰⁷ A noter, la mission a rencontré un centre dont l'ensemble des salariés étaient à temps partiel, tout en effectuant de façon institutionnalisée pour la majorité d'entre eux des heures complémentaires (donc à la rémunération majorée) : ce procédé permet à l'employeur d'accroître la rémunération de ses salariés tout en restant dans le cadre de sa convention collective. Cela lui permet donc d'améliorer son attractivité salariale sur le marché sans pour autant mettre en œuvre des mesures extra-conventionnelles.

Tableau 4 : Anticipation du risque de fermeture du centre suivant le recours aux heures supplémentaires

		Le centre fait-il faire des heures supplémentaires à ses IDE ?			
		Jamais	Parfois	Souvent	En permanence
Pensez-vous que votre centre est susceptible de fermer d'ici une ou deux années ?	Oui	14 %	37 %	62 %	70 %
	Non	86 %	63 %	38 %	30 %
Total		100 %	100 %	100 %	100 %

Source : Questionnaire IGAS, mi-2022. Note de lecture : 70 % des centres qui font faire des heures supplémentaires en permanence à leurs IDE pensent que leur centre est susceptible de fermer d'ici une ou deux années.

1.2.2.2 Un indicateur composite de la fragilité RH

L'ensemble de ces données permet de construire un indicateur composite de la fragilité RH des structures suivant quatre éléments :

1. Avoir une baisse des ETP IDE entre 2019 et 2021
2. Ne pas être en capacité de répondre à toutes les demandes de soins infirmiers émanant de patients
3. Déclarer rencontrer des difficultés « très fortes » de recrutement d'infirmières/infirmiers pour remplacer un salarié après son départ
4. Faire faire « souvent » ou « en permanence » des heures supplémentaires aux IDE du centre

Dès lors qu'un centre remplit trois ou quatre des éléments ci-dessus, il est considéré comme en fragilité RH forte (voir le tableau ci-dessous). On observe dès lors que les centres ayant une fragilité RH forte sont plus des trois quarts (78 %) à anticiper un risque de fermeture d'ici un ou deux ans quand cette probabilité n'est que de 30 % pour ceux qui n'ont pas de fragilité RH (fragilité RH faible ou nulle).

Tableau 5 : Fragilité RH des centres au regard de l'anticipation de fermeture des responsables

Fragilité RH	Poids de la catégorie parmi les CSI	Proportion de centres de la catégorie estimant avoir un risque de fermeture
Faible ou nulle (0 ou 1 élément parmi les quatre)	49 %	30 %
Intermédiaire (2 éléments parmi les quatre)	28 %	58 %
Forte (3 ou 4 éléments parmi les quatre)	23 %	78 %

Source : Questionnaire IGAS, mi-2022. Note de lecture : cet indicateur composite a été construit sur l'intégralité des participants au questionnaire. 49 % des centres se rangent dans la catégorie « fragilité RH faible ou nulle » et, parmi ces centres, 30 % estiment avoir un risque de fermeture.

1.2.3 Fragilité financière et fragilité RH sont des vulnérabilités qui s'interpénètrent peu l'une avec l'autre

La proportion de centres en fragilité financière forte et celle portant sur la fragilité RH forte sont relativement similaires (respectivement 26 % et 23 % - voir ci-dessus)²⁰⁸. Néanmoins ces deux fragilités s'interpénètrent peu : en effet, parmi les CSI ayant au moins une des deux fragilités sous sa forme forte, on en dénombre moins d'un sur cinq qui cumulent les deux à la fois²⁰⁹.

Il existe donc schématiquement deux grands types de CSI en difficultés : ceux qui peinent à maintenir leurs effectifs à un niveau suffisant pour répondre à la demande et faire fonctionner leur centre versus ceux qui rencontrent des difficultés financières pour équilibrer l'activité du centre. Le cumul des deux fragilités (financière et RH) à un niveau fort est certes de très mauvais augure pour les structures concernées (87 % d'entre elles s'estiment susceptibles de fermer d'ici un à deux ans) mais heureusement relativement rare (7 % des structures parmi l'ensemble des CSI répondants). A l'échelle des 520 CSI de France, ces 7 % représentent un peu moins d'une quarantaine de CSI. Notons néanmoins que les données mobilisées ici, notamment celles budgétaires, portent sur l'année 2021. Or l'année 2021 était faiblement impactée par la revalorisation salariale de la convention BAD puisqu'elle devait être déployée à compter d'octobre 2021. Il est vraisemblable que l'impact sur les comptes de cette revalorisation est beaucoup plus conséquent en 2022 accentuant les fragilités financières des structures.

²⁰⁸ A noter néanmoins que l'indicateur financier a été construit sur les trois quarts des CSI de l'enquête (non réponse chez les autres) quand l'indicateur RH a été construit sur l'intégralité des CSI. Si l'on prend en compte uniquement les CSI qui ont répondu aux questions budgétaires dans le décompte des CSI en fragilité RH, on en recense 25%.

²⁰⁹ Au total, 44% des CSI de l'échantillon ont une des deux fragilités ou les deux (Statistique établie sur les CSI ayant répondu à la fois aux questions RH et budgétaires, soit les trois quarts des répondants à l'enquête).

Tableau 6 : Fragilité financière forte et fragilité RH forte parmi les CSI, en pourcentage

		Fragilité RH forte	
		Oui	Non
Fragilité Financière forte	Oui	7 %	19 %
	Non	17 %	56 %

Source : Questionnaire IGAS, mi-2022. Note de lecture : 19 % des CSI ont une fragilité financière forte sans avoir de fragilité RH forte et 56 % des CSI n'ont ni fragilité financière forte, ni fragilité RH forte. Le total des CSI ayant l'une ou l'autre ou les deux fragilités est de 44 % (7 % + 19 % + 17 %, sans prise en compte des arrondis de présentation).

Ces deux typologies de difficultés relativement distinctes, RH d'un côté et financière d'un autre, reflètent pour partie la tension forte à laquelle font face les structures, entre, d'un côté, l'application d'une revalorisation salariale permettant de conserver des effectifs infirmiers suffisants et, d'un autre, la sécurisation des finances du centre. Que l'on soit ou non un centre relevant de la branche aide à domicile (BAD – concerné par l'avenant 43), la problématique de la revalorisation des personnels surgit du fait de l'absence de prime Ségur dans les CSI. En effet, cette prime mensuelle de 183 euros appliquée dans nombre de structures (établissements hospitaliers, Ehpad notamment) à la suite du Ségur de la santé, consécutif à la crise sanitaire du covid crée un différentiel de salaire au désavantage potentiel des CSI (pour plus de détails sur les enjeux relatifs à cette prime et à la revalorisation liée à l'avenant 43 de la convention BAD, voir l'annexe 2). En l'absence de revalorisation, la perte d'attractivité RH des centres peut conduire à la fois à des risques – avérés dans un certain nombre de cas²¹⁰ - de départs et à des difficultés croissantes de recrutement. Pour autant, en l'absence de prime Ségur ou de compensation ad hoc, les revalorisations salariales éventuellement attribuées au personnel des CSI pèsent sur le budget des centres et dégradent l'équilibre de leurs comptes.

1.2.4 Les autres motifs d'inquiétude quant au devenir des CSI

1.2.4.1 Une diminution du nombre de bénévoles

Parmi les CSI estimant être susceptibles de fermer d'ici un à deux ans (près d'un CSI sur deux), 12 % avancent une diminution du nombre de bénévoles comme un des motifs de la fermeture potentielle (voir tableau ci-dessus). Les centres concernés sont des centres dans lesquels un nombre plus important de bénévoles se mobilisent : 3,25 bénévoles en moyenne y consacrent au moins 1 heure par semaine ou au moins 5 heures par mois à l'activité du centre, contre une moyenne de 1,54 pour l'ensemble des CSI (ratio de plus du simple au double). La mission Igas a effectivement pu observer, lors de ses déplacements en régions, des CSI, certes peu nombreux, au sein desquels des bénévoles occupent des fonctions majeures nécessitant parfois plusieurs demies journées par semaine de leur temps, et ce sur des fonctions diverses (recrutement, comptabilité, relation avec les partenaires...) ; elle a rencontré un centre où l'investissement bénévole est tel qu'il permet de n'avoir aucun encadrement au sein du centres (ne sont salariés que des IDE et une secrétaire administrative).

Face au vieillissement de bon nombre de bénévoles actifs dans des conseils d'administrations qui souhaitent passer le flambeau sans trouver de remplaçant, plusieurs CSI ont fait part à la mission de leurs inquiétudes pour la suite. Notons néanmoins que, en dehors de cas très particuliers comme

²¹⁰ Un CSI d'un gestionnaire multistruktures auditionné par la mission a ainsi perdu 5 IDE sur les sept qu'ils comptaient en quelques mois.

celui présenté ci-dessus, ces inquiétudes portent générale sur la capacité du CSI à continuer à fonctionner sous sa forme associative actuelle. Pour autant, si les bénévoles venaient un jour à manquer, rien n'empêchera de faire évoluer la forme juridique du CSI ou d'opérer un rapprochement avec d'autres acteurs du territoire. Il n'est donc pas apparu à la mission que la diminution du nombre de bénévoles, aussi regrettable soit-elle, aura un impact réel sur le devenir des CSI en tant qu'offre de soins infirmiers dans les territoires.

Notons en effet que, parmi les CSI qui mentionnent l'importance des bénévoles dans la viabilité de la structure, la quasi-totalité pointe aussi le motif financier comme pouvant être à l'origine d'une fermeture prochaine du CSI. Cela semble donc bien indiquer que la problématique des bénévoles n'est pas à elle seule un facteur de danger mais qu'elle s'inscrit dans un contexte plus global de fragilisation du centre.

1.2.4.2 Une demande de soins infirmiers jugée parfois insuffisante

Contrairement aux structures en manque de personnel (qui n'ont pas de difficultés à répondre à la demande), un nombre élevé de centres rencontre une demande insuffisante au regard de leur capacité de prise en charge (cf. effectifs infirmiers du CSI) : ainsi, 40 % des CSI déclarent à la fois répondre à toutes les demandes de soins infirmiers qui leur sont adressées et être en capacité de réaliser plus d'actes si la demande était plus élevée (voir tableau ci-dessous).

Tableau 7 : Capacité productive des CSI en fonction de la demande qui s'adresse à eux et de leurs effectifs infirmiers

		Le centre est-il en capacité de répondre à toutes les demandes de soins infirmiers émanant de patients qui s'adressent à lui ?		Total
		Oui	Non	
Au regard du nombre d'IDE du centre, le centre serait-il en capacité de réaliser plus d'actes si un plus grand nombre de patients s'adressait à lui ?	Oui	40 %	6 %	46 %
	Non	25 %	29 %	54 %
Total		65 %	35 %	100 %

Source : Questionnaire IGAS, mi-2022. Note de lecture : 97 % des CSI participants au questionnaire ont répondu à ces deux questions.

Cette problématique de disposer de suffisamment d'activité est souvent revenue lors des entretiens en régions réalisés par la mission, notamment du fait de la nécessité pour les CSI d'adapter leurs dépenses, et notamment leur masse salariale, à due proportion. Elle s'explique aussi par la crainte permanente des CSI de voir une partie de leur patientèle captée par des infirmières libérales qui s'installeraient sur le territoire d'intervention du centre.

Pour autant, parmi les centres en manque apparent d'activité, seuls 35 % pensent que leur centre est susceptible de fermer dans une ou deux années, ce qui est nettement inférieur à la moyenne de l'ensemble des CSI (49 %). Cela paraît indiquer que, pris isolément, le manque d'activité ne conduit pas à envisager négativement l'avenir. Cela s'explique soit par le fait que les CSI concernés espèrent

un retour à meilleure fortune, la variabilité de la demande de soins étant inhérente à leur activité, soit qu'ils estiment être en capacité d'ajuster les effectifs du centre en fonction des évolutions de l'activité. La mission a rencontré lors de ses auditions des directeurs de centre confrontés à une réduction d'activité qui ont justement mis en avant le fait que la rotation des personnels est pour eux un levier (inattendu) d'ajustement des effectifs. Il ne ressort donc pas que le manque d'activité soit en tant que tel une source de difficultés réelle pour les CSI.

2 Le profil des CSI en difficultés fin 2021

2.1 Des structures de taille plus modestes

Les CSI ayant des fragilités fortes, qu'elles soient RH ou financières, ont une taille en moyenne plus réduite que les CSI sans fragilités (effectifs environ 10 % plus faible) : ainsi, tandis que les CSI ayant des fragilités RH fortes comptent en moyenne 7,3 ETP (équivalents temps plein) tous salariés confondus, les CSI n'ayant pas de fragilité RH apparente (indicateur composite égal à 0) en comptent 8,3 (voir tableau ci-dessous). D'un point de vue RH, découle de cette plus petite taille sans doute des conséquences multiples, comme une plus grande difficulté à organiser l'activité (les roulements reposant sur moins de personnes) et une plus grande vulnérabilité lors de l'absence d'un salarié ou la vacance d'un poste²¹¹. Il est vraisemblable que cette plus petite taille a d'autres conséquences en cascade sur la structure (voir ci-dessous). D'un point de vue financier, la petite taille génère vraisemblablement une plus grande difficulté à amortir certains coûts fixes (ex. flotte de véhicule, locaux).

Tableau 8 : Caractéristiques des CSI en situation de forte fragilité (au regard des indicateurs composites financiers et RH)

	Ensemble des CSI	CSI ayant des fragilités RH fortes	CSI n'ayant pas de fragilité RH apparente	CSI ayant des fragilités financières fortes	CSI ayant des fragilités financières faibles ou pas de fragilités financières apparentes
Nombre moyen d'ETP d'IDE en 2021*	6,6	6,0	6,8	6,1	6,8
Nombre moyen d'ETP d'IDE et d'administratifs en 2021*	8,0	7,3	8,3	7,5	8,2
Nombre moyen d'ETP d'IDE pour un ETP administratif*	4,74	4,53	4,48	4,48	4,95
Nombre moyen d'actes par an par ETP d'IDE*°	6008	6721	6072	5570	6413
Proportion moyenne d'AIS parmi l'ensemble des actes°	19 %	22 %	17 %	16 %	22 %

²¹¹ La problématique de l'échelle territoriale d'intervention n'est pas simple à traiter car d'un côté un territoire plus grand permet d'accroître le nombre potentiel de patients pris en charge, mais, d'un autre, le coût marginal à prendre en charge les patients éloignés est élevé (temps de déplacement). Pour autant, la création d'antenne est un moyen pour les CSI d'élargir leur territoire d'intervention en limitant la problématique des déplacements.

Recette moyenne par acte réalisé en 2021 (euros) ^o	9,38	8,95	9,46	9,03	9,77
Taux moyen de patient ALD au sein de la file active en 2021*	55 %	55 %	54 %	55 %	53 %
Taux moyen de patient C2S au sein de la file active en 2021*	9 %	10 %	11 %	9 %	10 %
Avoir au moins 3 conventions de partenariat	79 %	79 %	86 %	83 %	79 %
N'avoir aucun salarié qui est un ancien stagiaire Ifsi du centre	33 %	35 %	30 %	35 %	33 %

Source : pour les lignes avec un *, la donnée source provient de la base ECDS de l'ATIH ; pour les lignes avec un °, la donnée source provient du Sniiram (CNAM) ; pour les lignes sans signe distinctif, la donnée source provient du questionnaire IGAS auprès des CSI réalisés mi-2022. Champ : les données présentées ici portent uniquement sur les CSI ayant répondu au questionnaire IGAS avec des données budgétaires complètes et exploitables (environ 60 % de l'ensemble des CSI de France). Lecture : le taux moyen de patient à la C2S parmi les CSI ayant des fragilités financières fortes est de 9 % ; le nombre moyen d'actes par an par ETP d'IDE est de 6008 sur l'ensemble des CSI.

2.2 Des centres plus dotés en personnel administratif pour les CSI fragiles financièrement

Les CSI fragiles financièrement sont composés, proportionnellement à leurs effectifs, de plus de personnel administratif que les autres : en effet, on dénombre un ETP administratif pour 4,48 ETP d'IDE parmi les CSI ayant des fragilités financières fortes tandis que les CSI n'ayant pas de fragilités financières (ou faibles) ont un ETP administratif pour 4,95 ETP d'IDE. Dans la mesure où seule l'activité des IDE est directement génératrice de revenus, cet écart a logiquement un impact sur les finances des CSI.

2.3 Une productivité par IDE élevée chez les CSI ayant des fragilités RH fortes et faible chez les CSI ayant des fragilités financières fortes

La productivité des CSI est très variable (cf. graphique ci-dessous). Si elle se situe à en moyenne 6000 actes par an par ETP d'IDE²¹², elle peut monter à plus de 6700 pour un CSI ayant des fragilités RH fortes ou descendre à moins de 5600 pour un CSI ayant des fragilités financières fortes. Ces deux phénomènes ne s'analysent pas de la même façon. Côté fragilités RH, la productivité des personnels IDE peut-être une résultante des tensions RH (plus il est difficile de recruter, plus le CSI est enclin à demander à ses salariés IDE de faire des heures supplémentaires et doit optimiser les tournées des IDE pour faire face à la demande²¹³), mais cela peut aussi être source de difficultés RH (plus la

²¹² Chiffre établi sur l'ensemble des CSI ayant répondu à l'enquête IGAS et donc les données budgétaires 2019-2022 étaient exploitables, soit environ 60% des CSI de France.

²¹³ Ce qui, au passage, peut expliquer pourquoi les CSI ayant des fragilités RH fortes ont rarement des fragilités financières fortes.

contrainte est forte pour visiter un maximum de patients par tournée, plus il y a un risque d'épuisement professionnel des personnels, des risques de départ et du turn over des effectifs).

Concernant le volet financier, la plus ou moins grande productivité des personnels IDE a un impact direct sur les ressources générées et le budget du centre, la tarification des CSI étant à l'acte (recettes fonction des actes réalisés). Or, on constate que les CSI ayant des fragilités financières fortes ont une productivité par IDE (nombre d'actes par an par IDE) de 13 % inférieure à celle des CSI n'ayant pas de fragilités financières (5570 versus 6413). Les causes possibles de cette faible productivité sont multiples, comme par exemple le manque d'optimisation des agendas/tournées de patients (que ce soit sur le nombre de patients ou sur le temps passé en déplacement) ou une difficulté à ajuster les effectifs aux évolutions de l'activité²¹⁴.

2.4 Une recette par acte moindre

La recette moyenne par acte est plus faible pour les CSI ayant des fragilités fortes que pour les autres (autour de 9 euros par acte contre 9,38 pour l'ensemble des CSI). Les CSI n'ayant pas de fragilités financières se distinguent avec une recette moyenne par acte de 9,77. Ce résultat ne semble pas s'expliquer par la nature des actes qu'ils réalisent dans la mesure où ils effectuent autant d'actes AIS (généralement moins rémunérateurs que les actes techniques) que les CSI en difficultés financières, voire légèrement plus (22 % versus 16 %). Plusieurs facteurs non observables ici peuvent expliquer cet écart, comme la meilleure performance dans la cotation des actes ou la moindre proportion d'actes non remboursés au CSI à 100 %²¹⁵.

2.5 Un profil de patientèle apparent similaire aux autres CSI

Il n'est pas aisé de comparer des patientèles dans la mesure où la plus ou moins grande complexité de la prise en charge d'un patient dépend d'une multiplicité de facteurs difficilement appréhendables dans des bases de données (accompagnement ou non de l'entourage des patients âgés, compréhension plus ou moins grande de la langue française et de la prise en charge...). A défaut, la mission a retenu deux indicateurs disponibles : la proportion de patients en affection de longue durée (ALD) et la proportion de patients à la complémentaire santé solidaire (C2S). Or, ni pour l'un pour l'autre, il n'est observé de différences notables selon que les CSI ont ou non des fragilités.

2.6 Un isolement institutionnel moindre

Il n'est pas aisé de savoir de quelle manière interpréter les différences institutionnelles observées entre CSI ayant des fragilités et ceux n'ayant pas de fragilités : en effet, ces différences peuvent être tantôt contingentes (ex. produit de l'histoire), tantôt une cause des difficultés (ex. moindre expertise), tantôt une conséquence des difficultés (ex. c'est parce que le CSI rencontre des difficultés, récentes ou anciennes, que des rapprochements institutionnels ont été opérés). Quoiqu'il en soit, on constate que les CSI ayant des fragilités fortes ont plus fréquemment que les autres un gestionnaire possédant d'autres structures (ex. 78 % des CSI ayant des fragilités financières fortes contre 69 % chez ceux

²¹⁴ Le fait d'être un CSI en zone rurale ayant donc potentiellement plus de déplacements à faire entre chaque patient n'explique pas la plus faible productivité des CSI ayant des fragilités financières fortes : en effet, un peu moins d'un quart des CSI sont en zone rurale et la part des CSI en zone rurale parmi ceux ayant des difficultés financières est aussi d'un quart (27 %).

²¹⁵ Lorsqu'une IDE visite un patient et réalise plusieurs actes, le premier est payé au centre à 100 %, le second à 50 % et les suivants ne sont pas remboursés. Ce n'est pas le CSI qui décide le nombre d'actes réalisés, cela est fonction de la prescription médicale en soins infirmiers.

n'en ayant pas)²¹⁶. Cela signifie que la piste consistant à encourager les CSI en difficultés à se rapprocher d'autres structures n'a vraisemblablement une portée opérationnelle que faible (même si, individuellement, il peut exister des rapprochements pertinents à faire). La nature des structures des gestionnaires est en tant que telle instructive : les SSIAD sont logiquement les plus représentés, quoique les CSI n'ayant pas de difficultés RH partagent moins souvent que les autres des liens internes avec un SSIAD, sans qu'il soit évident de déterminer la cause de ce phénomène (en effet, il existe une faible concurrence sur les personnels entre SSIAD et CSI dans la mesure où la grande majorité des salariés d'un SSIAD sont des aides-soignantes et non des IDE)²¹⁷. Il semble par ailleurs que les CSI en difficultés sont plus fréquemment au sein d'une structure qui gère aussi un SAAD (37 % versus 19-20 %). Ce résultat pourrait s'interpréter par le fait que la plus-value d'être avec un SAAD est faible tant du point de vue du parcours des professionnels que du parcours sanitaire des patients (constat qu'a pu faire la mission sur le terrain) et que la petitesse relative du CSI au sein du gestionnaire (quelques salariés dans le CSI versus plusieurs centaines dans le SAAD) tend à détourner l'attention du gestionnaire de l'activité du CSI.

Concernant le sujet particulier des CSI appartenant à des gestionnaires possédant plusieurs CSI, il y a d'un côté une nette surreprésentation parmi les CSI en difficultés RH (54 %), d'un autre une sous-représentation parmi les CSI en difficultés financières (35 %).

Par ailleurs, l'intensité des mutualisations de fonction (ex. direction, RH, comptabilité) varie relativement fortement : si les CSI ayant des fragilités RH fortes sont nombreux à être fortement intégrés (75 % parmi ceux dont le gestionnaire possède plusieurs structures), c'est moins net pour les CSI ayant des fragilités financières fortes (63 %).

Tableau 9 : Caractéristiques institutionnelles des CSI dont le gestionnaire possède plusieurs structures

	Ensemble des CSI	CSI ayant des fragilités RH fortes	CSI n'ayant pas de fragilité RH apparente	CSI ayant des fragilités financières fortes	CSI ayant des fragilités financières faibles ou pas de fragilités financières apparentes
Le gestionnaire du CSI possède d'autres structures (CSI ou non)	0,65	0,77	0,51	0,78	0,69
dont un ou plusieurs SSIAD	78 %	78 %	59 %	77 %	78 %
dont un ou plusieurs SAAD	29 %	37 %	19 %	37 %	20 %
dont un ou plusieurs centres de santé	26 %	31 %	19 %	27 %	16 %
dont un ou plusieurs Ehpad	24 %	32 %	6 %	16 %	25 %

²¹⁶ L'effectif médian déclaré au sein des gestionnaires ayant au moins une autre structure que le CSI est de 85 salariés, sachant que dans certains cas il peut atteindre plusieurs milliers.

²¹⁷ Une piste d'explication pourrait être le fait que lorsqu'un gestionnaire possède un CSI avec d'autres structures (notamment SSIAD et SAAD, qui comptent en moyenne beaucoup plus de personnels que les CSI), le gestionnaire a une moindre connaissance du marché du travail des IDE et des façons d'attirer ce type de personnel, ce qui du même coup lui fait avoir une moindre performance dans ses recherches de candidates ide et donc être dans une situation de difficultés RH plus grande.

dont un ou plusieurs autres CSI	42 %	54 %	19 %	35 %	42 %
Pas de mutualisation de fonctions entre structures	8 %	2 %	0 %	8 %	6 %
Forte intégration (plus de cinq mutualisations entre structures)	68 %	75 %	56 %	63 %	71 %

Source : pour les lignes avec un *, la donnée source provient de la base ECDS de l'ATIH ; pour les lignes avec un °, la donnée source provient du Sniiram (CNAM) ; pour les lignes sans signe distinctif, la donnée source provient du questionnaire IGAS auprès des CSI réalisés mi-2022. Champ : les données présentées ici portent uniquement sur les CSI ayant répondu au questionnaire IGAS avec des données budgétaires complètes et exploitables (environ 60 % de l'ensemble des CSI de France). Lecture : 54 % des CSI ayant des difficultés RH fortes et appartenant à une entité multistruktures ont parmi les autres structures du gestionnaire un ou plusieurs CSI ; 63 % des CSI ayant des fragilités financières fortes ont mutualisé plus de cinq fonctions administratives au sein du gestionnaire.

3 L'accroissement prévisible pour 2022 des difficultés financières à la suite de la revalorisation salariale de la convention de la branche Aide à domicile de 2021

3.1 2022, première année pleine d'application de l'avenant 43 de revalorisation salariale de la convention BAD

Au regard des données transmises par l'Urssaf Caisse nationale à la mission, nombre de CSI relevant de la BAD n'ont pas appliqué à compter du 1^{er} octobre 2021 l'avenant 43 de la convention BAD²¹⁸ (révision des grilles induisant de fait une revalorisation salariale pour la majorité des personnels de la branche) (pour plus de détails, voir l'annexe 2). Ce constat fait écho au report souvent évoqué lors d'auditions menées par la mission sur le terrain : en effet, plusieurs CSI interrogés ont fait part de leur décision de reporter au 1^{er} janvier 2022 l'application de l'avenant (avec mesures rétroactives). L'impact de l'avenant 43 sur les CSI relevant de la BAD est donc mineur sur l'année 2021, raison pour laquelle la photographie des difficultés des CSI à fin 2021 correspond de fait à une image des difficultés préalablement à l'application de l'avenant 43. C'est à partir de l'année 2022 que cet avenant va impacter le budget des centres sur une année pleine.

3.2 Une hausse mécanique des dépenses de personnel sans hausse concomitante des recettes des CSI

La hausse des dépenses de personnel est variable pour chaque centre dans la mesure où elle dépend d'un certain nombre de paramètres propres à chaque salarié, au premier rang desquels leur positionnement sur la grille des emplois et leur ancienneté. Cela explique la grande variabilité des situations observées sur les cas étudiés par la mission (cf. entre +7,4 % et 23,8 % des rémunérations annuelles toutes charges sociales comprises du fait de l'avenant 43 - pour plus de détails, voir l'annexe 2). Le chiffre moyen le plus communément avancé par les représentants du secteur comme

²¹⁸ Vraisemblablement un peu plus de la moitié des CSI de la BAD, le taux d'évolution de la masse salariale entre l'avant-dernier trimestre 2021 et le dernier trimestre est de seulement 6,5% quand la comparaison entre le 2^{ème} semestre 2021 et le 2^{ème} semestre 2022 est lui bien comme attendu proche de 15%.

estimation de l'impact de l'avenant est de +15 %. Cette hausse des dépenses de personnels, (qui concernent tous les salariés, et non pas uniquement les personnels soignants), est sans lien avec les recettes tirées par les CSI de leur activité de soins. En l'absence de mesure de compensation de l'avenant, la hausse des dépenses de personnel ne s'accompagnera pas d'une hausse concomitante des recettes des CSI relevant de la BAD.

Au regard des dépenses de personnel des CSI relevant de la BAD en 2021, la mission estime que le surcoût moyen par CSI BAD de l'avenant 43 en année pleine aurait correspondu à 43 000 euros (médiane à 36 400 euros)²¹⁹ s'il avait été appliqué au 1^{er} janvier 2021 (dernière année civile dont nous disposons des résultats financiers des CSI).

3.3 Un effet majeur de dégradation des comptes des CSI relevant de la BAD

La mission a réalisé un travail de simulation par CSI afin d'estimer l'impact sur le budget de chaque structure de la revalorisation salariale liée à l'avenant 43 de la convention BAD. La méthode consiste à prendre les résultats comptables de l'année 2021 et à leur appliquer la revalorisation de sorte à observer les conséquences sur les grands équilibres comptables. Cette simulation est d'autant plus adaptée que l'avenant 43 fonctionne à l'échelle d'un CSI comme un choc externe salarial sans hausse concomitante des recettes du CSI²²⁰ (cf. ci-dessus). Le taux de revalorisation appliqué aux dépenses de personnel a été de 15 %²²¹.

Tandis qu'à fin 2021, 47 % des CSI relevant de la BAD avaient un résultat de fin d'exercice négatif, ce sont 83 % des CSI BAD qui auraient été en déficit à fin 2021 si la revalorisation salariale s'était appliquée dès le 1^{er} janvier 2021²²² (93 % d'entre eux auraient eu un déficit supérieur à 10 000 euros). Près des deux tiers des CSI qui dégageaient un excédent en 2021 auraient en réalité basculé en déficit si l'avenant 43 avait été appliqué cette année-là. Alors que 28 % des CSI relevant de la BAD avait un déficit supérieur à 3 % des recettes en 2021, ils auraient été 72 % avec application de l'avenant 43. Cet effet financier massif de l'avenant sur les CSI de la BAD s'explique par l'ampleur de la revalorisation (+15 % sur les dépenses de personnels qui représentent à elles-seules environ 80 % des dépenses des CSI) comparée à la modestie des excédents dégagés (en 2021, le ratio rapportant le résultat de fin d'exercice sur les recettes du CSI était, en médiane, de +0,6 % ; 73 % des CSI avaient un ratio inférieur à 5 %).

²¹⁹ Calcul des auteurs pour les 216 CSI relevant de la BAD ayant répondu au questionnaire IGAS et ayant des données budgétaires exploitables entre 2019 et 2021. Le taux de revalorisation appliqué est de 15%. Hypothèse a été faite que tous les CSI BAD ont appliqué l'avenant 43 au 1^{er} octobre 2021 (neutralisation donc de cet élément dans le dernier trimestre 2021). L'hypothèse alternative consistant à poser qu'aucun CSI n'a appliqué au 1^{er} octobre 2021 l'avenant 43 conduit à un surcoût moyen par CSI BAD de l'avenant 43 en année pleine de 59 500 euros s'il avait été appliqué au 1^{er} janvier 2021 (médiane à 50 300 euros).

²²⁰ Notons que cette hausse des rémunérations aura mécaniquement pour effet d'accroître le montant de la subvention Teulade versé aux CSI, subvention dont le taux de 11,5% est assis sur la rémunération brute des personnels soignants des CSI. Cette hausse de recettes représentera quelques milliers d'euros par CSI, vraisemblablement autour de 4000 euros si l'on en juge la subvention médiane dont bénéficient les centres en 2021 (pour plus de détails, voir l'annexe relative au budget des CSI).

²²¹ Une simulation alternative faisant varier, selon les CSI, le taux entre 8, 13 et 18% a été appliquée par la mission en exploitant une question du questionnaire IGAS portant sur l'appréciation des responsables de centres (« En l'absence de compensation financière, l'impact de la revalorisation salariale de 2021 sur l'équilibre économique de votre centre sera : très faible ou modéré/fort/très fort ») ; elle conduit à des résultats proches tant sur le fait pour une structure de basculer en déficit que sur l'ampleur des taux de déficits constatés (+ ou - 2 points de pourcentage) dans la grande majorité des cas.

²²² Le chiffre est de 90% dans la simulation faisant l'hypothèse qu'aucun CSI n'a dans les faits appliqué l'avenant 43 en 2021 (dernier trimestre).

3.4 La prévisible diffusion et intensification des difficultés financières parmi les CSI de la BAD en 2022

Pour les CSI relevant de la BAD ayant des difficultés RH à fin 2021, il est raisonnable de considérer que leurs difficultés RH, dont la cause principale était un manque d'attractivité salariale, vont avoir tendance à s'atténuer du fait de la revalorisation de l'avenant 43 de la convention BAD. Pour autant, la mise en œuvre de l'avenant a pour effet de fragiliser financièrement un certain nombre de CSI de la BAD qui n'avaient pas auparavant ce type de fragilités : alors que, fin 2021, un peu moins d'un tiers des CSI de la BAD présentaient des fragilités financières fortes selon l'indicateur composite financier élaboré par mission, ils seraient, avec application de l'avenant 43, 47 % dans ce cas²²³.

Parmi les CSI de la BAD qui rencontraient déjà des difficultés financières à fin 2021 (indicateur composite financier), leur résultat de fin d'exercice 2021 était, en médiane, de -32 800 euros (déficit qui, rapporté au budget global du CSI en recettes, représente, en médiane, - 9 %) : après application de l'avenant 43, le résultat simulé de fin d'exercice de ces mêmes CSI passerait, en médiane, à -72 300 euros (et rapporté au budget global des centres, la médiane serait de - 19 %)²²⁴.

Il est à noter qu'en pratique, l'ampleur des déficits a des chances d'être légèrement moindre dans la mesure où, afin de limiter l'accroissement de leurs dépenses de personnel, il est vraisemblable que les CSI qui donnaient auparavant des avantages extraconventionnels type prime exceptionnelle de fin d'année vont en limiter désormais le versement (s'ils le peuvent) : d'après l'enquête réalisée par l'Igas auprès des CSI de France, quatre CSI de la BAD sur cinq (81 %) déclarent que, depuis mars 2020 et la crise sanitaire covid, ils ont fait bénéficier leurs salariés de suppléments de rémunération extra-conventionnels : les données transmises par l'Urssaf Caisse nationale à la mission (voir annexe relative à la revalorisation de l'avenant 43 de la convention BAD) font ainsi apparaître une hausse forte des dépenses de personnel par ETP dans les CSI de la BAD sur la seconde partie de l'année 2020, alors même que les CSI n'ont pas bénéficié de la prime Ségur, hausse de la masse salariale nettement supérieure aux +2,2 % associés à la révision du point d'indice de la branche en 2020 ; cette hausse n'est pas ensuite suivie d'une baisse mais d'un plancher début 2021.

En somme, à fin 2021, on observait qu'un peu plus de deux CSI sur cinq (42 %), BAD ou non BAD, présentaient des fragilités fortes, sachant par ailleurs que l'origine de ces fragilités étaient à part plus ou moins similaire d'origine financière ou RH. Après application de l'avenant 43, on estime qu'un peu moins de la moitié des CSI (46 %), BAD ou non BAD, aurait des fragilités fortes mais le poids des difficultés financières serait devenu nettement majoritaire (elles sont trois fois plus fréquentes que les difficultés RH²²⁵).

²²³ Le chiffre est de 50% dans la simulation faisant l'hypothèse qu'aucun CSI n'a dans les faits appliqué l'avenant 43 en 2021 (dernier trimestre).

²²⁴ Calcul des auteurs à partir de la simulation faisant l'hypothèse que l'ensemble des CSI BAD ont appliqué au 1^{er} octobre 2021 l'avenant 43. Dans l'hypothèse où aucun CSI n'aurait appliqué l'avenant 43 au 1^{er} octobre 2021, on se situerait à des niveaux de déficit médian de, respectivement, -86 400 euros et - 23% du budget.

²²⁵ Ce chiffre est à prendre avec précaution car il repose sur l'hypothèse que les difficultés RH des CSI de la BAD vont disparaître grâce à la revalorisation des salaires ; or, il y a plusieurs raisons de penser que les choses ne se passeront pas en pratique de façon aussi mécanique (temps de diffusion de l'information auprès des potentielles candidates infirmières du progrès de rémunération dans les CSI de la BAD, motif parfois non financier de difficultés de recrutement pour les CSI...).

4 L'impact des difficultés des CSI sur leurs territoires d'implantation

4.1.1 Le risque de faire empirer l'accès aux soins infirmiers en territoire sous doté en infirmiers et de faire basculer des territoires d'un zonage infirmier intermédiaire vers une situation de pénurie d'offre de soins infirmiers en ville

Parmi l'ensemble des CSI de France, un sur dix se situe en zonage infirmier sous doté ou très sous doté, un gros tiers (35 %) en zonage intermédiaire et le reste, soit la majorité (55 %), en territoire sur doté ou très sur doté. 9 % des CSI qui ont des difficultés RH et/ou financières fortes sont implantés dans une zone sous dotée ou très sous dotée en infirmiers²²⁶ ; 41 % des CSI qui ont des difficultés RH et/ou financières fortes sont dans un territoire intermédiaire du point de vue du zonage infirmier. Le risque de fermeture qui pèse sur ces structures pourraient donc faire basculer des territoires d'une situation actuelle correcte en termes d'offres de soins infirmiers à une situation de pénurie²²⁷.

Au regard l'appréciation par les responsables de centre eux-mêmes du risque de fermeture de leur CSI, 8 % des CSI estimant être susceptibles de fermer sont en zone sous dotée.

Parmi les CSI de la BAD en situation de fragilités financières fortes après application de l'avenant 43 (cf. simulation décrite ci-dessus), 16 % sont en zonage infirmier sous-doté et 38 % en zonage intermédiaire²²⁸, soit une légère surreprésentation par rapport à l'ensemble des CSI (ou de l'ensemble des CSI BAD), ce qui indique que les CSI de la BAD en zonage infirmier sous doté ou intermédiaire sont un peu plus touchés que les autres par les difficultés financières induites par l'avenant 43 de la convention BAD.

Le risque de bascule en situation de pénurie pour les territoires en zonage intermédiaire est réel dans la mesure où le poids médian dans l'offre infirmière de proximité des CSI qui s'y trouvent (IDE de CSI+IDEL de la commune) est très conséquent (57 % des IDE de la commune - voir tableau ci-dessous²²⁹). En effet, si les données nationales laissent à penser que les CSI représentent une part faible dans l'offre infirmière de proximité (moins de 5 % au global), le constat est totalement inversé lorsque leur poids est examiné à l'échelle locale, c'est-à-dire dans les territoires où sont implantés des CSI : dans les communes où ces derniers se trouvent, les CSI représentent un poids élevé dans l'offre de soins infirmiers de proximité (poids médian de 50 % sur la commune d'implantation du CSI²³⁰ ; poids médian des IDE du CSI de 25 % de l'offre de soins infirmiers de proximité si l'on prend

²²⁶ A noter, il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le zonage infirmier du territoire d'implantation des CSI et l'appréciation que ces derniers portent quant à leurs difficultés de recrutement : quelle que soit la zone d'appartenance des CSI, environ neuf CSI sur dix déclarent avoir des difficultés fortes ou très fortes à recruter des IDE pour remplacer un départ. Une piste d'explication à ce phénomène inattendu pourrait tenir au fait que les territoires classés jusqu'à récemment en zone sur dotée ont été, eux aussi, rattrapés par des difficultés RH. Une autre pourrait tenir au fait que les difficultés RH sont fonction de la quantité d'activité que le centre délivre : or, selon que les territoires sont sous dotés ou sur dotés en infirmière de ville, la part des actes AIS versus AMI fluctue fortement d'un CSI à l'autre (voir annexe relative à l'activité des CSI). En d'autres termes, les difficultés de recrutement sont vraisemblablement moins identifiées par un CSI dès lors que ce dernier resserre ses prises en charge prioritairement sur les AMI lorsque c'est nécessaire. A noter, le taux de CSI en zonage infirmier sous doté est plus élevé parmi les CSI en fragilités financières fortes (13,5% d'entre eux sont en zonage infirmier sous doté).

²²⁷ En particulier, 46% des CSI ayant des fragilités financières fortes s'y trouvent (contre 35% pour l'ensemble des CSI).

²²⁸ Calcul des auteurs à partir des réponses au questionnaire IGAS de mi-2022 pour les CSI dont les données budgétaires 2019-2022 étaient exploitables. Ces statistiques ont donc été construites sur un panel représentant 60% des CSI de la BAD de France.

²²⁹ Calcul des auteurs à partir des données ECDS 2021 et CartoSanté 2021 sur les infirmiers actifs par commune (à savoir les infirmiers ayant facturé au moins 1000 actes infirmiers dans l'année 2021).

²³⁰ Le poids moyen est lui de 32% ; l'écart entre la médiane et la moyenne s'explique par la déformation que fait peser l'hétérogénéité entre les grosses communes (métropoles) comptant beaucoup d'IDEL (elles pèsent donc beaucoup dans le

une maille territoriale plus large via le territoire de vie-santé²³¹). Ce constat de l'importance locale des CSI dans l'offre infirmière est renforcé par le fait que plus le territoire est en manque d'infirmières de ville, plus le poids des CSI y est fort : ainsi, le poids des IDE du CSI est de 75 % pour les communes concernées par un zonage infirmier sous doté contre un poids de 40 % dans les communes en zonage très doté ou surdoté (voir tableau ci-dessous).

Tableau 10 : Poids médian des IDE des CSI par commune au sein des effectifs infirmiers de proximité selon le zonage infirmier de la commune (CSI et IDEL) en 2021

Zonage infirmier	Zone sous dotée ou très sous dotée	Zone intermédiaire	Zone très dotée ou surdotée	Toutes zones
Poids médian des IDE du CSI parmi l'offre de soins IDE de la commune (IDE CSI+IDEL)	75 %	57 %	40 %	50 %

Source : Calcul des auteurs à partir de données de CartoSanté 2021 et ECDS 2021.

4.1.2 Des CSI en quartiers politique de la ville (QPV) ou en zone de revitalisation rurale (ZRR) concernés

9 % des CSI ont leurs locaux implantés dans un quartier classé politique de la ville (QPV). A fin 2021, c'est le cas de 13 % parmi les CSI ayant des difficultés RH ou financières fortes²³² et de 10 % des CSI estimant être susceptibles de fermer d'ici une ou deux années. Parmi les CSI de la BAD en situation de fragilités financières fortes après application de l'avenant 43 (cf. simulation décrite ci-dessus), 8 % sont implantés dans un QPV.

13 % des CSI sont implantés dans une zone de revitalisation rurale. A fin 2021, c'est le cas de 13 % des CSI ayant des fragilités RH ou financières fortes et de 10 % des CSI estimant être susceptibles de fermer d'ici une ou deux années. Parmi les CSI de la BAD en situation de fragilités financières fortes après application de l'avenant 43 (cf. simulation décrite ci-dessus), 16 % sont implantés dans une ZRR.

4.1.3 Le risque de renforcer les fragilités de territoires d'ores et déjà vulnérables

Près d'un tiers (32 %) des CSI de France sont implantés dans des territoires présentant des vulnérabilités (ZRR, QPV ou zonage infirmier sous doté ou très sous doté). Parmi les CSI ayant des fragilités RH ou financières fortes à fin 2021, un peu plus d'un tiers (35 %)²³³ sont implantés dans ces territoires vulnérables (ZRR, QPV ou zonage infirmier sous doté ou très sous doté) : d'un côté, cela indique que les territoires vulnérables ne sont proportionnellement pas vraiment plus touchés que les autres par les risques de défaillance de CSI ; d'un autre côté, ce résultat montre qu'un nombre non négligeable de CSI appartenant à des territoires d'ores et déjà vulnérables rencontrent des fragilités

calcul de la moyenne) un poids plus faible des CSI versus les petites communes qui comptent moins d'IDEL mais un poids plus grand des CSI.

²³¹ Définition 2018. La France compte 2850 territoires de vie, soit une moyenne de 12 communes par territoire. Pour mémoire, les CSI interviennent en moyenne sur 5 communes (médiane à 4) (données extraites de l'enquête IGAS mi 2022).

²³² Statistique établie sur les seuls CSI ayant répondu au questionnaire IGAS et dont les données budgétaires 2019-2021 étaient complètes.

²³³ Statistique établie sur environ 60% des CSI de France, à savoir ceux qui ont répondu au questionnaire IGAS et dont les données budgétaires 2019-2021 étaient complètes.

RH et/ou financières fortes. Au global, c'est un peu plus de 15 % des CSI de France²³⁴ qui, à la fois, rencontraient fin 2021 des fragilités RH et/ou financières fortes et sont implantés dans des territoires vulnérables (ZRR, QPV ou zonage infirmier sous doté ou très sous doté).

Les CSI relevant de la BAD ont une répartition géographique comparable (un tiers sont implantés dans des territoires présentant des vulnérabilités types ZRR, QPV ou zonage infirmier sous doté ou très sous doté). Parmi les CSI relevant de la BAD et présentant des fragilités financières fortes après application de l'avenant 43 (cf. simulation ci-dessus), 39 % sont implantés dans des territoires vulnérables. Un CSI BAD sur cinq (19 %) risquent de cumuler des difficultés financières fortes et une implantation dans un territoire vulnérables (ZRR, QPV ou zonage infirmier sous doté ou très sous doté).

Le cumul de ces différentes problématiques (difficultés RH ou financières pour les CSI ne relevant pas de la BAD + difficultés financières pour les CSI relevant de la BAD après application de la revalorisation salariale de l'avenant 43) fait in fine apparaître qu'un peu plus de 16 % des CSI de France (un sur six), rencontrent à la fois des fragilités fortes et sont implantés dans des territoires potentiellement vulnérables (ZRR, QPV ou zonage infirmier sous doté).

Par ailleurs, 42 % des CSI en difficultés sont implantés dans un territoire en zonage infirmier intermédiaire. Ce point doit constituer une alerte dans la mesure où il serait préjudiciable en termes de santé publique que les difficultés des CSI induisent une fermeture ou une réduction d'activité de nature à faire basculer le territoire concerné en zonage infirmier sous-doté. Ces CSI représentent un CSI sur cinq (19 %) en France.

Après avenant 43, un tiers des CSI de France (31 %)²³⁵ sont des CSI qui, à la fois, rencontrent des difficultés économiques fortes (RH ou financières) et sont implantés dans des territoires fragiles ou en passe de le devenir si le CSI venait à fermer.

A noter par ailleurs, après application de l'avenant 43 de la BAD, un peu plus d'un CSI en difficultés sur cinq (22 %) se situerait sur une commune classée en zonage d'intervention prioritaire pour ce qui concerne les médecins généralistes.

²³⁴ Idem.

²³⁵ Ce pourcentage est inférieur au cumul des CSI en difficultés en territoires vulnérables (16%) et des CSI en difficultés en zonage infirmier intermédiaire (19%) dans la mesure où certains CSI sont à la fois en territoires vulnérables (QPV, ZRR) et en zonage infirmier intermédiaire. Ils ne sont donc pas comptés deux fois.

ANNEXE 12 : Patientèle des centres de soins infirmiers

ANNEXE 12 :	Patientèle des centres de soins infirmiers	221
1	Les patients qui consultent en CSI	223
1.1	<i>Caractéristique des patients qui consultent en CSI.....</i>	223
1.2	<i>Données de précarité pour les patients ayant recours aux soins en CSI.....</i>	224
1.3	<i>Les CSI sont des structures tournées vers le domicile</i>	224
2	Données relatives à la patientèle des centres de santé (2019)	225
2.1	<i>Recours, fréquence</i>	225
2.2	<i>Données d'âge.....</i>	227
2.3	<i>Effet de la crise sanitaire sur la file active des patients.....</i>	228
2.3.1	<i>Effet COVID sur la file active des CSI et CDS médicaux / polyvalents</i>	228
2.3.2	<i>File active par CSI</i>	229

Cette annexe s'appuie à la fois sur l'exploitation de données fournies par l'Assurance maladie, sur l'enquête IGAS réalisée auprès des CSI mais aussi sur le suivi de tournées d'infirmières en CSI lors des déplacements de terrain réalisés par la mission IGAS.

Elle contient des données relatives à la patientèle des centres de santé : CSI et CDS médical polyvalent ayant une activité infirmière ; ainsi que l'effet de la crise sanitaire sur leur file active.

1 Les patients qui consultent en CSI

1.1 Caractéristique des patients qui consultent en CSI

Les profils de patients qui font appel à un CSI sont très variables d'une structure à une autre, qu'il s'agisse de l'âge des patients, de la durée de leur traitement ou bien du type de pathologies dont ils sont atteints. Les centres de soins infirmiers sont caractérisés par une grande diversité de patientèle. Ainsi, qu'ils soient pris en charge pour une affection de longue durée ou bien de manière ponctuelle par les CSI, patients pédiatriques ou d'un âge avancé, diabétiques, dialysés, patients ayant subi une intervention chirurgicale ou encore patients atteints de cancers, sollicitent quotidiennement les centres.

Certains patients n'ont besoin de soins infirmiers que sur une courte période : c'est notamment le cas des patients sortis d'hospitalisation qui ont besoin pendant le temps de la cicatrisation de soins d'hygiène et de réfections de pansements, ou bien des patients pour lesquels un acte de vaccination est réalisé par un professionnel infirmier. D'autres patients requièrent une durée de suivi plus longue et plus régulière allant même parfois jusqu'à être dépendants du passage de l'infirmier. Les patients pris en charge en CSI sont atteints majoritairement de pathologies chroniques, le taux moyen de patients bénéficiant d'une affection longue durée est de 55,2 %²³⁶ ; ramené à la moyenne nationale le taux de patients en ALD pris en charge par les CSI est de 11,88 %²³⁷.

La mission n'a pas identifié de profil particulier de patient faisant appel aux services des centres de soins infirmiers, en revanche elle attire l'attention sur les patients ne satisfaisant pas les critères d'admission dans d'autres structures du médico-social tel que les SSIAD, (car trop jeunes ou bien n'étant pas atteints de handicap²³⁸) adressés aux CSI, qui dans certaines zones territoriales (zones blanches en termes d'implantation de professionnels infirmiers), sont les seuls professionnels à pouvoir intervenir au domicile de ces patients. Par exemple, plusieurs centres nous ont rapporté le cas de patients jeunes accidentés (accident de la route, chute de cheval...) n'ayant pas entraîné une situation de handicap mais nécessitant des soins d'hygiène ne pouvant pas être adressés en SSIAD. Il a par ailleurs été rapporté à la mission par les centres rencontrés que, faute de places disponibles en SSIAD, les patients non admis étaient redirigés vers les CSI et les libéraux. Directeurs de centres et infirmiers exerçant en CSI déclarent assister tout type de patient et ne refuser aucune prise en charge. Il indiquent être parfois « *le dernier rempart à l'absence de prise en charge sur leur territoire* »²³⁹. Notons que les données relatives à la variation forte de la proportion d'actes AIS/AMI selon la zonage infirmier du territoire d'implantation du CSI (sous doté, intermédiaire, sur doté) affaiblit en partie la force de cette position : les CSI sont bien contraints,

²³⁶ D'après les données 2021 de la CNAM

²³⁷ D'après les données 2021 de la CNAM

²³⁸ Personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou en perte d'autonomie, personnes de moins de 60 ans en situation de handicap ou atteintes d'une maladie chronique.

²³⁹ Propos recueillis par la mission

comme les libérales même si c'est dans une moindre mesure, de concentrer leur activité sur des actes techniques (AMI) dans les territoires en manque d'infirmières de proximité.

1.2 Données de précarité pour les patients ayant recours aux soins en CSI

Les patients précaires ne représentent qu'une petite part des patients ayant recours à un CSI.

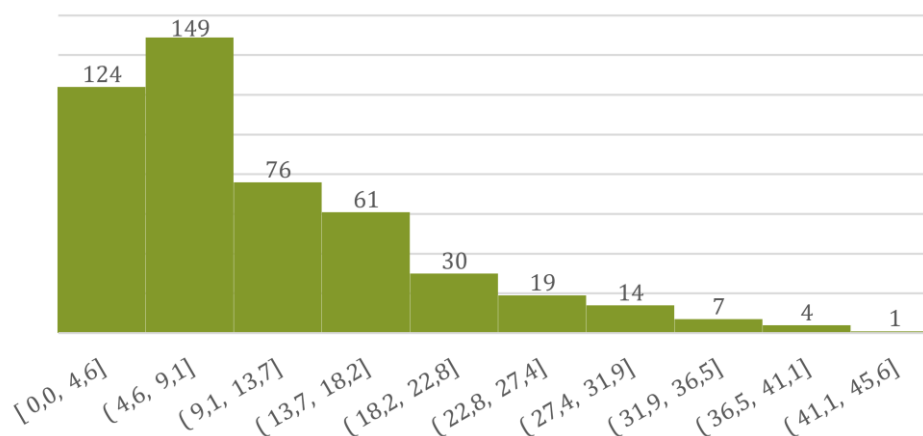
Les centres de soins infirmiers ne sont majoritairement pas tournés vers des patients précaires bien que, pour certains centres, la moitié de la patientèle est composée de patients C2S. Les patients disposant d'une aide médicale d'état représentent une part très faible au sein de la file active des patients faisant appels aux CSI puisqu'ils ne représentent en moyenne que 0,21 % de la patientèle.

Tableau 1 : Représentation de la précarité par rapport aux files actives des CSI

	Patients C2S	Patients AME
Taux moyen de patients concernées (C2S et AME) par rapport à la file active du CSI	10,43 %	0,21 %
Taux maximum de patients concernées (C2S et AME) par rapport à la file active du CSI	45,62 %	4,48 %

Source : Estimation réalisée par l'IGAS à partir des données CNAM 2021

Graphique 1 : Distribution des CSI par décile selon le taux de patients C2S (2021)



Source : IGAS d'après données CNAM

1.3 Les CSI sont des structures tournées vers le domicile

L'activité des infirmiers exerçant en CSI est majoritairement tournée vers le soin à domicile où sont pratiqués les actes techniques et les soins d'hygiène (généralement plus de 90 % de l'activité – voir tableau ci-dessous). La prise en charge des patients à leur domicile est un exercice infirmier particulier, si des soins médicaux programmés inscrits sur l'ordonnance médicale y sont prodigués, l'accompagnement social du patient par le professionnel y est plus marqué que dans une structure de soins classique.

Les contraintes liées à la productivité et à l'efficacité s'opposent au soin relationnel qui impose de prendre le temps, d'être à l'écoute et d'échanger avec le patient, voire de répondre à des demandes

des patients connexes aux soins (ex. démarches administratives de prise de rendez-vous, de remboursement).

Au domicile du patient, l'infirmier doit s'adapter au milieu dans lequel il se trouve, il est souvent seul, ils rencontrent des patients pour lesquels le passage du professionnel de santé représente parfois le seul contact humain d'une journée. L'infirmier doit alors faire preuve d'humanité, prendre le temps de cerner le comportement de son patient qui, dans le cas où il n'est pas compris, peut conduire au rejet du soignant et donc mettre fin au traitement. La prise en charge s'étend parfois au-delà des actes AMI et AME que l'infirmier déclare avoir réalisé auprès de l'assurance maladie. Ils prodiguent un soutien moral, font de la prévention auprès des patients ainsi que de leur entourage, s'occupent parfois de tâches administratives tel que la prise de rendez-vous médicaux ou de tout autre type, pour des patients qui n'en sont pas capables, s'occupent aussi de récupérer et délivrer les traitements dispensés par la pharmacie.

Tableau 2 : Organisation de l'activité infirmière des centres de soins infirmiers

« Quelle est la proportion d'actes réalisés au domicile des patients par rapport à la totalité de l'activité du centre ? »				
Tous les actes sont fait à domicile aucun au centre	Plus de 90 % des actes sont faits à domicile	Plus de 75 % des actes sont faits à domicile	Environ 50 % des actes sont faits à domicile	Moins de 50 % des actes sont faits à domicile
1 %	85 %	13 %	0,5 %	0,5 %

Source : Estimations réalisées par l'IGAS à partir de l'enquête SOLEN

Si la majorité de l'activité se déroule au domicile, certains centres de soins infirmiers organisent en complément des permanences de soins au sein même de leurs locaux.

Les actes réalisés en permanence de soins regroupent généralement les prélèvements sanguins, il peut aussi s'agir d'actes de vaccination (grippe, covid, etc ...) ou bien des tests de dépistage COVID-19.

Certains centres de soins infirmiers sont dotés d'espaces dédiés à une prise en charge plus avancée. C'est notamment le cas de centres qui pratiquent la réfection et le changement de pansements. Ces espaces ont parfois une double utilité, comme points relais d'urgences médicales, très précieux en zones rurales où le service des urgences de l'hôpital le plus proche est souvent éloigné du site de prise en charge du patient. Les patients pris en charge par le SAMU ou bien par les pompiers ne nécessitant pas de soins complexes, ni de passage immédiat à l'hôpital sont acheminés vers le CSI qui met à disposition des professionnels de santé des espaces de soins, permettant notamment la désinfection de plaies et la réalisation de pansements.

L'organisation de la permanence de soins est propre à chaque CSI qui possèdent une amplitude horaire d'ouverture variable. Certains CSI proposent une permanence sur site avec ou sans rendez-vous, sur des plages horaires bien définies ou non afin de pouvoir toucher un maximum de patients ils s'adaptent généralement à la population située à proximité du centre.

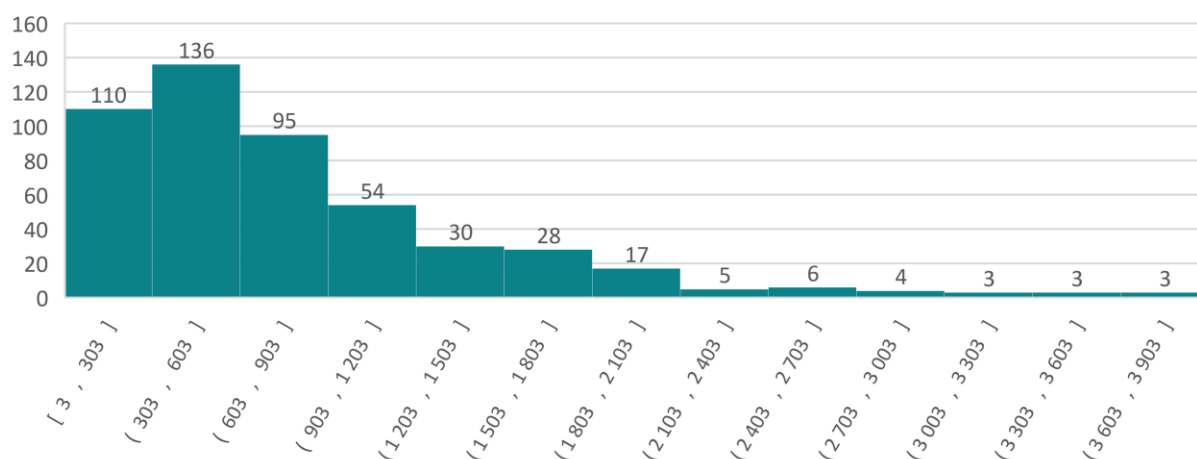
2 Données relatives à la patientèle des centres de santé (2019)

2.1 Recours, fréquence

En moyenne par CSI, 805 patients ont eu recours au moins une fois à une prise en charge au cours de l'année. Au total, les CSI enregistrent 397 709 patients qui ont eu recours au moins une fois à un CSI

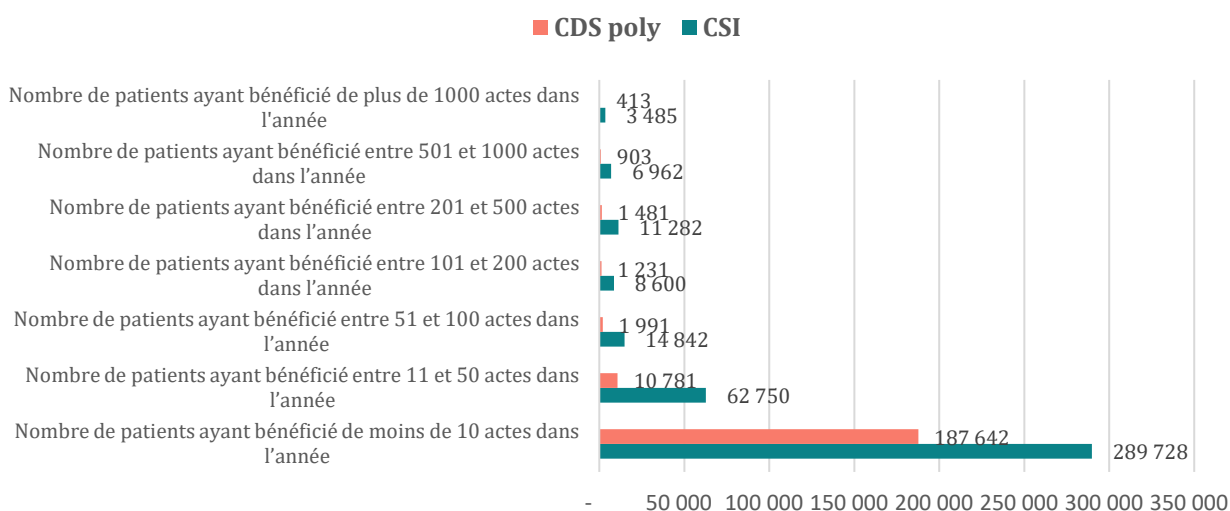
au cours de l'année. La très grande majorité des patients pris en charge (75 %) le sont pour des prises en charge de courte durée (moins de 10 jours de soins dans l'année). Pour autant, dans l'activité d'un CSI (pris en termes de nombre d'intervention), les patients suivis au long cours occupent une place conséquente (ils sont peu nombreux – environ 16 000 pour ceux ayant bénéficié de plus de 200 jours de soins dans l'année mais sont pris en charge fréquemment et pour des durées longues). En termes de recettes pour les CSI, il est donc logique que ces patients représentent une part majeure.

Graphique 2 : Répartition des CSI en fonction du nombre de patients ayant eu recours au moins une fois au CSI dans l'année (tous actes)



Source : Mission d'après données CNAM

Tableau 3 : Répartition des patients par nombre d'actes dans l'année (*)

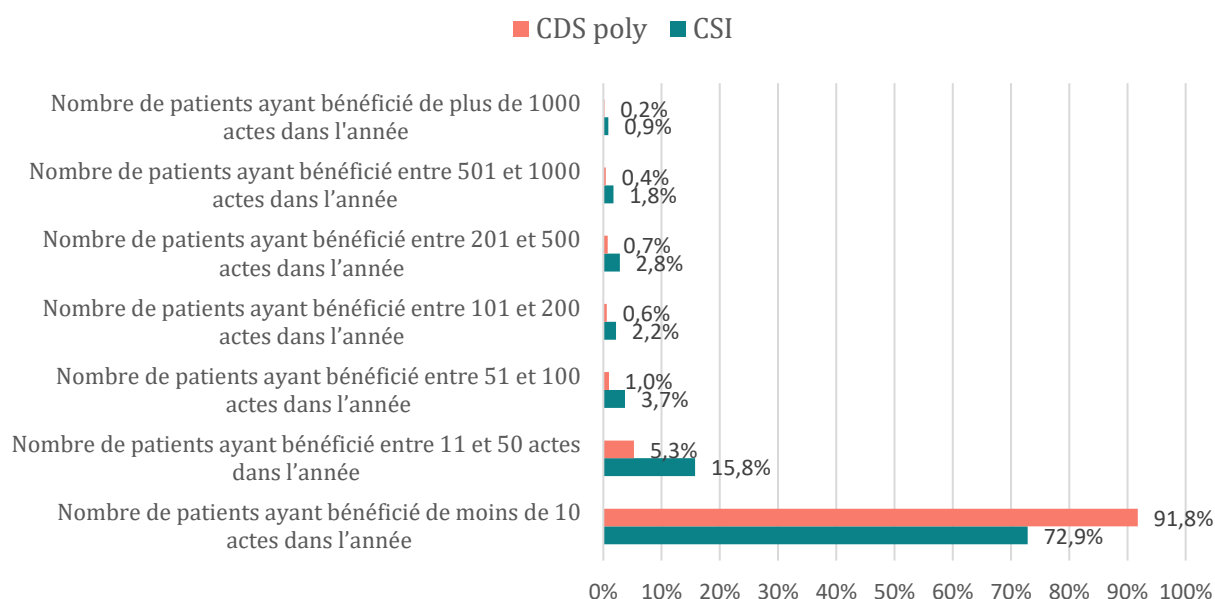


Source : Mission d'après données CNAM - (*) tous actes

104 071 patients ont bénéficié d'au moins un acte le dimanche, 3 031 patients ont bénéficié d'au moins un acte la nuit pour les CSI, soit 26,2 % et 0,8 % des actes réalisés (respectivement 11 771 et 295 patients pour les CDS polyvalents, soit 5,8 % des actes et 0,1 % des actes réalisés par les IDE).

Les CDS polyvalents se caractérisent par une patientèle « de passage » significativement plus importante que pour les CSI. (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 3 : Comparaison de la structure moyenne de patientèle par fréquence des actes (CDS polyvalent / CSI), en %(*)

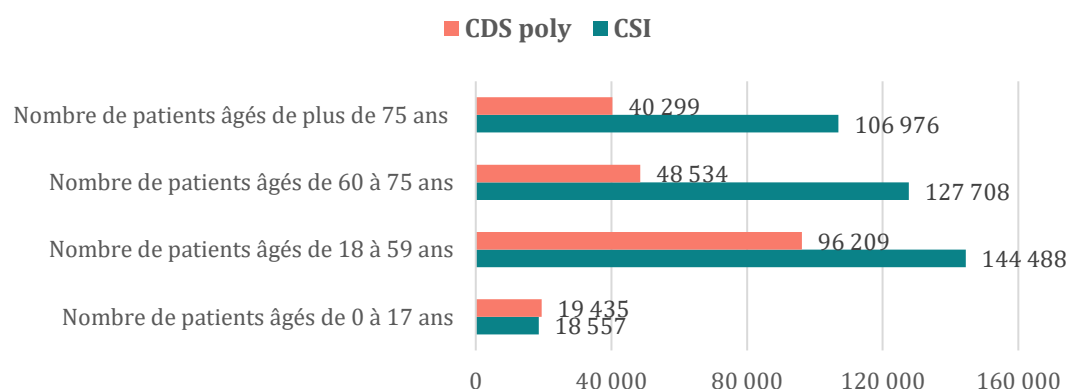


Source : Mission d'après données CNAM - (*) uniquement les actes réalisés par les IDE

2.2 Données d'âge

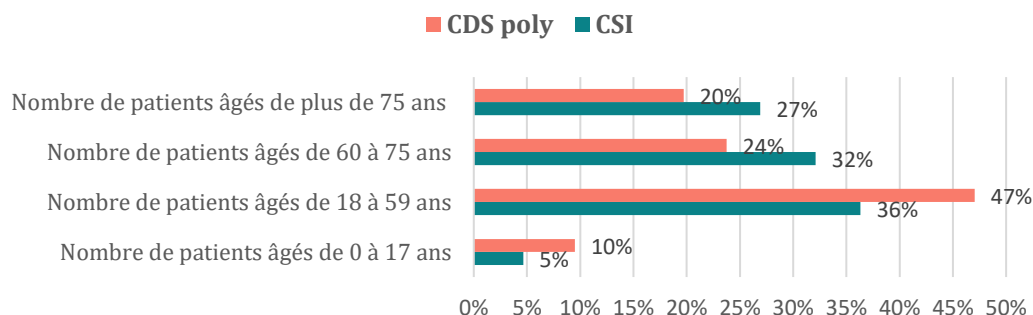
Une majorité de patients des CSI sont âgés de plus de 60 ans. 36 % des patients ont entre 18 et 59 ans, 32 % entre 60 et 75 ans, 27 % ont plus de 75 ans et 5 % moins de 18 ans. La patientèle vue par les IDE des CDS polyvalents est plus jeune que celle des CSI.

Tableau 4 : Répartition des patients par classe d'âge (*)(**)



Source : Mission d'après données CNAM - (*) Patients de toutes spécialités présentes pour les CSI - (**) Uniquement les patients vus par les IDE pour les CDS

Graphique 4 : Comparaison de la structure moyenne de patientèle par classe d'âge (CDS polyvalent / CSI), en % (*) (**)



Source : Mission d'après données CNAM - (*) Patients de toutes spécialités présentes pour les CSI -(**) Uniquement les patients vus par les IDE pour les CDS

Tableau 5 : Nombre de patients bénéficiant d'AIS par type d'AIS

Libellé	Total tous CDS	Dont CSI	Dont CDS polyvalent
Nombre de patients bénéficiant d'AIS	31 801	28 686	3 115
Nombre de patients bénéficiant d'AIS 3	21 323	19 377	1 946
Nombre de patients bénéficiant d'AIS 3,1	89	80	9
Nombre de patients bénéficiant d'AIS 4	576	474	102

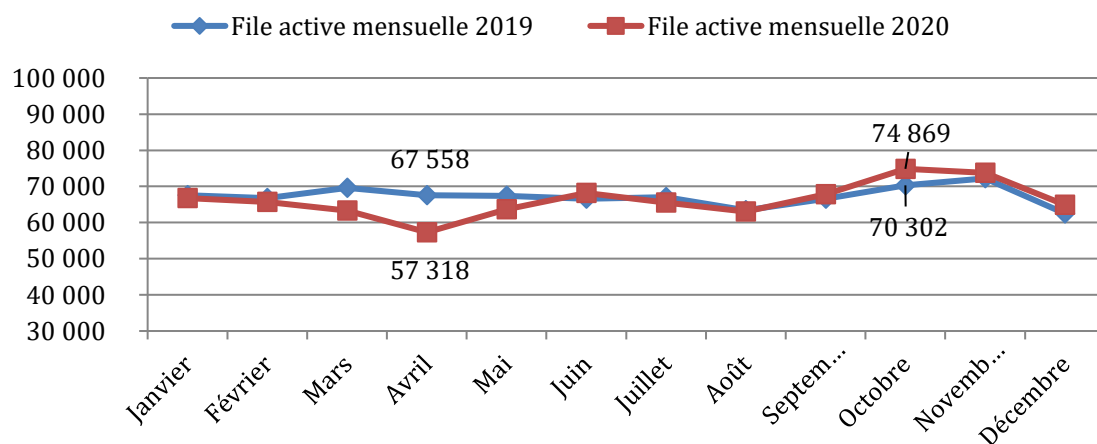
Source : Mission d'après données CNAM -

2.3 Effet de la crise sanitaire sur la file active des patients

2.3.1 Effet COVID sur la file active des CSI et CDS médicaux / polyvalents

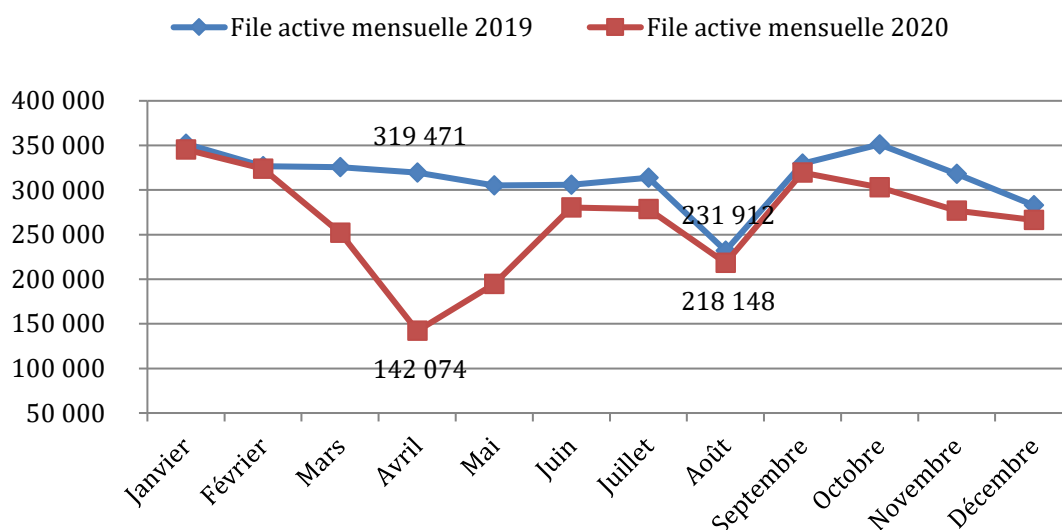
La crise sanitaire et notamment les deux confinements ont eu un effet sur la file active des CDS plus marqué pour les CDS médicaux / polyvalents que pour les CSI (cf. graphiques ci-dessous).

Graphique 5 : File active mensuelles des centres de soins infirmiers, 2019-2020



Source : Mission d'après données CNAM

Graphique 6 : File active mensuelles des centres de santé médicaux médicaux et polyvalents, 2019-2020



2.3.2 File active par CSI

Une analyse de la file active²⁴⁰ au niveau de chacun des CSI montre une segmentation des CSI entre ceux dont la file active a diminué à l'occasion de la crise sanitaire et ceux pour lesquels elle a augmenté. Ce mouvement de fragilisation de certains CSI s'observe depuis l'année 2017.

Les données présentées ci-dessous relatives à la file active de la patientèle sont extraites des données issues des rémunérations accordées aux CSI dans le cadre de l'accord de santé. Elles montrent au cours de la période observée :

- Une fragilité chronique d'une partie des CSI en ce qui concerne la file active des patients, qui s'est aggravée avec la crise sanitaire en 2020 puisque le nombre de CSI dont la file active est comprise entre 5 et 265 patients est passé de 137 à 176 entre 2017 et 2021, soit une augmentation de 28 %;
- Une augmentation sensible du nombre de CSI qui enregistrent une file active de plus de 915 patients au cours de la période (le nombre de CSI passe de 43 CSI en 2017 à 59 en 2021) ;
- Une diminution du nombre de CSI qui se situent dans les deux principales tranches intermédiaires [265;305]; [395;525] depuis la crise sanitaire.

Tableau 6 : Répartition des CSI par tranches de file active (2017-2021), en nombre

	2017	2018	2019	2020	2021	evol 2019/2021	evol 2017/2021
[5;135]	42	50	51	77	61	19,6 %	45,2 %
[135;265]	95	106	104	114	115	10,6 %	21,1 %
[265;395]	88	101	101	93	89	-11,9 %	1,1 %
[395;525]	85	92	89	84	67	-24,7 %	-21,2 %
[525;785]	44	39	41	41	51	24,4 %	15,9 %

²⁴⁰ Total des patients vus au moins une fois dans l'année.

RAPPORT IGAS N°2022-040R (ANNEXES)

[785;915]	34	37	33	34	31	-6,1 %	-8,8 %
[915;1 045]	18	20	20	15	32	60,0 %	77,8 %
[1 045;1 175]	11	11	12	8	7	-41,7 %	-36,4 %
[1 175;1 305]	4	4	4	6	9	125,0 %	125,0 %
[1 305;1 435]	2	4	2	1	3	50,0 %	50,0 %
[1 435;1 565]	2	0	1	3	4	300,0 %	100,0 %
[1 565;1 685]	3	3	5	1	2	-60,0 %	-33,3 %
[1 685; 1 825]	2	2	1	2	2	100,0 %	0,0 %
[> 1825]	1	2	1	2	0	-100,0 %	-100,0 %

Source : Mission d'après données CNAM

ANNEXE 13 : Les expérimentations d'organisations de santé innovantes intéressant les CSI

ANNEXE 13 :	Les expérimentations d'organisations de santé innovantes intéressant les CSI	231
1	Quelques expériences étrangères en matière de système de tarification.....	233
1.1	<i>Le paiement en équipe des professionnels de santé en Belgique, aux Pays Bas, en Australie</i>	<i>233</i>
1.2	<i>Les pays voisins optent majoritairement pour un mode de rémunération mixte depuis plus d'une décennie</i>	<i>236</i>
1.3	<i>La rémunération des centres de santé en Suède.....</i>	<i>238</i>
2	Présentation du champ des expérimentations en France	239
3	Présentation des principales expérimentations d'initiative ministérielle mettant en jeu les soins infirmiers de premier recours	241
3.1	<i>Paie ment en équipe de professionnels de santé (PEPS)</i>	<i>241</i>
3.2	<i>Forfait de réorientation des urgences</i>	<i>244</i>
4	Présentation des principales expérimentations à l'initiative des acteurs concernant les soins infirmiers de proximité.....	246
4.1	<i>L'expérimentation Equilibres.....</i>	<i>248</i>
4.2	<i>Les évaluations des expérimentations françaises mettant en jeu des ressources IDE sont en cours</i>	<i>251</i>

Cette annexe présente successivement quelques expériences / modèles étrangers de tarification en matière de soins primaires infirmiers et les principales expérimentations françaises menées depuis 2019. Une étude de l'organisation des soins primaires infirmiers et plus particulièrement des expériences étrangères en matière de tarification, la recherche et l'analyse d'audits concernant ces expériences, ne faisaient pas partie en tant que tel du champ d'investigation de la mission eu égard aux délais impartis : la mission s'est appuyée sur les documents communiqués par les administrations et/ou disponibles en ligne pour établir cette annexe, s'agissant des modèles étrangers.

Aussi cette annexe présente :

- Quelques expériences ou modèles étrangers en matière de tarification des soins infirmiers de proximité ;
- Une présentation du champ des expérimentations en France (dite de l'« article 51 »), visant à tester un mode de tarification alternatif ou un mode d'organisation de soins innovant ;
- Les expérimentations d'initiative ministérielles qui en sont issues, associant des infirmières ;
- Les expérimentations à l'initiative des acteurs locaux, associant des infirmières.

1 Quelques expériences étrangères en matière de système de tarification

1.1 Le paiement en équipe des professionnels de santé en Belgique, aux Pays Bas, en Australie

La DGOS a communiqué à la mission une note présentant trois expériences étrangères en matière de paiement en équipe des professionnels de santé (encadrés ci-dessous), qui ne comportait pas d'éléments financiers et budgétaires détaillés ou d'éléments d'évaluation.

Les maisons médicales rémunérées au forfait en Belgique

En Belgique, la majorité des médecins généralistes sont rémunérés à la prestation. Environ 5 % des médecins sont rémunérés au forfait à la capitation. Ce système est mis en place depuis 1982 : les médecins sont regroupés dans des maisons médicales belges qui sont financées sur une base forfaitaire calculée par patient. Dans le cadre d'un contrat signé entre le patient, sa mutuelle et la maison médicale, la mutuelle rémunère directement la maison médicale tous les mois pour les patients dont elle a la charge pour les prestations réalisées par les médecins généralistes, les kinésithérapeutes et les infirmiers. Ces trois disciplines sont présentes dans plus des deux tiers des maisons médicales.

Le forfait mensuel est payé à la maison médicale, quelle que soit la consommation de soins du patient inscrit. Le montant du forfait est calculé sur la moyenne de consommation à l'acte de l'année précédente, par type de patient (ordinaire, pensionné, invalide, faible revenus, etc.) et majoré de 30 % pour tenir compte de la charge de travail induite par la prise en charge d'une population plus défavorisée, des économies réalisées en 2^{ème} ligne, et de la non fréquentation de la première ligne à l'acte par environ 10 % de la population.

En 2008, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a comparé le coût et la qualité des soins de première ligne prodigués d'un côté par des prestataires rémunérés à l'acte et de l'autre par ceux rémunérés forfaitairement dans le cadre d'une étude de cohorte²⁴¹.

Il s'avère que « *le coût pour la collectivité et la qualité des soins sont semblables dans les deux systèmes. Les pratiques forfaitaires réalisent de meilleures performances dans les activités de prévention. Pour le patient, les pratiques au forfait sont financièrement plus intéressantes* ». Le système au forfait induit plus de dépenses de première ligne mais moins en deuxième ligne. Les coûts sont similaires voire inférieurs pour les patients au forfait. Les indicateurs d'activités de prévention sont meilleurs. La qualité est globalement équivalente pour le suivi des pathologies (asthme, BPCO, hypertension artérielle), sauf pour le suivi du diabète, qui est légèrement meilleure dans les pratiques au forfait.²⁴²

Des travaux de recherche réalisés en 2020 soulignent les freins du passage au forfait pour la majorité des maisons médicales qui sont financées à l'acte :

La restriction de la liberté de choix des patients concernant leur professionnel de santé ;

Le risque de sélection adverse des patients en fonction de leur état de santé ou pour les patients dont les soins excèdent le forfait ;

Le risque de « consultations minute » induit par le risque de multiplication des consultations de premier recours ;

L'impossibilité d'exercer dans d'autres institutions de soins en application d'une règle d'exclusivité²⁴³.

Source : DGOS, https://prescrire.org/Docu/PostersBruxelles/HeymansI_1.pdf

D'après l'audit établi en 2017 par le cabinet KPMG sur les maisons médicales en Belgique à partir des données 2015 et 2016²⁴⁴, aux recettes tirées de l'indemnisation forfaitaire par patient (82 % des financements) s'ajoutent celles qui sont issues des emplois subventionnés via le fonds social et fiscal « Maribel » (du financement) et les indemnités diverses perçues de différentes collectivités territoriales (6 %)²⁴⁵ : « *L'analyse de rentabilité nette des capitaux propres semble montrer que 75 % des maisons médicales enregistrent une rentabilité nette positive (...)* ». L'analyse des coûts fait ressortir un coût moyen par patient de 396 € pour un financement moyen par patient de 455 €. Ce coût moyen varie selon le nombre de patients (cf. graphique ci-dessous).

²⁴¹ Annemans L, Closon J-P, Closon M-C, Heymans I, Lagasse R, Mendes da Costa E, Moureaux C and Roch I. Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; 2008. KCE reports 85B (D/2008/10.273/50).

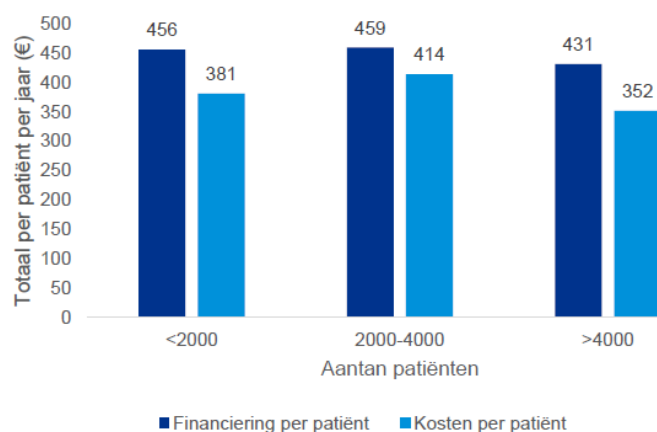
²⁴² Source : https://prescrire.org/Docu/PostersBruxelles/HeymansI_1.pdf; <https://kce.fgov.be/>

²⁴³ « La pratique du paiement à l'acte en maison médicale », recherche participative en éducation permanente, Paule Gillard, décembre 2020.

²⁴⁴ Audit relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la structure de coût des maisons médicales, KPMG, novembre 2017

²⁴⁵ Chiffres 2016

Graphique 1 : Financement total et coûts totaux par patient en 2016, répartis en fonction du nombre de patients



Source : KPMG

La part du coût des soins infirmiers moyen par patient dans le coût total (qui inclut également les soins médicaux et de kinésithérapie) représente entre 16 % (maisons médicales de moins de 2 000 patients), 19 % (entre 2000 et 4000 patients) et 25 % pour les maisons médicales comptant plus de 4 000 patients. Les coûts moyens par ETP en 2015-2016 s'élevaient à respectivement 93 K€ par ETP médical, 66 K€ par ETP infirmier et 63 K€ par ETP kinésithérapeute. Les frais de personnel représentent en moyenne près de 90 % des charges.

Les groupes de soins aux Pays Bas

Aux Pays-Bas, les médecins généralistes peuvent se regrouper dans une entité juridique « groupe de soins » et recevoir une somme annuelle forfaitaire pour les soins de premier recours d'un groupe de patients donné (ex. diabétiques). L'approche retenue a été de se concentrer sur les pathologies chroniques, et uniquement sur les soins en lien avec la maladie. Il existe donc un forfait pour les patients diabétiques, un autre pour les asthmatiques, ou encore un autre pour les patients à haut risque cardiovasculaire.

Les groupes de soins sont en charge de la coordination des prestataires intervenant dans le cadre du forfait : c'est une entité juridique gestionnaire mais non soignante, qui organise et coordonne les interventions des centres de santé et/ou des fournisseurs individuels auprès des patients, et négocie le montant du forfait avec les assureurs. En 2010, 75 % des médecins généralistes étaient rattachés à un groupe de soins.

L'organisation des groupes de soins varie sensiblement, de ce fait les services fournis et le montant des forfaits varie également (de 258 € à 474 € en 2010, par exemple, pour le forfait « patient diabétique »). Ci-dessous, un exemple de calcul du temps passé par patient diabétique permettant de déterminer le montant du forfait à partir du tarif horaire de référence appliqué par fournisseur.

Exemple de calcul du temps passé par patient diabétique**Issu de la présentation Harry Nienhuis, Menzis, août 2011**

<u>Temps passé en minutes</u>	<u>Médecin généraliste</u>	<u>Infirmière en ville</u>	<u>Proportion des patients</u>	<u>Médecin généraliste</u>	<u>Infirmière en ville</u>
<i>Information clinique</i>	10	40	100%	10	40
<i>Premier inventaire des risques</i>					
Les maladies cardiaques	10	25	100%	10	25
Pieds		10	100%		10
Yeux	5		100%	5	
Discussion des résultats avec le patient	10		100%	10	
Discussion des résultats avec l'infirmière	5	10	100%	5	10
<i>Mode de vie et coaching</i>					
Le régime, la nutrition, l'exercice		50	100%		50
Le glucose, la tension, les lipides	15	15	90%	13,5	13,5
<i>Médicaments</i>	15	15	100%	15	15
<i>Suivi du patient</i>					
Contrôle trimestriel		60	100%		60
Discussion MG et infirmière	15	15	100%	15	15
<i>Selfmanagement</i>					
Définir l'indication	10		8%	0,8	
Exécution		30	8%		2,4
Discussion des résultats avec le patient		30	8%		2,4
<i>Mise sous l'insuline</i>					
Définir l'indication	20		8%	1,6	
Mise sous l'insuline		45	8%		3,6
Discussion des résultats avec le patient	10	45	8%	0,8	3,6
Conseil nutrition		45	8%		3,6
Evaluation intermédiaire	10	10	8%	0,8	0,8
Consultation du spécialiste par le MG	10	10	10%	1	1
Total				88,5	255,9
Montant				110,63	213,25

Source : DGOS, présentation CNAM « Les modèles de rémunération : un regard international » (2011)

La note de la DGOS évoque également le cas de l'Australie, où, depuis 2017, environ 200 cabinets de médecins généralistes expérimentent une rémunération forfaitaire mensuelle pour les malades chroniques, à la place du paiement à l'acte historiquement en vigueur. L'objectif du gouvernement australien est de libérer du temps médical en donnant plus de prérogatives aux personnels soignants paramédicaux, par délégation de tâches et montée en compétence.

1.2 Les pays voisins optent majoritairement pour un mode de rémunération mixte depuis plus d'une décennie

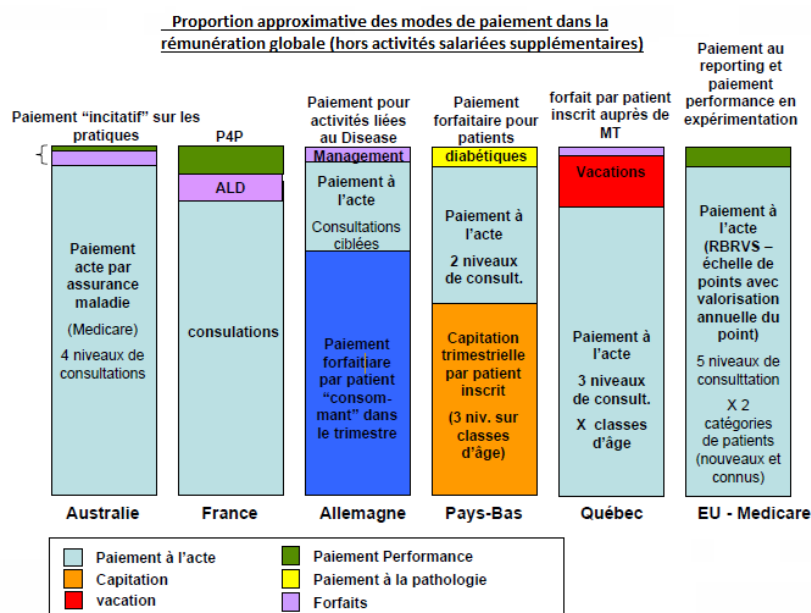
La documentation disponible fait état, depuis une décennie, d'une évolution similaire en France à celles des autres pays de l'UE et de l'OCDE.

L'Assurance maladie, à l'issue de travaux réalisés en 2011 portant sur les expériences étrangères en matière de modèles de rémunérations²⁴⁶, notait une évolution vers la mixité des paiements pour les soins primaires (mélange de capitation, forfait, paiement à l'acte), avec l'incorporation d'une composante incitative (bonus) en fonction d'indicateurs de performance. Ces travaux concluaient qu'une telle évolution impliquait « une définition normative du contenu de la prise en charge (besoin

²⁴⁶ « Modèles de rémunération : un regard international », 2011, Polton-Bousquet, Assurance maladie.

de formalisation et de recommandations qui vont au-delà de la vision clinique et des indicateurs de performance), un renforcement des outils techniques et méthodologiques (segmentation des patients, connaissance affinée des pathologies traitées, méthodes de prévisions des dépenses par segment, renforcement de l'informatisation (...)) »²⁴⁷.

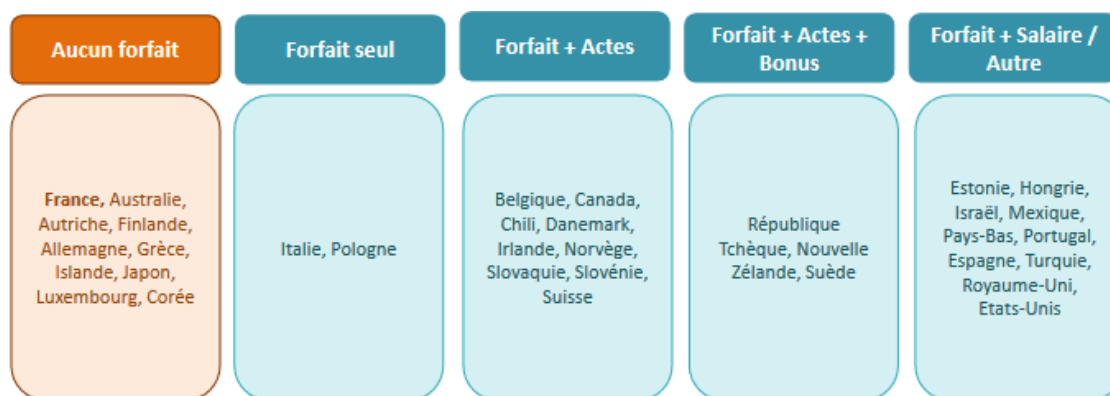
Schéma 1 : Mixité des modes de rémunérations



Source : Assurance maladie, 2011

S'agissant plus spécifiquement des soins primaires, en 2016, la France était dans le groupe minoritaire des dix pays qui ne présentent aucune rémunération forfaitaire des professionnels en soins primaire : les 24 autres pays de l'OCDE présentent une composante forfaitaire (cf. schéma ci-dessous).

Schéma 2 : Répartition des pays par mode de rémunération



Source : OCDE (2016), « betterways to pay for health care, OECD health policy studies, cité par DGOS, webinaire PEPS, 6 juin 2018

²⁴⁷ Ibidem.

1.3 La rémunération des centres de santé en Suède

Le cas de la Suède est particulièrement significatif de ces évolutions pour la présente mission : le système suédois mis en place pour assurer les soins de proximité, issu d'une réforme menée en 2008, se caractérise à la fois par un réseau de centres de santé chargé d'assurer les soins de premier recours, y compris en cas d'urgence, et par un mode de tarification mixte, associant rémunération à la capitation (80 % de leurs ressources), paiement à l'activité (18 %) et paiement à la performance (2 %) (cf. encadré ci-dessous).

Extraits : la rémunération des centres de santé en Suède

Des centres de santé en première ligne

Il existe en Suède, pays de 10 millions d'habitants, plus de 1 200 centres de santé (soit environ 1 pour 8 000 habitants) faisant office de premier recours et de point d'entrée pour l'accès aux soins spécialisés. Si l'organisation territoriale de l'offre de soins primaires est difficile à décrire de manière uniforme tant elle est multiple et très dépendante du comté où l'on se situe, on peut affirmer que l'existence de ces centres, qui allient une offre de proximité et le regroupement géographique de professionnels de santé, reste le modèle qui structure l'offre de soins primaires et le maillage territorial, particulièrement dans les zones de faible densité démographique. Ces centres disposent parfois de certains moyens de radiologie et d'analyses biologiques courantes.

L'installation des centres est autorisée par le comté. Depuis la réforme de 2009 prônant le libre choix, des centres de soins privés, détenus par des praticiens ou des groupes, se sont développés de manière très différenciée à côté des centres publics : peu présents dans les territoires à densité démographique faible, plus nombreux dans les grandes agglomérations, leur taille peut varier considérablement selon la demande locale. Les soins primaires peuvent aussi être dispensés par des médecins et des kinésithérapeutes privés, mais cela reste très marginal (moins de 1 %).

5.79 centres de santé ont été créés dans l'ensemble des villes de plus de 200 000 habitants à la suite de la réforme de 2008 sur le libre choix, contre deux installations dans les communes rurales de moins de 20 000 habitants. (...) La quasi-totalité des médecins sont salariés et travaillent en équipe au sein de ces centres de soins qui regroupent généralistes, spécialistes et paramédicaux. Lorsque le médecin auprès duquel est inscrit le patient n'est pas disponible, il lui est proposé de s'adresser au médecin présent qui dispose de son dossier. (...)

Chaque Suédois dispose d'un numéro national unique (personnummer) et est enregistré dans le centre de son choix. Il peut en changer à tout moment. (...)

Le financement des centres de santé suédois combine rémunération à la capitation (80 % de leurs ressources), paiement à l'activité (18 %) et paiement à la performance (2 %). Le centre reçoit une somme mensuelle calculée en fonction du nombre de patients inscrits et modulée par des critères simples (âge, sexe, pathologies chroniques...). En contrepartie, le centre doit :

- prodiguer les soins primaires (dont le périmètre est clairement défini via un cahier des charges opposable),
- utiliser un système informatique commun régional permettant de communiquer avec les autres centres, services et professionnels de santé,
- fournir des données de résultats (par exemple : taux de patients satisfaits par l'accueil, pourcentage de diabétiques équilibrés, pourcentage de patients hypertendus dont la tension est contrôlée sous traitement, délais d'accès aux soins, etc.).

Ces résultats sont publics, ce qui permet à la fois au payeur de mesurer la qualité du service rendu et aux patients de faire jouer la concurrence pour aller vers le meilleur fournisseur de soins (site Internet dédié).

Avec ce dispositif de capitation, le centre a tout intérêt à s'engager dans des actions de prévention ou de coordination puisqu'il touchera le forfait, que le patient vienne consulter ou non, les professionnels de santé en relevant étant par ailleurs tous salariés, que les centres soient publics ou privés.

L'organisation des soins primaires dans l'ensemble des pays nordiques repose, à l'image de la Suède, sur l'existence de centres de santé avec néanmoins des différences concernant le statut des médecins et le financement des centres.

Source : « *L'organisation des soins primaires dans les pays nordiques* », Dominique Acker, revue française des affaires sociales, 2020/1.

2 Présentation du champ des expérimentations en France

L'expérimentation de nouvelles organisations de soins, dans le domaine sanitaire ou médico-social, n'est pas nouvelle en France. Ce mouvement, initié à partir de 1996, s'est amplifié au cours des décennies suivantes, jusqu'à la dernière vague d'expérimentations intervenue en 2018.

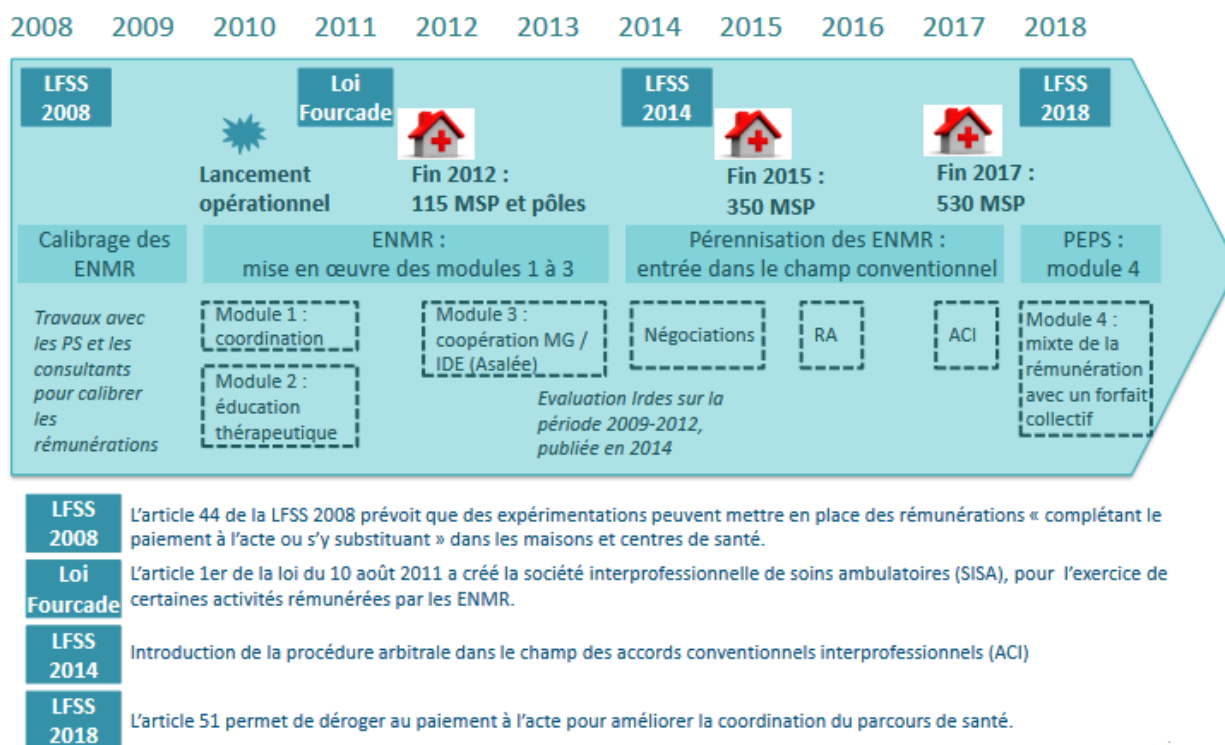
Ainsi, l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, dispose, à sa création en 1996 par ordonnance²⁴⁸ : « *pendant une durée de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, des actions expérimentales sont menées dans le domaine médical ou médico-social sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance maladie concerné, des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention* »²⁴⁹.

Concernant en particulier les maisons et/ou centres de santé, des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations se sont construites à partir de 2008, dans la foulée de la création et du développement des maisons de santé en 2007 (cf. schéma ci-dessous).

²⁴⁸ Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

²⁴⁹ Version en vigueur du 25 avril 1996 au 24 décembre 2000.

Schéma 3 : Etapes de la construction des expérimentations en matière de nouveaux modes de rémunération en France



Source : DGOS, présentation webinaire peps 6 juin 2018

En 2018, une nouvelle étape est franchie avec la modification de l'article L. 162-31-1 par la LFSS pour 2018 (« article 51 »²⁵⁰) qui prévoit expressément la possibilité d'expérimenter des organisations de santé « innovantes » pouvant déroger aux règles de facturation, de tarification et de remboursement en vigueur : « Ces expérimentations ont l'un ou l'autre des buts suivants :

1° Permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à :

- a) Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;
- b) Organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ;
- c) Développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ;
- d) Favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ou aux médicaments (...) ».

Un décret²⁵¹ et une circulaire²⁵² viennent préciser le cadre et les modalités de mise en œuvre du dispositif par les ARS.

²⁵⁰ Article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

²⁵¹ Décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

²⁵² Circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018

Concernant les centres de santé, et plus particulièrement les centres de soins infirmiers, une douzaine de projets sont en cours d'expérimentation dans une ou plusieurs régions, qui sont présentées ci-dessous, qu'ils relèvent soit d'une initiative ministérielle, soit des acteurs locaux.

3 Présentation des principales expérimentations d'initiative ministérielle mettant en jeu les soins infirmiers de premier recours

3.1 Paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS)

Le ministère chargé de la Santé et l'Assurance Maladie ont lancé, le 3 juillet 2019, l'expérimentation PEPS²⁵³. Ce projet d'expérimentation de paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS) repose sur la co-construction d'un modèle de financement forfaitaire avec les experts et acteurs de projets locaux, identifiés dans le cadre d'appels à manifestation d'intérêt (AMI). La rémunération forfaitaire, substitutive au paiement à l'acte, peut prendre la forme d'un forfait par suivi de patients atteints de pathologies chroniques (ex. diabète, insuffisance cardiaque et respiratoire, insuffisance respiratoire chronique), d'un forfait par population, ou d'un forfait à la patientèle (ex. personnes âgées). Son montant varie en fonction du nombre de patients suivis.

Concrètement, des professionnels de santé (médecins généralistes et infirmières) exerçant dans une structure de ville déjà constituée (maisons ou centres de santé par exemple) se portent volontaires pour être rémunérés au forfait en substitution de l'acte pour trois types de patientèle : soit sur l'ensemble de la patientèle « médecin traitant » des médecins généralistes ou du centre de santé participant à l'expérimentation, soit sur la patientèle « médecin traitant » des personnes âgées de plus de 65 ans, soit sur la patientèle « médecin traitant » diabétique (de type 1 ou 2). Le forfait est calculé en fonction du nombre de patients concernés.

Une première vague d'organismes ayant répondu à l'appel à candidatures a été autorisée à participer à l'expérimentation en 2019 suivie d'une seconde en 2020²⁵⁴.

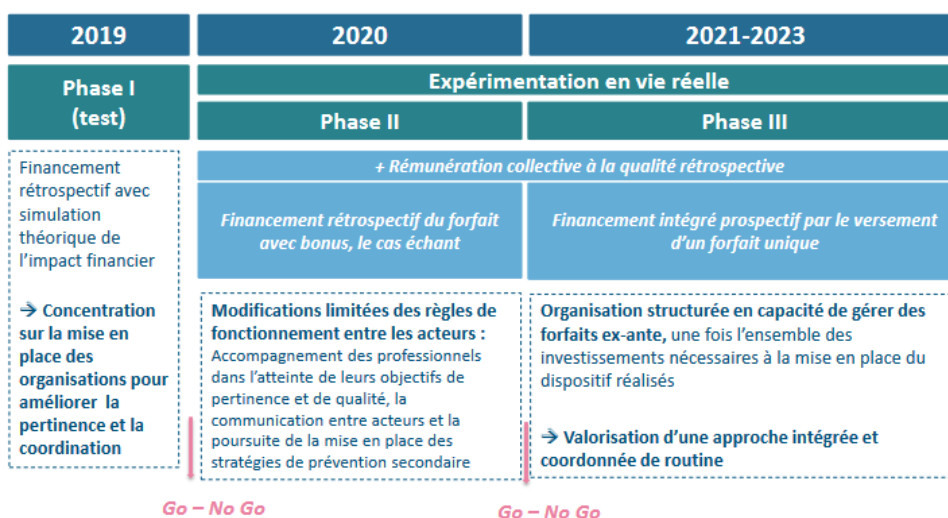
Depuis le 2 janvier 2021, 13 équipes testent le versement d'un forfait prospectif et d'autres équipes, déjà sélectionnées, passeront au forfait prospectif au 1er janvier 2022²⁵⁵.

²⁵³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-un-paiement-en-equipe-de-professionnels-de-sante-en-ville>

²⁵⁴ Arrêté du 30 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 19 juin 2019 relatif à l'expérimentation nationale d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville et fixant la liste des structures autorisées à participer à l'expérimentation à partir de 2019.

²⁵⁵ Site Ministère de la Santé et des Solidarités.

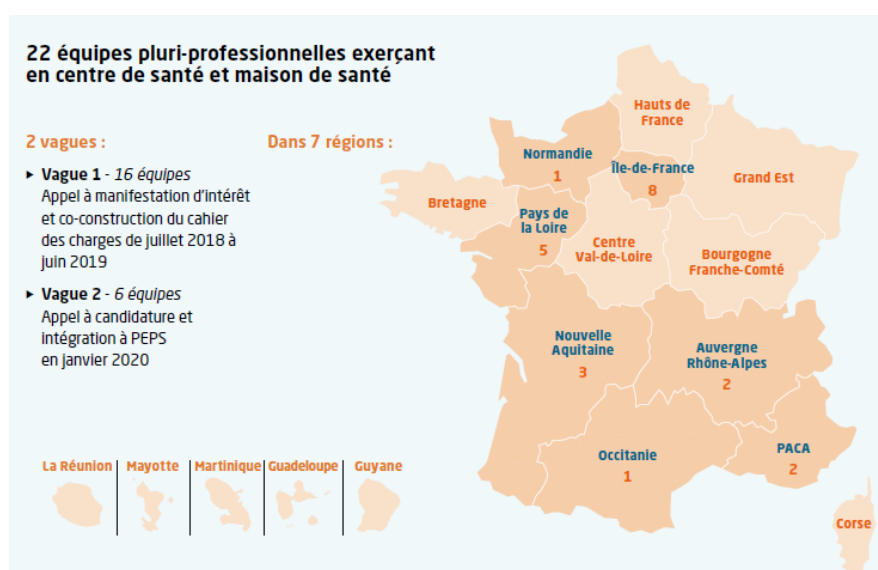
Schéma 4 : Calendrier de l'expérimentation PEPS



Source : DGOS, présentation webinaire peps 6 juin 2018

Un premier retour d'expérience a été établi en novembre 2020 par l'ANAP dans les premiers mois qui ont suivi la mise en œuvre de trois expérimentations, dont PEPS²⁵⁶, qui précise les résultats attendus de cette expérimentation : une accélération de la collaboration pluri professionnelle, la mise en place d'outils SI partagés.

Carte 1 : Répartition des équipes PEPS



Source : ANAP

La mission a rencontré l'ARS Pays de la Loire, qui dispose sur son territoire de deux équipes impliquant des infirmières, intégrées à l'expérimentation « PEPS » (ci-dessous).

- Suivi conjoint MG/IPA à domicile des personnes âgées et handicapées à mobilité réduite au pôle de santé pluridisciplinaire Simone Veil (La Ferté Bernard).

²⁵⁶« Article 51 EDS IPEP PEPS : premiers mois de mise en œuvre des trois expérimentations », ANAP, novembre 2020.

Le pôle de santé pluridisciplinaire Simone Veil, géré par une association, est l'une des équipes « PEPS ». Ce centre médical de santé est devenu un pôle pluridisciplinaire en 2018, dans une perspective de lutte contre la désertification médicale. Il comprend 7 médecins généralistes, dont 6 à temps partiel, et 3 IDE à temps plein, dont une en pratique avancée²⁵⁷. Le projet PEPS consiste en l'instauration d'un suivi conjoint (MG/IPA) à domicile des personnes âgées à mobilité réduite et les personnes handicapées.

Un point d'étape de l'expérimentation réalisé en mai 2022 au Centre de santé Simone Veil met en évidence les points forts de la nouvelle organisation: « *Une communication et collaboration efficaces (...) : gain de temps considérable avec le travail en binôme (...) consultation de 5 à 6 patients par heure [pour le médecin généraliste]* » ; « *possibilité d'augmenter la file active grâce au travail conjoint de l'IPA et de l'assistante médicale* » ; « *valeur ajoutée de la compétence IPA dans la prise en charge du patient (...) allègement de la charge mentale du médecin* ». Ce compte-rendu relève, outre les limites indépendantes de l'expérimentation (liées à la démographie médicale et à l'organisation de la permanence des soins), deux limites principales : une confusion de la part de certains patients sur les prestations couvertes par le forfait, et le fait que certaines activités ne soient pas valorisées dans le forfait (temps de consultation de la famille...) ²⁵⁸.

- Réseau médecin-infirmière à domicile (REMIDOM) (Maison de santé de Laennec)

Cette expérimentation, portée par la maison de santé de Laennec, fait partie des projets sélectionnés dans le cadre de l'expérimentation PEPS, complémentaire avec l'expérimentation RSMO (parcours de suivi chronique, MSP du Mans, citée infra). Elle consiste en la mise en place d'une prise en charge conjointe et coordonnée, entre les infirmières libéraux et le médecin généraliste, des patients en ALD ou des patients qui ne peuvent pas se déplacer à la maison de santé.

L'expérimentation, d'une durée prévisionnelle de trois ans, prévoit la mise en place d'un forfait global annuel complémentaire et partiellement substitutif par patient correspondant à l'ensemble de la prise en charge proposée pour le parcours de « suivi chronique » et le parcours de « suivi aigu » pour une file active de 150 patients pendant la durée de l'expérimentation. Ce forfait annuel s'élève à 620 euros et comprend : - le suivi chronique incluant la visite initiale conjointe médecin/IDEL d'intégration dans le dispositif, les 9 visites mensuelles de l'IDEL en moyenne, les temps de coordination médecin/IDEL, le temps de secrétariat - le suivi aigu incluant les 7 visites mensuelles de l'IDEL en moyenne, les temps de coordination médecin/IDEL, le temps de secrétariat²⁵⁹.

²⁵⁷ Dossier de candidature du pôle Simone Veil.

²⁵⁸ Source : Compte rendu de réunion du CDS Simone Veil dans le cadre de l'expérimentation PEPS, 19/5/222

²⁵⁹ Source : avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation dénommée Réseau Médecin-Infirmier à Domicile (Rémidom), octobre 2021

Tableau 1 : Détail du forfait de 620 € annuel par patient

Parcours de suivi chronique et aigu de 620 euros comprenant :	
Le suivi chronique (estimé à 450 euros)	Le suivi aigu (estimé à 180 euros)
Visite conjointe MG-IDE : 100 euros 50 euros pour le MG 50 euros pour l'IDE	Coordination MG-IDE : 50 euros 25 euros pour le MG 25 euros pour l'IDE *
Temps de coordination MG-IDE : 100 euros 50 euros pour l'IDE * 50 euros pour le MG	Visites à domicile IDE : 105 euros 7 visites en moyenne à 15 euros par visite
Visites à domicile IDE : 225 euros 9 visites à 25 euros par visite	
Suivi administratif (1h) : 25 euros	Suivi administratif (1h) : 25 euros

Source : ARS PDL

Pour 150 patients, le coût est de 93 000 €, auquel s'ajoute le coût de l'amorçage et de l'ingénierie, prélevé sur le FIR, qui est évalué à 24 430 € pour la durée de l'expérimentation.

Le montant des économies attendues n'est pas détaillé. Toutefois, le dossier précise que le coût de 7 visites annuelles (nombre moyen) par patient à son médecin traitant représente un budget de 36 750 € pour 150 patients. Le coût résultant d'un passage aux urgences par an en moins par patient est évalué à 45 000 € pour 150 patients (coût passage aux urgences de 250 € + 50 € ambulance).

L'expérimentation a été autorisée par l'ARS en novembre 2021 : il n'existait pas d'éléments portant sur l'évaluation du dispositif à la date de la mission.

3.2 Forfait de réorientation des urgences

Cette expérimentation, d'initiative ministérielle, vise à « *infléchir la progression annuelle du nombre de passages aux urgences avec la mise en place dans une trentaine de services d'urgence en France d'un forfait de réorientation des patients à partir des urgences hospitalières vers la médecine de ville. Le forfait incite les établissements à rechercher une plus grande adéquation dans la fréquentation de leurs services d'urgence. La réorientation peut s'opérer vers toute structure de médecine de ville (maison médicale de garde, cabinet de groupe, maison de santé, cabinet...). La réorientation n'est pas obligatoire, le patient peut toujours la refuser* »²⁶⁰.

Elle nécessite notamment, outre la mise en place de permanences de soins dans la structure de ville retenue, la mise en œuvre d'actions de communication et d'information à destination du public (cf. encadré infra, relatif aux conditions de mise en œuvre de l'expérimentation).

²⁶⁰ Source : avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le cahier des charges modificatif relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des urgences, février 2021

La mise en place d'un accès non régulé à la structure accueillant la réorientation

Dans le cadre de cette expérimentation, lorsque la réorientation se fait vers une structure de soins dans l'enceinte de l'hôpital ou à proximité, il est impératif que les patients puissent avoir accès librement à la structure pour des soins non-programmés sans passer par la structure des urgences. Le libre accès à cette structure alternative à la structure des urgences doit être affiché et communiqué au grand public par des moyens suffisants pour en assurer la notoriété (affichage, sites internet, information via les pharmaciens, médecins, infirmiers, ARS, orientation SAMU...).

Seuls les patients se présentant spontanément dans la structure des urgences par méconnaissance de ce libre accès ou par une évaluation erronée de l'urgence de leur situation peuvent faire l'objet d'un forfait de réorientation depuis la structure des urgences vers une telle structure.

En aucun cas un établissement ne doit systématiser le passage par la structure des urgences suivi d'une réorientation pour organiser l'accès à une structure de soins non programmés implantée dans ses locaux ou à proximité immédiate.

Source : cahier des charges de l'expérimentation

Les centres de santé, en tant que structures de ville, sont potentiellement éligibles et concernés par les résultats de cette expérimentation :

- à l'instar des missions exercées dans les centres de santé suédois (cf. encadré ci-dessous), il permet d'instaurer un système de régulation des urgences qui repose sur un lieu d'accueil différencié selon le niveau de gravité ;
- il a été rapporté à la mission, au moins dans un des centres rencontrés, que les locaux du centre accueilleraient ponctuellement le SDIS, « en cas de besoin, pour les petites urgences ».

L'apport des IDE en centre de santé dans la régulation en amont du dispositif des urgences sanitaires en Suède

En 2005, afin de résoudre la difficulté des listes d'attente et de garantir des délais raisonnables d'accès aux soins et traitements, la Suède a instauré la règle du « 0-7-90-90 » qui garantit :

- un contact instantané, dans la journée, avec un professionnel de santé (en général, une infirmière) ;
- une consultation d'un médecin généraliste dans un délai de 7 jours ;
- une consultation d'un médecin spécialiste dans un délai de 90 jours ;
- un délai maximal de 90 jours entre le diagnostic et le traitement hospitalier approprié.

Cette règle s'applique aussi bien aux centres de santé qu'aux établissements hospitaliers ; elle constitue une limite et est, bien sûr, adaptée à la situation de chaque patient. Chaque établissement doit transmettre ses statistiques de suivi par rapport à l'objectif et les résultats des centres et établissements, par rapport à cette règle du 0-7-90-90, sont retracés dans un site Internet officiel, accessible tous (www.1177.se). Les avis des patients sont, quant à eux, recueillis dans le cadre d'une enquête nationale des patients effectuée par l'institut des indicateurs de qualité (LED) à la demande des autorités locales et régionales.

En ce qui concerne les soins urgents, les pays nordiques ont privilégié la régulation en amont. Ainsi, **il n'existe pas, normalement, d'accès direct aux urgences hospitalières** ; il faut passer par la plate-forme d'urgence qui, en cas de nécessité de recours à un établissement hospitalier, oriente le patient et prévient directement l'établissement.

En Suède, un numéro unique, le 1177, permet au patient d'entrer en contact avec une infirmière susceptible de l'orienter dans le parcours de soins le plus adapté selon la gravité et l'urgence du besoin.

Le comté de Stockholm a récemment instauré, avec l'ouverture du nouvel hôpital Karolinska, un plan de régulation des urgences hospitalières qui intègre l'ensemble des établissements de la ville, avec une gradation du niveau de gravité. Par ailleurs, **pour décharger les hôpitaux des consultations de premier recours qui ne sont pas prises en charge par les centres de santé, souvent fermés le week-end, ce plan préconise l'accueil des soins non programmés dans un certain nombre de centres de santé avec des horaires d'ouverture plus larges, des équipes et équipements appropriés. Des dispositifs équivalents existent dans les autres pays nordiques.**

Source : « L'organisation des soins primaires dans les pays nordiques », Dominique Acker, revue française des affaires sociales, 2020/1.

4 Présentation des principales expérimentations à l'initiative des acteurs concernant les soins infirmiers de proximité

Parmi les 97 expérimentations référencées sur le site du ministère à l'initiative des acteurs ayant abouti à leur mise en œuvre, au moins une dizaine (cf. tableau ci-dessous) associent étroitement des infirmières libérales et/ou des centres de santé, en lien avec des IDE.

Tableau 2 : Liste des 10 expérimentations impliquant des infirmières à domicile (IDEL, CDS)

Libellé	Porteur	Description	Coût/ forfait
FNMF prédiabète	Mutualité française	Mettre en œuvre un programme de prévention adapté auprès d'une population pré diabétique (qui présente donc un risque de développer un diabète) par une équipe pluridisciplinaire au sein de centres de santé et de maisons de santé volontaires	Coût financé par patient : 892 €
DNUT : parcours de la personne âgée de plus de 60 ans dénutrie à domicile	URPS Infirmiers libéraux PDL	Mettre en place un parcours de prise en charge à domicile du patient dénutri par une équipe pluriprofessionnelle incluant des prises en charge diététiques et physiques, coordonné et suivi par l'IDEL en appui du médecin traitant du patient	Coût financé par patient : 893 €
PRIMORDIAL	Groupe Ramsay	Appliquer le nouveau modèle de financement au forfait issu de l'expérimentation PEPS à des centres de santé nouvellement créés dans des zones de désertification médicale	Forfait de 102 par patient € (PEPS, juillet 2020)
CDS Soyaux	Groupe ELSAN	Mettre en place une gouvernance commune entre le CDS polyvalent Clinical et le CDS municipal concernant les modalités de recrutement des médecins généralistes et permettre de mixer les statuts (salarié/libéral) dans un centre de santé	Pas de charge administrative de cabinet pour le MG
CICA Corse	URPS Infirmiers Corse	Financement forfaitaire d'une combinaison de services par les acteurs de premier recours pour les patients porteurs de plaies chroniques et/ou complexes en Corse, s'appuyant sur un avis d'expert et des outils numériques « L'objectif est d'effectuer une téléconsultation avec un soignant au chevet du patient avec la guidance d'un expert de l'autre côté de la caméra. (...) Dans ce modèle, l'expert est	Forfait de 386 € par patient

Libellé	Porteur	Description	Coût/ forfait
		<i>rémunéré pour la téléconsultation. Mais s'il s'agit d'un infirmier, une partie de la rémunération est versée au médecin qui délègue l'acte de téléconsultation. La première téléconsultation devrait être rémunérée 60 euros puis 40 euros les deux suivantes. Côté libéral, l'IDEL sera rémunérée en fonction de sa nomenclature »²⁶¹.</i>	
Réseau de santé Mans Ouest (RSMO)	RSMO (maison de santé)	Suivi de proximité coordonné entre médecin traitant et infirmière de la MSP pour les patient.es âgé.es ou en situation de handicap ne pouvant pas se déplacer au cabinet du médecin. L'infirmière assure un suivi mensuel à l'aide d'une grille de suivi et transmet les informations au médecin. « La première visite au domicile est effectuée en binôme médecin/idel afin de mettre en place le plan personnalisé de santé. Un protocole prévoit ensuite les points de vérification mensuels par l'infirmière libérale : C'est elle qui décide si le renouvellement de l'ordonnance suffit au regard de la stabilité du patient, s'il est nécessaire ou non de sortir du protocole, s'il faut organiser une téléconsultation ou encore programmer une visite du médecin (...). Dix visites mensuelles par l'IDEL sont prévues, auxquelles s'ajoute une visite annuelle avec le médecin traitant. La visite initiale et la visite annuelle au domicile du patient, conjointe médecin traitant/IDEL, sont facturées 100 euros répartis pour moitié entre eux la première année, puis 70 euros pour l'infirmier et 30 euros pour le médecin les années suivantes. Les dix visites de l'IDEL sont facturées 25 euros et un forfait de coordination de 75 euros est versé au médecin par an et par patient. Ce protocole permet de réinscrire des patients dans les files actives. »²⁶²	Forfait de 450 € par patient
Equilibres - Equipes d'infirmières libres responsables et solidaires	Association Soignons humains	Prestations de soins infirmiers par un paiement horaire des infirmiers dispensant des soins à domicile. Ce nouveau modèle de financement, qui remplace le paiement à l'acte, vise à permettre aux équipes d'infirmiers de consacrer le temps suffisant aux patients afin de développer leur autonomisation.	142 professionnels / coût total 19,6 M € sur 3 ans + 0,5 M € (coût SI)
DOMOPLAIES	Réseau régional CICAT Occitanie	L'expérimentation, proposée aux acteurs de premier recours, facilite l'orientation, le diagnostic, le traitement, la prise en charge globale et coordonnée des patients porteurs d'une plaie chronique et/ou complexe dans leur lieu de vie, en s'appuyant sur un avis d'expert et des outils numériques	forfait patient 386 € ou 401 € pour un patient en EHPAD
DIVA – Dijon Vascular Project		Nouvelle approche organisationnelle du suivi de patients victimes d'une maladie athéro-thrombotique cardiaque ou cérébrale par des infirmières cliniciennes polyvalentes hospitalières (IDEH) ou libérales (IDEL) en lien avec les médecins neurologues, cardiologues et généralistes : suivi	Forfait par patient de 742,9 € pour un suivi de 24 mois

²⁶¹ Actu Soins magazine, n°42, juin 2021²⁶² Actu Soins magazine, n°42, juin 2021

Libellé	Porteur	Description	Coût/ forfait
		ambulatoire intensif sur 2 ans et de démontrer le rôle d'un suivi intensif répété et prolongé par des infirmières polyvalentes afin d'éviter les complications handicapantes et les récides de ces 2 maladies. « La mise en place des consultations infirmières donne lieu à une rémunération complémentaire pour les IDEL. Aux semaines 1, 2 et 3, elles perçoivent 20,77 euros pour environ 20 à 30 minutes de consultation, auxquels s'ajoutent un forfait de déplacement. Aux 6e, 12e et 18e mois, les consultations étant plus longues (1h/1h30), elles touchent 53.50 euros ainsi que le forfait de déplacement. Outre le suivi renforcé des patients, cette expérimentation permet à la ville et à l'hôpital de travailler ensemble et de mettre en valeur les compétences des IDEL » ²⁶³	
Suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie	Centre Léon Bérard, Lyon	Prise en charge à domicile des patients traités par immunothérapie grâce à un circuit pluri-professionnel ville-hôpital et à une rémunération forfaitaire par patient et par séquence de soins sur la base d'un parcours type composé de 3 séquences de soins. « Un forfait global permet une prise en charge impliquant non seulement ce centre de lutte contre le cancer (CLCC), mais aussi des dizaines de médecins traitants et d'Idels... Le forfait choisi est découpé en trois tranches : une première phase d'hospitalisation ambulatoire où le suivi est initié, une phase d'hospitalisation à domicile, et enfin un suivi allégé à domicile prévoyant jusqu'à 18 visites d'administration du traitement par l'infirmière. Les forfaits pour chacune des trois phases sont respectivement de 6 800, 2 300 et 3 800 euros. C'est le centre Léon Bérard qui collecte l'argent et le répartit entre les différents intervenants » ²⁶⁴ .	375 patients sur 3 ans, financement 3,7 M€

Source : Mission d'après données du site du Ministère au 20/9/2022 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentations-en-cours#ancree2>

Parmi ces expérimentations, le projet « Equilibres », centré sur une approche globale du patient, retient particulièrement l'attention (encadré ci-dessous).

4.1 L'expérimentation Equilibres

L'expérimentation Equilibres, d'une durée de trois ans d'octobre 2019 à novembre 2022, s'inspire de l'organisation mise en place par l'association Buurtzorg aux Pays Bas et à décliner les principes mis en œuvre par l'association néerlandaise dans une perspective de prise en charge globale du patient : travail en équipe, évaluation globale du patient à partir du référentiel SI « OMAHA », coordination des interventions des professionnels de santé (coordination au sens d'ordonnancement, c'est-à-dire optimisation de la gestion du parcours patient).

²⁶³ Actu Soins magazine, n°42, juin 2021

²⁶⁴ Actu Soins magazine, n°42, juin 2021

L'association Buurtzorg (soins de proximité)

BUURTZORG (« Soins de proximité ») est une organisation de soins infirmiers à domicile fondée aux Pays-Bas en 2007 par une infirmière cadre de santé, Jos de Blok dont l'objectif est de « *permettre à ses patients de mener la vie la plus riche et la plus autonome possible à leur domicile.* »

Les trois piliers de cette approche centrée sur le patient à domicile sont : l'exercice en équipe, l'approche holistique, la responsabilisation (empowerment) du patient.

Le siège de l'association (50 personnes) assure des fonctions supports mutualisées aux 10 000 infirmières de proximité répartis dans 850 équipes autogérées, chacune étant composée de 6 à 12 infirmières maximum (sans responsable hiérarchique). Chaque équipe est accompagnée par un « coach » régional (rattaché au siège), sans pouvoir de décision. Les IDE sont salariées, leurs interventions sont facturées par horaire forfaitaire (55,5 € en 2018)²⁶⁵.

Lors du premier rendez-vous avec le patient, un plan de soins est établi pour définir les besoins et les ressources du patient sur la base du référentiel multidimensionnel « OMAHA ». L'infirmière est par la suite chargée de coordonner les interventions des professionnels à domicile : médecin traitant, pharmacien, kinésithérapeute, prestataires de santé à domicile, auxiliaires de vie, assistantes sociales, pédicure, orthophoniste, ergothérapeute etc.

Le patient est incité à établir son « projet de vie » en collaboration avec ses proches, avec comme objectif principal, la reconquête ou le maintien de son autonomie.

D'après Soignons humains (repris sur le site Mazars), les résultats d'évaluations néerlandaises par des cabinets externes montrent un ensemble vertueux, dans lequel toutes les parties prenantes trouvent satisfaction (diminution de 40 % du temps global passé par patient, réduction de 30 % des demandes d'admissions aux urgences, baisse de la durée des hospitalisations, 60 % d'arrêts de travail en moins : satisfaction des professionnels et des usagers).

Source : *Cahier des charges soignons humains – 2018* ; <https://www.buurtzorg.com/>

« Equilibres » s'inscrit dans la lignée des réformes prônées au niveau de l'OMS ou de l'UE en faveur d'une prise en charge globale « centrée sur le patient ».

L'expérimentation française se caractérise par la substitution du mode de rémunération à l'acte par une rémunération à l'heure : le taux de rémunération horaire retenu est de 53,94 €/heure, calculé par l'association Soignons humains à partir des données de temps de travail des IDE établies par l'URPS PACA et de la rémunération moyenne des IDE à domicile établie par la Cour des Comptes²⁶⁶.

L'accès à l'expérimentation a été réservé aux CSI ou cabinets de groupe d'IDEL comptant au moins quatre IDE dans plusieurs régions : 35 cabinets situés dans les Hauts de France, en Occitanie et en Ile de France et 8 CSI situés dans le département du Nord faisaient partie de l'expérimentation à la date de la mission²⁶⁷. Le témoignage en ligne d'une infirmière libérale participant à cette expérimentation met en évidence l'avantage de ce type de rémunération : « *Aujourd'hui le paiement à l'acte ne permet pas de valoriser certaines actions infirmières parfois chronophages et pourtant nécessaires pour le patient et son entourage. Avec Equilibres, tous les soins sont pris en compte. Il n'y a plus d'acte rémunéré à moitié ou gratuit* ». ²⁶⁸

²⁶⁵ <http://www.congres-interregional-fhf.com/uploads/buurtzorg.pdf>

²⁶⁶ Le rapport cite le chiffre de 73 500 € (revenu annuel médian présenté dans le dossier initial).

²⁶⁷ Brochure Equilibres.

²⁶⁸ <https://www.infirmiers.com/votre-carriere/ide-liberale/programme-equilibres-modele-rapproche-infirmier-de-famille.html>, article daté du 23/7/2019

Plusieurs syndicats infirmières ont exprimé leur mécontentement, à la suite de l'autorisation ministérielle de cette expérimentation. D'autres ne s'y sont pas opposés, faisant état par principe de leur intérêt par tout projet innovant d'organisation.

La particularité de cette expérimentation réside dans le fait qu'elle fait disparaître une difficulté inhérente à la tarification à l'acte : le décalage qui existe entre tarification des actes et durées réelles de réalisation des actes. En effet, dans le système actuel de tarification, des actes, pourtant courts en temps à réaliser, sont fortement rémunérateurs tandis que d'autres longs (ex. toilettes) le sont moins. Outre le fait que de telles distorsions entre tarification et temps passé peuvent constituer une incitation à des pratiques de sélections de patientèle/actes défavorable à la réalisation de certains actes plutôt que d'autres, sans lien avec les problématiques sanitaires des patients.

Le coût total estimé de l'expérimentation est évalué à près de 22 M€ (tableau ci-dessous), dont 20 M€ pour les soins infirmiers sur trois années (rémunérations des 122 infirmières participants et consommations des soins des patients suivis²⁶⁹). Le dossier initial ne détaille pas les gains attendus en matière financière pour l'Assurance maladie.

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des besoins de financement estimés (2019-juin 2022)

RECETTES PREVUES : Besoin de financement estimé / Autorisé par l'arrêté du 12 Juillet 2019	2019	2020	2021	2022	Total sur la période d'expérimentation	%	Sources financements
Accompagnement / Facilitation d'équipe	105 000 €	201 000 €	201 000 €	100 500 €	607 500 €	CNAM FISS	
Ingénierie/Pilotage/Animations territoriales	67 500 €	135 000 €	135 000 €	67 500 €	405 000 €		
Formation des professionnels / Fonctionnement en équipe	29 674 €	51 605 €	20 642 €		101 921 €		
Formation des professionnels / référentiel OMAHA	24 745 €	43 034 €	17 214 €	- €	84 993 €		
Substitution des aides à la télétransmission	- €	€	22 540 €	61 740 €	84 280 €		
TOTAL Fonctionnement FISS (hors soins)	226 919 €	430 639 €	373 856 €	168 000 €	1 279 193 €	69%	
Informatique : développement, hébergement, maintenance, support aux utilisateurs	113 305 €	158 260 €	158 330 €	62 355 €	492 250 €	Financements Hors CNAM de 2019 à 2022 INTERREG + Fonds propres de l'association SH + infirmiers (cotisation)	
TOTAL Fonctionnement non FISS (hors soins)	113 305 €	158 260 €	158 330 €	62 355 €	492 250 €	31%	
TOTAL FONCTIONNEMENT FISS et Non FISS	340 224 €	588 899 €	554 726 €	292 095 €	1 775 944 €	100%	
Soins infirmiers délivrés (tiers payant intégral)	895 000 €	6 144 000 €	8 666 000 €	4 333 000 €	20 038 000 €		CNAM (Enveloppe Soins)

Source : Rapport d'évaluation CEMKA / Soignons humains oct. 2021 - Le financement FISS attribué dans le cadre de l'Article 51 couvre 68 % des dépenses de fonctionnement (le reste étant couvert par des budgets du fonds européen FEDER Interreg 2 Mers, le fonds d'action sociale de l'Agirc-Arrco ou encore les cotisations des infirmières).

²⁶⁹ Rapport d'évaluation intermédiaire à 18 mois – Volet « Qualitatif », CEMKA-Equilibres, octobre 2021.

Le premier rapport d'évaluation intermédiaire à 18 mois au 1^{er} octobre 2021 (volet qualitatif) communiqué à la mission est globalement positif²⁷⁰. Il s'appuie sur le retour d'expérience des porteurs, des différents acteurs et partenaires du dispositif et confirme sa faisabilité, tout comme son appropriation par les infirmières expérimentatrices. Il fait état d'une consommation budgétaire conforme aux prévisions, s'agissant des dépenses de fonctionnement couvertes par le FISS et le FEDER et ne précise pas les dépenses de soins infirmiers effectivement consommées. Parmi les points faibles recensés, figure une faible visibilité territoriale (inhérente à une expérimentation), une opposition « *politique affirmée (déjà identifiée et manifestée au démarrage du projet) et une défiance de certains représentants de la profession d'infirmiers* ».

L'évaluation externe prévue en 2022 (volet quantitatif) n'était pas achevée, à la date des investigations.

4.2 Les évaluations des expérimentations françaises mettant en jeu des ressources IDE sont en cours

Le modèle économique des centres de santé pourrait être amené à évoluer sensiblement, en fonction des résultats des évaluations présentées supra.

Certaines de ces expérimentations, initiées en 2019, pour une durée de 3 ans, sont parvenues à échéance en 2021. Toutefois, l'établissement du bilan des expérimentations a été retardé, dans l'attente d'une décision de la CNIL en matière de traitement des données, laquelle est intervenue le 23 juin 2022. Cette décision unique (DU) autorise la Caisse nationale de l'Assurance Maladie et le Ministère de la santé et de la prévention (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) à mettre en œuvre des traitements automatisés à des fins d'évaluation des expérimentations mises en œuvre au titre de l'article 51²⁷¹.

A la date des investigations de la mission (été 2022), les résultats des évaluations n'étaient donc pas disponibles.

²⁷⁰ Rapport d'évaluation intermédiaire à 18 mois – Volet « Qualitatif », CEMKA-Equilibres, octobre 2021.

²⁷¹ Cf. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/>