



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

Rapport

**Carole LEPINE**

**Bruno VINCENT**

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

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

2022-040R  
Novembre 2022



## SYNTHÈSE

A la suite de ses investigations, la mission IGAS a relevé l'importance des centres de soins infirmiers (CSI) - là où ils sont implantés - dans l'offre de soins infirmiers de proximité, leur bonne intégration dans l'écosystème local d'acteurs sanitaires et médico-sociaux et leur forte volonté de contribuer au développement de la prévention. Il n'en reste pas moins que ces structures rencontrent, pour bon nombre d'entre elles, de grandes difficultés.

### **La crise sanitaire de 2020 et ses dommages collatéraux sur les centres de soins infirmiers**

Les centres de soins infirmiers sont des centres de santé dont le personnel est presque exclusivement composé d'infirmières<sup>1</sup>, qui réalisent les soins infirmiers au domicile des patients. Au nombre de 520 en France début 2022 d'après la base E-CDS/ATIH, ces structures de petite taille (une dizaine de salarié(e)s en moyenne) relèvent pour 70% d'entre elles de la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile « BAD ».

Par lettre datée du 5 mai 2022, le ministre des solidarités et de la santé a confié à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) une mission d'évaluation du financement des centres de soins infirmiers à la suite de la revalorisation salariale des personnels relevant de la convention BAD, agréée et entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2021 (avenant 43). Le périmètre des investigations a porté tant sur les CSI relevant de la BAD que sur ceux relevant d'autres statuts (ex. convention nationale 51, accord collectif Croix-Rouge), du fait des difficultés structurelles récurrentes du secteur.

Malgré un fort investissement lors de la crise sanitaire, les CSI n'ont pas été, contrairement aux personnels soignants des hôpitaux, bénéficiaires de la prime « Ségur », ce qui a induit une perte différentielle d'attractivité salariale du secteur. En outre, alors que certains établissements adhérents à la BAD ont bénéficié de compensations financières en contrepartie de la mise en œuvre de l'avenant 43 (ex. EHPAD, SSIAD), il n'en a pas été de même pour les CSI qui sont rémunérés à l'acte, à l'instar des infirmières libérales. Face aux alertes des fédérations représentatives des CSI de la BAD, les pouvoirs publics ont attribué en février 2022 une aide compensatoire de 4 millions d'euros (soit environ un cinquième du surcoût en année pleine de l'avenant 43 pour les CSI) et diligenté la présente mission.

### **Un risque de fermeture des CSI principalement causé par des difficultés RH en 2021**

Contrairement à ce qui pouvait être craint à l'automne 2021 par les acteurs du secteur, il n'y a pas eu de fermeture massive de centres dans les six premiers mois de l'année 2022. En réalité, plus de la moitié des CSI n'ont pas appliqué l'avenant 43 à la date de son entrée en vigueur en 2021. La quasi-totalité a attendu le second trimestre 2022, date à partir de laquelle l'aide financière exceptionnelle a été actée. En outre, la plupart d'entre eux peuvent jouer sur différents leviers pour reporter les effets financiers potentiellement néfastes de l'avenant 43 sur l'équilibre financier des structures : mobilisation de réserves préexistantes, révision d'avantages salariaux extraconventionnels

---

<sup>1</sup> La mission a choisi pour sa rédaction de féminiser le terme « infirmier » lorsqu'elle fait référence aux personnels exerçant cette profession exercée très majoritairement par des femmes (les femmes représentent 86% du personnel infirmier en 2020, [https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/CNOI/Atlas/2020/2020\\_Atlas\\_Infirmier\\_V1.0.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/CNOI/Atlas/2020/2020_Atlas_Infirmier_V1.0.pdf)).

antérieurs, actions diverses en gestion (ex. optimisation de la cotation des actes, gestion des dettes fournisseurs, optimisation des tournées des infirmières pour réaliser des gains de productivité).

En pratique, entre fin 2021 et début 2022, les quelques centres identifiés par la mission qui ont fermé, suspendu leur activité ou drastiquement réduit leur offre de soins sont des centres qui n'appliquaient pas la BAD et qui rencontraient des difficultés RH majeures pour recruter des personnels infirmiers. Les tensions salariales ont conduit d'autres centres à octroyer des avantages salariaux aux personnels pour faciliter les recrutements et fidéliser les infirmières salariées, ce qui a eu pour effet de dégrader l'équilibre financier de ces structures. CSI de la BAD et CSI n'étant pas à la BAD se retrouvent donc de facto dans des situations relativement comparables entre difficultés RH et fragilisations financières, sachant que le plus grand danger de fermeture à court terme pour un CSI est de ne pas avoir un personnel suffisant pour faire fonctionner le centre.

### **Des difficultés financières croissantes**

Le rapport IGAS de 2013 sur les centres de santé<sup>2</sup> signalait que les CSI ont longtemps été en meilleure santé économique que les centres de santé médicaux ou polyvalents. Or, les données récentes indiquent que la santé financière des CSI s'est fortement dégradée au cours des trois dernières années. Dès avant la crise sanitaire du covid 19, près de 40 % des CSI étaient en déficit (comptes 2019<sup>3</sup>). La situation s'est dégradée ensuite (46 % des CSI en déficit en 2020, 44 % en 2021, soit avant l'avenant 43 CC BAD).

Dès lors, même appliquée de façon décalée dans le temps par les CSI, l'avenant 43 de la BAD aura un effet très fort sur les finances de ces derniers. Chaque centre est certes impacté de façon différente selon la qualification et l'ancienneté de ses personnels et selon les choix de reclassement opérés dans la grille. Pour autant, l'impact financier global est puissant : les cas types avant/après avenant 43 établis par la mission montrent que, pour les infirmières (hors infirmières de coordination, IDEC), la hausse salariale avoisine les 15 % (à noter : les personnels administratifs sont aussi concernés par des revalorisations). Or les infirmières constituent l'essentiel des dépenses de personnel des centres, qui représentent elles-mêmes plus de 80 % des dépenses des CSI. Pour les CSI de la BAD, l'avenant 43 représente donc une augmentation directe de plus de 10 % de leurs dépenses non compensée par l'apport de recettes supplémentaires (NGAP inchangée, la tarification à l'acte étant la source de près de quatre cinquièmes des ressources des CSI). A titre de comparaison, l'évolution à la hausse des rémunérations des CSI dans la branche BAD permet aux personnels de bénéficier de salaires substantiellement supérieurs à ceux relevant d'autres branches n'ayant pas encore adopté de revalorisations conventionnelles (ex. écart BAD/convention 51 de 17 à 24 % selon l'ancienneté à l'avantage des infirmières relevant de la BAD).

Pour pouvoir établir le caractère récent/conjoncturel (ou non) des difficultés financières, les centres ont été invités à répondre à un questionnaire en ligne à l'été 2022, dont le taux de réponse, exceptionnellement élevé pour ce type d'enquête (80 %), a permis d'établir des simulations solides permettant d'étayer la situation économique du secteur. Les revalorisations salariales accentuent la dégradation des comptes d'un grand nombre de CSI : en appliquant aux comptes 2021 une hausse moyenne de 15 % sur la masse salariale des centres de la BAD (ce qui équivaut à une projection des résultats de fin d'exercice 2022 toutes choses égales par ailleurs, l'année 2022 étant en principe la première année pleine d'application de l'avenant 43), entre 83 et 90 % des CSI de la BAD devraient

<sup>2</sup> « 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.

<sup>3</sup> Source : questionnaire IGAS mi 2022.

finir l'année en déficit en l'absence de compensation financière (et de toute autre mesure de gestion pour limiter le déficit).

### **Le risque de dégrader, en cas de fermeture de CSI, l'accès aux soins dans des territoires déjà fragiles**

La mission a par ailleurs construit des indicateurs composites de fragilités RH et financières des centres qui permettent d'objectiver l'impact dans les territoires des difficultés des CSI. Un tiers des CSI (31 %) rencontrent des difficultés fortes (après avenant 43) alors qu'ils sont implantés sur des territoires vulnérables en terme de désertification (zonage infirmier sous doté, QPV, ZRR) ou en passe de le devenir, si le CSI venait à fermer (zonage infirmier intermédiaire). Par extrapolation, cela représente donc un peu plus de 160 CSI en France pour lesquels les pouvoirs publics doivent avoir une attention renforcée.

Pour prendre la mesure de l'enjeu local d'accès aux soins, il faut noter le décalage qui existe quant au poids des CSI dans l'offre entre le national et le local : les CSI représentent une part très faible de l'offre de soins infirmiers de proximité au national (moins de 5 %) mais, là où ils sont implantés, leur rôle est majeur : ils représentent, en médiane, 50 % de l'offre de leur commune d'implantation (57 % quand la commune est en zonage infirmier intermédiaire et 75 % quand elle est en zonage sous doté). Le risque de dégrader fortement et brutalement l'accès aux soins pour les populations des territoires concernés appelle donc une intervention à la fois immédiate et à plus long terme des pouvoirs publics – sauf à dégrader le taux de recours aux soins primaires. L'objectif premier est, dans l'immédiat, de limiter les risques de fermeture de centres par une aide exceptionnelle.

### **Un soutien financier d'urgence à apporter pour sécuriser les CSI en difficultés à très court terme**

Deux stratégies distinctes peuvent, à court terme, être retenues pour apporter un soutien financier aux CSI adhérents à l'accord national assurance maladie (96 % des CSI sont adhérents) : 1. une logique de compensation du surcoût financier induit par l'avenant 43 de la BAD (surcoût total de 19,8 millions d'euros) ; 2. une aide exceptionnelle en trésorerie aux CSI, BAD ou non BAD, en déficit fin 2022 (déficits prévisionnels totaux estimés à 16,9 millions d'euros).

Outre le fait que certains CSI de la BAD ne sont pas en déficit (effet d'aubaine d'une compensation) et qu'à l'inverse, certains CSI ne relevant pas de la BAD le sont (par exemple parce qu'ils ont attribué des avantages extraconventionnels à leur personnel pour limiter les départs), il apparaît à la mission préférable de privilégier le deuxième scénario d'une aide exceptionnelle déconnectée de l'avenant 43 de la BAD. Suivant l'enveloppe globale d'aide attribuée, l'aide par CSI peut être ciblée ou modulée en fonction d'un certain nombre de paramètres : ampleur du déficit prévisionnel 2022, existence ou non de réserves chez le gestionnaire du CSI, implantation du CSI dans un territoire vulnérable (zonage infirmier sous doté, QPV, ZRR) ou en passe de le devenir si le CSI venait à fermer (zonage infirmier intermédiaire), profil de patientèle (précarité). Une telle aide, ponctuelle, permettra à très court terme de sécuriser le réseau des CSI.

## **D'autres pistes de pérennisation de l'activité des centres à même de produire des effets dès 2023**

A court terme, pour leur assurer une meilleure visibilité, les autorités locales doivent vérifier et sécuriser la participation et l'intégration des centres de soins infirmiers aux projets de santé portés par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), là où des difficultés leur sont signalées – de même que vérifier leur bonne association aux différents plans de crise sanitaire.

Pour sécuriser leur ancrage local, il est de la responsabilité des CSI de rechercher localement les synergies et mutualisations possibles avec les structures (services autonomie - SSIAD, SAAD, SPASAD-, HAD, maisons de santé) et les professionnels de santé (médecins) alentours, ce qui facilite la coordination des professionnels et permet de fluidifier les parcours des patients et d'élargir le champ des compétences infirmières internes, dans une optique de fidélisation des ressources.

Plusieurs missions prises en charge par les CSI mériteraient d'être mieux rémunérées par l'accord national des centres de santé, en adéquation avec le temps et l'investissement requis : il s'agit notamment de mieux rémunérer les actions collectives locales de prévention, de dépistage, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique ainsi que la réalisation de stages infirmiers d'élèves d'IFSI (Institut de formation aux soins infirmiers).

De plus, la mise en place d'un système dérogatoire de remboursement des frais de déplacement pour les CSI est nécessaire lorsque les patients ne sont pas pris en charge par l'IDEL le plus proche. Cette règle de la nomenclature des actes (NGAP) dite « du remboursement au professionnel de santé le plus proche » s'avère être une trappe à déficit pour les centres, et surtout entraîne un risque de défaut de prise en charge pour les patients.

## **Des pistes d'évolutions plus structurelles pour développer les centres de soins infirmiers à plus long terme**

Dès lors que le CSI a noué des partenariats avec les structures / professionnels de santé (médecins) alentours (ce qui est le cas, d'ores et déjà, d'une partie d'entre eux), plusieurs hypothèses d'évolution sont ouvertes.

Les CSI devraient tout d'abord pouvoir devenir un lieu de partage des compétences entre professionnels de santé : médecins, infirmières (IPA...), aides-soignantes, afin de concentrer médecins et infirmières sur les actes les plus techniques. Dans cette logique, la valorisation, dans l'accord national de santé, de l'emploi par les CSI d'infirmières qualifiées en pratiques avancées (IPA) et des infirmières chargées du suivi de patients atteints de pathologies chroniques (ASALEE) serait à même de rendre l'exercice en CSI plus attractif non seulement pour les infirmières mais aussi demain pour des médecins (voir ci-dessous, transformation de CSI en CDS). En outre, la mission recommande de lancer une expérimentation permettant le financement d'aides-soignantes en centre de soins infirmiers, supervisées par le personnel infirmier. Le risque que cette nouvelle offre de soins doublonne celle des SSIAD (futurs services autonomie à domicile) paraît pouvoir être écarté dès lors que les CSI, comme les IDEL, réalisent des actes d'hygiène accessibles à tous (contrairement à la patientèle des SSIAD ciblée sur les personnes handicapées ou âgées dépendantes) et si l'on s'assure au préalable, pour les patients éligibles à une place en SSIAD, qu'ils ne peuvent en pratique pas en disposer.

Les locaux des CSI – aux configurations variables – devraient être exploités de manière optimale : il convient, comme pour les autres CDS, de rémunérer la mise en place (optionnelle), dans les centres disposant de locaux adaptés, d'une permanence de soins non programmés, avec et sans rendez-vous, pour les patients qui peuvent se déplacer. Par ailleurs, plusieurs centres auditionnés ont signifié leur souhait de participer au dispositif des urgences locales, consistant en une mise à disposition des

locaux – et des personnels - pour la réalisation de soins de faible gravité en premier niveau de prise en charge en amont d'un recours aux urgences hospitalières, piste d'évolution de l'offre de soins de proximité qui mérite examen. Enfin la mobilisation des locaux des CSI lors de la crise sanitaire (vaccinations, tests PCR) devrait inciter les ARS à mieux tenir compte de cet acteur, dont la réactivité peut être profitable à ses plans de gestion des crises.

Il existe en France des territoires en manque de personnel infirmier (ex. Centre-Val-de-Loire). Or, la création de CSI soutenue par des appels à projet des ARS pourrait être un levier efficace pour endiguer le processus de désertification : outre le fait qu'en première intention l'activité salariée peut attirer des infirmières que l'exercice libéral ne motive pas, la pratique infirmière en CSI (autonomie, domicile, patientèle âgée) a régulièrement été présentée à la mission comme une « école du monde libéral », certaines IDE de CSI partant s'installer en libéral après quelques années comme salariées. Les CSI nouvellement créés pourraient ainsi jouer un rôle de « fertilisateur » de l'offre de soins infirmiers de proximité.

Il convient d'encourager la transformation des CSI en CDS polyvalents, lorsque cela est possible et pertinent (notamment dans les territoires en manque de médecins). En cohérence avec la stratégie nationale de santé qui promeut la création de maisons de santé et de centres de santé où l'exercice professionnel est coordonné, la mission propose d'étendre l'éligibilité des aides disponibles au financement d'une politique de transformation des CSI locaux en CDS médicaux polyvalents (ingénierie de projet, aides au démarrage, subvention d'équilibre les deux premières années, cf. exemple de la région Pays de la Loire). La mission relève en effet que les CDS créés à partir de CSI ont un modèle économique potentiellement plus équilibré que les CDS existant, mixant soins infirmiers à domicile et consultations médicales dans les locaux du centre.

Enfin, s'agissant des évolutions structurelles du mode de tarification, plusieurs expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 sont en cours d'évaluation quantitative, et notamment l'expérimentation Equilibres, qui substitue le mode de rémunération à l'acte par une rémunération à l'heure (visant à limiter les distorsions actuellement induites par le décalage qui existe entre la tarification des actes et la durée de réalisation des soins). Le modèle économique des centres de santé (infirmiers et médicaux polyvalents) pourrait être amené à évoluer sensiblement, dans l'hypothèse d'une généralisation des expérimentations réussies à l'ensemble du territoire.



## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
<b>Court terme juin 2023</b>				
1	Enrichir le dictionnaire des données à saisir dans la base de données eCDS en y ajoutant les données/ratio financiers de performance économique	★ ★ ★	DGOS/CNAM/ ATIH	Printemps 2023
2	Conduire une étude comparative des actes (payants ou gratuits), déplacements et profils de patientèle pris en charge par les CSI et les IDEL intervenants dans les mêmes territoires	★	CNAM	Juin 2023
3	Attribuer aux CSI en difficultés économiques fin 2022 une aide exceptionnelle en trésorerie modulable selon plusieurs paramètres de priorité (ex. zonage infirmier, patientèle, adhésion à l'accord national des centres de santé)	★ ★ ★	ARS	Juin 2023
4	Appuyer les CSI dans leurs demandes de participation aux travaux de la CPTS	★	ARS	Juin 2023
5	Etudier les perspectives de rapprochement et de mutualisation possibles entre les structures sanitaires / médico-sociales du secteur	★ ★	CSI	Juin 2023
6	Constituer une boîte à outils portant sur les différents moyens de renforcer l'attractivité RH d'un CSI dans sa politique de recrutement et de fidélisation des personnels	★	Fédérations représentatives	Juin 2023
<b>Moyen terme : fin 2023</b>				
7	Rémunérer dans l'accord national des centres de santé l'ensemble des stages réalisés dans les centres de soins infirmiers, et non pas uniquement deux stages	★ ★	CNAM/DGOS	Fin 2023
8	Faire des CSI des acteurs de premier plan des actions locales de prévention, de dépistage, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique des patients en déplaçant le nombre d'actions rémunérées par l'accord national assurance maladie et en prévoyant des rémunérations plus adaptées à l'ambition des pouvoirs publics de développement de la prévention	★ ★	CNAM	Fin 2023
9	Mettre en place un système dérogatoire de remboursement des frais de déplacement pour la patientèle des CSI qui n'est pas prise en charge par l'IDEL le plus proche en zonage infirmier sous doté ou intermédiaire	★ ★ ★	CNAM	Fin 2023
10	Lancer une expérimentation permettant le recrutement d'aides-soignantes en centre de soins infirmiers supervisées par le personnel infirmier avec un financement ad hoc associé	★ ★ ★	DGOS/CNAM	Fin 2023

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
11	Rémunérer la mise en place optionnelle, dans les centres disposant de locaux adaptés, d'une permanence pour assurer des soins non programmés avec et sans rendez-vous pour les patients qui peuvent se déplacer	★ ★ ★	CNAM	Fin 2023
12	Valoriser financièrement la participation des centres de soins infirmiers (et plus généralement des centres de santé) au dispositif des urgences locales consistant en une mise à disposition des locaux pour la réalisation de soins de faibles gravité	★ ★ ★	CNAM	Fin 2023
13	Mettre en place un contrat incitatif démographique spécifique à l'installation de centres de soins infirmiers dans les zones très sous dotées en infirmières	★ ★ ★	CNAM	Fin 2023
<b>Long terme &gt;=2023-2024</b>				
14	Accompagner la création de centres de soins infirmiers dans les territoires en zonage infirmier sous doté via des appels à projet des agences régionales de santé cofinancés avec les collectivités territoriales concernées	★ ★ ★	ARS/collectivités territoriales	2023-2024
15	Accompagner par de l'ingénierie de projet et des aides financières à l'amorçage sur les deux premières années la transformation en CDS médical polyvalent les CSI qui souhaitent ce type d'évolution	★ ★ ★	ARS	2023-2024
16	Valoriser la présence des infirmières qualifiées en pratiques avancées et des infirmières chargées du suivi de patients atteints de pathologies chroniques dans l'accord national des centres de santé	★ ★	CNAM, ARS	Fin 2023
17	Tirer les enseignements des exemples étrangers et des évaluations des expérimentations françaises article 51 dans l'objectif de faire évoluer le mode de financement des centres de santé	★ ★ ★	DGOS	2023-2024

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>3</b>
<b>RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....</b>	<b>9</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>13</b>
<b>1 Une méconnaissance des CSI qui n'a pas facilité l'identification de difficultés pourtant préalables à la crise sanitaire du fait d'un modèle aux fragilités structurelles .....</b>	<b>16</b>
1.1 <i>Une méconnaissance de l'activité des centres de soins infirmiers qui pèse sur leur développement malgré une existence ancienne et de forts ancrages locaux .....</i>	<i>16</i>
1.1.1 Une existence ancienne .....	16
1.1.2 Une distribution territoriale fortement hétérogène .....	17
1.1.3 Un ancrage local fort et diversifié : appartenance associative et partenariats .....	18
1.1.4 Un puzzle statutaire et conventionnel.....	19
1.1.5 Les centres de soins infirmiers : une part faible de l'offre de soins infirmiers de proximité au national mais une part forte localement, là où ils sont implantés.....	19
1.1.6 Des centres in fine peu visibles des autorités publiques .....	21
1.1.7 Un dispositif réglementaire souple mais un cadre conventionnel avec l'assurance maladie durci récemment.....	24
1.2 <i>Des facteurs structurels de déséquilibre malgré quelques leviers de sécurisation de l'activité déployés par les centres.....</i>	<i>27</i>
1.2.1 Un modèle de financement structurellement source de fragilités pour les centres .....	27
1.2.2 Divers leviers de sécurisation de l'activité sont déployés dans le secteur .....	31
1.2.3 Le mode actuel de tarification à l'acte mérite d'être questionné .....	32
<b>2 Les CSI en difficultés : un état des lieux du secteur.....</b>	<b>34</b>
2.1 <i>Les CSI connaissent des difficultés économiques avant la revalorisation salariale de l'avenant 43 de la convention BAD .....</i>	<i>34</i>
2.2 <i>Les difficultés étaient principalement d'ordre financier ou RH, rarement les deux à la fois .....</i>	<i>35</i>
2.2.1 Des fragilités financières.....	35
2.2.2 Des difficultés RH .....	36
2.2.3 Une faible interpénétration des fragilités financières et des difficultés RH .....	36
2.2.4 L'existence, quoique marginale, d'autres difficultés .....	36
2.3 <i>L'origine des difficultés financières ou RH est délicate à établir, même si quelques faits saillants émergent.....</i>	<i>37</i>
2.3.1 Causes des fragilités financières : petite taille, poids du personnel administratif et faible productivité des personnels IDE .....	37
2.3.2 Causes des difficultés RH : manque d'attractivité salariale et de notoriété comme principales causes explicatives.....	38
2.4 <i>La revalorisation salariale issue de la convention collective nationale de la BAD ne concerne pas tous les CSI .....</i>	<i>39</i>
2.4.1 Une négociation de l'avenant 43 à la CCN BAD antérieure à l'accord Ségur .....	39
2.4.2 Un tiers des infirmières exerçant en CSI non concerné par l'avenant 43 de la convention collective de la BAD .....	39
2.4.3 Un réel risque d'escalade conventionnelle.....	40
2.5 <i>Les effets financiers de la revalorisation salariale liée à l'avenant 43 de la convention BAD sont forts ...</i>	<i>40</i>
2.5.1 Pour les infirmières, un montant de la revalorisation de l'avenant généralement proche de 15 % et supérieur à la prime Ségur versée en hôpital ou en Ehpad .....	40
2.5.2 Des rémunérations plus avantageuses que les autres conventions collectives du secteur .....	41
2.5.3 Plusieurs chocs salariaux subis en deux ans par les CSI de la BAD .....	42
2.5.4 Un coût total annuel de l'application de l'avenant 43 pour les CSI de la BAD estimé à 21 M€.....	44

2.6	<i>La revalorisation salariale liée à l’avenant 43 de la convention BAD pourrait, en l’absence de compensation par les pouvoirs publics, réduire les difficultés RH mais accroître la fragilité financière du secteur</i>	45
2.7	<i>Le risque de fragiliser encore un peu plus des territoires d’ores et déjà vulnérables</i>	46
<b>3</b>	<b>La nécessité de sécuriser l’action des centres de soins infirmiers et d’utiliser les centres de soins infirmiers comme un levier de développement d’une approche globale en santé</b>	<b>46</b>
3.1	<i>Esquisse pour le maintien d’une aide transitoire aux CSI en situation de fragilité</i>	48
3.1.1	<i>L’octroi d’une subvention exceptionnelle de 4 M€ accordée début 2022 dans l’attente des conclusions de la mission IGAS</i>	48
3.1.2	<i>Clarifier l’objectif, le périmètre et les critères d’attribution d’une aide financière aux CSI</i>	48
3.1.3	<i>Deux principaux scénarios d’aide : compensation du surcoût de la revalorisation salariale de la convention BAD versus aide exceptionnelle en trésorerie pour les CSI en difficultés, BAD ou non BAD</i>	49
3.2	<i>Des pistes de pérennisation et de développement des centres de soins infirmiers à même de produire des effets dès 2023</i>	51
3.2.1	<i>Sécuriser l’ancrage local des CSI à travers leur participation aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)</i>	51
3.2.2	<i>Inciter aux rapprochements entre structures et entre professionnels de santé</i>	51
3.2.3	<i>Renforcer l’attractivité RH de l’exercice infirmier en centre de soins infirmiers</i>	52
3.2.4	<i>Déplafonner la rémunération des CSI concernant l’effort qu’ils réalisent dans l’accueil de stagiaires infirmiers (IFSI)</i>	54
3.2.5	<i>Soutenir le développement des actions de prévention portées par les CSI sans les cantonner à un rôle mineur</i>	55
3.2.6	<i>Systématiser la dérogation à la règle du remboursement au professionnel de santé le plus proche par convention avec la CPAM</i>	57
3.3	<i>Des pistes d’évolutions structurelles pour développer les centres sur le plus le long terme</i>	58
3.3.1	<i>Concentrer la ressource infirmière sur les actes les plus techniques grâce à l’emploi d’aides-soignantes pour les actes simples</i>	58
3.3.2	<i>Accroître le rôle des CSI sur la permanence des soins, les « petites » urgences et en gestion de crise sanitaire</i>	61
3.3.3	<i>Faire des centres de soins infirmiers un levier de lutte contre la désertification infirmière</i>	63
3.3.4	<i>Restructurer les CSI en CDS polyvalents, lorsque cela est possible et pertinent</i>	65
3.3.5	<i>Développer les ressources IPA (infirmières en pratiques avancées) et ASALEE en CSI</i>	67
3.3.6	<i>Revoir le mode de financement des CSI en s’inspirant des exemples étrangers et des expérimentations françaises</i>	67
	<b>LETRE DE MISSION</b>	<b>71</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES</b>	<b>73</b>
	<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES</b>	<b>75</b>
	<b>SIGLES UTILISES</b>	<b>83</b>

# RAPPORT

## Introduction

Par lettre datée du 5 mai 2022, le ministre des solidarités et de la santé a confié à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) une mission d'évaluation du financement des centres de soins infirmiers (ci-après dénommés CSI). Cette mission fait suite à la revalorisation salariale des personnels de la majorité de ces centres, entrée en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2021 en application de l'avenant 43 de la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (« BAD ») qui définit une nouvelle classification des emplois et du système de rémunération. Elle a pour but de dresser un état des lieux actualisé de ces établissements et de formuler des propositions pour sécuriser leur modèle économique, à la fois à court et à long terme, au regard de leur positionnement dans l'offre de soins de premier recours.

L'activité des centres de santé médicaux polyvalents ayant une activité infirmière (ci-après dénommés CDS) et celle des infirmières ayant une activité libérale (IDEL) qui offrent des modalités d'exercice en soins infirmiers de proximité ont été intégrées au champ d'étude en tant que de besoin.

Héritiers historiques des dispensaires et des centres d'hygiène, les CSI constituent aujourd'hui une catégorie de centres de santé, lesquels sont composés majoritairement de centres de santé médicaux, polyvalents ou non, et de centres de soins dentaires. D'après l'article L.6323-1 du code de la santé publique, « *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. (...) 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* »<sup>4</sup>.

En dépit du recueil annuel de données statistiques déclaratives dans la base e-CDS gérée par l'ATIH<sup>5</sup>, les autorités publiques montrent un faible niveau de connaissance de ces organismes. La majorité des publications ne traitent pas spécifiquement du cas des CSI<sup>6</sup> mais des centres de santé médicaux et/ou polyvalents<sup>7</sup>. La littérature est plus abondante s'agissant de l'exercice coordonné en maison de

<sup>4</sup> Version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2018.

Le code de la santé publique 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...);
- 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 bénéficiaire 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).

<sup>5</sup> Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

<sup>6</sup> Cf. dernier rapport de l'IGAS : « Situation financière des centres de soins infirmiers », rapport n°2006-176P établi par Anne Marie Léger et Huguette Mauss, novembre 2006

<sup>7</sup> « Centres de santé pluriprofessionnels : Leviers et bonnes pratiques organisationnelles en faveur de l'équilibre économique », ANAP, juin 2021 ;

santé. La mission a ainsi pu constater à plusieurs reprises qu'en dehors des acteurs directement en charge de CSI, ses interlocuteurs avaient souvent une connaissance lointaine, voire une franche méconnaissance, de ce que sont les CSI.

- **Méthodologie**

La mission a établi ses constats à partir des entretiens réalisés auprès de 14 CSI dans plusieurs régions (Ile de France (3), Hauts de France (3), Bourgogne Franche comté (3), Pays de la Loire (4), Auvergne Rhône Alpes (1)), les administrations/organismes de sécurité sociale concernés (administrations centrales, agences régionales de santé, caisses primaires d'assurance maladie), les principales fédérations du secteur (ADMR, UNA, C3SI, FEHAP...) ainsi que d'autres interlocuteurs (Croix rouge, groupe Filieris, Mutualité française, RNOGCS, AMF).

Pour l'établissement de ce rapport, la mission s'est appuyée sur les données issues de la base de données eCDS et de Cartosanté. Elle a pu recueillir des données quantitatives auprès de l'Assurance maladie (issues de deux directions différentes<sup>8</sup>) et de l'URSSAF Caisse nationale (données des déclarations sociales nominatives).

Les données recueillies n'étant pas suffisamment récentes pour étayer les difficultés économiques des CSI, elles ont été complétées par la réalisation et l'exploitation d'une enquête en ligne auprès des centres de soins infirmiers en juin / juillet 2022 dont l'excellence du taux de réponse (80 %, soit 415 répondants) permet de poser un diagnostic robuste et actualisé sur l'état du secteur (voir l'annexe 1 relative à l'enquête IGAS auprès des CSI).

Par ailleurs, la mission a intégré dans son champ d'étude une analyse comparative des salaires dont bénéficie un personnel infirmier de CSI en fonction de sa convention collective d'appartenance. Pour estimer le montant de la revalorisation qui a bénéficié aux personnels des CSI, la mission a établi, à partir de la typologie des emplois (infirmiers, administratifs) plusieurs cas type fonction de l'ancienneté et du positionnement sur la grille des emplois, et appliqué les revalorisations issues des avenants 43 et 44 (ce dernier venant réévaluer la valeur du point en 2020). La mission a transposé la situation de chaque cas type à la convention collective nationale du 31 octobre 51 (dite « FEHAP ») et à la convention collective Croix rouge<sup>9</sup>. Des échanges avec les fédérations ont permis de conforter la cohérence des hypothèses retenues.

Enfin, la mission a articulé ses travaux avec ceux de la mission conjointe à l'IGAS et à l'IGESR relative aux évolutions de la profession infirmière.

- Certains travaux n'ont pu être menés, faute pour l'Inspection de disposer des droits d'accès nécessaires aux données du système national des données de santé (SNDS).

Lors des entretiens, les deux directions de la CNAM chargées 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 (IDE libérales/salariées), notamment s'agissant de leur coût, des actes pratiqués, de la fréquence des déplacements et de la typologie de la patientèle. Aussi la mission a souhaité mener un

---

« Modèle économique des centres et maisons de santé participatifs », rapport n°2020-057 établi par Corine Cherubini, Valérie Gervais et Régis Pelissier, janvier 2021 ;

« 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

« Guide de bonnes pratiques pour accompagner les centres de santé existants », COACTIS Santé, avril 2012

« Référentiel d'évaluation des centres de santé », HAS, février 2007

<sup>8</sup> Les CSI pour l'Assurance maladie sont les centres de soins dont les honoraires infirmiers totaux représentent au moins 80 % des honoraires totaux du centre de santé.

<sup>9</sup> Hypothèse et détail de l'analyse en annexe 2 relative à l'avenant 43 2020 à la convention collective BAD.

premier travail de comparaison de l'activité des IDE libérales et des IDE salariées en CSI au niveau de granularité requis (c'est-à-dire à l'échelle territoriale, si nécessaire l'échelle communale).

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 libérales (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 sécurisé »*.

L'Inspection générale des affaires sociales ne fait effectivement pas partie de la liste des administrations habilitées de manière permanente à accéder aux données du SNDS<sup>10</sup>. Le décret n°2021-848 du 29 juin 2021 relatif au traitement de données à caractère personnel dénommé « système national des données de santé » a étendu l'accès du SNDS à plusieurs directions du ministère de la santé et opérateurs (ex. ANSP, HAS) ainsi qu'à la Cour des comptes. L'Inspection devrait également faire partie des organismes habilités en vertu des compétences qui lui sont conférées par la loi en matière d'accès aux données<sup>11</sup>, au risque d'entraver sinon la profondeur de ses investigations et des éléments portés à la connaissance du ministre commanditaire de ses rapports.

---

<sup>10</sup> Cf. article R. 1461-12 du code de la santé publique.

<sup>11</sup> Cf. article 42 de la loi n°1996-452 du 28 mai 1996 : *« (...) Pour les opérations faisant appel à l'informatique, le droit de communication implique l'accès aux logiciels et aux données, ainsi que la faculté d'en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle (...) »*.

# 1 Une méconnaissance des CSI qui n'a pas facilité l'identification de difficultés pourtant préalables à la crise sanitaire du fait d'un modèle aux fragilités structurelles

## 1.1 Une méconnaissance de l'activité des centres de soins infirmiers qui pèse sur leur développement malgré une existence ancienne et de forts ancrages locaux

### 1.1.1 Une existence ancienne

L'histoire des centres de soins infirmiers se confond avec celle des dispensaires, dont le concept émerge à partir du XVII<sup>ème</sup> siècle et qui se développeront du XIX<sup>ème</sup> 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<sup>12</sup>.

En France, la priorité accordée à l'installation d'une offre libérale pour satisfaire les soins de premiers recours plutôt qu'à une offre pluri professionnelle salariée explique le faible développement des centres de santé, contrairement à d'autres pays (cf. le modèle suédois<sup>13</sup>). A 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'accroît. Les centres demeurent toutefois majoritairement gérés par des associations (à but lucratif ou non lucratif) dont certaines dépendent de fondations religieuses. Nos interlocuteurs ont à cet égard rappelé à de nombreuses reprises les origines congréganistes de certains d'entre eux, certains infirmières en activité ayant connu la présence de religieuses qui y officiaient encore il y a quelques années<sup>14</sup>.

Sans que l'on puisse le dater de manière précise, au cours de la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, les dispensaires entament progressivement une mutation économique, ce qui aboutit, dans les années 80, soit à leur fermeture, ou à leur regroupement ou adossement à d'autres structures, mais sans que l'on puisse en chiffrer précisément le nombre<sup>15</sup>. Entre 1981 et 1989, le nombre de CSI est ainsi divisé par deux, passant d'environ 2 000 à 1 120.

Au tournant du siècle, entre 1994 et 2006, à la lecture de rapports établis par l'IGAS, on relève que le nombre de CSI est passé de 811 à 532<sup>16</sup>, sans que le nombre d'infirmières qui travaillent dans ces centres ne diminue (près de 5 000 en 2006)<sup>17</sup>.

Ce chiffre est en légère baisse, puisque la base de données e-CDS<sup>18</sup> dénombre 520 centres en activité en 2021 et des effectifs en légère diminution<sup>19</sup>. On observe une petite augmentation de leur nombre

<sup>12</sup> Cf. annexe 3 relative à la gouvernance et à la régulation de l'offre de soins des CSI.

<sup>13</sup> L'organisation des soins primaires dans les pays nordiques », Dominique Acker, revue française des affaires sociales, 2020/1.

<sup>14</sup> Cette identité religieuse, moins marquée de nos jours, est notamment toujours présente puisque perdurent sur le territoire des associations religieuses gestionnaires des centres comme cela peut être le cas des Diaconesses de Strasbourg, qui jusqu'à fin 2021 comptaient cinq centres de soins infirmiers.

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> Voir annexe 4 relative à l'évolution et répartition territoriale du nombre de CSI.

<sup>17</sup> Rapport sur les centres de santé, établi par Anne Burstin, Françoise Lalande, Georges Merlhe, 1998 et rapport établi par Dominique Acker, « les centres de santé », juin 2007

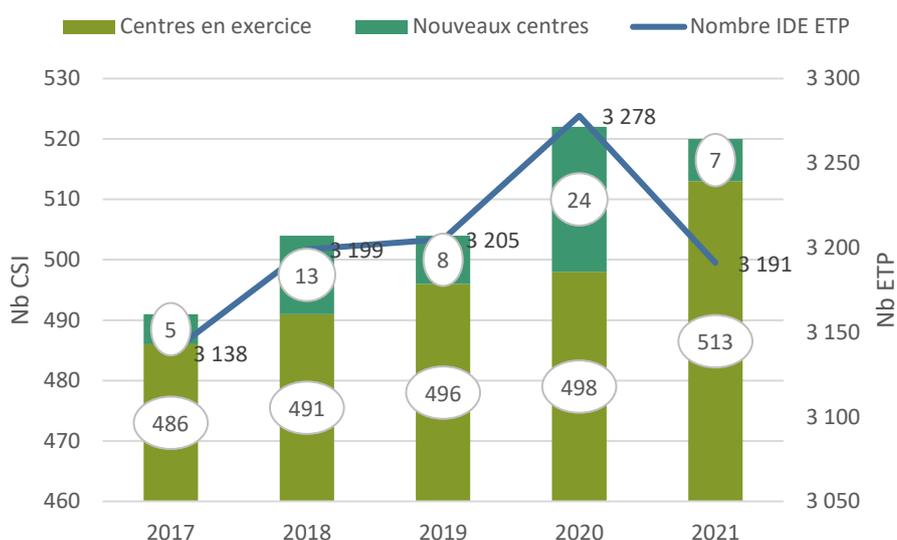
<sup>18</sup> Plateforme gérée par l'ATIH.

<sup>19</sup> Donnée retraitée par l'IGAS.

au cours des cinq dernières années, pour l'essentiel en milieu urbain ( cf. graphique ci-dessous<sup>20</sup>) mais les effectifs, eux, baissent, et ce complètement à rebours de la croissance parallèle des effectifs d'IDEL. Le flux des ouvertures demeure faible, hormis en 2020, ce qui correspond à l'ouverture de plusieurs centres portés par un même gestionnaire. Les centres de soins infirmiers sont, pour une majorité d'entre eux, historiquement bien implantés : 73 % étaient déjà en activité dans les années 2000<sup>21</sup>.

La courbe des ETP IDE suit celle du nombre d'établissements depuis 2017, sauf en 2021, où on note un léger décrochage comparativement à l'année précédente (-2,6 %)<sup>22</sup>. Le nombre d'IDE salariées en CSI s'établit à 4 462 salariées en 2021, en faible hausse depuis 2019 (+2,5 %)<sup>23</sup>.

Graphique 1 : Evolution du nombre de centres de soins infirmiers (2017-2021)



Source : mission, données ATIH eCDS – Le nombre total de centres en activité est égal au nombre de centres en exercice + nouveaux centres. Les fermetures ne sont pas représentées.

### 1.1.2 Une distribution territoriale fortement hétérogène

Les premiers rapports de l'IGAS en 2006 et 2013 relevaient une forte hétérogénéité territoriale et l'absence de centre dans les départements ultramarins et en Corse. Cette situation n'a pas ou peu évolué (cf. carte ci-dessous). La distribution se caractérise par une forte présence dans l'Ouest de la métropole (Occitanie, Pays de la Loire), dans le Nord (région des Hauts de France), l'Est (Alsace, Franche Comté, Rhône Alpes) et une quasi absence dans le sud (2 CSI en PACA) et le centre de la France (Ile de France, Centre Val de Loire)<sup>24</sup>.

Cette hétérogénéité se vérifie également au niveau infrarégional. Par exemple, en région Bourgogne Franche Comté, on dénombre 50 CSI dont 13 sont situés en Bourgogne et 37 en Franche Comté. Dans

<sup>20</sup> Cf. annexe 4 relative à l'évolution et répartition territoriale du nombre de CSI.

<sup>21</sup> 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

<sup>22</sup> Source : mission, données ATIH eCDS.

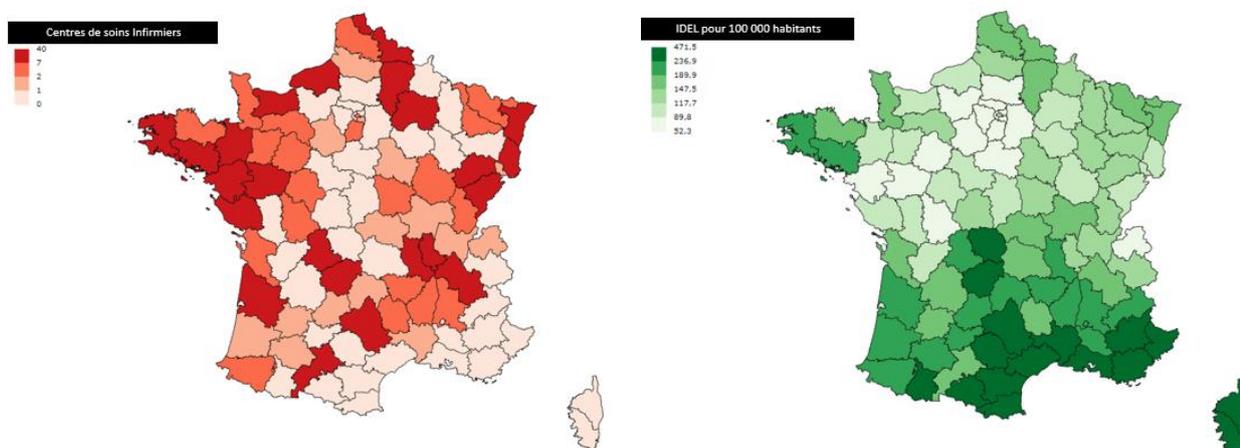
<sup>23</sup> Cf. annexe 5 relative à la gestion des personnels des CSI

<sup>24</sup> Cf. annexe 6 relative à la place et à l'articulation des CSI dans l'offre territoriale.

la région Pays de la Loire, plus de 90 % des CSI sont situés dans les départements de Loire Atlantique, Maine-et-Loire et Vendée, les départements de la Mayenne et de la Sarthe n'étant que très peu dotés.

80 % des CSI sont situés en zone urbaine, seule une minorité est implantée dans un quartier prioritaire de la ville (11 %)²⁵. La carte d'implantation des CSI ne se recoupe pas avec celle des IDEL.

Carte 1 : Implantation des CSI et des IDEL sur le territoire métropolitain, 2021



Source : IGAS à partir des données ATIH - Les données France entière ne sont pas présentées (pas de CSI dans les départements hors métropole).

### 1.1.3 Un ancrage local fort et diversifié : appartenance associative et partenariats

Les gestionnaires de CSI répondent à des configurations d'une grande variété : la majorité (59 %) gère au moins une autre structure que leur CSI. Dans plus des trois quarts de ces cas (77 %), les gestionnaires multistruktures gèrent en plus du CSI un SSIAD, ce qui fait que, pour presque la moitié des CSI (45 %), le gestionnaire gère à la fois CSI et SSIAD, preuve de la forte proximité institutionnelle entre ces deux dispositifs²⁶. Les autres structures gérées par les gestionnaires de CSI sont par ailleurs d'une grande variété (par ordre décroissant de fréquence : autres CSI, SAAD, centres de santé, EHPAD, structures d'hospitalisation à domicile...). En effet, un CSI sur quatre appartient à un gestionnaire qui gère au moins un autre CSI. Malgré ces éléments dénotant les proximités institutionnelles nombreuses des CSI via leur gestionnaire, on dénombre tout de même deux CSI sur cinq qui sont des CSI isolés, c'est-à-dire étant la seule structure gérée par le gestionnaire.

Le tissu institutionnel local dans lequel sont immergés les CSI ne repose pas que sur les proximités internes qui existent au sein de la structure qui les gère mais aussi via les partenariats externes des CSI. Or, ces partenariats sont nombreux et variés, illustrant en cela le fort ancrage local des CSI : ainsi, 78 % des CSI ont signé une convention avec un SSIAD, 89 % avec une structure HAD, 72 % avec un laboratoire d'analyses médicales²⁷.

²⁵ Mission d'après données CNAM 2021.

²⁶ Cf. annexe 7 relative à l'environnement associatif et structurel des CSI.

²⁷ Sont, aussi, régulièrement mentionnées par les CSI des conventions avec des EHPAD, pharmacies, maisons de santé, CCAS, hôpitaux, foyers, réseaux divers...

#### 1.1.4 Un puzzle statutaire et conventionnel

Les centres de soins infirmiers peuvent être créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements publics de coopération intercommunale, soit par des établissements publics de santé, soit par des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif, ou des sociétés coopératives d'intérêt collectif<sup>28</sup>. La majorité sont gérés par des associations de type Loi 1901 à but non lucratif (86 %) et sont adhérents à une fédération (80 %)<sup>29</sup>.

Il en résulte une forme de « puzzle conventionnel » lorsqu'on considère dans son ensemble le paysage des conventions collectives nationales (CCN), accords ou statuts de la fonction publique applicables à la gestion des personnels dans les centres de santé, et donc des CSI.

D'après l'enquête réalisée par l'IGAS, 72 % des CSI déclarent appliquer la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (« BAD ») (soit 292 centres ayant répondu à cette question), 13 % la CCN 51, 5 % la convention<sup>30</sup> de la Croix rouge. Les données issues des déclarations sociales nominatives (DSN)<sup>31</sup> reflètent ce large éventail de conventions collectives applicables et effectivement appliquées dans les centres (cf. graphique ci-dessous). 68,5 % des établissements déclarent adhérer à la convention collective nationale (CCN) BAD. D'après les informations fournies par le ministère de la santé à la mission, 277 CSI relevant de la convention BAD sont aussi adhérents d'une fédération, ce qui, en d'autres termes, conduit à estimer que près d'un quart des CSI de la BAD (24 %) ne sont pas adhérents à une fédération. La mission évalue à un peu plus de 2 200 les ETP infirmiers dans les CSI relevant de la BAD<sup>32</sup>.

#### 1.1.5 Les centres de soins infirmiers : une part faible de l'offre de soins infirmiers de proximité au national mais une part forte localement, là où ils sont implantés

L'exercice libéral, pratiqué de manière individuel ou en groupe, est en France le mode qui structure l'offre de soins primaires et le maillage territorial, contrairement aux choix opérés dans d'autres pays, notamment nordiques, qui privilégient le regroupement géographique des professionnels en centre de santé<sup>33</sup>. L'offre en soins primaires infirmier est assurée par 98 000 infirmières libérales et par environ 5 500 infirmières salariées dans les centres de santé<sup>34</sup>. En moyenne, un CSI comprend 6,3 infirmières en équivalent temps plein (ETP)<sup>35</sup>, un centre de santé médical polyvalent, lorsqu'il emploie des IDE (ce qui est le cas d'environ la moitié des CDS polyvalent), a en moyenne 2,5 ETP infirmiers.

<sup>28</sup> Application de l'article L6323-1-3 du code de la santé publique.

<sup>29</sup> Cf. annexe 7 relative à l'environnement associatif et structurel des CSI.

<sup>30</sup> Accord collectif.

<sup>31</sup> A la demande de la mission, l'URSSAF-Caisse Nationale a établi une requête pour extraire la donnée relative à la convention collective des déclarations sociales nominatives (DSN) au cours de la période 2019-2021, pour 471 établissements correspondant à des CSI et identifiés par 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 471

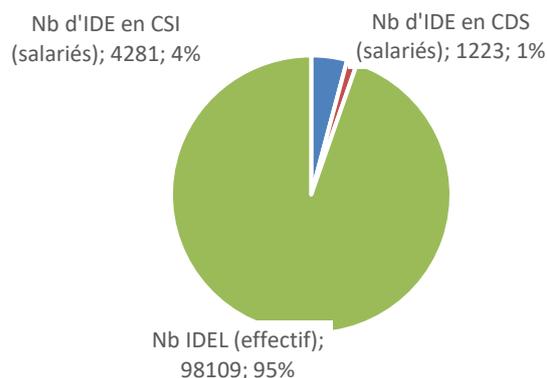
<sup>32</sup> Soit une estimation légèrement plus importante que celle faite par la DSS début 2022 (2000) (pour plus de détails, voir l'annexe 2 relative à la revalorisation de l'avenant 43 de la CC BAD.).

<sup>33</sup> L'organisation des soins primaires dans les pays nordiques », Dominique Acker, revue française des affaires sociales, 2020/1.

<sup>34</sup> Source : CNAM

<sup>35</sup> Mission d'après données CNAM, 2021.

Graphique 2 : Part des effectifs infirmiers en centre de santé dans l'offre de soins infirmiers de proximité (accessible tous publics, 2021)



Source : Mission d'après données CNAM

Pour autant, là où ils sont implantés, les CSI constituent une proportion non négligeable, et souvent même élevée, de l'offre de soins infirmiers de proximité : ainsi, dans leurs communes d'implantation, les CSI représentent près de la moitié de l'offre infirmière, part atteignant 75 % lorsque le territoire est en zonage infirmier sous doté<sup>36</sup>.

En 2021, les centres de soins infirmiers (CSI) assuraient, nationalement, 2,3 % actes médicaux infirmiers (AMI, ou actes techniques), ce qui représentait 1,6 % des honoraires sans dépassement (HSD) et 1,6 % des actes infirmiers de soins (AIS), soit 1 % des honoraires sans dépassement correspondant aux actes d'hygiène, prévention des escarres, nursing, toilettes<sup>37, 38</sup>. L'offre de soins infirmiers couverte par les centres de santé médicaux polyvalents était encore plus réduite (0,3 % des honoraires sans dépassement AMI, 0,1 % des HSD AIS)<sup>39</sup>.

A la suite de la crise sanitaire, la part des AMI, rapporté au nombre d'ETP ou d'IDEL, a augmenté en volume, pour les centres de soins infirmiers comme pour les infirmières libérales (respectivement + 8 % et + 15 % en 2021 par rapport à 2019). 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 % et -5 %, les IDE en centre de santé médical polyvalent en réalisant peu<sup>40</sup>.

On note toutefois que les infirmières libérales ou salariées d'un centre ne sont pas les seules à pouvoir effectuer des soins de nursing à domicile : ces soins peuvent être réalisés par les aides-soignantes employées dans les SSIAD pour leur propre patientèle (personnes âgées de plus de 65 ans, personnes handicapées) en collaboration et sous la responsabilité d'une infirmière coordinatrice<sup>41</sup>. Pour les autres actes ou soins infirmiers, qui ne peuvent être délégués aux aides-soignantes, les SSIAD font appel aux IDEL ou aux IDE en CSI, même si une minorité de SSIAD emploient leur propre personnel infirmier.

<sup>36</sup> Calcul de la mission à partir des données CartoSanté (infirmières libérales actifs) et Ecds (personnels IDE de CSI) suivant la médiane. La prise en compte d'une maille territoriale plus large (territoire de vie-santé – 2850 en France avec en moyenne 12 communes) montre aussi une part forte des CSI (proportion médiane à 25 %).

<sup>37</sup> Cf. annexe 8 relative aux données d'activité

<sup>38</sup> Total des actes AMI et AIS en 2021 : 563 millions d'actes de type AMI, 323 millions d'actes AIS

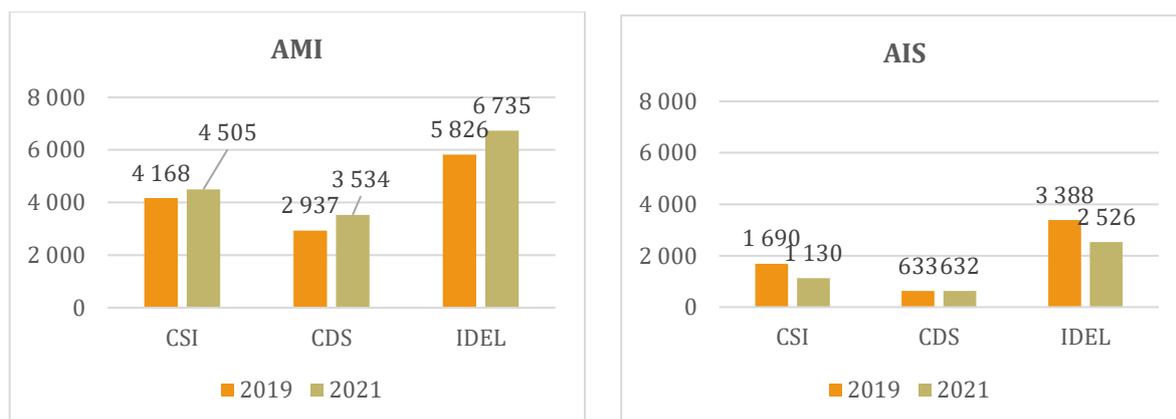
<sup>39</sup> IDEL : 99,2 % des HSD AIS et 97,3 % des HSD AMI en 2021. Données CNAM, calcul mission, honoraires sans dépassement.

<sup>40</sup> Cf. annexe 8 relative aux données d'activité

<sup>41</sup> Cf. articles R. 4311-4 et R.4311-5 du code de la santé publique.

Le graphique ci-dessous met en évidence d'importants écarts de production annuelle d'actes entre les deux modes d'exercice (libéral et salarié), qui n'ont pu être analysés finement dans les délais impartis à la mission et faute d'accès aux données du SNDS<sup>42</sup>. Le seul critère du salariat, qui serait corrélé à une durée de temps de travail moindre que pour le mode d'exercice libéral, est peut-être un facteur pour partie explicatif mais il y en a vraisemblablement d'autres (différence dans les territoires d'implantation, dans les modalités de réalisation de l'activité, dans les profils de patientèle qui pourraient entraîner des phénomènes de sélection adverse...).

Graphique 3 : Quantité totale actes AMI et AIS par ETP CSI, ETP CDS ou IDEL (2019 ; 2021), en nombre



Source : Mission d'après données CNAM

Ces écarts sont d'autant plus étonnants que rapportés aux effectifs, le nombre de patients pris en charge par IDE en CSI et IDEL, en moyenne annuelle, est proche<sup>43</sup>.

Dans les deux cas, le nombre de patients pris en charge par les CSI a bondi de 42 % en 2021 comparativement à l'année 2019 (+65 % pour les IDEL)<sup>44</sup>, du fait de la pandémie, portant le nombre de patients soignés en CSI à près de 600 000 personnes<sup>45</sup>.

### 1.1.6 Des centres in fine peu visibles des autorités publiques

Le faible nombre de centre de soins infirmiers et leur implantation inégale selon les départements a pour conséquence que les CSI sont souvent des structures peu visibles et de ce fait peu connues des pouvoirs publics<sup>46</sup>, y compris parfois localement. Ce constat est apparu assez rapidement auprès des interlocuteurs rencontrés<sup>47</sup>.

La première raison tient au fait qu'il y a en France un primat ancien donné à l'activité libérale sur l'activité salariée. L'évolution des effectifs infirmières libérales comparée à celle des IDE de CSI en

<sup>42</sup> Cf. annexe 8 relative à l'activité des CSI. Il serait néanmoins souhaitable que des travaux d'études approfondis puissent être réalisés en ce sens.

<sup>43</sup> En 2019 un IDEL soigne en moyenne autant de patients qu'un IDE en CSI (respectivement 125 /130) alors qu'un IDE en CDS polyvalent en soigne 215 (écart s'expliquant par le fait que les IDE de CDS polyvalents se déplacent peu à domicile).

<sup>44</sup> Assurance maladie

<sup>45</sup> 581 554 en 2021, 397 709 en 2019. Patients : patient ayant bénéficié au moins d'un acte dans l'année. Source : Assurance maladie.

<sup>46</sup> Au 1<sup>er</sup> janvier 2021, les infirmiers travaillant en centre de santé toutes catégories confondues (CSI, centres médicaux, médicaux polyvalents, dentaires), représentaient 1 % de l'ensemble des personnels infirmiers inscrits au répertoire ADELI (soit 6 558 salariés). Répertoire ADELI- Personnel IDE de moins de 62 ans. Drees, données France entière au 1<sup>er</sup> janvier de l'année - <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>.

<sup>47</sup> Et est parfois diversement ressenti, notamment des CSI : « on est oubliés des pouvoirs publics ».

constitue une illustration frappante : alors que les CSI comptaient environ 5000 IDE en 2006<sup>48</sup>, ils en comptent moins de 4300 aujourd'hui ; à l'inverse, la population des IDEL a, elle, considérablement augmenté, passant de 57 000 en 2006<sup>49</sup> à presque 100 000 aujourd'hui. Le poids des IDE salariées 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). Les CSI se voit appliquer un mode de tarification à l'acte (voir ci-dessous) qui décline une nomenclature des actes négociée entre les syndicats d'infirmiers et l'assurance maladie dont les représentants des CSI ne sont pas partie prenante. Il n'y a donc aucune raison a priori que ce mode de rémunération corresponde à leur mode de fonctionnement et aux services qu'ils rendent à la population et pas de raison a priori que les pouvoirs publics s'en aperçoivent. A titre d'illustration, la diminution très élevée du nombre de CSI dans les années 2000 est pour ainsi dire passée inaperçue.

Cette prédominance de l'activité libérale isolée est depuis quelques années contrebalancée par la volonté des pouvoirs publics de promouvoir l'exercice coordonné, avec notamment une attention renforcée sur la compétence médicale du fait de l'apparition de déserts médicaux. Dès lors, la stratégie nationale de santé 2018-2022 (« Ma santé 2022 ») privilégie le développement, non pas des CSI, mais des structures de santé pluri professionnelles comprenant un médecin. Elle fixe notamment à horizon 2022 un objectif de doublement des structures où les soins sont coordonnés. Cette politique est subventionnée localement par les ARS via le fonds d'intervention régional (FIR)<sup>50</sup>. Ainsi, le nombre de centres de soins médicaux polyvalents a presque doublé au cours des cinq dernières années, passant de 436 centres en 2017 à 745 centres en 2021. Le phénomène de « décrochage » des 520 centres de soins infirmiers est net et dès lors logique, par rapport à l'évolution du nombre des CDS médicaux polyvalents (cf. graphique ci-dessous)<sup>51</sup>, et à l'essor des 2 018 maisons de santé pluriprofessionnelles recensées au 31/12/2021<sup>52</sup>. Il n'est donc pas usurpé d'écrire qu'en dehors de rares moments d'attention ponctuelle liée à une crise spécifique (ex. actuellement le choc externe sur la masse salariale des CSI lié à l'avenant 43 de la convention BAD), les pouvoirs publics portent une attention au mieux résiduelle, au pire inexistante, sur les centres de soins infirmiers.

---

<sup>48</sup> « Situation financière des centres de soins infirmiers », rapport n°2006-176P établi par Anne Marie Léger et Huguette Mauss, novembre 2006

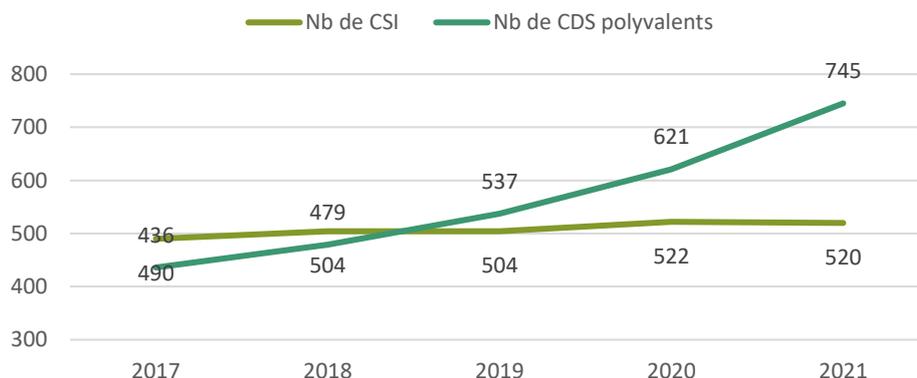
<sup>49</sup> Voir La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles, Etudes et Résultats, Drees, N°759 • mai 2011.

<sup>50</sup> Article L. 1435-8 du code de la santé publique.

<sup>51</sup> Les centres de soins infirmiers, c'est à dire dont les honoraires infirmiers totaux représentent 80 % des honoraires totaux du centre de santé ne constituent qu'une catégorie minoritaire au sein des centres de santé, lesquels sont composés majoritairement de centre de santé médicaux, polyvalents ou non (et donc pouvant offrir des prestations de soins infirmiers) et de centres de soins dentaires.

<sup>52</sup> 291 maisons de santé et pôles de santé recensés en 2013 par la DGOS selon l'IRDES.

Graphique 4 : Evolution du nombre de centres de soins infirmiers (CSI) et de centres de santé médicaux polyvalents (CDS), 2017-2021



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

En 2021, près de 590 000 patients ont eu recours au moins une fois à un CSI au cours de l'année, soit une médiane de 772 patients par centre<sup>53</sup>. La faible visibilité (et notoriété) des centres de soins infirmiers dans l'offre globale de soins de premier recours tranche, là où ils sont présents, avec leur parfaite intégration dans le maillage local de l'offre (voir ci-dessous l'intensité des partenariats locaux des CSI).

Toutefois, les entretiens réalisés par la mission ont montré que leur participation aux communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS) financées par l'assurance maladie<sup>54</sup> n'est pas toujours acquise, du fait des réticences d'une partie des professionnels libéraux. Or, les CSI occupent une place importante, si ce n'est parfois essentielle dans la politique locale des soins de proximité (voir pour s'en convaincre les chiffres ci-dessus relatifs à la proportion de l'offre de soins infirmiers qu'ils représentent là où ils sont implantés), et constituent là un maillon de la politique de soins primaire, certes méconnu des pouvoirs publics, mais dont la présence et l'implantation historique en fait un acteur incontournable. Aussi, il revient aux ARS de s'assurer, là où ils sont présents, que les CSI ont bien été invités à intégrer les CPTS existantes : leur implication, au plan local, dans les mesures prises par les autorités, par exemple pour gérer la crise sanitaire et ouvrir des centres de vaccination comme ils l'ont fait pendant la crise sanitaire, justifie autant qu'elle nécessite qu'ils soient identifiés comme des acteurs à part entière et associés aux instances de concertation, de coordination et de représentation locales et régionales.

Une meilleure connaissance des CSI par les pouvoirs publics requiert également l'amélioration des outils existants, et notamment d'enrichir le contenu de la base de données eCDS. Cette base a été mise en place en 2017 à la suite d'un rapport de l'IGAS appelant de son vœu une meilleure connaissance de l'activité des centres de santé.

Par exemple, les principales données financières (ex. dépenses, recettes) concernant les associations gestionnaires des CSI ne sont connues ni du ministère de la santé, ni de l'administration fiscale, ni de l'Assurance maladie, ni des ARS. Elles ne font pas partie des données référencées dans l'observatoire eCDS, alimenté chaque année par l'ensemble des centres de santé, qui présente les principales

<sup>53</sup> Source : CNAM

<sup>54</sup> Cf. accord conventionnel interprofessionnel qui prévoit les enveloppes de financement : <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-cpts>. Pour être éligible à la rémunération prévue par l'accord, la CPTS doit avoir rédigé un projet de santé validé par l'ARS.

données de suivi conditionnant le versement des rémunérations prévues par l'accord national des centres de santé, lesquelles sont partagées entre plusieurs intervenants (CNAM, CPAM, DGOS, ARS)<sup>55</sup>.

Disposer de telles données pourraient permettre aux administrations régionales de détecter les situations de fragilité des centres de santé, quelle que soit leur catégorie (infirmier, dentaire, médical, polyvalent), dont les difficultés économiques s'avèrent, pour un certain nombre d'entre eux, récurrentes<sup>56</sup>, comme en attestent les rapports de l'IGAS successifs<sup>57</sup> et de mettre en place les plans d'accompagnement appropriés.

**Recommandation n°1** [DGOS/ATIH/CNAM] Enrichir le dictionnaire des données à saisir dans la base de données eCDS en y ajoutant les données/ratio financiers de performance économique.

### 1.1.7 Un dispositif réglementaire souple mais un cadre conventionnel avec l'assurance maladie durci récemment

L'activité des centres de santé est actuellement encadrée par deux types de dispositions :

- les dispositions légales et réglementaires, qui s'imposent à tous les centres de santé,
- les dispositions prévues par l'accord national de santé signé entre les représentants des gestionnaires de centres de santé et l'Assurance maladie, auquel l'adhésion n'est ni automatique ni obligatoire.

#### 1.1.7.1 Des formalités de création simplifiées

Depuis 2009, une politique de régulation de l'offre souple prévaut afin de favoriser la création des centres. Elle n'est conditionnée depuis la LFSS 2022 que par l'application du dispositif de zonage mis en place pour les infirmières libérales.

#### **Une procédure d'agrément supprimée en 2009**

Historiquement, l'activité des dispensaires était peu encadrée d'un point de vue technique ou administratif. Le premier texte prescriptif date de 1956, s'agissant des conditions de délivrance de l'autorisation d'exercice. En 1977, l'agrément devient une condition pour bénéficier du remboursement des actes<sup>58</sup>. Dans les années 1990, plusieurs travaux consécutifs aux difficultés financières rencontrées par les centres, dont un rapport de l'IGAS sur la situation des centres de santé, conduisent à une réforme profonde du statut et du mode de fonctionnement des centres de santé (médicaux, dentaires, infirmiers)<sup>59</sup>.

A partir de 2007, le projet du centre devient l'un des pivots du référentiel d'évaluation des CDS établi par la Haute Autorité de Santé (HAS). En 2009, la loi dite « HPST »<sup>60</sup> remplace la procédure d'obtention d'un agrément préalable à l'ouverture d'un centre de santé par une inscription dans le SROS ambulatoire et impose l'élaboration d'un projet de santé.

<sup>55</sup> Par ailleurs seules associations qui perçoivent plus de 153 K€ de subventions des autorités administratives ont l'obligation de publier annuellement leurs comptes aux Journaux officiels.

<sup>56</sup> Cf. rapport de l'ANAP.

<sup>57</sup> Cf. rapports IGAS publiés en 1990, 2006, 2013

<sup>58</sup> Cf. annexe 3 relative à la gouvernance et à la régulation de l'offre de soins des CSI

<sup>59</sup> Décrets n°91-654 et 91-656 du 15 juillet 1991.

<sup>60</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Le cadre des missions des centres, les modalités de leur création et de leur fonctionnement ainsi que leur gestion et leur organisation n'ont pas évolué depuis la dernière réforme intervenue en 2018<sup>61</sup>, qui a rendu certaines missions facultatives (action de santé publique et d'éducation thérapeutique, accueil d'étudiants en stage)<sup>62</sup>. Elle a rendu possible la création d'antennes territoriales et ouvert la création de centres par des gestionnaires d'établissements de santé privés à but lucratif sous réserve que les bénéficiaires soient mis en réserve ou réinvestis dans une structure [du même gestionnaire] à but non lucratif.

Outre la remise d'un projet de santé à l'ARS<sup>63</sup>, élaboré à partir d'un diagnostic des besoins du territoire - dont les textes ne prévoient pas sa révision à échéance régulière -, la création d'un centre n'est plus conditionnée que par la remise d'un engagement de conformité à l'ARS, dont le récépissé<sup>64</sup> vaut autorisation de dispenser des soins.

Lors des investigations, il n'a pas été fait état, par les ARS ou les CPAM rencontrées, de problématiques spécifiques concernant le contrôle de l'activité de ces organismes.

#### 1.1.1.1 Un durcissement récent des conditions d'adhésion et d'obtention des bénéficiaires liés au conventionnement avec l'assurance maladie

Deux accords ont été signés entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives des centres de santé : le 19 novembre 2002 (reconduit en 2008 pour cinq années) et le 8 juillet 2015, pour une durée de cinq années, complété par quatre avenants<sup>65</sup> (cf. annexe 9 relative aux rémunérations de l'assurance maladie et à la mise en œuvre de l'accord national des centres de santé). Un CSI peut choisir de ne pas adhérer à l'accord national de santé : c'est le cas d'une minorité (moins de 5 % des CSI recensés dans la base ATIH/e-CDS)<sup>66</sup>. L'adhésion conditionne toutefois le bénéfice de la subvention « Teulade »<sup>67</sup> depuis le 25 décembre 2021<sup>68</sup> et de la rémunération spécifique attribuée par l'Assurance maladie aux centres de santé.

- L'adhésion à l'accord national doit faire l'objet d'une demande explicite depuis la LFSS 2022

---

<sup>61</sup> Cf. 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 + décret et arrêté du 27 février 2018 relatifs aux centres de santé

<sup>62</sup> Les activités de prévention et de soin restent obligatoires.

<sup>63</sup> 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.

<sup>64</sup> Qui comporte les n° Finess de l'entité juridique (EJ) et de l'établissement (ET) du centre.

<sup>65</sup> 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.

<sup>66</sup> En 2021, la base eCDS recense 520 CSI (sous réserve de la mise à jour de la base pour les centres qui ont fermé) dont 502 déclarent être adhérents à l'accord national Assurance maladie. L'assurance maladie décompte elle 485 CSI adhérents à l'accord mais dénombre un nombre moindre de CSI au global (506).

<sup>67</sup> Mis en place par 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, ce dispositif 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 (11,5 %) n'a pas évolué depuis.

<sup>68</sup> Le bénéfice de la subvention « Teulade » est réservé depuis 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 sociale (article L162-32 du code de la sécurité sociale modifié par la loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021). La subvention correspond à une aide financière dont le montant est fonction de la masse salariale soignante de chaque CSI (voir les annexes financements spécifiques et budget des CSI pour plus de détails).

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022<sup>69</sup> a modifié les conditions d'adhésion à l'accord national de santé. Auparavant tacite, l'adhésion entraine 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 2021, 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 dossier<sup>70</sup>.

- Application d'un dispositif de régulation du conventionnement en fonction du zonage infirmier

Jusque récemment, la création d'un centre de santé n'était pas conditionnée par le respect des règles de zonage mises en place pour réguler l'offre de soins des infirmières libérales et favoriser leur meilleure répartition géographique (encadré ci-dessous)<sup>71</sup>.

#### **Le dispositif de zonage de la profession des infirmières (offre libérale)**

Pour les infirmières libérales, 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 en contrepartie d'une hausse tarifaire<sup>72</sup>.

Le dispositif de zonage est mis en œuvre localement par le directeur général de l'ARS qui détermine par arrêté les zones en cinq niveaux de dotation (très sous-dotées, zones sous-dotées, zones intermédiaires, zones très dotées et zones sur-dotées), après concertation auprès des acteurs concernés. La définition de ces zones tient compte des priorités d'action prévues dans le plan régional de santé (PRS).

Les zones très sous dotées ou sous dotées sont éligibles, à des mesures spécifiques pour favoriser l'accès aux soins (mesures d'accompagnement par les ARS), ainsi qu'éventuellement les zones intermédiaires. Les zones surdotées, se voient appliquer des mesures de limitation d'accès au conventionnement<sup>73</sup>.

En 2008, l'avenant à la convention reconnaissait 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 faute de nouvelle disposition, ce dispositif n'était pas appliqué aux centres de soins infirmiers jusqu'à récemment.

En 2020, à la suite de la création successive de plusieurs centres de soins infirmiers par un même gestionnaire dans des zones surdotées, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022<sup>74</sup> a conditionné le conventionnement des centres de santé ou l'accroissement de leur activité au même dispositif de zonage que celui qui prévaut pour les infirmières libérales<sup>75</sup>.

<sup>69</sup> Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021.

<sup>70</sup> Article L.162-32-2 du code de la sécurité sociale.

<sup>71</sup> Article L.1434-4 du code de la santé publique.

<sup>72</sup> Cf. Fanny Duchaine, Guillaume Chevillard, Julien Mousques. « L'impact des zonages déficitaires sur l'évolution des disparités territoriales d'infirmières libérales en France entre 2006 et 2016 », CIST2020- Population, temps, territoires, Collège international des sciences territoriales (CIST), Nov 2020, Paris-Aubervilliers, France. pp.86-89.

<sup>73</sup> cf. 1° et 2° de l'article L. 434-4 du CSP, arrêtées dans le cadre des dispositifs conventionnels et selon la méthodologie issue de l'arrêté du 10 janvier 2020.

<sup>74</sup> Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

<sup>75</sup> Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

Si la création d'un centre de santé (et donc un CSI) en zone surdotée demeure toujours possible, son conventionnement avec l'Assurance maladie ne l'est plus. L'avenant 4, signé le 14 avril 2022, qui modifie l'accord national de santé, a instauré un dispositif de régulation du conventionnement applicable à partir du 21 juin 2022. A l'instar du dispositif de zonage mis en place pour les infirmières libérales, aucun nouveau conventionnement ne peut être accordé dans ces zones pour un CSI nouvellement créé (cf. annexe 3 relative à la gouvernance et à la régulation de l'offre de soins des CSI).

#### 1.1.1.2 Un accord national assurance maladie à la portée limitée, qui crée des trappes à petite taille de CSI sans pour autant impulser de dialogue interinstitutionnel au niveau local

Une présentation détaillée des actions prévues à l'accord national assurance maladie figure en annexe 9, ces actions sont de nature variée et nombreuses. Pour autant, les financements spécifiques associés à l'accord national représentent des montants relativement limités pour un CSI : ainsi, en 2021 le montant médian annuel de ces financements avoisine les 25 000 euros quand le budget médian des CSI est de 413 000 euros. En outre, le caractère forfaitaire de la rémunération spécifique prévue par l'accord national de santé incite les gestionnaires à multiplier la création de structures de petite taille (et donc à complexifier la gestion et à augmenter les coûts de coordination) plutôt que d'accroître la taille des centres. Deux autres règles favorisent cette « trappe à petite taille » : le caractère forfaitaire de l'abattement (21 086 € en 2021)<sup>76</sup> dont bénéficient certaines associations sur la taxe sur les salaires, ou les règles de remboursement des frais de déplacement des infirmières (ci-dessous). Les actions conduites par les CSI font enfin l'objet d'une sorte de suivi comptable par l'assurance maladie sans dynamique de dialogue de projet auquel seraient associées les ARS.

### 1.2 Des facteurs structurels de déséquilibre malgré quelques leviers de sécurisation de l'activité déployés par les centres

#### 1.2.1 Un modèle de financement structurellement source de fragilités pour les centres

La mission IGAS a constaté à plusieurs reprises lors de ses auditions en dehors de la sphère des CSI une confusion entre les CSI et les cabinets de groupe infirmiers, les deux structures étant financées pour l'essentiel suivant le même mode de tarification, c'est-à-dire via la nomenclature générale des actes infirmiers (NGAP).

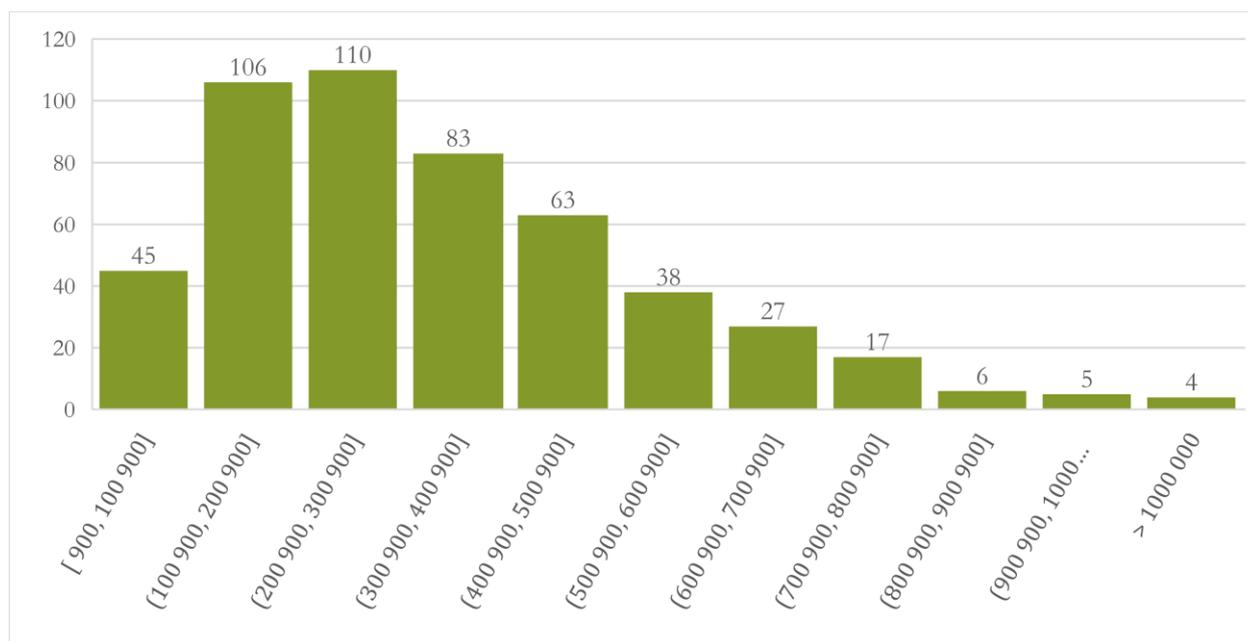
Comme le montre le graphique ci-dessous, la majorité des CSI touchent moins de 400 k€ de leur activité de soins. Les financements associés à l'accord national entre les centres de santé et l'assurance maladie, en vigueur depuis 2015, représentent des volumes financiers relativement faibles à l'échelle des structures (96 % en sont adhérents début 2022) : ces financements représentant généralement 5 à 6 % des recettes annuelles des CSI (25 K€ en moyenne en 2021)<sup>77</sup>.

---

<sup>76</sup> Cf. article 1679A du code général des impôts.

<sup>77</sup> Cf. annexes 8 et 9.

Graphique 1 : Distribution des CSI selon le niveau de recettes tirées de l'activité de soins, 2021



Source : Mission d'après données Assurance maladie (503 CSI) (\*) honoraires sans dépassements, compléments d'actes, dépassements

### 1.2.1.1 Le mode de tarification à l'acte

Les CSI présentent une fragilité économique intrinsèque à leur modèle de financement : les charges (dépendant pour l'essentiel –près de 80 % - de leur masse salariale) et les ressources sont en désadéquation structurelle par rapport aux infirmières libérales. Tandis que la rémunération de ces dernières varie en fonction du nombre d'actes qu'elles réalisent, les CSI, qui sont aussi rémunérés à l'acte pour la grande majorité de leurs recettes<sup>78</sup>, ont des charges relativement fixes à court terme du fait du paiement mensuel des salaires. En sus des restructurations du secteur (notamment fusion de CSI), ce phénomène a pu jouer dans la disparition d'un certain nombre de CSI au début des années 2000 lors du passage aux 35 heures (diminution du temps de travail et donc du volume d'actes réalisés sans diminution concomitante des dépenses de personnel). Ce modèle économique expose les CSI à des situations d'autant plus délicates à gérer que les centres sont de petite taille (généralement 6 à 7 ETP d'IDE) : ainsi, du fait des écarts de tarifs appliqués dans la nomenclature des actes infirmiers, certains patients en raison de leur pathologie (ex. les patients dialysés) sont de fait générateurs de plus de recettes que d'autres ; or, la fin des soins infirmiers pour ce type de patients entraîne immédiatement une diminution importante de ressources pour le CSI tandis que l'ajustement des effectifs (souvent des CDI) est plus délicat, et nécessairement plus long, à réaliser.

A cela s'ajoute le fait qu'une partie des soins réalisés ne sont pas remboursés par l'assurance maladie. En effet, tout comme les infirmières libérales, les CSI appliquent la nomenclature des actes et notamment la règle de dégressivité de la rémunération : lors d'une visite pour des soins, le premier acte réalisé par l'infirmière est pris en charge à 100 % de son tarif assurance maladie, le second à 50 % et les suivants ne sont pas remboursés, raison pour laquelle certains acteurs parlent d' « actes gratuits », au sens où, malgré le temps pris par les infirmières pour les réaliser, ces actes ne sont générateurs d'aucune recette pour le centre (et ne sont souvent même pas retracés dans la

<sup>78</sup> Plus de 90 % si l'on cumule les montants tirés des actes remboursés par l'assurance maladie auxquels on ajoute les recettes tirées des conventions avec SSIAD et HAD.

facturation assurance maladie, ce qui pose une question tant de traçabilité financière que de responsabilité sanitaire)<sup>79</sup>. Ce mode de rémunération tend mécaniquement à déconnecter le temps passé à réaliser des actes de la rémunération des soins. Pour les IDEL, ce système est désincitatif à la réalisation simultanée de plusieurs actes et inversement incitatif à la multiplication des déplacements au domicile des patients pour maximiser le nombre d'actes rémunérés : il l'est moins pour les infirmières en CSI, qui, quel que soit le nombre de soins effectués et le temps passé auprès du patient, ont un salaire fixe.

Par ailleurs, tirant l'essentiel de leur rémunération des actes assurance maladie, les CSI hésitent à faire appel à des entreprises d'intérim lorsqu'ils rencontrent des difficultés à recruter du personnel pour remplacer une infirmière absente ou partie. En effet, le surcoût pèse sur les comptes du CSI, contrairement par exemple aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui, sous réserve d'un accord de l'Agence régionale de santé, sont parfois financés pour cela<sup>80</sup> (ces derniers ne sont pas financés à l'acte mais suivant un système de dotation par rapport à un nombre de places autorisées).

### 1.2.1.2 Un dispositif de zonage et d'aide à l'installation favorable à l'exercice libéral mais problématique pour les CSI déjà implantés

Plusieurs acteurs auditionnés par la mission ont par ailleurs souligné que l'activité des infirmières libérales pouvaient concurrencer les CSI et déstabiliser financièrement leur équilibre financier. Les enjeux pour les CSI sont multiples. Le premier d'entre eux tient à l'éventuelle captation de patientèle : la majorité des CSI (55 %) sont en effet dans une commune située en zonage infirmier sur doté et, au cours de la dernière décennie, les effectifs infirmiers en ville ont connu une croissance rapide (+ 42 % entre 2012 et 2021<sup>81</sup>, quand dans le même temps le nombre de CSI est resté pour ainsi dire stable (avec, dans la période récente, une légère baisse des effectifs infirmiers). Au regard du fait que la patientèle des CSI n'est pas en baisse dans les années récentes, la mission estime ce risque de concurrence modéré actuellement (tenant notamment à l'évolution parallèle des besoins, par exemple lié au vieillissement de la population). Cette concurrence peut néanmoins être d'autant plus forte à l'avenir que certains avantages comparatifs des CSI (comme appliquer de façon systématique le tiers payant et disposer d'une prise en charge reposant sur un collectif infirmier permettant de sécuriser les interventions tous les jours et la nuit) sont aujourd'hui largement répandus parmi les IDEL (ex. cabinets de groupe infirmiers).

Le second enjeu concerne la diminution des indemnités kilométriques versées aux centres lorsqu'une infirmière libérale s'installe sur une commune auparavant non pourvue en IDEL mais où intervient le CSI<sup>82</sup> (par exemple dans le cadre de l'incitation à l'installation d'IDEL en zonage infirmier

<sup>79</sup> Il est par construction difficile de quantifier l'ampleur de ces actes gratuits et l'existence d'éventuels décalages avec les infirmières libérales sur ce point dans la mesure où ils ne font pas l'objet d'enregistrement dans les bases de facturation de l'assurance maladie : il y a néanmoins tout lieu de penser que cela a un impact réel sur les finances des CSI puisque ces derniers affichent une volonté forte de répondre à toutes les demandes de soins et que, pour les infirmières salariées, ces prises en charge à titre gratuit sont sans impact sur leur rémunération en fin de mois (salaire). Les analyses faites par la mission sur le nombre moyen d'actes réalisés par visite à domicile tendent à montrer que les CSI font plus d'actes en moyenne et sont donc plus exposés au problème de la dégressivité et des actes gratuits que les IDEL (pour plus de détails, voir l'annexe 8 relative à l'activité des CSI).

<sup>80</sup> Cas rapporté par un gestionnaire ayant à la fois un CSI et un SSIAD.

<sup>81</sup> Données in <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/> pour les infirmières libérales ou mixtes de moins de 62 ans inscrits au répertoire RPPS.

<sup>82</sup> Des indemnités kilométriques sont facturables par le CSI 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)<sup>82</sup>. Les indemnités facturables sont alors de 0,35 euros par kilomètres en plaine et de 0,5 euros en montagne. Pour autant, 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.

sous-doté) : l'effet paradoxal de la règle de remboursement appliquée par l'assurance maladie (le remboursement ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé pour l'infirmière libérale dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du patient) tient au fait que ce sont justement les CSI implantés dans des territoires peu denses en infirmières qui risquent d'être impactés négativement par des installations nouvelles de professionnels libéraux<sup>83</sup>, et ce, même si les soins infirmiers à couvrir excèdent ce qu'une seule libérale nouvellement installée est en mesure de réaliser<sup>84</sup>. Or, pour un CSI, la perte financière en indemnités kilométriques peut représenter plusieurs dizaines de milliers d'euros par an (voir l'annexe 10 relative au budget des CSI). En d'autres termes, outre les risques de rupture dans la prise en charge pour les patients, l'application de cette règle conduit à dégrader les comptes de CSI pour des facteurs totalement externes et indépendants de leur performance de gestion.

Dans les faits, le périmètre territorial potentiel d'intervention d'un centre de santé est conditionné par les règles de remboursements des frais de déplacement (indemnité forfaitaire de déplacement, indemnités kilométriques) mises en place par l'Assurance maladie, que le territoire soit ou non en zone « surdotée » en infirmières libérales.

D'après la règle « du professionnel de santé (PS) le plus proche »<sup>85</sup>, le remboursement des frais de déplacement d'un infirmière<sup>86</sup> 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, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du patient.

Plus un CSI a des effectifs IDE nombreux, et une patientèle dispersée sur un territoire étendu, ou difficilement accessible (rural, montagne) plus cette règle se révèle contraignante en présence d'IDEL :

- elle revient à restreindre le périmètre d'intervention du centre, sauf à risquer de réaliser un acte potentiellement économiquement déficitaire : « *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 [vient de s'installer] à 10 kilomètres : nous sommes en déficit depuis 2 ans, elle nous a pris la patientèle...* »<sup>87</sup> ;
- elle fragilise leur activité, dès lors qu'un IDEL vient s'installer en périphérie de leur territoire d'intervention ; « *Nous avons un patient obèse, 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.* »<sup>88</sup>. Un autre centre 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 voulait pas assurer la prise en charge et dont la prise en charge était déficitaire pour le centre.

---

<sup>83</sup> Le site Internet CartoSanté a été conçu justement pour que les professionnels sachent « où s'installer en libéral en 1 clic ! ».

<sup>84</sup> L'établissement par la libérale d'un document de refus de prise en charge permettant au CSI de demander un calcul des indemnités kilométriques depuis les locaux du CSI et non depuis le domicile professionnel de la libérale semble une procédure lourde (démarche à faire par le patient même quand ce patient n'a jamais été pris en charge par la libérale) et inefficace (peu de mise en œuvre en pratique).

<sup>85</sup> Article 13 de la NGAP.

<sup>86</sup> Indemnité forfaitaire de déplacement, indemnités kilométriques.

<sup>87</sup> Propos issus des entretiens

<sup>88</sup> Propos issus des entretiens

Par définition, le domicile professionnel des infirmières salariées est celui du centre pour tous les personnels. Comme un centre concentre en moyenne 6 ou 7 personnels infirmiers sur un territoire restreint d'environ 10 km<sup>2</sup><sup>89</sup>, un centre doit donc disposer d'un périmètre territorial d'intervention sans IDEL en périphérie pour que le rapport recettes/IDE/km<sup>2</sup> permette d'atteindre l'équilibre microéconomique, sauf à disposer d'une patientèle nombreuse sur un territoire dense pour que l'application de cette règle ne devienne pas une trappe à déficit.

### 1.2.2 Divers leviers de sécurisation de l'activité sont déployés dans le secteur

Afin de sécuriser leur activité, les CSI déploient différents types de stratégies :

- l'investissement d'une partie des excédents dans des immobilisations permettant de limiter les dépenses courantes : les deux principaux postes sur lesquels les CSI opèrent des immobilisations sont les locaux du centre et la flotte de véhicules utilisés par les infirmières pour se rendre au domicile des patients. Pour ce qui concerne les locaux du centre, un peu plus d'un quart des CSI (28 %<sup>90</sup>) sont propriétaires des locaux du centre, les autres, pour l'essentiel, louent (les cas d'occupation à titre gratuit sont peu fréquents (9 % des CSI)). Pour les véhicules, plusieurs pratiques existent : indemnisation des IDE quand elles utilisent leur véhicule personnel, mise à disposition des équipes du CSI d'une flotte de véhicules, flotte tantôt achetée tantôt louée.
- l'appartenance à des gestionnaires plus larges que le CSI : plus de la moitié des CSI (59 %) appartiennent à un gestionnaire qui ne possède pas que le CSI. Dans trois quart des cas (77 %), le gestionnaire dirige aussi un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et dans 43 % des cas plusieurs CSI. Certains gestionnaires multistrukture sont parfois plus à même de lever des fonds, via notamment des dons de particuliers, grâce à leur notoriété, ce qui peut ensuite permettre d'aider financièrement un CSI qui rencontrerait des difficultés financières (ex. Croix-Rouge française). Dans les cas, certes rares, de CSI dépendant d'un CCAS ou d'une commune, le versement de subvention d'équilibre intervient dans l'éventualité d'un déficit de fin d'exercice.
- le développement de mutualisations entre structures : parmi les CSI appartenant à un gestionnaire multistrukture, les mutualisations de fonction sont fréquentes (plus de neuf cas sur dix) et souvent variées : la fonction de direction, la gestion des ressources humaines et la comptabilité sont mutualisées dans presque neuf cas sur dix, viennent ensuite le secrétariat et les locaux dans près de trois cas sur cinq, avant la flotte des véhicules (45 % des cas). Notons que les équipes métiers (ex. personnel infirmier ou équipe de prévention) sont beaucoup plus rarement mutualisées (environ un cas sur quatre), ce qui s'explique vraisemblablement par les contraintes propres à l'activité de chaque structure (ex. étendue du territoire d'intervention plus vaste pour les SSIAD que les CSI, respect du libre choix par le patient en SSIAD de son infirmière lorsque le SSIAD n'emploie pas son personnel infirmier propre, éloignement géographique entre deux CSI).
- une forte adhésion à des structures fédérales : près de quatre CSI sur cinq (79 %) sont adhérents d'une des dix fédérations nationales représentantes des CSI<sup>91</sup>. Ces adhésions, d'un montant pouvant s'élever, dans certains cas, à plus d'une dizaine de milliers d'euros par an, permettent aux centres d'accéder à des informations directement orientées sur leur activité, à

<sup>89</sup> Alors que pour les IDEL dont l'exercice est individuel ou les cabinets libéraux, qui sont généralement de plus petite taille, le rapport au recettes/IDE/km<sup>2</sup> est plus favorable.

<sup>90</sup> Calcul des auteurs à partir de la base ECDS 2021 de l'ATIH.

<sup>91</sup> In questionnaire IGAS auprès de 80 % des CSI de France, mi 2022.

des conseils en gestion, à des formations, voire, dans certains cas, à des aides financières, la fédération organisant une solidarité financière de type prêt entre CSI d'un même territoire (ex. ADMR Vendée).

- la mobilisation du travail bénévole : au-delà du schéma fréquent de bénévoles périodiquement actifs au sein d'un conseil d'administration associatif, il existe une mobilisation plus intense de bénévoles : plus de la moitié des CSI (55 %) ont des bénévoles qui consacrent au moins 1 heure par semaine ou au moins 5 heures par mois à l'activité du centre, la médiane se situant à deux bénévoles, souvent sur des fonctions de trésorier. Si ce recours à du travail gratuit par les centres pose la question de la professionnalisation des tâches réalisées lorsqu'elles sont administratives, la mission a rencontré des situations où l'investissement bénévole était si conséquent (entretiens de recrutement, entretiens annuels...) qu'il représentait l'équivalent d'un mi-temps et permettait au centre de ne pas financer de poste de responsable.

### 1.2.3 Le mode actuel de tarification à l'acte mérite d'être questionné

Comme évoqué en introduction, en l'absence de communication des données nécessaires, il n'a pas été possible de réaliser les investigations nécessaires au niveau du territoire pour déterminer si, selon le mode d'exercice, le comportement des professionnels de santé diffère en matière d'actes, de tarification et de profil de patientèle, et si la manière dont la NGAP est appliquée est une source de déséquilibre micro-économique pour les centres de santé. La mission a toutefois établi différents constats qui éclairent des réalités contrastées entre CSI et IDEL.

En 2021, un patient soigné par un centre de soins coûterait moins cher qu'un patient traité par une IDEL, et ce du fait principalement d'un volume d'actes par patient moindre mais aussi d'une rémunération moyenne par acte réalisé moins élevée (étude comparative réalisée par la mission à partir des données relatives au nombre de patients<sup>92</sup> suivis par les IDE salariées 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 certes être relativisée, d'une part parce qu'il conviendrait de s'assurer au préalable de leur cohérence interne (notamment du point de vue du profil de la patientèle, de la proportion d'actes dégressifs et, plus encore, de la densité infirmière de chaque territoire, ce facteur impactant fortement les prises en charge, mais la mission n'a pas pu disposer des données à ce niveau de granularité), et, d'autre part parce que la quotité de travail effective moyenne des IDEL exerçant seul ou en cabinet n'est pas connue. Notons néanmoins que la précédente mission IGAS centrée sur les centres de soins infirmiers avait produit en 2006 des données conduisant à un résultat similaire alors qu'elle neutralisait, elle, le biais territorial (analyse sur un département donné ; voir l'annexe 8 relative à l'activité des CSI pour plus de détails).

La comparaison des deux modes d'exercices rapportés à la patientèle fait apparaître, au national, une plus forte proportion d' AIS réalisés chez les IDEL que chez les CSI. Cet écart s'expliquerait en grande partie par un effet de « structure » : les IDEL prennent en charge les toilettes des personnes âgées et handicapées (AIS) dans le sud de la France (pour mémoire, les CSI sont très peu implantés dans le sud de la France), où les SSIAD sont peu nombreux et où la densité d'IDEL est très élevée (donc la concurrence pour capter la patientèle est forte et la difficulté à dégager suffisamment de revenus de son activité relativement forte). Une fois neutralisé le facteur territorial (via la prise en compte du zonage infirmier de la commune d'implantation), la mission observe une prévalence proche des AIS chez les IDEL et les CSI en zonage infirmier sous doté ou sur doté mais constate une proportion

<sup>92</sup> Patients vus au moins une fois dans l'année.

nettement moindre d’AIS chez les IDEL que chez les CSI en zonage infirmier intermédiaire (moyenne à 10 % versus 17 %).

Divers facteurs explicatifs ont été avancés, de manière empirique, par nos interlocuteurs : l’existence d’un phénomène de sélection adverse des patients, les effets de l’optimisation de l’application de la nomenclature générale des actes professionnels infirmiers (NGAP), les effets d’un contrôle interne plus rigoureux au sein des CSI<sup>93</sup> et d’une sous-facturation chronique des actes par les centres de santé, du fait de la déconnexion entre les revenus tirés du travail et les recettes issues de l’Assurance maladie. Parmi ces hypothèses, le mode de tarification à l’acte et la déconnexion entre la rémunération de l’acte et le temps passé sont probablement les principaux facteurs explicatifs : à titre d’exemple, une perfusion « court » d’une heure ou moins (AMI 9), qui peut prendre dans certains cas 15 minutes, est facturée 28,35 €, alors qu’une toilette « simple » d’une durée de 30 minutes ou moins (AIS3) est facturée 7,95 €.

Il conviendrait, dans un premier temps, d’étayer plus précisément ces données et les raisons de ces écarts : il serait pour le moins paradoxal que l’application (sous) optimale des règles de tarification soit une source de déséquilibre micro-économique pour les uns (et d’économie à court terme pour la sécurité sociale) et d’enrichissement pour les autres (et de coût pour l’Assurance maladie).

Dans l’un de ses rapports, l’IGAS en 2006 notait par exemple que « *[les] règles d’abattements en cas d’actes multiples qui ont pour but de freiner la multiplication des actes n’en pénalisent pas moins les professionnels qui consacrent des temps de plus en plus longs auprès de patients souvent âgés ou très dépendants* », avec nécessité d’effectuer plusieurs actes. Or la caisse nationale de l’Assurance maladie ne peut déterminer facilement ceux ayant été rémunérés à hauteur de 50 % et elle ne connaît pas le nombre total d’actes réalisés à titre gratuit. Il serait intéressant d’évaluer le nombre d’actes gratuits effectués par les IDE en CSI comparativement aux IDEL, et s’il existe une conséquence en terme de pratiques, indépendamment – ou non – du mode d’exercice (par exemple une multiplication des passages).

La Cour des comptes, de son côté, rappelle dans son rapport sur la sécurité sociale pour l’année 2022<sup>94</sup> qu’« *un paiement principalement à l’acte présente des limites bien connues, tout à fait comparables à celles largement évoquées dans le cas de la tarification à l’activité (T2A) dans le secteur hospitalier. Les professionnels peuvent piloter leurs revenus en définissant le contenu de leurs prestations, la durée de leurs consultations, leurs horaires ou le nombre d’actes réalisés, ce qui peut entraîner une dérive inflationniste des dépenses. Par ailleurs, ce mode de rétribution n’est pas propice au déploiement de la prévention* ».

Il n’est pas aisé de jauger de la performance économique d’un offreur de soins dans la mesure où de multiples éléments peuvent dès lors biaiser l’analyse (ex. comparabilité de la qualité des soins dispensés, caractéristiques respectives de la patientèle, amplitude horaire travaillée non connue<sup>95</sup>). Pour autant, sur les éléments collectés par la mission IGAS, il apparaît que les CSI se positionnent plutôt bien par rapport, notamment, aux IDEL et ce constat n’est pas nouveau : ainsi, l’IGAS avait déjà mis en évidence en 2006 le fait que, sur un même département, les CSI effectuent un nombre moindre de passages chez les patients pour un même volume d’acte (donc moindre versement d’indemnités de déplacement par patient), ou, autre façon de le dire, réalisent un nombre moyen d’actes plus élevés

<sup>93</sup> La personne qui côtoie l’acte n’étant pas celle qui facture...

<sup>94</sup> Rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des comptes, octobre 2022.

<sup>95</sup> Si le temps de travail des salariées d’un CSI est bien connu dans la mesure où il est contractuel et rémunéré, il n’en est pas de même pour les infirmières libérales dont les amplitudes horaires ne sont pas connues. La comparaison du nombre d’actes produits par les unes par rapport aux autres n’a donc pas grand sens dans la mesure où cela reflète plus probablement le nombre d’heures travaillées qu’un réel différentiel de productivité.

par passage (1,53 pour les uns contre 1,37 pour les autres), et ce alors même que les règles de remboursement des actes sont frappées d'une dégressivité suivant le nombre d'actes (1<sup>er</sup> acte rémunéré à 100 % de son tarif sécurité sociale, 2<sup>ème</sup> acte 50 %, les actes suivants étant réputés gratuits dans le cas standard).

L'origine historique des CSI à travers les dispensaires a laissé un héritage fort au sein de ces derniers : la revendication d'un accueil indistinct de tous les publics, accessibilité qui se traduit par exemple par la mise en place du tiers payant intégral (c'est un des éléments de l'accord national assurance maladie sur les centres de santé). Cela ne signifie certes pas que les CSI ne sont pas amenés à devoir privilégier, de façon consciente ou non, certains actes plutôt que d'autres en fonction des ressources à leur disposition, mais cette pratique a une ampleur moindre que chez les IDEL : on observe ainsi que la proportion d'actes de soins infirmiers (ex. toilettes, nursing) varie du simple au triple chez les IDEL selon qu'ils interviennent sur un territoire en zonage infirmier sous doté ou surdoté tandis que cette variation n'est que du simple au double chez les CSI.

**Recommandation n°2** [Assurance maladie] Conduire une étude comparative des actes (payants ou gratuits), déplacements et profils de patientèle pris en charge par les CSI et les IDEL intervenants dans les mêmes territoires

## 2 Les CSI en difficultés : un état des lieux du secteur

### 2.1 Les CSI connaissent des difficultés économiques avant la revalorisation salariale de l'avenant 43 de la convention BAD

Le rapport IGAS de 2013 sur les centres de santé<sup>96</sup> signalait que les CSI ont longtemps été en meilleure santé économique 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<sup>97</sup>). La situation s'est dégradée ensuite (46 % des CSI en déficit en 2020, 44 % en 2021). Les revalorisations salariales conventionnelles ou extraconventionnelles intervenues dans la période récente accentuent la dégradation des comptes d'un grand nombre de CSI.

Mi-2022, plus de la moitié des CSI (56 %) estime que la santé économique de leur centre est mauvaise ou très mauvaise<sup>98</sup>. L'appartenance ou non à la convention BAD n'influe alors pas de façon différenciée dans les réponses. En effet, une certaine fragilité financière s'observe dans nombre de CSI dès avant l'application en année pleine (2022) de l'avenant 43 de la convention BAD<sup>99</sup>. Du fait d'une augmentation plus rapide des dépenses que des recettes dans les années récentes, nombre de CSI ont vu leur résultat de fin d'exercice se détériorer, et souvent basculer en déficit : ainsi le pourcentage de CSI déficitaires passe de 39 % à 43 % entre 2019 et 2021. 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 ressources.

<sup>96</sup> « 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.

<sup>97</sup> Source : questionnaire IGAS mi 2022.

<sup>98</sup> Questionnaire IGAS à l'ensemble des CSI de France, mi-2022.

<sup>99</sup> A fortiori pour les centres relevant de la BAD ayant décidé de reporter l'application de l'avenant 43 au 1<sup>er</sup> janvier 2022, et ils sont relativement nombreux dans ce cas (voir l'annexe 2 relative à la revalorisation de l'avenant 43 de la CC BAD.)

Parmi les structures qui étaient en excédent en 2019 et qui le sont encore en 2021, presque la moitié ont vu l'excédent qu'elle dégagait en fin d'exercice décroître.

Parmi les CSI qui, à la fois, étaient en excédent en 2019 et ont en 2021 un excédent supérieur à celui de 2019 (soit 20 % de l'ensemble des CSI), on pourrait s'attendre à un relatif optimisme mais c'est loin d'être toujours le cas : presque un tiers d'entre eux (34 %) considère la santé économique du centre mauvaise et presque la moitié (46 %) pense que leur centre est susceptible de fermer d'ici une ou deux années. Cela illustre le fait que, même pour les centres présentant des résultats comptables en apparence meilleurs que les autres, l'avenir n'est pas perçu avec sérénité. Cette situation tient au fait que les motifs financiers ne sont pas la seule source d'inquiétude des CSI.

Cette photographie de l'état des centres avant l'application en année pleine de la revalorisation de l'avenant 43 de la convention BAD montre que cet avenant est intervenu dans un contexte où nombre de CSI étaient d'ores et déjà fragiles. Identifier la nature des fragilités permet dès lors de saisir l'impact, différencié selon les centres, des revalorisations salariales en cours.

## 2.2 Les difficultés étaient principalement d'ordre financier ou RH, rarement les deux à la fois

### 2.2.1 Des fragilités financières

Près de la moitié des CSI estiment que leur centre est susceptible de fermer d'ici une ou deux années et, parmi ces derniers, le premier motif avancé est financier (plus des trois quarts des centres). Afin d'objectiver la fragilité financière plus ou moins grande des CSI, la mission a constitué un indicateur composite reposant sur six éléments<sup>100</sup> :

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,
4. Avoir un budget global du CSI en baisse entre 2019 et 2021,
5. Etre un CSI qui relève de la convention collective de la BAD (et donc concerné par les avenants 43 et 44 et leur revalorisation salariale),
6. Exprimer le besoin d'une aide d'urgence en trésorerie pour poursuivre son activité.

Sont considérés comme en fragilité financière forte à fin 2021 les CSI remplissant au moins quatre critères sur les six et en fragilité financière faible ou nulle ceux n'en remplissant aucun ou uniquement un élément parmi les six.

Suivant cet indicateur composite, un peu plus d'un CSI sur quatre est à considérer, à fin 2021, comme en fragilité financière forte quand, à l'inverse, un tiers sont en fragilité financière faible ou nulle. Tandis que, pour les premiers, 94 % des responsables de centres s'estiment en mauvaise ou très mauvaise santé économique, ce n'est le cas que de 30 % pour les seconds<sup>101</sup>.

---

<sup>100</sup> La mission ne disposait pas d'informations sur l'endettement des structures ou les réserves dont peuvent disposer les gestionnaires de CSI.

<sup>101</sup> Voir le détail dans l'annexe relative à la typologie des CSI en difficultés.

### 2.2.2 Des difficultés RH

Parmi les CSI s'estimant susceptibles de fermer d'ici une ou deux années, plus de la moitié (58 %) avancent parmi les motifs explicatifs le manque de personnel IDE. La difficulté à recruter des IDE peut venir à la fois d'un manque d'IDE sur le territoire et d'une insuffisante attractivité des CSI par comparaison avec d'autres potentiels employeurs (ex. concurrence salariale). Comme pour le volet financier, la mission a élaboré un indicateur composite afin d'objectiver les difficultés RH des CSI. Ce dernier repose sur 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 une salariée 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.

Suivant cet indicateur composite, un peu moins d'un quart des CSI sont à considérer fin 2021-début 2022 comme en fragilité RH forte quand, à l'inverse, près de la moitié sont en fragilité RH faible ou nulle.

### 2.2.3 Une faible interpénétration des fragilités financières et des difficultés RH

Parmi les CSI ayant au moins une des deux fragilités (financières ou RH) sous sa forme forte, on en dénombre moins d'un sur cinq qui cumulent les deux à la fois. Cette situation tient au fait que l'essentiel des dépenses d'un centre porte sur le personnel : un centre qui accroît la rémunération de ses salariés est certes plus attractif, a du même coup moins de difficultés à recruter mais prend le risque de dégrader son résultat financier de fin d'exercice (cf. la tarification des actes réalisés par les infirmières n'a aucun lien avec leur rémunération). A l'inverse, un CSI qui privilégie une gestion financière équilibrée et qui, en conséquence, applique un niveau de rémunération plus modérée des personnels rencontrera plus fréquemment des difficultés à être attractif d'un point de vue salarial vis-à-vis des potentiels autres recruteurs d'infirmières de son territoire.

### 2.2.4 L'existence, quoique marginale, d'autres difficultés

Les auditions en région ainsi que l'analyse des réponses au questionnaire IGAS transmis à l'ensemble des CSI métropolitains ont permis d'identifier d'autres sources de difficultés pour les CSI, telles que la diminution du nombre de bénévoles actifs dans les associations (problématique fréquente de bénévoles retraités ayant des difficultés à trouver des personnes prêtes à prendre la relève) ou une demande de soins infirmiers jugée parfois insuffisante (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). Il n'apparaît cependant pas que ces difficultés sont de nature à faire courir un risque à court terme sur la viabilité du centre, contrairement aux fragilités RH et financières.

## 2.3 L'origine des difficultés financières ou RH est délicate à établir, même si quelques faits saillants émergent

Il n'est pas aisé d'identifier les causes des difficultés rencontrées par les CSI tant elles peuvent être multiples d'un point de vue microéconomique et variables d'un territoire à l'autre. Les travaux de la mission permettent néanmoins d'identifier plusieurs pistes d'explications.

### 2.3.1 Causes des fragilités financières : petite taille, poids du personnel administratif et faible productivité des personnels IDE

Les CSI ayant des fragilités financières fortes (cf. indicateur composite financier) ont une taille plus réduite que les autres CSI, de l'ordre de 10 % d'effectifs en moins. Cet enjeu de la taille critique d'une structure avait déjà été identifié lors des travaux réalisés par l'IGAS en 2006 sur les CSI. Il s'explique par le fait que, plus une structure est petite, plus il lui est difficile de réduire le coût de certaines dépenses (ex. informatique, locaux, véhicules, couverture de plages d'accueil). On observe ainsi une scission 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, à fin 2021, le résultat de fin d'exercice médian parmi les CSI du 1<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> quartile (les gros CSI, plus de 625 000 euros de budget annuel)<sup>102</sup> est excédentaire de plus de 23 000 euros.

Par ailleurs, la comparaison des CSI ayant des fragilités financières fortes avec les CSI n'ayant pas de fragilité financière fait apparaître un excès de personnels administratifs au sein des CSI fragiles : ainsi, tandis que, chez les premiers, on compte en moyenne un ETP administratif pour 4,48 ETP d'IDE, le ratio est, chez les seconds, d'un ETP administratif pour 4,95 ETP d'IDE (en d'autres termes, chez ces CSI, un ETP administratif gère en moyenne l'activité d'un plus grand nombre d'IDE). Ce décalage provient peut-être en partie de la plus petite taille des CSI fragiles financièrement : à titre d'exemple, l'amplitude des plages horaires d'accueil du public (par téléphone ou dans les locaux du centre) est sensiblement la même que l'on soit un petit ou un gros centre.

L'élément de différenciation le plus saillant entre les CSI ayant des fragilités financières fortes et ceux qui n'en ont pas porte sur la productivité des IDE : en effet, les premiers réalisent un volume d'actes par ETP d'IDE par an en moyenne 15 % plus faible que les seconds. Les recettes des CSI étant directement fonction des actes qu'ils réalisent, un tel écart a un impact direct sur le budget des centres et donc sur leur équilibre financier.

Par ailleurs, la recette moyenne par acte des CSI ayant des fragilités financières fortes est de 9 euros quand elle est de 9,8 euros chez les CSI n'ayant pas de fragilités financières, et de 9,4 euros en moyenne sur l'ensemble des CSI<sup>103</sup>. Cet écart peut s'expliquer potentiellement de plusieurs façons : moindre performance du CSI dans la cotation des actes réalisés, plus faible proportion de patients dont les actes sont fortement rémunérateurs, part plus grande des actes rémunérés à 50 % ou gratuits dans l'ensemble des actes réalisés par le CSI... Quoiqu'il en soit, les CSI fragiles financièrement produisent en moyenne non seulement moins d'actes mais aussi des actes moins rémunérateurs, autant d'éléments qui pèsent in fine sur leur équilibre financier.

<sup>102</sup> Résultats proches avec le calcul de la médiane. Calcul des auteurs.

<sup>103</sup> Les analyses de la mission IGAS montrent que cet écart n'est pas dû à un poids différencié des actes AIS chez les uns par rapport aux autres.

Les investigations menées par la mission n'ont pas montré que les difficultés économiques des CSI, pris dans leur ensemble, provenaient d'une demande d'activité insuffisante. On constate même plutôt sur la période récente une hausse globale de l'activité dans le secteur. A ce jour, les deux principaux prescripteurs de soins des CSI sont les médecins de proximité et les sorties d'hospitalisation. Pour autant, renforcer la maîtrise de la demande de soins qui s'adresse aux centres apparaît être un facteur utile pour faire face à des difficultés économiques, et ce de plusieurs façons : réduire son activité lors de pénuries de personnel, développer l'activité dans les locaux du centre (optimisant du même coup le temps des personnels infirmiers sur des tâches de soins sans déplacement) ... Plusieurs pistes méritent d'être explorées dans ce but : proposer des prises en charge sur les plateformes de rendez-vous<sup>104</sup>, intensifier les partenariats externes pour qu'ils soient générateurs d'un flux plus conséquent de prises en charge (principalement HAD et SSIAD)<sup>105</sup> dans une logique de complémentarité, soutenir l'inscription des CSI au sein de la CPTS de leur territoire dans un objectif de coordination renforcée des parcours patients<sup>106</sup> (voir infra), meilleure visibilité des CSI au sein des projets régionaux de santé portés par les Agences régionales de santé...

### 2.3.2 Causes des difficultés RH : manque d'attractivité salariale et de notoriété comme principales causes explicatives

Les causes des difficultés RH des CSI ne s'observent que difficilement à travers les données d'activité des centres ou d'enquête auprès des CSI (cf. questionnaire IGAS). Il ressort certes le fait que les CSI ayant des difficultés RH fortes ont une productivité par ETP d'IDE par an nettement plus élevée que les autres (près de 12 % de plus que la moyenne) mais cet élément peut être interprété autant comme une cause de difficultés RH (la plus forte productivité attendue des personnels est source d'un plus grande turn over des effectifs et donc d'une nécessité plus grande de recruter en permanence de nouvelles infirmières) que comme une conséquence des fragilités RH (c'est parce que le CSI peine à recruter des infirmières qu'il intensifie le travail des personnels présents en accroissant le nombre de patients par tournée, en optimisant les temps de déplacement ou en demandant des heures supplémentaires aux infirmières).

Le zonage infirmier ne fait pas apparaître de surreprésentation des CSI ayant des fragilités RH fortes dans les territoires où la densité infirmière est faible (ce qui aurait pu laisser à penser que la tension sur les recrutements est forte) : leur répartition géographique est similaire aux autres CSI selon ce critère.

Les acteurs des centres auditionnés par la mission IGAS évoquent in fine un argument principal pour expliquer les difficultés RH des CSI : leur manque d'attractivité salariale. Ce manque d'attractivité se décline en pratique de deux façons : l'une par rapport aux autres professions salariées d'infirmières (Hôpital, Ehpad, etc.) et l'autre par rapport aux infirmières libérales. Concernant les autres professions salariées d'infirmières, elles ont été pour la majorité d'entre elles bénéficiaires de la prime Ségur de 183 euros nets mensuels, ce qui n'a pas été le cas des infirmières des CSI (voir ci-

<sup>104</sup> Aujourd'hui, seul un CSI sur six (16 %) déclare proposer à sa patientèle la possibilité de prendre rendez-vous via des services en ligne type Doctolib ou Medicalib (enquête IGAS auprès des CSI de France, mi 2022).

<sup>105</sup> A titre d'exemple, plus des trois quarts des CSI ont conventionné avec un SSIAD et près de neuf sur dix avec une structure HAD : pour autant, ces partenariats sont générateurs d'une activité très faible pour le CSI. Parmi les CSI ayant signé une convention avec un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile), ce financement représente en moyenne moins de 6 % de leurs ressources ; parmi les CSI ayant signé une convention avec une structure HAD (hospitalisation à domicile), le financement associé représente en moyenne moins de 3 % de leurs ressources (données 2021 à partir de l'enquête IGAS de mi 2022).

<sup>106</sup> Plusieurs CSI ont fait état de la perte de temps conséquente que représente le manque de lien avec les prescripteurs lorsqu'une prescription nécessite une coordination plus étroite entre médecins et infirmiers (ex. nature des pansements d'une plaie).

dessus). Concernant les infirmières libérales, elles ont la capacité d'augmenter leurs revenus si elles le souhaitent en augmentant leur temps de travail. Ce facteur pourrait se renforcer avec le retour d'une inflation forte, poussant un certain nombre de professionnels à rechercher des modalités d'exercice leur permettant d'accroître leurs revenus.

A l'inverse, les conditions d'exercice en CSI (salariat, travail en équipe, moindre fréquence des astreintes le week-end ou la nuit) sont souvent présentées par les responsables de centre comme des facteurs d'attractivité des CSI, bien qu'ils soient souvent mal connus des professionnels en recherche d'emploi (cela tenant au faible nombre de CSI sur le territoire).

## 2.4 La revalorisation salariale issue de la convention collective nationale de la BAD ne concerne pas tous les CSI

### 2.4.1 Une négociation de l'avenant 43 à la CCN BAD antérieure à l'accord Ségur

En 2015, lorsque débutent les négociations relatives à la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (« BAD »), la revalorisation générale des personnels infirmiers n'était clairement pas une priorité affichée<sup>107</sup>. L'objectif principal était de réviser la classification des emplois et le système de rémunération d'une grille conventionnelle devenue obsolète<sup>108</sup>, notamment pour revaloriser les métiers situés en bas de la grille, dont les premiers niveaux des coefficients de rémunération étaient inférieurs au SMIC.

A l'été 2021, l'agrément et l'extension de l'avenant 43/2020 de la CCN BAD<sup>109</sup> 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 EHPAD<sup>110</sup>, 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 sont décidées dans le champ des établissements sociaux et médico-sociaux (cf. annexe 2 relative à la revalorisation de l'avenant 43 de la convention BAD). La décision d'agréer et d'étendre l'avenant 43/2020 de la CC BAD s'inscrit dans le contexte général des mesures salariales prises dans le cadre du Ségur de la santé, quand bien même la revalorisation salariale issue la nouvelle classification des emplois et du système de rémunération s'applique à l'ensemble des personnels (IDE et métiers des fonctions administratives ou support).

### 2.4.2 Un tiers des infirmières exerçant en CSI non concerné par l'avenant 43 de la convention collective de la BAD

Une partie des CSI (un peu moins d'un tiers)<sup>111</sup> appliquent une autre convention ou accord collectif que la CC BAD, dont les rémunérations n'ont pas été revalorisées. De même, les IDE employés dans

<sup>107</sup> Ils représentent une minorité des effectifs de la branche : 2 % pour les IDE, 1 % pour les IDEC. Cf. annexe détaillée

<sup>108</sup> Le précédent accord relatif aux emplois et rémunérations datait de 2002.

<sup>109</sup> 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.

<sup>110</sup> 90 € nets attribués à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2020 et 93 € net à partir du 1<sup>er</sup> mars 2021.

<sup>111</sup> Cf. données issues des déclarations sociales nominatives citées supra et de l'enquête IGAS.

les CSI municipaux sous statut de la fonction publique territoriale n'ont pas bénéficié d'une augmentation du traitement<sup>112</sup>.

Les responsables de ces centres ont rapporté le sentiment d'iniquité ressenti par les personnels, d'autant plus prégnant que les CSI sont pour une grande partie d'entre eux adossés à un groupe ou une entité juridique gestionnaire de plusieurs autres structures qui peuvent avoir bénéficié d'une « prime Ségur »<sup>113</sup>. 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 sous convention UCANSS n'ont pas bénéficié de prime. Dans d'autres établissements du groupe (SSR, EHPAD) ou de structures médico-sociales (SSIAD), les personnels IDE ont obtenu une prime.

Cette situation entraîne parfois une « fuite » desdits personnels vers d'autres structures ou modes d'exercices plus rémunérateurs. Certains interlocuteurs constatent un phénomène qualifié de « nomadisme infirmier » : 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 qui l'ont été. Par exemple, un centre a enregistré le départ de cinq IDE sur les sept que comptait le centre<sup>114</sup>.

### 2.4.3 Un réel risque d'escalade conventionnelle

L'absence de prime Ségur pour les personnels infirmiers des CSI a engendré des départs de personnels et des difficultés de recrutement pour les centres, en conséquence de quoi un grand nombre d'entre eux ont dans un premier temps accordé des avantages extraconventionnels à leurs salariés (80 % des centres déclarent avoir fait bénéficier leurs IDE de suppléments de rémunération extra-conventionnels (ex. prime exceptionnelle, revalorisation) depuis la crise sanitaire).

L'avenant 43 de la convention BAD qui n'avait dans un premier temps (avant mars 2020) pas été agréé l'a été après l'été 2020 (date de l'octroi de la prime Ségur dans les hôpitaux et Ehpad). Il est donc en tant que telle la traduction d'une escalade conventionnelle du fait du risque de manquer de personnels soignants. D'autres traductions sont à en attendre : la FEHAP et la Croix rouge rapportent également l'étude ou la mise en place de mesures compensatoires pour limiter le nombre des départs et renforcer l'attractivité de leurs centres.

## 2.5 Les effets financiers de la revalorisation salariale liée à l'avenant 43 de la convention BAD sont forts

### 2.5.1 Pour les infirmières, un montant de la revalorisation de l'avenant généralement proche de 15 % et supérieur à la prime Ségur versée en hôpital ou en Ehpad

Pour déterminer le montant de la revalorisation qui a bénéficié aux personnels IDE, la mission a établi plusieurs cas type en fonction leur ancienneté (hypothèses détaillées en annexe 2 relative à la revalorisation de l'avenant 43 de la convention BAD), et a appliqué les revalorisations issues des avenants 43 et 44 (ce dernier venant réévaluer la valeur du point). Au final, l'augmentation se révèle

---

<sup>112</sup> 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. En revanche la rémunération des aides à domicile exerçant dans les SAAD de la FPT ont été revalorisées à la suite du décret n° 2022-728 du 28 avril 2022. Idem pour les personnels soignants exerçant dans certaines structures cf. décret n°2022-161 du 10 février 2022.

<sup>113</sup> D'après l'enquête IGAS, 59 % (234) des CSI relèvent d'une entité juridique gestionnaire qui possèdent d'autres structures : un SSIAD pour 183 d'entre eux, un autre CSI (104) ou CDS (57), un SAAD (72), un EHPAD (54).

<sup>114</sup> Une partie des personnels soignants et de rééducation ont bénéficié d'une augmentation salariale en 2022.

supérieure aux 183 € nets mensuels (230 € brut) accordés par la prime Ségur pour une majorité des personnels soignants. Elle atteint pour une IDE en début de carrière le montant de 324 € (montant brut), 375 € pour une IDE avec cinq années d'ancienneté, 370 € pour une IDE avec dix années d'ancienneté, 402 € pour une IDE avec 20 années d'ancienneté, soit un montant supérieur à celui de la « prime Ségur » (montants nets : respectivement 256€, 296€, 294€, 319€). En revanche pour une IDE coordinatrice avec dix ans d'ancienneté, la revalorisation sur le cas type établi aboutit à un montant inférieur (189 € brut, 149 € net)<sup>115</sup>.

Pour une secrétaire administrative avec cinq années d'ancienneté, la prime, dans le cas type référencé<sup>116</sup>, atteint 342 € pour un salaire brut passant de 1766 € à 2197 €, et un directeur avec cinq années d'ancienneté obtient une prime mensuelle nette de près de 600 € (pour un salaire revalorisé de 3 245 € à 3991 € brut, cf. tableau ci-dessous).

**Tableau 1 : Montant mensuel de la revalorisation brute accordée à la suite de l'application des avenants 43/2020 et 44/2020, par cas type, en €**

	Echelon	Coef.	Salaire brut avant av. 43 (après av. 44)	Salaire brut après avenant 43	% d'évolution avant/après avenant 43	Prime brute	Prime nette
IDE débutante	1	436	2 156	2 481	15,1 %	325	256
IDE 5 ans d'ancienneté	2	456	2 266	2 641	16,5 %	375	296
IDE 10 ans d'ancienneté	3	485	2 486	2 857	14,9 %	371	294
IDE 20 ans ancienneté	3	485	2 668	3 070	15,1 %	403	319
IDEC 10 ans ancienneté	3	540	2 877	3 065	6,5 %	189	149
Secrétaire 5 ans ancienneté	2	359	1 766	2 198	24,5 %	432	342
Directeur 5 ans d'ancienneté	1	583	3 245	3 991	23,0 %	746	597

Source : Mission – Les hypothèses retenues pour établir ces cas type figurent en annexe 2.

## 2.5.2 Des rémunérations plus avantageuses que les autres conventions collectives du secteur

La mission a transposé la situation de chaque cas type établis supra aux CCN du 31 octobre 51 (FEHAP) et à la convention Croix rouge, selon des hypothèses détaillées en annexe 2. Une telle analyse s'avère délicate, puisque les dispositions à impact financier divergent d'une convention à l'autre, leurs conditions d'application également, outre qu'il reste à l'employeur, lors du recrutement ou du reclassement, une marge d'appréciation quant au positionnement d'un salarié dans la grille. Par exemple, un directeur à la CCN 51, dont le total de points de base est de 635, peut être classé soit cadre administratif de niveau 2 (809 points), médecin chef d'établissement (1 260 points), médecin directeur (1 325 points).

<sup>115</sup> Simulations des montants bruts/nets réalisés sur le site ACOSS : <https://mon-entreprise.urssaf.fr/simulateurs/salaire-brut-net>

<sup>116</sup> Cf. annexe

A l'analyse des résultats, pour tous les cas type étudiés, il est désormais plus avantageux de travailler dans un CSI relevant de la convention BAD que dans l'un de ceux relevant de la FEHAP (54 établissements<sup>117</sup>) ou de la Croix rouge (14 CSI). Il s'avère par ailleurs que l'application en 2020<sup>118</sup> de l'avenant 44 de la convention BAD qui a revalorisé la valeur de point (passant de 5,38 € à 5,50 €) avait provoqué un premier « effet de rattrapage » de la CCN BAD par rapport aux autres conventions (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 2 : Evaluation des rémunérations brutes avant / après avenant 43 BAD et comparatif avec les autres conventions, en €

	Ecart après application avenant 43		Ecart avant application avenant 43 et après avenant 44	
	BAD / CCN51	BAD / Croix rouge	BAD / CCN 51	BAD / Croix rouge
IDE débutante	17 %	12 %	2 %	-2 %
IDE avec 5 ans d'ancienneté	20 %	17 %	3 %	0 %
IDE avec 10 ans d'ancienneté	24 %	13 %	8 %	-1 %
IDE avec 20 ans d'ancienneté	24 %	15 %	8 %	0 %
IDEC 10 ans	3 %	2 %	-4 %	-4 %
Secrétaire avec 5 ans ancienneté	23 %	21 %	-1 %	-2 %
Directeur avec 5 ans d'ancienneté	9 %	Non déterminé	-11 %	Non déterminé

Source : IGAS - Le tableau de cas type ci-dessus 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. Note de lecture : pour une IDE débutante, la BAD après avenant 43 offre une rémunération supérieure de 17 % comparativement à celle de la FEHAP. Pour une IDE débutante, la BAD après avenant 43 offre une rémunération supérieure de 12 % comparativement à celle de la Croix rouge.

Le risque de demande reconventionnelle qui résulte de cette situation est à mettre en relation avec le projet visant à créer une convention collective unique de branche étendue intégrant la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif (Bass) et regroupant les conventions collectives existantes.

### 2.5.3 Plusieurs chocs salariaux subis en deux ans par les CSI de la BAD

Pour rappel, les recettes des CSI sont principalement constituées de la somme des actes infirmiers facturés à l'Assurance maladie. De manière accessoire, s'ajoutent les rémunérations spécifiques de l'Assurance maladie (application de l'accord national organisant les rapports entre l'Assurance maladie), la subvention « Teulade »<sup>119</sup>, voire des subventions d'équilibre (rarement). Une augmentation des charges de dépenses de personnel (qui représentent plus de 80 % des charges des centres de soins infirmiers<sup>120</sup>) fait potentiellement peser un risque financier sur l'équilibre économique, dès lors que l'évolution à la hausse des charges est déconnectée de celle des recettes.

Pour estimer l'étendue des risques que cette revalorisation salariale fait peser sur l'équilibre économique des centres, la mission a établi un questionnaire pour obtenir une appréciation

<sup>117</sup> Cf. enquête IGAS.

<sup>118</sup> Signé le 30 avril 2020, l'avenant 44/2020 à la CC BAD est entré en vigueur le 1er octobre 2020, date de son agrément et a été étendu par arrêté le 16 février 2021, soit antérieurement à la date de l'agrément et de l'extension de l'avenant 43/2020.

<sup>119</sup> Consistant en une atténuation d'un pourcentage des charges sociales des professionnels de santé (11,5 %).

<sup>120</sup> 84 % d'après l'enquête réalisée par le RNOGCS en décembre 2021.

qualitative de cet effet après des centres de soins infirmiers, et demandé des données quantitatives à l'URSSAF Caisse nationale :

- Effet déclaré par les centres interrogés par l'IGAS

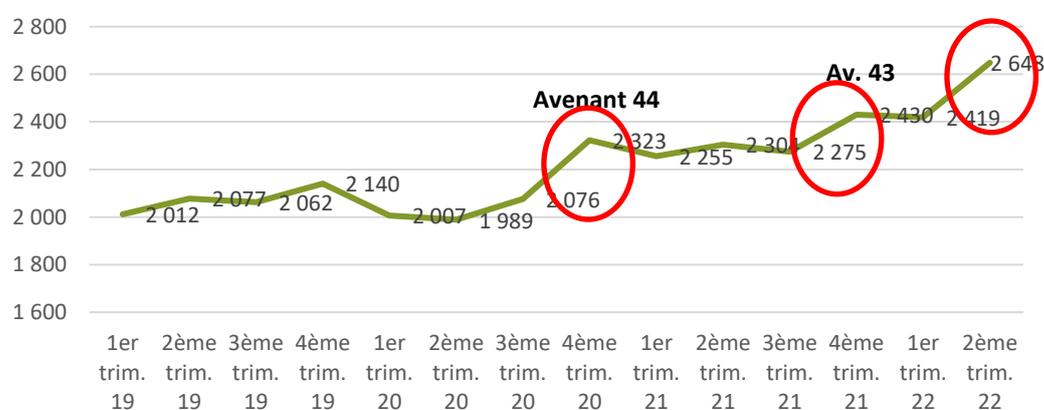
En l'absence de compensation financière, 60 % des CSI relevant de la BAD déclarent dans l'enquête réalisée par l'IGAS mi 2022 que l'impact de la revalorisation salariale de 2021 (avenant 43) sera « très fort » sur leur équilibre économique (26 % déclarent qu'il sera « fort »).

- Effet sur le salaire rapporté aux effectifs

Après retraitements des données issues des déclarations sociales nominatives (DSN)<sup>121</sup>, la rémunération moyenne mensuelle par effectif a enregistré plusieurs hausses brutales au cours de la période 2019-2022 (voir graphique ci-dessous) :

- au dernier trimestre 2020 (+11,9 %), concomitamment à la revalorisation du point de l'avenant 44 (+2,2 % imputable) et à, vraisemblablement, des primes extra conventionnelles versées au titre de l'engagement des personnels pour lutter contre le covid (et pour faire face au risque de départ de personnels vers des structures versant la prime Ségur) ;
- au dernier trimestre 2021 (+ 149 €, concomitamment à l'entrée en vigueur de l'avenant 43, +6,5 % par rapport à l'avant dernier trimestre de 2021)<sup>122</sup>,
- début 2022 (au second trimestre 2022, comparativement au second trimestre 2021, la hausse salariale moyenne mensuelle enregistrée a été de 344 €, soit +14,9 %<sup>123</sup>).

Graphique 2 : Rémunération brute moyenne mensuelle par effectif salarié, hors charges, 2019-2022



Source : Mission d'après données URSSAF Caisse nationale

<sup>121</sup> Les résultats et les retraitements sont présentés de manière détaillée en annexe XXX. Analyse portant sur 167 établissements s'étant déclaré à la CCN BAD, sur les effectifs salariés de fin de trimestre (les ETP n'étant pas une donnée disponible), masse salariale brute par trimestre (période d'emploi), cotisations dues par trimestre (période d'emploi).

<sup>122</sup> Les données de la DSN semblent ainsi 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 de rattrapage rétroactif en 2022 (les données communiquées par l'ACOSS sont établies par période d'emploi et donc corrigées de façon rétroactive quand des versements sont effectués a posteriori).

<sup>123</sup> Cette hausse est conforme à celle attendue du fait de la revalorisation des grilles de salaire. A noter que ces hausses sont globales et ne permettent pas d'identifier précisément la part de la contribution effective des avenants.

- Effet sur la masse salariale

Au cours de la période 2019-2022, la masse salariale brute s'établit en hausse au cours de la période en 2020 (+3,9 % par rapport à l'année précédente) et en 2021 (+11,1 % par rapport à l'année précédente). La masse salariale évolue positivement et plus rapidement que les effectifs salariés depuis le premier confinement (3<sup>ème</sup> trimestre 2020)<sup>124</sup>.

Ce phénomène d'augmentation de la masse salariale entre le second trimestre 2021 et le second trimestre 2022 ne concerne pas tous les centres. 35 % des CSI (57) enregistre effectivement une augmentation de la masse salariale comprise entre 0 et 14,6 %, qui peut en partie être imputée à l'effet de l'avenant 43. A contrario, 28 % d'entre eux voient leur masse salariale diminuer : indépendamment de l'effet de l'avenant sur les salaires, d'autres facteurs expliquent cette évolution, comme par exemple des départs non compensés par des recrutements.

La mise en œuvre de la nouvelle grille consécutive à l'avenant 43, qui valorise la technicité des emplois par la mise en place de degrés et d'échelons attribués en fonction de l'ancienneté, a été l'occasion pour les employeurs d'opérer des choix de reclassement, notamment pour les personnels les plus expérimentés, de manière plus ou moins favorable. Il a par exemple été rapporté le cas d'un CSI, où, pour compenser le coût de l'application de l'avenant 43, les responsables ont supprimé des avantages extra conventionnels (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 antérieurs.

L'impact de la revalorisation salariale est donc plus ou moins fort selon les centres, en fonction de la structure du personnel et des choix de reclassement opérés dans la grille conventionnelle, ce que les acteurs de terrain auditionnés par la mission lui ont confirmé.

#### 2.5.4 Un coût total annuel de l'application de l'avenant 43 pour les CSI de la BAD estimé à 21 M€

L'estimation du coût annuel de l'avenant avait été estimé début 2022 par la DSS à 15 M€ pour près de 2 000 ETP infirmiers en CSI. L'une des principales limites méthodologiques rapportée par la DSS à sa simulation de l'impact de l'avenant 43 est l'absence de simulation de changements comportementaux liés à l'avenant, pour les salariés comme les employeurs. En effet, les réactions des acteurs aux changements sont complexes à anticiper et à modéliser (ex. renégociation d'avantages extra conventionnels antérieurs, voir ci-dessus). 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.

La mission, après retraitement à partir des données disponibles dans eCDS, et à partir des données issues de l'enquête IGAS et de l'URSSAF Caisse nationale (70 % des CSI relèvent de la BAD), arrive à la conclusion que 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)<sup>125</sup>.

<sup>124</sup> Cf. annexe.

<sup>125</sup> Calcul de l'estimation détaillé en annexe 2 relative à la revalorisation de l'avenant 43 de la CC BAD. L'écart provient du fait que ce ne sont pas 2000 ETP IDE qui travailleraient en CSI BAD mais plus de 2200.

Si l'on ajoute au coût de la revalorisation des personnels soignants celle portant sur les personnels administratifs, le surcoût global lié à l'avenant 43/2020 pour les CSI de la BAD avoisinerait les 20,6 millions d'euros en année pleine.

#### **En conclusion d'étape**

Le choc salarial a concerné les CSI en plusieurs vagues, sous l'effet successif de l'absence de prime Ségur (octroi en retour d'avantages extraconventionnels), de l'avenant 44 de la convention BAD puis de l'avenant 43 de la convention BAD ;

Le coût de la revalorisation globale annuelle liée à l'avenant 43, évaluée initialement à 15 M€ par la DSS pour les personnels soignants, a été réévalué à 20,6 M€, tous personnels confondus ;

L'effet de la revalorisation sur les rémunérations brutes peut varier sensiblement selon les centres, en fonction du profil des personnels et de leur ancienneté ainsi que des hypothèses de reclassement des personnels qui ont été retenues ;

## **2.6 La revalorisation salariale liée à l'avenant 43 de la convention BAD pourrait, en l'absence de compensation par les pouvoirs publics, réduire les difficultés RH mais accroître la fragilité financière du secteur**

Face aux difficultés financières qu'ils rencontraient, un certain nombre de CSI relevant de la BAD n'ont pas appliqué au 1<sup>er</sup> octobre 2021 l'avenant 43 de la convention BAD (revalorisation des grilles), reportant à 2022 sa mise en œuvre. 2022 est la première année pleine d'application de l'avenant.

Une simulation réalisée par la mission IGAS quant à l'impact de cette revalorisation sur les comptes des CSI de la BAD<sup>126</sup> montre un impact financier particulièrement fort sur l'équilibre des comptes des CSI (pour plus de détails, voir l'annexe 11 relative à la typologie des CSI en difficultés économiques) : en appliquant aux comptes 2021 une revalorisation salariale de 15 %, on observe un résultat simulé de fin d'exercice négatif pour 83 à 90 % des CSI de la BAD (la variation tient aux hypothèses retenues dans la simulation<sup>127</sup>) alors que les données réelles observées à fin 2021 montraient un déficit chez 47 % des CSI BAD.

Cet impact élevé s'explique par le fait que la hausse des dépenses de personnel est mécanique alors qu'il n'y a en face aucune hausse automatique des recettes des CSI (l'essentiel de leurs ressources provient de la tarification à l'acte). Dans la grande majorité des cas, le déficit est supérieur à 10 000 euros : en effet, le surcoût de la revalorisation est en moyenne de 43 000 par CSI alors que les CSI sont des structures généralement de petite taille dégageant peu d'excédent (le budget médian des CSI est de 413 000€). Au regard de l'indicateur composite financier élaboré par la mission, on passerait d'environ un tiers des CSI BAD en fragilités financières fortes à fin 2021 à près de la moitié avec application de l'avenant 43.

Cependant, étant donné le fait que le manque d'attractivité salariale est vraisemblablement la principale cause des difficultés de recrutement des CSI, on peut logiquement s'attendre à ce que cette revalorisation accroisse l'attractivité des centres, en particulier pour ceux ayant au préalable des difficultés RH fortes du point de vue de l'indicateur composite RH élaboré par la mission (un CSI de la BAD sur cinq). En pratique, par rapport à la situation antérieure, l'avenant 43 va, selon toute

<sup>126</sup> Simulation suivant une revalorisation moyenne de 15 % des personnels dans les CSI relevant de la BAD.

<sup>127</sup> Ces simulations ne prennent pas en compte le fait que l'augmentation des dépenses de personnel induite par l'avenant 43 va mécaniquement accroître la subvention Teulade dont bénéficient les centres (11,5 % assis sur les rémunérations brutes du personnel soignant) ; cette hausse devrait représenter quelques milliers d'euros par centre en moyenne.

vraisemblance, conduire, d'un côté, à diminuer l'ampleur des difficultés de recrutement RH des structures mais, d'un autre, à intensifier et généraliser les fragilités financières des CSI de la BAD en l'absence de compensation.

## 2.7 Le risque de fragiliser encore un peu plus des territoires d'ores et déjà vulnérables

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. Un peu moins d'un CSI sur dix est implanté en quartier politique de la ville (QPV) et 13 % en zone de revitalisation rurale (ZRR).

A fin 2021, c'est un peu plus de 15 % des CSI de France qui, à la fois, rencontraient des fragilités RH et/ou financières fortes et étaient implantés dans des territoires vulnérables (ZRR, QPV ou zonage infirmier sous doté ou très sous doté).

Une fois pris en compte l'impact de l'avenant 43 de la convention BAD, c'est environ un CSI sur six (un peu plus de 16 % des CSI de France) qui, à la fois, rencontrent des fragilités fortes et sont implantés dans des territoires vulnérables (ZRR, QPV ou zonage infirmier sous doté). Cette grande stabilité territoriale apparente entre 2021 et 2022 s'explique par le fait que l'avenant 43 a, pour partie, eu pour effet de substituer des difficultés financières aux difficultés RH antérieures (manque d'attractivité salariale). Il masque néanmoins l'intensification des difficultés financières pour les CSI de la BAD qui en rencontraient déjà (voir ci-dessus). Rapportée à l'ensemble des CSI, cela concerne un peu plus de 80 CSI en France pour lesquels le risque de fermeture constitue une alerte.

Si l'on ajoute à cela les CSI qui sont implantés en zonage infirmier intermédiaire, on constate qu'après application de l'avenant 43 de la BAD, près d'un tiers des CSI de France (31 %) sont des CSI qui, à la fois, rencontrent des difficultés économiques fortes (RH ou financières) et sont implantés dans des territoires vulnérables ou en passe de le devenir si le CSI venait à fermer<sup>128</sup> (zonage infirmier intermédiaire). Cela équivaut à un peu plus de 160 CSI en France.

## 3 La nécessité de sécuriser l'action des centres de soins infirmiers et d'utiliser les centres de soins infirmiers comme un levier de développement d'une approche globale en santé

Face au risque de fermeture d'un certain nombre de CSI, pourrait ainsi se poser la question de savoir pourquoi il est ou non utile de soutenir les CSI et, même de contribuer à leur développement. Plusieurs arguments peuvent être avancés en faveur d'une remobilisation des CSI dans l'offre de soins de proximité :

- un acteur disponible, investi et facilement mobilisable en situation de crise sanitaire ;

---

<sup>128</sup> Pour mémoire, dans ces communes, les IDE du CSI représentent, en médiane, plus de la moitié (57 %) de l'offre de soins de proximité (IDE CSI+IDEL) (pour plus de détails, voir l'annexe 11 relative à la typologie des CSI en difficultés). Dans le cas de fermeture d'un CSI, il est difficile d'estimer la proportion d'IDE du CSI qui décideraient de s'installer à proximité du CSI en IDEL (ne faisant du même coup pas disparaître une partie de l'offre de soins infirmiers de proximité). Au regard des investigations de la mission, il est vraisemblable que ces transferts seraient peu nombreux dans la mesure où nombre de personnes exerçant en CSI occupent ce type de poste du fait du salariat, ne souhaitant pas une activité libérale avec les contraintes qu'elle comporte (isolement, charges administratives, variabilité des revenus...).

- une performance d'intervention plutôt favorable (coût par patient en moyenne moindre du point de vue de l'assurance maladie pour les CSI par rapport aux IDEL), complémentaire de l'exercice libéral ;
- une bonne accessibilité pour la patientèle ;
- des structures porteuses d'actions de prévention, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique des patients (cf. §3.2.5 infra) ;
- support de coordination des acteurs de proximité autour des patients dans la construction des parcours de prise en charge (cf. 3.2.1 infra) ;
- une continuité de la prise en charge sanitaire à domicile facilitée par le fait de pouvoir s'appuyer sur un collectif ;
- les CSI comme levier de lutte contre les déserts infirmiers.

Les constats de la mission montrent que là où ils sont implantés, les CSI sont un acteur majeur dans la chaîne des soins primaires. La fermeture d'un centre aurait pour conséquence immédiate une diminution de la densité du zonage territorial des infirmières installés alentour. Des territoires pourraient potentiellement devenir sous-dotés en IDEL, voire désertés<sup>129</sup>. Pour la patientèle, l'absence ou la moindre accessibilité de l'offre de soins infirmiers de proximité implique soit de reporter la demande de soins auprès d'un professionnel ou établissement de santé autre (médecin, service des urgences hospitalières), soit un risque de non recours (pouvant aboutir à la dégradation de l'état de santé du patient).

Même si, à la date des investigations de la mission (second semestre 2022), les fédérations n'ont pas fait état de fermetures directement consécutives à l'application de l'avenant 43<sup>130</sup>, pour un certain nombre de centres, les données collectées mettent en évidence une situation de fragilité économique particulière en sortie de crise sanitaire, indépendamment de la chronicité des difficultés économiques de certains centres.

Aussi la mission est favorable à l'attribution d'une aide transitoire ciblée sur les CSI en difficultés. La sécurisation par un centre de ses finances est un enjeu central pour le déploiement de ses prises en charges sur son territoire d'intervention. Or, les difficultés économiques d'un certain nombre de centres font peser des risques sur l'activité qui sont problématiques, et pour partie évitables. La mission a identifié diverses pistes. Certaines pouvant être mises en œuvre à brève échéance relèvent des CSI eux-mêmes, et peuvent faire l'objet d'un accompagnement des ARS (par exemple dans l'hypothèse d'une restructuration en CDS) et CPAM (ex. monter en compétence des personnels des CSI sur la cotation des actes, meilleure gestion des rejets de facturation), d'autres d'une rémunération plus adaptée des actions entreprises par les CSI (ex. stagiaires IFSI, permanence des soins, financement d'aides-soignantes pour les actes relevant de leur répertoire de compétences, modalités de calcul des indemnités kilométriques), d'autres pour inciter au développement de leur activité (ex. actions de prévention). D'autres pistes requièrent des évolutions plus structurelles (ex. évolution des modes de financement).

---

<sup>129</sup> La difficulté qu'ont depuis plusieurs années les pouvoirs publics à résorber les difficultés d'accès aux soins infirmiers de proximité dans les territoires en zonage sous dotés et ce malgré la mise en place de dispositifs d'incitation à l'installation montre clairement que la faible concurrence infirmière dans une zone (cf. densité infirmière) n'est qu'un paramètre parmi d'autres pour les IDEL dans leur choix d'implantation. Il y a donc de fortes raisons de penser que la disparition d'un CSI (ce qui signifie en moyenne 7 infirmières de proximité de moins sur la commune) ne sera pas de facto remplacée par des IDEL soudainement désireuses de s'installer sur ce territoire du fait de la moindre concurrence.

<sup>130</sup> D'autant qu'il ne semble pas avoir été alors pleinement appliqué, Cf. §2.3.1

### 3.1 Esquisse pour le maintien d'une aide transitoire aux CSI en situation de fragilité

#### 3.1.1 L'octroi d'une subvention exceptionnelle de 4 M€ accordée début 2022 dans l'attente des conclusions de la mission IGAS

Alerté par les fédérations sur les difficultés rencontrées par les CSI relevant de la BAD, 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.

Il est apparu au cours des investigations de la mission que l'objectif poursuivi et les modalités de détermination du montant de cette aide n'étaient pas toujours très clairs pour nos interlocuteurs. Elle correspondait 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 de l'avenant (dernier trimestre 2021), ce qui correspond, avec les clés de calcul de la DSS (surcoût estimé alors à 15,3 millions d'euros pour le personnel soignant des CSI BAD), effectivement, à un montant proche de 4 M€<sup>131</sup>.

Le montant de l'aide a été réparti via le Fonds d'intervention régionale (FIR) par les ARS en fonction des effectifs ETP infirmier par CSI, et non en fonction des besoins financiers réels des centres générant du même coup un effet d'aubaine financier pour des CSI ne rencontrant pas de difficultés financières. Les centres rencontrés considèrent cette aide insuffisante en l'état :

- en l'absence de l'intégration des fonctions administratives et de « support » dans le calcul de l'aide ;
- en l'absence de compensation ultérieure (par parallélisme de formes avec les autres opérateurs relevant de la BAD qui bénéficient d'une compensation forte par les pouvoirs publics de l'avenant 43 du fait des modes de financement qui leur sont propres).

#### 3.1.2 Clarifier l'objectif, le périmètre et les critères d'attribution d'une aide financière aux CSI

Le principe de compensation par l'Etat des conséquences financières des accords découlant des négociations conventionnelles entre les partenaires sociaux pose question à plusieurs titres : tout d'abord, il conduit à verser des aides à des CSI qui n'en ont pas la nécessité d'un point de vue financier (effet d'aubaine) ; par ailleurs, il pose un problème d'équité entre acteurs dans la mesure où plusieurs acteurs ne relevant pas de la BAD ont été contraints de pratiquer des revalorisation salariale sur la période afin de ne pas voir leur personnel partir travailler ailleurs (la fuite des personnels est l'élément, pour un CSI, qui fait courir à court terme le plus fort risque de fermeture ; plusieurs leviers peuvent à l'inverse être actionnés pour traiter des difficultés financières et retarder dans le temps le risque de fermeture qu'elles font peser sur un CSI<sup>132</sup>).

<sup>131</sup> Soit 15,3 M€ x 3/12 = 3,8 M€.

<sup>132</sup> Exemples des mesures pouvant être prises par un CSI pour faire face à des difficultés financières : révision des avantages extraconventionnels, étalement de dettes fournisseurs, demande de réduction de loyers aux bailleurs, meilleure optimisation des tournées à domicile des IDE, adéquation plus fine des effectifs à la demande (soit en jouant sur les effectifs, par exemple en réduisant les heures supplémentaires, soit en prenant des mesures pour accroître sa notoriété auprès du public afin d'agir sur la demande de soins), diverses mesures de gestion (efficacité de la cotation, limitation du volume des rejets, rapidité de transmission à l'assurance maladie des facturations afin de limiter la trésorerie sortante), mobilisation d'éventuelles réserves historiques du gestionnaire du CSI, mise en vente de biens immobiliers ou mobiliers du gestionnaire du CSI...

En revanche, le subventionnement provisoire de centres s'inscrit en cohérence avec la stratégie nationale de santé dès lors que l'objectif de cette aide est de passer le cap d'une restructuration en CDS médical polyvalent (cf. « Ma santé 2022 ») et/ou pour soutenir / préserver le maillage territorial des soins de proximité dans le cadre de la lutte contre la désertification des territoires.

Il paraît donc nécessaire de clarifier, dans l'hypothèse de l'attribution d'une nouvelle aide financière complémentaire :

- l'objectif poursuivi : soutien à l'équilibre économique du centre / compensation de la revalorisation salariale av.43+44 / financement d'une prime équivalente à la « prime Ségur » ;
- le champ d'application d'une éventuelle aide complémentaire : uniquement les CSI adhérents à la BAD ou l'ensemble des CSI, quel que soit leur statut ; l'ensemble des centres de santé employant des IDE, qu'ils relèvent d'un CDS médical (polyvalent) ou d'un CSI ; et dans l'hypothèse d'une aide conditionnée au nombre d'ETP, son application aux personnels soignants ou à l'ensemble des personnels ;
- Les éventuels critères conditionnant l'attribution de cette aide, et sa durée.

Pour ce troisième volet, le premier critère à retenir, pour la mission, est celui qui permet d'étayer des difficultés financières (montant du déficit prévisionnel pour 2022).

S'agissant des critères relatifs à la patientèle et au maillage du réseau de soins de proximité, trois critères paraissent essentiels pour déterminer l'éligibilité d'une aide transitoire :

- le critère de zonage infirmier : en l'absence d'aide, la disparition d'un CSI située en zonage infirmier sous doté ou intermédiaire aurait pour effet d'accroître les difficultés d'offre de ce territoire ou de le faire basculer en situation de carence ;
- le critère de priorité territoriale : en l'absence d'aide, la disparition d'un CSI située en quartier politique de la ville (QPV) ou en zone de revitalisation rurale (SRR) rendrait plus difficile l'accès aux soins à des populations rencontrant déjà de multiples difficultés par ailleurs ;
- le critère de la patientèle : en l'absence d'aide, la disparition d'un CSI prenant en charge un nombre élevé de patients vulnérables socialement (ex. C2S, AME) pourrait engendrer des risques de rupture de prise en charge dans le parcours de soins et de non recours ultérieurs.

### 3.1.3 Deux principaux scénarios d'aide : compensation du surcoût de la revalorisation salariale de la convention BAD versus aide exceptionnelle en trésorerie pour les CSI en difficultés, BAD ou non BAD

- La compensation partielle ou total du surcoût de la revalorisation salariale (« avenant 43 »)

Le premier scénario consiste à attribuer une aide pour compenser le surcoût de l'avenant 43 aux CSI relevant de la BAD uniquement, et adhérents à l'accord national assurance maladie.

Le surcoût a été estimé par la mission à 19,8 M€ (tous personnels confondus).

Ce scénario présente notamment pour désavantages qu'il n'écarte pas le risque de fermeture de CSI n'appliquant pas la BAD mais également en déséquilibre (iniquité de traitement) et qu'il existera un effet d'aubaine pour les CSI appliquant la BAD et qui sont à l'équilibre (au moins 10 à 17 %, d'après les estimations – vraisemblablement minorantes - de la mission).

En outre se posera la question de la pérennité et de l'exemplarité de cette aide, notamment au regard des centres relevant d'autres conventions (CCN 51, Croix Rouge, Mutualité française...).

- Une aide exceptionnelle en trésorerie aux CSI en difficultés, qu'ils relèvent ou non de la BAD

Ce second scénario, privilégié par la mission, consiste à verser une aide en trésorerie aux CSI en difficulté financière uniquement, quel que soit la convention appliquée, à partir de l'ampleur prévisionnel du déficit attendu en 2022. La mission écarte du public éligible les CDS médicaux polyvalent ayant une activité infirmière : ils présentent une structure économique, une activité (hors domicile principalement) et une structure de patientèle différentes.

Y seraient éligibles les CSI adhérents à l'accord national assurance maladie.

Son coût est estimé par la mission à 16,9 M€<sup>133</sup>.

Une telle aide (versée via le FIR) demandera un travail de réponse aux demandes d'information des CSI et un travail d'instruction des dossiers de demande par les ARS.

Le montant de l'aide attribuée par CSI visant à compenser le déficit (intégral ou partiel) devrait pouvoir être modulé en fonction de l'ampleur du déficit prévisionnel 2022, de l'existence ou non de réserves : le présent rapport présente plusieurs pistes qui peuvent aider les responsables des CSI à rétablir leur équilibre économique et/ou le restructurer ainsi que leurs interlocuteurs en ARS à les accompagner dans cette voie.

En l'occurrence, comme la mission l'a souligné, les données économiques et comptables de ces organismes ne font pas partie des données statistiques accessibles via la plateforme e-CDS administrée par l'ATIH, ce qui complique l'évaluation de leur situation financière. Il convient donc d'enrichir dans un premier temps (pour la collecte du 1<sup>er</sup> trimestre 2023) les données qui doivent être renseignées chaque année par les centres sous e-CDS (charges et produits prévisionnels, résultat prévisionnel 2022, disponibilités prévisionnelles du CSI/de son gestionnaire à fin 2022).

**Recommandation n°3** [ARS] Attribuer aux CSI en difficultés économiques fin 2022 une aide exceptionnelle en trésorerie modulable selon plusieurs paramètres de priorité (ex. zonage infirmier, patientèle, adhésion à l'accord national des centres de santé)

La mission propose que cette aide soit limitée à l'année 2022, sauf à ce que les pistes de pérennisation et de développement des CSI proposées ci-dessous, à un horizon de moyen terme n'aient pas pu être mises en œuvre en 2023.

Par ailleurs, le versement de cette aide d'Etat n'appelle a priori pas de notification préalable à la Commission européenne du fait des dispositions du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne et les réglementation européenne relative aux service d'intérêt économique général (SIEG) qui prévoit notamment une exemption pour les aides versées aux hôpitaux, ainsi qu'aux services répondant à des besoins sociaux concernant les soins de santé et de longue durée<sup>134</sup>.

---

<sup>133</sup> Simulation sur 2022 à partir des données 2021 issues de l'enquête IGAS et en estimant le nombre de CSI adhérent à 96 % des CSI.

<sup>134</sup> Décision de la commission du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106 § 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général (décision Almunia 2012/21/UE)

## 3.2 Des pistes de pérennisation et de développement des centres de soins infirmiers à même de produire des effets dès 2023

### 3.2.1 Sécuriser l'ancrage local des CSI à travers leur participation aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Les objectifs de « Ma Santé 2022 » font une place forte aux enjeux d'exercice coordonné. Si les CSI ne sont pas, par définition, un lieu d'exercice coordonné entre plusieurs professionnels de santé, ils participent néanmoins fortement à la coordination des soins, les infirmières jouant un rôle pivot quotidien en matière de coordination et d'articulation des interventions au domicile des patients : cette fonction de coordination externe est d'ailleurs l'une des composantes de l'accord national assurance maladie conditionnant l'attribution d'une rémunération spécifique (indicateur reposant 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).

Il n'en reste pas moins que nombre de CSI ont fait part à la mission des difficultés qu'ils rencontrent pour être pleinement intégrés à la communauté professionnelle CPTS de leur territoire, ces derniers ne répondant pas à la même logique organisationnelle (activité salariée versus activité libérale). Ce constat a été confirmé par les fédérations rencontrées (cf. § supra).

Une meilleure visibilité des CSI nécessite qu'ils soient présents dans les instances conçues pour aider les professionnels de santé à structurer localement leurs relations, articuler l'organisation des soins de ville et développer l'exercice coordonné. La création de ces communautés, portée par « Ma santé 2022 » et financées par l'ARS et les CPAM, nécessite la mise en place d'un conventionnement tripartite.

La mission recommande aux ARS/CPAM de veiller à la participation et à l'intégration des centres de soins infirmiers aux projets de santé portés par les CPTS.

**Recommandation n°4** [ARS] Appuyer les CSI dans leurs demandes de participation aux travaux de la CPTS

### 3.2.2 Inciter aux rapprochements entre structures et entre professionnels de santé

40 % des CSI appartiennent à un gestionnaire qui ne dirige aucune autre structure que le CSI. Outre le fait que les CSI sont généralement des structures de petite taille, ce type de configuration ne permet pas de tirer bénéfices d'appartenir à une association qui gère plusieurs structures. En effet, ces groupements ont plusieurs avantages :

- Ils permettent aux différentes structures de mutualiser plus facilement la gestion des fonctions support, des locaux et des équipements logistiques.

L'exemple qui a été le plus souvent présenté est celui de la rémunération d'un directeur dont la charge financière de la rémunération était répartie entre un SSIAD et un CSI, en fonction du temps passé dans les différentes structures. La comptabilité et la gestion des ressources humaines sont également le plus souvent mutualisées dans les associations qui déclarent posséder plusieurs structures (dans 80 à 90 % des cas).

- Ces rapprochements facilitent la coordination de l'intervention des professionnels, dans le domaine de leur compétence, aux différentes étapes du parcours des patients.

Une étude de la CNSA a constaté en 2016<sup>135</sup> lors de l'analyse de l'articulation des prestations entre les différents niveaux de dépendance (PCH, caisses de retraite, APA) un glissement des tâches effectuées à domicile, par exemple « *concernant les bénéficiaires de l'APA en GIR 1-2, des aides à domicile ont pu être amenées à effectuer des tâches, dans des situations à la frontière des soins infirmiers, ou en relais de ceux-ci, telles que des toilettes presque médicalisées, la pose de bandes de contention ou de l'aide à la prise de médicaments* ». Le rapport souligne dès lors « *le besoin de coordination entre les différents services d'aides à domicile et de soins infirmiers (...) [cette coordination] est souvent caractérisée par un manque de formalisation (...)* ». La coordination, qui est de fait facilitée au sein des associations qui gèrent plusieurs structures (CSI, SAAD et Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD)), devrait être simplifiée à la suite de la création des services autonomie<sup>136</sup>.

- Ces rapprochements permettent de fluidifier le parcours des patients en fonction des disponibilités, lorsqu'une difficulté économique/logistique surgit.

L'existence d'un CSI permet d'assurer une continuité de prise en charge des personnes âgées ou handicapées en attendant qu'une place se libère en SSIAD.

Un autre cas a été cité à la mission, concernant la prise en charge de patients diabétiques. Les associations qui disposent d'un CSI prennent en charge prioritairement ces patients plutôt que de les orienter dans le SSIAD, afin d'éviter de faire supporter au SSIAD un déficit financier important (du fait d'un coût moyen par patient supérieur au financement moyen à la place jusqu'à présent<sup>137</sup>), quand, à l'inverse, la tarification à l'acte de ce type de patients est plutôt favorable pour un CSI.

- Ces rapprochements permettent à l'association gestionnaire d'offrir aux personnels (soignants notamment) des perspectives de promotion ou d'évolution et d'enrichir leur expérience professionnelle dans plusieurs structures.

Le fait, pour une association gestionnaire, de disposer d'un vivier de personnel soignant plus important, répartis sur plusieurs structures, permet de répondre plus facilement aux besoins prioritaires de recrutement et de fidéliser le personnel, et ce d'autant plus s'il est demain possible pour les CSI de recruter des aides-soignantes (voir supra).

**Recommandation n°5** [CSI] Etudier les perspectives de rapprochement et de mutualisation possibles entre les structures sanitaires / médico-sociales du secteur

### 3.2.3 Renforcer l'attractivité RH de l'exercice infirmier en centre de soins infirmiers

Les CSI souffrent de deux faiblesses en termes RH : un manque d'attractivité salariale des CSI consécutif à l'absence de prime Ségur et un manque de notoriété. Pour les CSI de la BAD, l'avenant 43 a permis une revalorisation salariale substantielle, mais, au-delà de la question du financement de cet avenant, deux problématiques perdurent : tout d'abord, cette revalorisation ne concerne pas les CSI qui ne sont pas à la BAD, soit près d'un CSI sur trois (ex. FEHAP, Croix-Rouge). Or, l'activité en CSI est en concurrence forte avec les IDEL : en effet, les IDEL exercent un métier proche mais ont plus de marges de manœuvre pour accroître leurs revenus (via une augmentation de leur temps de travail, ou dans l'hypothèse d'une sélection adverse de la patientèle dans un contexte de raréfaction de la ressource infirmière) : les départs d'IDE de CSI vers le monde libéral, bien que non quantifiés, sont une réalité souvent évoquée par les responsables de centre, départs qui pourraient s'intensifier si la

<sup>135</sup> Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts, CNSA, DGCS, EY, Eneis conseil, mai 2016.

<sup>136</sup> Cf. article L. 313-1-3 et L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>137</sup> A noter, une réforme de la tarification des SSIAD est actuellement en cours.

volonté des personnes d'augmenter de façon substantielle leurs revenus vient à s'intensifier. Pour autant, la mission n'a pas rencontré de CSI qui prennent à leur charge de faire figurer dans les contrats de travail une clause de non concurrence territoriale. A titre de comparaison, cette clause est générique dans le modèle de contrat proposé par l'ONI pour les remplacements d'IDEL<sup>138</sup>.

Par ailleurs, les difficultés RH des CSI proviennent en partie de leur manque de notoriété. Etant donné le faible nombre de CSI en France, il est probable que les avantages des emplois en CSI sont mal connus au sein de la profession infirmière. Divers acteurs de terrain en font le constat, certains envisageant de retravailler fortement le contenu des offres d'emploi qu'ils publient. Schématiquement, ces avantages sont de deux ordres :

- par rapport aux autres emplois infirmiers salariés (ex. hôpital, Ehpad) : autonomie dans le travail des infirmières à l'occasion des tournées aux domicile des patients, variété des tâches (des actes simples aux actes plus techniques par exemple en hospitalisation à domicile) ;
- par rapport au mode d'exercice en libéral : collégialité, avantages du salariat (congés, niveau de rémunération sécurisée, avec possibilité d'exercer à temps partiel...), faiblesse des tâches administratives (des personnels administratifs du CSI en remplissent une partie).

Afin d'accroître leur capacité à recruter et à fidéliser les personnels, des pratiques très diverses ont été identifiées par la mission allant d'une prime de présence après recrutement (obtention d'une prime après une certaine durée en poste), l'octroi de véhicules de fonction à une aide pour l'obtention d'une place en crèche ou encore des aménagements d'horaires permettant de limiter les horaires coupés (en milieu de journée). Le fait de proposer des stages IFSI est aussi un moyen de faire connaître son CSI à de futurs candidats : la mission relève en effet que, chez près d'un CSI sur cinq (19 %), les anciens stagiaires IFSI de ce même CSI représentent plus d'un tiers des salariés actuellement présents dans le centre. D'autres organisent le travail pour accroître la rémunération des personnels tout en appliquant la convention collective dont ils relèvent : ainsi, un CSI propose par principe à ses personnels des temps partiels (à noter, les temps partiels sont très répandus dans le secteur) auxquels s'ajoutent des heures complémentaires (mieux rémunérées), ce qui permet un gain salarial pour les employés.

L'ensemble de ces actions mériteraient d'être réunies et capitalisées dans une boîte à outils portant sur l'« attractivité RH des CSI » que les fédérations représentatives du secteur pourraient publier en ligne et diffuser à l'ensemble des membres, et ce d'autant plus que la fonction RH des CSI est souvent de petite taille et pourrait donc utilement bénéficier d'un tel soutien.

**Recommandation n°6** [Fédérations représentatives] Constituer une boîte à outils portant sur les différents moyens de renforcer l'attractivité RH d'un CSI dans sa politique de recrutement et de fidélisation des personnels

<sup>138</sup> <https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/Mod%C3%A8les%20de%20contrats%20d'exercice/V.d%C3%A9f%20Contrat%20de%20remplacement%20ENTRE%20UN%20INFIRMIER%20LIBERAL%20ET%20UN%20INFIRMIER%20TITULAIRE%20DE%2080%99UNE%20AUTORISATION%20DE%20REMPLACEMENTsans%20commentaire%20.docx> : « Article 7 – Non concurrence : Conformément à l'article R.4312-87 du code de la santé publique, l'infirmier qui remplace un de ses collègues pendant une période supérieure à trois mois, consécutifs ou non, ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il puisse entrer en concurrence directe avec le confrère remplacé et, éventuellement, avec les infirmiers exerçant en association ou en société avec celui-ci, à moins qu'il n'y ait entre les intéressés un accord, lequel doit être notifié au conseil départemental de l'ordre. Cette zone est fixée d'un commun accord à un rayon de ..... kms autour du lieu d'exercice OU couvre les communes de ..... »

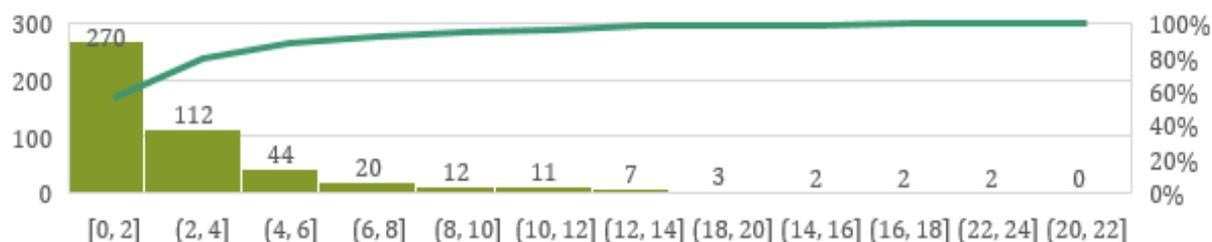
### 3.2.4 Déplafonner la rémunération des CSI concernant l'effort qu'ils réalisent dans l'accueil de stagiaires infirmiers (IFSI)

Les CSI sont des petites structures, qui emploient en moyenne 10,5 salariés. Un centre emploie en moyenne 8 personnels infirmiers à fin juin 2022<sup>139</sup>. Le départ d'un personnel infirmier est un facteur potentiel de déséquilibre microéconomique, dès lors qu'il n'est pas remplacé. Or, la grande majorité des CSI ont fait part de leurs difficultés pour recruter des personnels infirmiers, qui se sont aggravées depuis la sortie de crise sanitaire<sup>140</sup>.

Un des CSI rencontrés développe une politique d'accueil d'étudiants en soins infirmiers pour fidéliser les stagiaires. Les centres constituent un terrain privilégié de formation : l'éventail des actes réalisés sont potentiellement plus variés en CSI que ceux auquel un étudiant peut assister auprès d'un IDEL. Les centres insistent sur l'importance du compagnonnage lors de ces stages (par opposition aux stages hospitaliers qui consistent en une prise de poste)<sup>141</sup>.

L'avenant 4 de l'accord national assurance maladie des centres de santé<sup>142</sup> a revalorisé l'indicateur de rémunération spécifique pour les CSI accueillant des stagiaires, portant le nombre de stages rémunérés de 1 à 2 par an, le premier étant valorisé 250 points, le second 225 points. En pratique, près de la moitié des CSI (44 %) accueillait dès 2021 plus de deux stagiaires infirmiers par an (graphique ci-dessous), ce qui, en d'autres termes, signifie qu'ils remplissent une fonction de formation à titre gratuit. Le plafonnement à deux stagiaires de la rémunération spécifique actuelle tient à la crainte de voir se constituer des endroits qui tourneraient prioritairement sur du personnel infirmier stagiaire : ce risque semble très faible, voire inexistant, pour les CSI ; en effet, l'apport du compagnonnage est plus fortement formateur à domicile qu'en établissement de santé, dans la mesure où il est tutoré et accompagné en permanence dans les déplacements chez les patients.

Graphique 5 : Répartition des CSI en fonction du nombre de stages, 2021



Source : Mission d'après données CNAM. Note de lecture : 270 CSI ont reçu entre 0 et 2 stages ; 112 ont reçu 3 ou 4 stages.

**Recommandation n°7** [CNAM/DGOS] Rémunérer dans l'accord national des centres de santé l'ensemble des stages réalisés dans les centres de soins infirmiers, et non pas uniquement deux stages

<sup>139</sup> Données provisoires enquête IGAS juillet 2022 (plus de 400 répondants à ces questions).

<sup>140</sup> Parmi les facteurs évoqués, une crise des vocations, une faible attractivité salariale de la profession, s'ajoutant à un effet d'usure « post-COVID » (brusque chute de rémunération post tests, prise de conscience psychologique), voire à d'autres facteurs (générationnels, réforme de l'orientation « parcours sup »).

<sup>141</sup> Cf. annexe 5 relative à la gestion des personnels des CSI.

<sup>142</sup> Réputé approuvé depuis le 21 juin 2022.

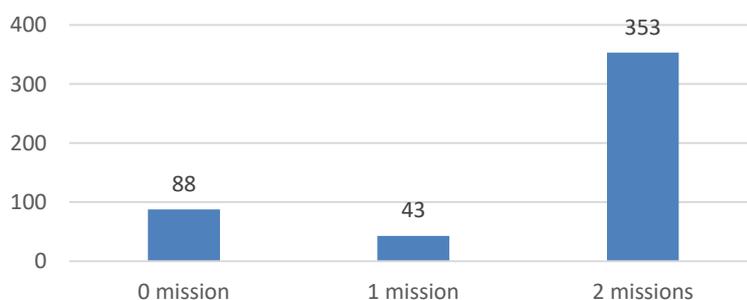
### 3.2.5 Soutenir le développement des actions de prévention portées par les CSI sans les cantonner à un rôle mineur

S'étant développés historiquement au croisement de la prévention et du soin, les CSI ont une vocation duale, qui en font des acteurs naturellement porteurs d'une approche de santé globale des patients (prévention, promotion en santé, éducation thérapeutique du patient, soins), à laquelle le projet de santé de chaque centre fait systématiquement référence<sup>143</sup>. En effet, outre 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.

L'accent mis sur la participation des CSI à des actions de santé de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales figurait dans le premier accord national de santé en 2003. L'accord suivant (2015) s'avère moins ambitieux : il reconnaît un rôle de prévention général aux centres de santé mais vise essentiellement, dans les actions déclinées, les CDS médicaux. 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.

Les acteurs auditionnés par la mission s'accordent à dire que les modalités actuelles de financement du système de soins en général (à l'acte de soins) et de la prévention en particulier (par action de prévention formellement identifiée via l'accord national assurance maladie dans la limite de deux actions par an) ne favorisent pas son développement, ce que regrette la grande majorité des responsables de centre. Notons que les trois quarts des centres (73 %) réalisent le nombre maximum de missions de santé publique prévu par l'accord.

Graphique 6 : Répartition des CSI selon le nombre de missions de santé publique réalisées en 2021



Source : Mission, données CNAM

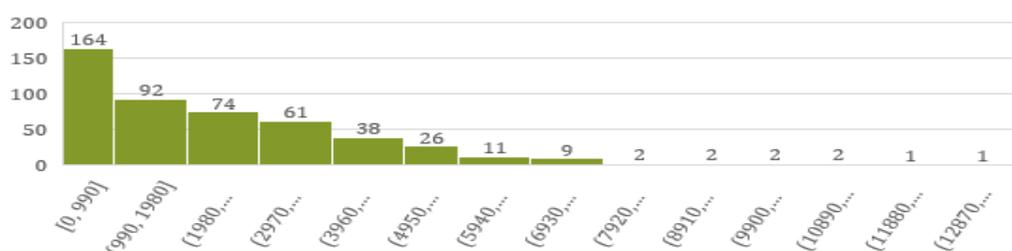
Le nombre d'actions collectives varie d'un centre à l'autre mais il ressort que ces actions font partie de « l'ADN » de la quasi-totalité des centres rencontrés. Les actions collectives de prévention peuvent prendre plusieurs formes : soirées débat, ateliers animés par les IDE des CSI... L'un des CSI rencontrés organise en partenariat avec la MSA des ateliers d'éducation thérapeutique ciblé sur une pathologie, porté par une IDE formée à cet effet.

<sup>143</sup> Conformément au référentiel d'évaluation établi par la HAS en 2007 cf. annexe 3 relative à la gouvernance et à la régulation de l'offre de soins des CSI.

Leur organisation se heurte à un manque de moyens financiers, au point que le rapport de l'IGAS en 2013 citait les actions de santé publique parmi les facteurs possibles de déséquilibre microéconomique<sup>144</sup>. En 2018, face au constat de la DGOS que certains centres ne parvenaient pas à réaliser des missions d'action de santé publique et d'éducation thérapeutique, ces dernières sont devenues optionnelles<sup>145</sup>, là où on aurait pu, à l'inverse, à s'attendre à ce que leur développement soit mieux soutenu financièrement.

En 2021, il ressort de nos entretiens que les actions collectives réalisées sont souvent peu nombreuses et de taille modeste, faute de moyens suffisants. Un tiers des centres perçoivent une rémunération spécifique de moins de 1 000 € par an de la part de l'Assurance maladie (cf. graphique ci-dessous), pour un montant moyen de rémunération de 2 307 € par centre<sup>146</sup>, ce qui illustre la faible ambition mise par les pouvoirs publics sur ce segment d'activité. Nos interlocuteurs font état de leurs difficultés pour mobiliser les personnels qui doivent parallèlement assurer leurs tournées de soins : la rémunération spécifique ne permet pas de couvrir les frais générés par l'organisation d'actions de grande envergure, ni même de rémunérer l'intervention de professionnels de santé extérieurs (médecins).

Graphique 7 : Répartition des CSI par tranche de rémunération attribuée en fonction du nombre de missions, 2021, montants en €



Source : Mission d'après données CNAM

La mission observe que la stratégie nationale de santé 2018-2022 fait de 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 » son premier chapitre : il apparaît dès lors logique de mobiliser les acteurs de proximité, dont font partie les CSI.

Or, la prévention constitue un axe de développement prioritaire désiré par les CSI : près de la moitié des centres (45 %) pointe la prévention comme un des trois champs à développer prioritairement dans les années à venir (ils sont par ailleurs 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). Cette forte ambition sur la prévention est à mettre en lien avec les objectifs généralement affichés par les CSI dans leur projet de santé, au fait que la présence de personnel administratif et de bénévoles constitue un levier utile à mobiliser pour monter des actions.

<sup>144</sup> « 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 : « 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) ».

<sup>145</sup> 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.

<sup>146</sup> Données Assurance maladie, calculs mission.

La mission rejoint l'avis exprimé ainsi par l'un de nos interlocuteurs « *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* »<sup>147</sup>. On pourrait imaginer par exemple de rémunérer la réalisation d'actions de dépistage menées par un CSI en partenariat avec le ou les médecins/professionnels de santé alentours.

**Recommandation n°8** [CNAM] Faire des CSI des acteurs de premier plan des actions locales de prévention, de dépistage, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique des patients en déplaçant le nombre d'actions rémunérées par l'accord national assurance maladie et en prévoyant des rémunérations plus adaptées à l'ambition des pouvoirs publics de développement de la prévention

### 3.2.6 Systématiser la dérogation à la règle du remboursement au professionnel de santé le plus proche par convention avec la CPAM

Du fait de l'application des règles d'indemnisation des frais de déplacement, le territoire d'intervention des centres est peu étendu. Pour la moitié des centres, la majorité des patients pris en charge se situent à moins de 10 kilomètres du centre et même à moins de 4 kilomètres pour 21 % d'entre eux.

Toutefois près d'un tiers d'entre eux sont susceptibles d'intervenir au-delà de ce périmètre, et notamment les CSI situés en territoire rural, alors que les règles d'indemnisation ne permettent pas de compenser le temps passé sur la route et auprès des patients isolés.

Tableau 3 : Réponse à la question : « A quelle distance du centre, par la route, se situe la majorité des patients pris en charge par le centre »

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Moins de 1 km	12	3,0 %
Moins de 4 km	73	18,2 %
Moins de 10km	209	52 %
Moins de 20 km	108	26,9 %

Source : Enquête IGAS juillet 2022

En effet, comme expliqué supra, l'application de la règle de la limitation du remboursement des indemnités de déplacement sur la base de la distance qui sépare le domicile du patient du cabinet infirmier (libéral le plus souvent) le plus proche est une trappe à déficit. Cette règle entraîne une diminution des recettes des CSI lorsque leur zone d'intervention comporte un infirmière libérale installée en périphérie. Quelques CSI rencontrés ont également évoqué le cas de patients géographiquement éloignés qu'ils prennent en charge en raison d'un refus de soins par l'IDEL le plus proche.

Les CSI sont dès lors devant un choix cornélien : poursuivre une prise en charge au risque de se générer du déficit versus interrompre une prise en charge au risque que le patient ne soit repris par aucun IDEL à proximité de son domicile (en effet, la règle de la NGAP ne prend nullement en compte la densité infirmière à proximité et donc la capacité des IDEL d'un territoire à faire face à la demande de soins infirmiers).

<sup>147</sup> Témoignage CSI.

La convention nationale entre les infirmiers libéraux et la CNAM prévoit qu'il peut être dérogé à la règle prévoyant le remboursement des frais de déplacement au « professionnel de santé (PS) le plus proche », sous réserve de signer un accord local avec la CPAM. Toutefois la situation évoquée par nos interlocuteurs (CSI intervenant faute d'IDEL disponible ou volontaire) ne fait pas partie des cas expressément prévus par la convention<sup>148</sup>. En 2023, on pourrait généraliser une dérogation générale pour les CSI dans l'attente de la mise en place de la solution pérenne préconisée ci-dessous.

La solution proposée par la mission consiste dès lors à mettre en place un système dérogatoire de remboursement des frais de déplacement pour la patientèle des CSI : le calcul des indemnités kilométriques se ferait dès lors selon la distance aux locaux du CSI (et non au local professionnel de l'IDEL le plus proche) dès lors que le domicile du patient est en zonage infirmier sous doté ou en zone rurale, sans nécessité de signer un accord local avec la CPAM (objectif de couverture territoriale en soins infirmiers). Une solution complémentaire consisterait, pour tous les CSI quel que soit le zonage infirmier où ils se situent, à systématiser la dérogation pour les patients pris en charge par les CSI antérieurement à l'installation d'un nouvel IDEL à proximité (objectif de continuité de la prise en charge pour le patient pour éviter les ruptures de parcours).

**Recommandation n°9** [CNAM] Mettre en place un système dérogatoire de remboursement des frais de déplacement pour la patientèle des CSI qui n'est pas prise en charge par l'IDEL le plus proche, en zonage infirmier sous doté ou intermédiaire

### 3.3 Des pistes d'évolutions structurelles pour développer les centres sur le plus le long terme

#### 3.3.1 Concentrer la ressource infirmière sur les actes les plus techniques grâce à l'emploi d'aides-soignantes pour les actes simples

La force des CSI/CDS médicaux polyvalents réside dans leur vocation à répondre aux demandes de soins (primaires) de proximité de l'ensemble de la population, indépendamment de ses caractéristiques socio-économiques.

Ainsi, 64 % des centres ont déclaré dans l'enquête en ligne être en capacité de répondre à toutes les demandes de soins infirmiers émanant de patients qui s'adressent à lui<sup>149</sup>. Toutefois la moitié des centres (52 %) déclarent que le centre ne serait pas en capacité de réaliser plus d'actes si un plus grand nombre de patients s'adressait à lui au regard du nombre d'IDE.

La moitié des centres déclarent vouloir recruter des IDE afin d'augmenter leurs effectifs infirmiers présents mais la grande majorité ressent des difficultés pour trouver des candidats. De fait, pour répondre à la demande de soins, près de la moitié des centres (48 %) déclare faire faire des heures supplémentaires aux IDE « souvent » ou « en permanence ». Cette situation n'est pas une solution durable : elle participe à l'usure des personnels infirmiers et au découragement des vocations.

La délégation des actes infirmiers, qui peut être une réponse pour faire face à la chronicité de cette surcharge, n'est pas un sujet nouveau et s'inscrit dans le cadre de la revalorisation du métier d'aide-

<sup>148</sup> « 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). Cf. 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.

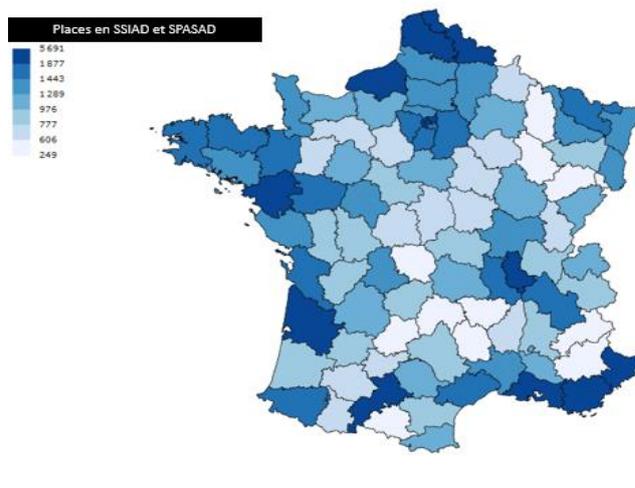
<sup>149</sup> Enquête IGAS.

soignant. De nombreux travaux ont été réalisés à ce sujet<sup>150</sup> et des textes sont en vigueur, autorisant et encadrant strictement les 42 actes ou soins infirmiers déléguables : « *lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, (...) qu'il encadre et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation.(...) [Elle] peut également confier à l'aide-soignant (...) la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne (...)* »<sup>151</sup>.

La délégation de certains soins et actes permet aux IDE de se concentrer sur les actes de soins les plus techniques, confiant aux aides-soignants les actes qui le sont moins, mais également de répondre par la mise à disposition de ressources humaines adéquatement formées et encadrées au besoin de soins primaires d'une population sur un territoire donné.

A plusieurs reprises, nos interlocuteurs ont évoqué le manque de places en SSIAD pour les personnes âgées dépendantes, ou de personnes handicapées ou atteintes d'une pathologie chronique et l'allongement des listes d'attente (parfois de leur propre SSIAD). Ces actes d'hygiène, lorsqu'ils sont délivrés en SSIAD, sont réalisés par des aides-soignantes, qui représentent l'essentiel des intervenants<sup>152</sup>. Toutefois la distribution territoriale du nombre de places en SSIAD et en SPASAD est hétérogène (cf. carte ci-dessous) et ne couvre pas forcément l'ensemble des besoins de la population âgée dépendante et handicapée locale.

Carte 1 : 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 \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/Panorama-Statistique-Cohesion-Sociale-Travail-Emploi-2021)

En l'absence de place, les patients sur liste d'attente s'adressent aux IDE alentours pour réaliser des actes d'hygiène (IDEL ou IDE/CSI). On observe d'ailleurs que dans les régions méridionales, dont les territoires sont généralement peu voire pas dotés en SSIAD et bien mieux voire sur-dotés en infirmières libérales, que ces dernières prennent en charge plus fréquemment les toilettes. Du point

<sup>150</sup> Cf. présentation « Infirmiers, aides-soignants : une collaboration renforcée », Guillaume Gontard, Brigitte Feuillebois, Marine Lamarche, DGOS, Sante-Expo, novembre 2021, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/atelier\\_infirmier\\_aides-soignants.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/atelier_infirmier_aides-soignants.pdf)

<sup>151</sup> Cf. articles R. 4311-4 et R.4311-5 du code de la santé publique, ce dernier établissant une liste des actes et des soins relevant du rôle propre de l'infirmière que peut réaliser l'aide-soignante, dans la limite de ses compétences et à l'initiative de l'infirmière.

<sup>152</sup> En SSIAD, les seules infirmières présentes sont généralement des infirmières coordinatrices qui assurent l'encadrement des équipes. Plus rarement les SSIAD disposent toutefois de leur personnel infirmier propre.

de vue du financeur assurance maladie, il y aurait un avantage net à faire réaliser par des aides-soignantes, et non des infirmières de CSI, des toilettes pour lesquelles elles ont la compétence métier.

Cette demande d'actes d'hygiène ne semble pas toujours pouvoir être satisfaite, pour les raisons évoquées à plusieurs reprises dans ce rapport. Les IDEL – et désormais certains CSI - refusent parfois de prendre des patients qui s'avèrent parfois coûteux économiquement. La rémunération des actes d'hygiène est faible au regard du temps passé et la durée de certaines toilettes peut être allongée du fait des caractéristiques physiologiques/psychiatriques/sociologiques du patient.

Certains de nos interlocuteurs voient l'utilité de recruter des personnels aides-soignants qui se verrait délégués certaines tâches/actes infirmiers : actes d'hygiène, aide et vérification de la prise de médicaments (sous forme non injectable), soins et surveillances (patients en assistance nutritive, sous dialyse), changement de sondes vésicales/support et poche de colostomie cicatrisée ... D'autres se sont montrés plus réservés, n'en voyant pas l'intérêt économique pour leur propre centre – notamment lorsque la demande d'actes d'hygiène est faible –, et s'interrogeant sur les moyens de mettre en place une nouvelle organisation des tournées ou sur les risques juridiques liés à la délégation des actes.

In fine, le principal argument avancé à la mission en défaveur de cette possibilité de recrutement d'aides-soignantes en CSI porte sur la pénurie d'aides-soignantes en France : la mission considère que cette pénurie provient pour une large part des conditions de travail difficiles offertes aux personnels, avec, en particulier, des horaires coupés et des temps partiels imposés contraignant les potentiels candidats des rythmes de vie peu attractifs. Or il est vraisemblable qu'un grand nombre de CSI serait en capacité d'offrir l'équivalent d'un temps plein sans horaire coupé, permettant du même coup d'attirer vers cette activité d'aide-soignante des personnes qui seraient sinon enclines à la quitter. En d'autres termes, cette possibilité de recrutement n'accroîtrait pas la tension sur le marché de l'emploi des aides-soignantes mais permettrait au contraire d'élargir le vivier des potentiels candidats. Une telle expérimentation permettrait qui plus est de libérer du temps infirmier, ce qui serait particulièrement précieux dans les territoires en zonage infirmier sous doté ou intermédiaire.

En première intention, si la demande de soins à satisfaire concerne des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées, les CSI effectuent une demande auprès de l'ARS de création d'un SSIAD. Pour autant, plusieurs CSI ont indiqué à la mission avoir essuyé des refus. Ces refus s'expliquent par la limitation de l'enveloppe du nombre de places SSIAD des ARS. Dans ces cas où le nombre de places en SSIAD est insuffisant au regard de la demande ou lorsque la demande à satisfaire par les CSI concerne des publics non pris en charge par des SSIAD, l'expérimentation du recrutement d'aides-soignantes en CSI pourrait être utilement envisagée.

**Recommandation n°10** [DGOS/CNAM] Lancer une expérimentation permettant le recrutement d'aides-soignantes en centre de soins infirmiers supervisées par le personnel infirmier avec un financement horaire ad hoc associé, et ce pour la demande de soins qui ne peut en pratique être satisfaite par un SSIAD

Les conditions paraissent pouvoir être réunies pour que les CSI puissent devenir un lieu de partage de compétences entre professionnels de santé : médecins, infirmières (IPA...), aide-soignantes. La mise en œuvre d'une telle coopération entre professionnels de santé suppose de dépasser les tensions qui peuvent (pré)exister entre les dynamiques professionnelles et interprofessionnelles dans le travail, liées à leur position dans une supposée hiérarchie soignante<sup>153</sup>.

<sup>153</sup> Cf. travaux de l'IRDES à ce sujet : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/263-tensions-entre-dynamiques-professionnelles-et-interprofessionnelles-travail-aides-a-domicile-aides-soignantes-infirmieres.pdf>

Le risque que cette nouvelle offre de soins doublonne celle des SSIAD (futurs services autonomie à domicile) paraît pouvoir être écarté dès lors que les IDE des CSI, comme les IDEL, réalisent des actes d'hygiène accessibles à tous (contrairement à la patientèle des SSIAD)<sup>154</sup> et si l'on s'assure au préalable que la personne ayant besoin de ces soins et éligible à une place en SSIAD ne peut en disposer.

### 3.3.2 Accroître le rôle des CSI sur la permanence des soins, les « petites » urgences et en gestion de crise sanitaire

A l'issue des investigations, il apparaît que l'utilisation de leurs locaux – certes de taille variable, plus ou moins bien situés géographiquement – n'est pas toujours suffisamment exploitée de manière optimale à la fois par les CSI eux-mêmes, mais également par les CPAM et les ARS, qui, connaissant souvent mal ces structures, ignorent leur potentiel (centre de vaccination, petites urgences...).

Outre le fait que certains CSI tiennent des permanences d'accès aux soins, le fait de travailler en collégialité constitue un facteur de sécurisation des prises en charge pour couvrir les besoins par jour, semaine et sur l'année. Les CSI constituent donc un levier pour réaliser le virage domiciliaire qui doit accompagner dans les années à venir le vieillissement de la population. Ce sont qui plus est des acteurs fortement intégrés dans l'écosystème local d'acteurs du soins (voir chiffres ci-dessus et en annexe).

82 % des centres réalisent plus de 90 % de leurs actes à domicile<sup>155</sup>. Pourtant, tous les centres disposent de locaux, de plus ou moins grande superficie. Certains centres organisent des heures de permanence, qui permettent d'accueillir le public pour des soins, avec ou sans rendez-vous.

L'accord national de santé ne rémunère pas ce service : l'avenant 4 de l'accord national de santé des centres de santé réputé approuvé depuis le 21 juin 2022<sup>156</sup> instaure un critère de soins non programmés dans les centres de santé polyvalents et médicaux, et non infirmiers<sup>157</sup>.

Il résulte des investigations que la mise en place d'une permanence de soins avec des soins programmés et non programmés dans les locaux d'un centre de soins infirmiers permettrait :

- de prendre en charge une patientèle « mobile » ;
- au centre d'économiser des frais de déplacements et d'optimiser la prise de rendez-vous et les tournées ;
- d'établir une permanence « vaccinations » : depuis le 24 avril 2022, les infirmières peuvent administrer 15 vaccins aux personnes de plus de 16 ans sans prescription médicale préalable<sup>158</sup> ;
- d'effectuer des soins articulés avec les services d'urgence. Il a été rapporté, dans un CSI, le prêt des locaux au service départemental d'incendie et de secours (SDIS), le centre étant suffisamment équipé pour faire office de « local avancé des urgences de faible gravité » et étant susceptible d'éviter un déplacement au service hospitalier des urgences.

---

<sup>154</sup> Exemple cité par un CSI des personnes accidentées de la route (motard) ou victimes d'une « mauvaise chute » à cheval, nécessitant de ce fait des soins d'hygiène.

<sup>155</sup> Cf. annexe 12 relative à la patientèle des CSI

<sup>156</sup> Avenant 4 signé le 14 avril 2022.

<sup>157</sup> Articles 8.3.5, 8.3.6 ; 8.5.5.

<sup>158</sup> Décret n° 2022-610 du 21 avril 2022 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers et des pharmaciens d'officine.

Cette mission s'inscrit en cohérence avec la mission de « réponse aux crises sanitaires graves », prévue par l'avenant 4 de l'accord national de santé adopté en 2022<sup>159</sup>. Les centres concernés (infirmiers/médicaux/dentaires) 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. Ils peuvent notamment servir de centre ambulatoire « dédié » dès lors que ce centre s'inscrit en cohérence avec l'offre de soins du territoire<sup>160</sup>. A titre de comparaison, en Suède, l'apport des centres de santé s'inscrit en amont dans le système mis en place pour réguler les urgences sanitaires (encadré ci-dessous).

### **L'apport des IDE des centres 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](http://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.

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

A cet égard, les conclusions de l'expérimentation du forfait de réorientation des urgences (cf. annexe 13 relative aux expérimentations d'organisations de santé innovantes intéressant les CSI), qui vise à opérer une réorientation vers toute structure de ville (*maison médicale de garde, cabinet de groupe, maison de santé, cabinet...*) pour alléger le nombre de passage aux urgences hospitalières pourraient

<sup>159</sup> Avenant 4 signé le 14 avril 2022 réputé approuvé depuis le 21 juin 2022. Article 8.1.5

<sup>160</sup> Cf. exemple ARS/CPAM Nouvelle Aquitaine : recommandations régionales pour la mise en place de centres ambulatoires dédiés COVID 19.

être décisives et offrir une nouvelle source de revenus pour les centres de soins infirmiers<sup>161</sup> disposant de locaux adaptés.

**Recommandation n°11** [CNAM] Rémunérer la mise en place optionnelle, dans les centres disposant de locaux adaptés, d'une permanence pour assurer des soins non programmés avec et sans rendez-vous pour les patients qui peuvent se déplacer

**Recommandation n°12** [CNAM] Valoriser financièrement la participation des centres de soins infirmiers (et plus généralement des centres de santé) au dispositif des urgences locales consistant en une mise à disposition des locaux pour la réalisation de soins de faibles gravité

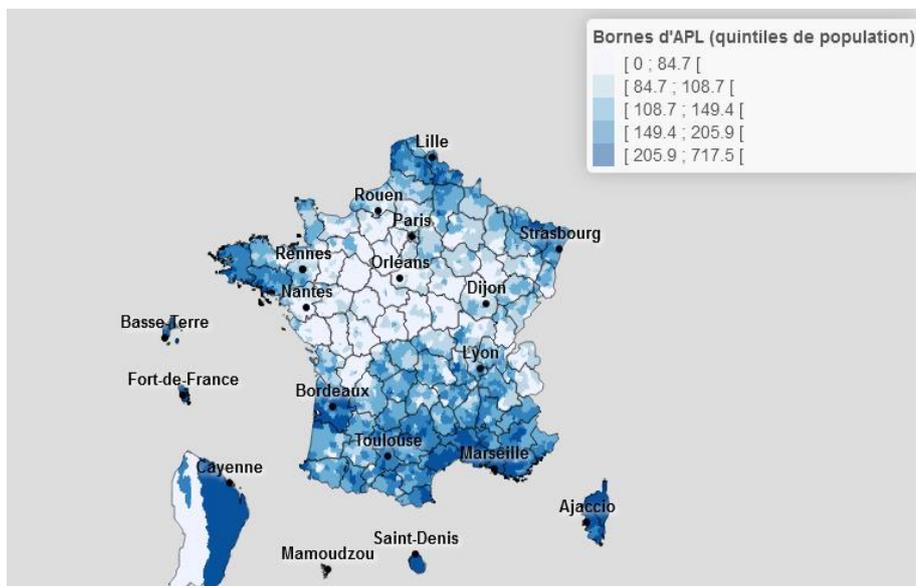
La mobilisation des CSI à l'occasion de la crise COVID a été massive tant pour réaliser des tests PCR que des actions de vaccination (98 % des centres interrogés déclarent s'être mobilisés pour des actions), les personnels et les locaux du centre étant rapidement mobilisables dans les territoires auprès du public (un peu plus de six ETP d'IDE en moyenne par centre, la surface médiane des locaux étant elle de 80m<sup>2</sup>). Afin de tirer la pleine efficacité du rôle des CSI en cas de crise, il serait souhaitable que chaque ARS (en particulier celles qui comptent un volume conséquent de CSI sur leur territoire) vérifie que l'association des centres de soins infirmiers est bien prévue dans leurs plans de gestion des crises.

### 3.3.3 Faire des centres de soins infirmiers un levier de lutte contre la désertification infirmière

D'après les données établies par la DREES, l'offre de soins infirmiers est très inégalement répartie sur le territoire, avec une sous dotation patente en infirmières (libérales ou en centre de santé) sur une large bande, du centre ouest au centre est<sup>162</sup>.

Carte 2 : Accessibilité potentielle localisée aux infirmières libérales ou exerçant en centre de santé de moins de 65 ans en 2019

Unité : nombre d'équivalents temps-plein (ETP) accessibles pour 100 000 habitants standardisés



Source : <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

<sup>161</sup> Cela concernerait utilement aussi les centres de santé polyvalents.

<sup>162</sup> <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

Outre le fait que nombre de CSI reçoivent des stagiaires venant d'IFSI ce qui est de nature à faire découvrir l'activité de soins à domicile mais aussi des territoires parfois peu pourvus en offres de soins infirmiers de proximité, nombre d'acteurs auditionnés par la mission ont pointé le fait que les CSI sont dans bien des cas une « école du domicile » pour des IDE qui souhaitent s'orienter vers cette pratique mais ont au départ quelques craintes à exercer directement en libérale à leur compte. Il apparaît dès lors que le salariat au sein d'un CSI constitue une passerelle entre une activité en institution (ex. hôpital, Ehpad) et le monde libéral. En ce sens, promouvoir l'implantation de CSI dans des territoires en manque de personnel infirmier pourrait constituer un levier de développement ultérieur de l'offre libérale. Les territoires correspondant à ces caractéristiques (manque d'IDEL, peu de CSI) sont nombreux, comme, par exemple, la région Centre Val de Loire.

Une telle dynamique pourrait par ailleurs présenter deux autres avantages : attirer des personnels intéressés par certains territoires mais qui ne souhaitent pas exercer en libéral ; attirer des médecins que l'exercice coordonné intéresse (cas rencontré en Vendée par la mission).

Dans le but de réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins, des aides sont versées par l'Assurance maladie 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 tripartites (infirmier/ARS/CPAM).

Deux contrats démographiques sont prévus pour les centres de santé infirmiers : contrat d'aide à l'installation infirmier (CAI), contrat d'aide au maintien infirmier (CAM).

Contrairement aux IDEL, qui disposent d'un contrat d'aide à la première installation spécifique doté d'une rémunération annuelle de 37,5 K€, les CSI ne bénéficient que du seul dispositif CAI en cas de première installation (doté d'une rémunération de 30 K€ à la première IDE, et ensuite de façon dégressive<sup>163</sup>). Sauf à vouloir accorder un bonus à l'exercice libéral, rien ne justifie que les CSI ne bénéficient pas d'un contrat démographique équivalent, d'autant moins qu'ils se voient désormais appliqués le même dispositif de zonage, ce dont la pertinence est par ailleurs discutable si l'on en juge les missions particulières que pourraient remplir sur le territoire les CSI que ne remplissent pas les IDEL (cf. recommandations du présent rapport).

Le rapport charges et produits de l'Assurance maladie pour 2023<sup>164</sup> dresse un bilan mitigé des contrats démographiques accessibles aux médecins souhaitant s'installer en libéral et propose de simplifier, pour les médecins, les sept dispositifs existant. Le même constat vaut pour les centres de santé : les données communiquées par l'Assurance maladie à la mission (cf. annexe) mettent en évidence le peu de succès que rencontrent ces dispositifs auprès des CSI, comparativement à ceux mis en place pour les autres CDS – dont le succès paraît également relativement modeste eu égard à 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, signe de la faible mobilisation du dispositif et de son caractère faiblement incitatif.

**Recommandation n°13** [CNAM] Mettre en place un contrat incitatif démographique spécifique à l'installation de centres de soins infirmiers dans les zones très sous dotées en infirmières

**Recommandation n°14** [ARS/Collectivités territoriales] Accompagner la création de centres de soins infirmiers dans les territoires en zonage infirmier sous doté via des appels à projet des agences régionales de santé cofinancés avec les collectivités territoriales concernées

<sup>163</sup> Exemple : pour une deuxième et troisième IDE, c'est 15000 euros.

<sup>164</sup> Rapports charges et produits – propositions de l'Assurance maladie pour 2022 et 2023.

### 3.3.4 Restructurer les CSI en CDS polyvalents, lorsque cela est possible et pertinent

La stratégie nationale de santé fait du développement des structures de soins coordonnés l'une de ses priorités, qu'il s'agisse de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)<sup>165</sup> ou de centres de santé médicaux (polyvalents ou non, cf. annexe 3 relative à la gouvernance et à la régulation de l'offre de soins des CSI). Elle fixe pour objectif en 2022 un doublement du nombre de structures pluriprofessionnelles.

Cette politique est portée localement par les ARS, qui disposent du fonds d'intervention régional (FIR) pour financer notamment « *des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant (...) à 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 (...)* »<sup>166</sup>.

Le FIR a notamment contribué depuis 2007 à l'essaimage des maisons de santé sur l'ensemble du territoire (plus de 1 900 maisons recensés en 2021), lesquelles ont pu bénéficier d'une plus large gamme d'aides au démarrage que les centres de santé<sup>167</sup>. Localement, les ARS disposent d'une marge d'adaptation pour décliner et adapter les aides existantes. Ainsi l'ARS Pays de la Loire subventionne indirectement les centres de santé polyvalents via une fédération chargée d'accompagner leur développement, alors qu'elle verse une aide financière directe aux maisons de santé pluriprofessionnelles qui s'installent. Dans une note communiquée à la mission, l'ARS Pays de la Loire estime 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* ».

Par ailleurs, les CSI sont éligibles à la mesure mise en place en 2018 pour lutter contre la désertification médicale dite « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires » (« 400 MG »)<sup>168</sup>. L'un de ses volets permet de créer un ou plusieurs nouveaux postes de médecins généralistes dans un centre de santé existant, si celui-ci est implanté dans une zone médicale sous-dense ou dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)<sup>169</sup>, ou si le centre choisit à cette occasion d'y implanter une antenne<sup>170</sup>. L'ARS accompagne la création de poste en finançant pour une durée de deux ans une garantie de ressources calculée pour couvrir l'éventuel déséquilibre entre le coût salarial total du médecin et le montant total généré par les actes. D'après les données disponibles à fin 2021, et dans l'attente du bilan établi par la DGOS<sup>171</sup>, 12 médecins ont été recrutés par des CSI en vue de leur médicalisation, 62 recrutements ont été opérés dans le cadre de la création d'un CDS médical et 91 dans le cadre du renforcement des effectifs médicaux au sein d'un CDS.

Les centres de soins infirmiers sont des structures de petite taille et d'une envergure financière réduite. Certains identifient clairement le besoin de personnel médical sur leur territoire (parfois d'ores et déjà « désertés » médicalement), mais manquent de compétences ou ne disposent pas des ressources financières nécessaires pour franchir l'étape de leur restructuration en CDS médical polyvalent, notamment du fait de l'augmentation substantielle des dépenses de personnel.

<sup>165</sup> Instituées par la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007.

<sup>166</sup> Article L. 1435-8 du code de la santé publique.

<sup>167</sup> Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, dotation globale d'équipement et de la dotation de développement rural, fonds national d'aménagement et de développement du territoire, fonds du contrat Etat-région, fonds européens, cf. annexe 3 relative à la gouvernance et à la régulation de l'offre de soins des CSI

<sup>168</sup> Cf. Instruction n° DGOS/DIR/2019/27 du 06 février 2019 : « les projets de recrutement de médecins généralistes au sein de centres de santé infirmiers ou dentaires y sont naturellement éligibles ».

<sup>169</sup> « Sous dense » au sens du 1° de l'article L 1434-4 du code de la santé publique (c'est-à-dire des zones d'intervention prioritaire ou des zones d'actions complémentaires).

<sup>170</sup> art. L. 6323-1-11 et D. 6323-1 du Code de la santé publique.

<sup>171</sup> Données disponibles en date de septembre 2021 issu du point de situation de novembre 2021.

D'après les données e-CDS, entre 2019 et 2021, neuf CSI ont changé de statut et sont devenus des centres de santé médicaux polyvalents<sup>172</sup>. Il s'agissait pour la majorité d'entre eux de centres composés d'un important effectif en personnel infirmier (10,2 IDE en moyenne, pour 7,01 ETP IDE).

Le schéma national le plus porté jusqu'à présent consistait à développer des CDS médicaux polyvalents en partant d'une compétence médicale socle à laquelle étaient adjointes des compétences paramédicales. La transformation de CSI en CDS médicaux polyvalents répond à une toute autre dynamique : non seulement les IDE resteraient majoritaires dans la structure (adjonction par exemple de deux médecins) mais donc l'essentiel de l'activité continuerait à se faire au domicile des patients. Ce modèle aurait vraisemblablement plus de chances d'être équilibré économiquement que celui actuel des CDS médicaux polyvalents. L'ANAP a ainsi montré dans une étude de juin 2021 sur les CDS pluriprofessionnels<sup>173</sup> que le fait, pour un CDS de ce type, d'être à l'équilibre est généralement associé à une forte productivité de son personnel paramédical (plus encore que de son personnel médical), mettant du même coup en avant un point rarement vu : la contribution décisive du personnel paramédical à l'équilibre économique des CDS pluriprofessionnels. De plus, la présence de médecins recevant principalement en consultation dans les locaux du centre permettrait de faire venir une nouvelle patientèle, plus jeune, nécessitant moins de déplacements à domicile, ce qui permettrait d'accroître la proportion d'actes infirmiers fait dans les locaux du centre (ces actes présentent l'avantage de limiter les temps de déplacement, pour peu que les plages horaires de permanence soient correctement calibrées).

Aussi la mission estime nécessaire d'étendre l'éligibilité des aides disponibles pour financer une politique de développement de structures coordonnées à la transformation des CSI locaux en CDS médicaux polyvalents (aides au démarrage, subvention d'équilibre les deux premières années, cf. exemple de la région Pays de la Loire).

**Recommandation n°15** [ARS] Accompagner par de l'ingénierie de projet et des aides financières à l'amorçage sur les deux premières années la transformation en CDS médical polyvalent les CSI qui souhaitent ce type d'évolution

Plusieurs CSI rencontrés se sont interrogés quant au rôle qu'ils pourraient utilement remplir dans le champ de la télémédecine et un grand nombre y voit un domaine prometteur de développement du CSI dans les années à venir (44 % des CSI le classent parmi les trois grands domaines que leur CSI devraient développer dans les années à venir<sup>174</sup>). Ils y voient généralement plusieurs avantages : diversification des tâches des infirmières (et donc fidélisation), prise en charge de patients dans l'incapacité de se rendre chez un médecin, visibilité accrue du CSI qui offrirait un service innovant à la patientèle. Les investigations menées par la mission incitent néanmoins à la plus grande prudence : il n'est pas du tout évident, en l'état actuel du financement de ce type d'actes et du fonctionnement des CSI (tournées à domicile), que le champ de la télémédecine soit prometteur pour les CSI, même ceux implantés dans des déserts médicaux. En effet, outre le coût du matériel (à l'achat pour la valise/cabine de téléconsultation puis à la location pour le fonctionnement logiciel) qu'il faut pouvoir prendre en charge, la télémédecine présente des contraintes organisationnelles lourdes en termes de disponibilité du temps médical : le risque organisationnel que le temps en salle d'attente virtuel se déporte sur l'infirmière qui ne peut dès lors pas poursuivre sa tournée est réelle (nécessité d'une synchronisation entre l'infirmière et le médecin). En conséquence, le seul schéma vraisemblablement viable pour un CSI en termes organisationnels (sans qu'il soit ici question de rentabilité financière des dépenses engagées) consisterait à développer de la télémédecine uniquement dans les CSI qui

<sup>172</sup> Base de donnée eCDS 2021 et CNAM 2021

<sup>173</sup> « Centres de santé pluriprofessionnels : Leviers et bonnes pratiques organisationnelles en faveur de l'équilibre économique », ANAP, juin 2021.

<sup>174</sup> Enquête IGAS mi 2022.

ont salarié un ou plusieurs médecins : en effet, ce dernier pourrait dès lors adapter son activité de sorte à prioriser les téléconsultations lorsque les infirmières parties en visite le solliciteraient une fois arrivé au domicile des patients.

Peu de centres rencontrés par la mission (voire aucun) se sont montrés opposés à une restructuration de leur centre en centre médical polyvalent dès lors que le besoin est avéré et les freins de portage levés : les deux principaux freins cités par nos interlocuteurs sont, d'une part, un important risque de non-retour sur investissement, du fait du coût salarial lié au recrutement d'un médecin, et, d'autre part, les difficultés à trouver un médecin volontaire (ou plusieurs).

### 3.3.5 Développer les ressources IPA (infirmières en pratiques avancées) et ASALEE en CSI

Pour un centre, le fait d'être doté d'infirmière(s) formée(s) en pratique avancée (IPA) est un facteur d'attractivité pour un médecin souhaitant exercer dans un cadre coordonné. La mission a rencontré peu de centres disposant de telles ressources (IPA ou ASALEE) pour des raisons à la fois logistiques (coûts de coordination avec le médecin situé hors du centre) et/ou financières (investissement en formation sans retour direct sur investissement pour le centre).

L'avenant 4 de l'accord national de santé des centres de santé réputé approuvé depuis le 21 juin 2022<sup>175</sup> instaure un indicateur « IPA salariées en centre de santé » dans les CDS polyvalents et médicaux, et non infirmiers, afin de valoriser les forfaits d'aide au démarrage de l'activité exclusive en pratique avancée<sup>176</sup>. La mission suggère que ce critère soit également applicable aux centres de soins infirmiers : la présence d'une infirmière IPA est la garantie pour un médecin d'exercer dans un cadre coordonné et peut être l'élément déclencheur de la restructuration du CSI en CDS.

Cette recommandation s'inscrit en cohérence avec celles présentées par l'IGAS proposant un nouveau partage de compétences entre professionnels de santé (novembre 2021) : parmi ses conclusions, qui visent pour les infirmières à faire évoluer le dispositif de pratique avancée, la mission rejoint notamment la préconisation d' « élaborer un plan national de financement de la formation continue prioritairement ciblé sur les infirmiers libéraux et les salariés des petits établissements sanitaires et médico-sociaux pour faciliter l'accès au diplôme d'IPA »<sup>177</sup>.

**Recommandation n°16** [CNAM, ARS] Valoriser la présence des infirmières qualifiées en pratiques avancées et des infirmières chargées du suivi de patients atteints de pathologies chroniques dans l'accord national des centres de santé

### 3.3.6 Revoir le mode de financement des CSI en s'inspirant des exemples étrangers et des expérimentations françaises

Comme le rappelle la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale pour l'année 2022<sup>178</sup>, citant plusieurs travaux : « le paiement à l'acte, très majoritaire est caractéristique du système français. (...) Des pays comparables ont opté au contraire pour un modèle salarié comme le Royaume Uni et les

<sup>175</sup> Avenant 4 signé le 14 avril 2022.

<sup>176</sup> article 19.11.

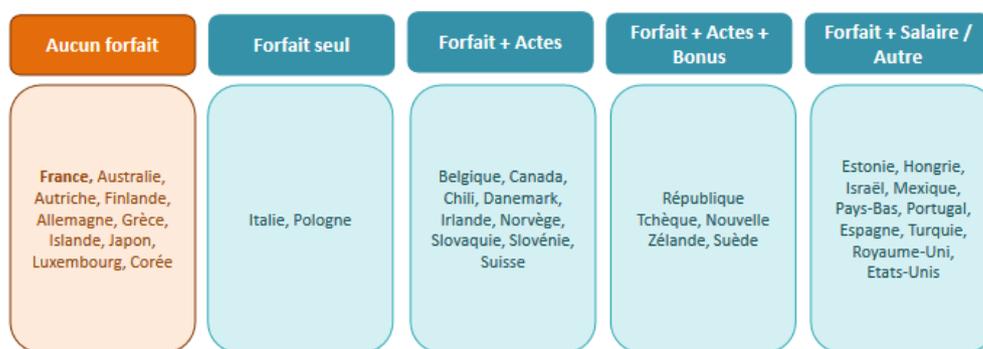
<sup>177</sup> « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé », rapport IGAS n°2021-51R établi par Nicole Bohic, Agnès Josselin, Anne Carole Sandeau Gruber, Hamid Siahmed, novembre 2021

<sup>178</sup> Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des comptes, octobre 2022

*Etats Unis, ou pour un paiement à la capitation comme l’Autriche et la Belgique<sup>179</sup> (...) Dans ces pays, la rémunération à l’acte est accessoire, voire marginale ; elle n’excède jamais 50 % de leurs revenus<sup>180</sup>».*

En 2016, la France était dans le groupe minoritaire des dix pays qui ne présentait aucune rémunération forfaitaire des professionnels en soins primaire (cf. schéma ci-dessous). La Suède, par exemple, a mis en place 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 %). Ce modèle est particulièrement intéressant puisque la charge d’assurer les soins de premier recours, à la suite d’une réforme menée en 2008, repose sur un maillage territorial assuré par des centres de santé, y compris en cas d’urgence (cf. annexe 13 relative aux expérimentations d’organisations de santé innovantes intéressant les CSI).

Schéma 1 : Répartition des pays par mode de rémunération



Source : OCDE (2016), « betterways to pay for health care, OECD health policy studies, citée par DGOS, webinaire PEPS, 6 juin 2018

D’autres systèmes existent à l’étranger, qui mettent en œuvre ou expérimentent un mode de financement forfaitaire des professionnels de santé chargés d’assurer les soins primaires, alternatif à la rémunération à l’acte :

- en Belgique, des « maisons médicales » peuvent choisir d’être rémunérées par un forfait à la capitation (par patient pris en charge) pour l’ensemble des prestations réalisées par les médecins généralistes, les kinésithérapeutes et les infirmières y travaillant. Ce mode de financement, mis en place depuis 1982, ne s’est pas généralisé et concerne une minorité des maisons médicales ;
- 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, asthmatiques, patients à risque cardiovasculaire) ;
- l’Australie expérimente dans 200 cabinets médicaux depuis 2017 une rémunération forfaitaire mensuelle pour les malades chroniques, à la place du paiement à l’acte historiquement en vigueur, sans que la mission ait connaissance des résultats de cette expérimentation<sup>181</sup>.

<sup>179</sup>« La capitation consiste à allouer une somme au médecin qui, en contrepartie, s’engage à prendre en charge un patient pendant une période définie (une année le plus souvent) », Pierre-Louis Bras, Les Tribunes de la santé 2017/4 (n° 57)

<sup>180</sup> Stratégie de transformation du système de santé, Rapport final, Modes de financement et de régulation, Jean-Marc Aubert, janvier 2019.

<sup>181</sup> La mission n’a pas trouvé d’évaluation détaillée de ces modèles d’organisation.

En France, l'expérimentation de nouvelles organisations de soins dans le domaine sanitaire ou médico-social, a débuté en 1996<sup>182</sup>. La dernière vague d'expérimentations date du vote de l'article 51 de la LFSS pour 2018<sup>183</sup>. Une centaine d'expérimentations sont en cours à fin septembre 2022, dont certaines sont déclinées dans plusieurs régions et territoires. Une douzaine de ces expérimentations ont pour point commun d'innover en matière de financement et de modalités d'intervention ainsi que de coordination des infirmières à domicile avec le médecin et les autres professionnels de santé : c'est par exemple le cas de l'expérimentation PEPS initiée en 2019, qui 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 déposés par les ARS. 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 par la structure. Dans la région Pays de la Loire, deux équipes sont intégrées à l'expérimentation « PEPS », dont l'une fait état dans un compte-rendu d'une augmentation de la productivité grâce au binôme médecin/IPA, et au travail de coordination IPA / assistante médicale (cf. annexe 13 relative aux expérimentations d'organisations de santé innovantes intéressant les CSI). Toutefois les évaluations quantitatives de cette expérimentation n'étaient pas réalisées, à fin septembre 2022.

Le projet d'expérimentation dénommé « EQUILIBRES » constitue un autre exemple porté par les acteurs locaux. Il décline les principes mis en œuvre par l'association néerlandaise « Buurtzorg » et se caractérise par la substitution du mode de rémunération des infirmières à l'acte par une rémunération à l'heure (taux horaire de 53,94 €). Outre des cabinets d'infirmières libérales, huit CSI gérés par l'association Soignons humains participent à l'expérience qui vise une 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). Plusieurs syndicats infirmiers 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.

L'évaluation quantitative de ces expérimentations a pris du retard dans l'attente d'une décision de la CNIL en matière de traitement des données, qui est intervenue le 23 juin 2022. A la date des investigations de la mission, leurs résultats n'étaient pas disponibles.

Le modèle économique des centres de santé pourrait être amené à évoluer sensiblement, dans l'hypothèse de la généralisation des expérimentations réussies à l'ensemble du territoire.

**Recommandation n°17** [DGOS] Tirer les enseignements des exemples étrangers et des évaluations des expérimentations françaises article 51 dans l'objectif de faire évoluer le mode de financement des centres de santé

<sup>182</sup> Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

<sup>183</sup> Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.



# LETTRE DE MISSION

*Le Ministre*

*Paris, le 05 MAI 2022*

Réf :  
Cab OV/BR/pegase I-22-002351

**A**

**Monsieur Thomas Audigé,  
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales**

L'accord de branche de l'aide et du soin à domicile ou « accord BAD » a fait l'objet d'un avenant durant l'année 2021 permettant une hausse historique des salaires des aides à domicile de 13% à 15% applicable depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2021. L'Etat s'est engagé à compenser, par l'intermédiaire de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), une part du coût que cela représente pour les départements qui financent des services d'aide à domicile.

Il apparaît que certains centres de soins infirmiers rémunèrent leurs employés conformément aux grilles indiciaires de l'accord cadre BAD alors même qu'ils sont financés par l'assurance maladie via la facturation d'actes réalisés par les infirmiers qui y exercent. Cette discordance entre sources de recettes et dépenses entraîne des difficultés pour ces centres, exacerbées lorsque des hausses significatives de salaires interviennent. Ainsi en 2002, le nombre de centres de soins infirmiers avait fortement diminué en raison des difficultés rencontrées pour suivre l'augmentation des salaires imposée par l'accord BAD (+30% sur 4 ans). Alors que des mesures compensatoires sont prévues pour les départements finançant des services de soins infirmiers à domicile et Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile, aucun financement n'a été prévu pour compenser le coût de ces augmentations salariales pour les centres de soins infirmiers.

Les centres de soins infirmiers, inquiets de cette situation, ont sollicité mes services et ceux de l'Assurance maladie pour obtenir un mécanisme de compensation. Dans ce contexte, je souhaiterais mandater une mission qui sera plus généralement chargée d'analyser la situation économique globale des centres de soins infirmiers et leur répartition sur le territoire. En 2006 et 2012, des études avaient été menées et montraient que leur équilibre économique était conditionné par leur taille, la nature de leur activité, leur mutualisation avec d'autres services notamment : les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou les hospitalisations à domicile (HAD) et le contexte local dont la concurrence libérale.

Je souhaite que vous réalisiez un nouvel état des lieux afin d'établir une cartographie précise de ces centres (statut du centre et de ses salariés notamment au regard de la convention collective régissant leurs rémunérations, nombre d'ETP moyen, chiffre d'affaires, typologie des actes, implantation territoriale, bassins de population couverts et types de patientèles, etc.). A partir de cet état des lieux, vous proposerez en premier lieu un plan d'action qui permettrait de sécuriser structurellement le modèle économique de ces centres de soins infirmiers. De manière subsidiaire, si cet état des lieux conduisait la mission à identifier des risques menaçant l'existence de tout ou partie de ces centres à très court terme, vous proposerez des actions de soutien d'urgence, telles que le versement d'aides en trésorerie exceptionnelles.

.../...

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07  
Téléphone : 01 40 56 60 00

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.  
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse [ddc-rgpd-cab@social.gouv.fr](mailto:ddc-rgpd-cab@social.gouv.fr) ou par voie postale.  
Pour en savoir plus : <https://solidarites-santa.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

Enfin, vous réfléchirez aux missions des centres de soins infirmiers, en articulation avec les autres services de soins à domicile (SSIAD, HAD) : la mission pourra formuler des recommandations notamment pour viser des modes organisationnels d'implantation et d'exercice favorisant l'accès aux soins et le maintien à domicile, en renfort aux autres dispositifs de type SSIAD ou HAD, et développer les alternatives à l'hospitalisation.

Pour la conduite de cette mission, vous pourrez notamment vous appuyer sur les services de la direction générale de l'offre de soins, de la direction de la sécurité sociale et de l'assurance maladie.

Je souhaite que vous rendiez votre rapport pour la mi-septembre 2022. Vous partagez également vos conclusions avec le ministère chargé des comptes publics.



Olivier VERAN

## LISTE DES ANNEXES

1. Détail des réponses des CSI à l'enquête Igas adressée mi-2022
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 »)
3. Gouvernance et régulation de l'offre de soins des CSI
4. Evolution et répartition territoriale du nombre de CSI
5. Données détaillées relative à la gestion des personnels de CSI
6. Place et articulation des CSI dans l'offre territoriale
7. Environnement associatif et structurel des CSI
8. Données sur l'activité des CSI
9. Rémunérations de l'Assurance maladie et mise en œuvre de l'accord national des centres santé 2017-2021
10. Le budget des CSI
11. Typologie des CSI en difficultés
12. Patientèle des CSI
13. Les expérimentations d'organisations de santé innovantes intéressant les CSI



# LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

## 1 Ministère de la santé et de la prévention

- Cabinet
  - Bénédicte Roquette, conseillère chargée de l'offre de soins, des ressources humaines et de l'organisation territoriale
  
- Direction de la sécurité sociale (DSS)
  - Nicolas Labrune, directeur de la sous-direction Financement du système de soins
  - Aurélien Leconte, chef du bureau Relations avec les professionnels de santé
  - Marie Descamps, chargée de mission responsable du suivi des professionnels paramédicaux
  - Mélina Ramos Gorand, adjointe à la cheffe de bureau Etudes et évaluation à la sous-direction des études et des prévisions financières (SDEPF)
  - Dorine Bianco, chargée de mission financement des établissements médicosociaux
  - Jaspal de oliveira, chargée d'études statistiques sur le soutien à l'autonomie (SDEPF)
  
- Direction générale de l'offre des soins (DGOS)
  - Sandrine Billet, sous directrice Pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF)
  - Antoine Meffre, adjoint à la sous-direction Pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
  - Samuel Delafuys, chef de bureau coopérations et contractualisations SDPF-PF3
  - Juliette Parnot, chargée de mission bureau coopérations et contractualisations SDPF-PF3
  - Pauline Boillet, adjointe au chef de bureau Prises en charge post aiguës, pathologies chroniques, et santé mentale (R4) de la sous-direction Régulation de l'offre de soins (ROS)
  
- Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
  - Axel Essid, adjoint à la sous-direction des professions sociales, de l'emploi et des territoires
  - Julien Chauvel, adjoint au chef de bureau Emploi et politique salariale à la sous-direction des professions sociales, de l'emploi et des territoires
  - Charlotte Paillet, chargée de mission au bureau emploi et politique salariale à la sous-direction des professions sociales, de l'emploi et des territoires

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
  - Elisabeth Fery Lemonnier, conseillère médicale à la sous-direction chargée de l'Observation de la santé et de l'Assurance maladie
  - Jehanne Richet, cheffe du bureau des Professions de santé à la sous-direction chargée de l'Observation de la santé et de l'Assurance maladie

## 2 Ministère de l'économie, des finances et de la relance

- Direction du budget
  - Marie Chanchole, sous directrice de la 6<sup>ème</sup> sous-direction finances sociales
  - John Houldsworth, adjoint à la sous directrice
  - Guillaume Bayona, adjoint au chef de bureau 6BCS, chargé du suivi des soins de ville
  - Louis Nouaille Degorce, adjoint au chef de bureau 6BSI, solidarité et insertion
- Direction générale des finances publiques
  - Catherine Privez, cheffe de secteur valorisation financière du secteur public local et du secteur public de santé, bureau CL2A (Conseil fiscal de la valorisation)
  - Florence Foussard, rédactrice

## 3 Caisse nationale d'assurance maladie

- Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS)
  - Julie Pougheon, directrice de la direction de l'Offre de soins à la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DOS/DDGOS)
  - Thibaut Zaccharini, responsable du département des professions de santé à la DOS
  - Claire Traon, adjointe au département des professions de santé
  - Aurélie Grondin, référente exercice coordonné au sein du département des professions de santé
- Direction de la stratégie, des études et des statistiques
  - Ayden Tajahmady, adjoint à la direction de la stratégie, des études et des statistiques (DSES)
  - Amin Agamaliyev, responsable du département des études sur l'offre de soins à la DSES

## 4 Fédérations et représentants de la profession

- AEDOM
  - Isabelle Herry, responsable pôle santé et soins
  - Eric Vernier, administrateur
  
- ADMR
  - Bénédicte Le Strat, directrice du pôle sanitaire et médicosocial de la fédération ADMR Vendée
  - Jérôme Perrin, directeur du développement et de la qualité
  - Bernard Habert, responsable du pôle juridique
  
- C3SI
  - Eliot Ronan, directeur
  - Nicolas Blouin, vice-président C3SI Pays de la Loire
  - Christelle Le Coz, coordinatrice régionale C3SI Pays de la Loire
  
- FEHAP
  - Sarah Bekhada, directrice adjointe offre de soins
  - Hélène Caillat, conseillère santé à la direction de l'offre de soins
  - Marie Sophie Dorge, conseillère domicile à la direction de l'autonomie
  
- Regroupement national des gestionnaires de centres de santé (RNOGCS)
  - Roland Walger, coordonnateur
  
- UNA
  - Nzhate Maazouz, responsable du pôle politiques publiques
  - Laura Bredin, cheffe de projet médicosocial
  - Christian Cecchetani, représentant UNA de la région Bourgogne Franche comté
  
- URPS infirmiers Pays de la Loire
  - David Guillet, président

## 5 URSSAF Caisse nationale

- Alain Gubian, directeur des statistiques, des études et de la prévision
- Anne Laure Zennou, responsable adjointe du département statistiques

## 6 Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

- Gaël Hilleret, directeur de la direction Appui au pilotage de l'offre
- Olivier Paul, directeur adjoint de la direction du financement de l'offre

## 7 Organismes gestionnaires ou représentants de gestionnaires

- Croix rouge
  - Johan Girard, directeur adjoint attractivité innovation, délégué national de la filière Domicile-Personnes âgées
  - Michel Ange Martin, adjoint au délégué national des filières Personnes âgées et Domicile, direction des métiers et des opérations (DMO)
  - Céline Chery, directrice d'établissements de soins (Hauts de France)
  - Cyril Goubet, directeur territorial (Hauts de France)
- Groupe Filieris
  - Gilles De Lacaussade, directeur général
  - Laurence David, directrice nationale du pilotage et de la performance de l'offre de santé
- Mutualité française
  - Michel Coubert, directeur de la Direction de l'offre de soins, de l'autonomie et des parcours
  - Roseline Denis, Directrice générale adjointe UDSMA-Mutualité Française Aveyron
  - Noémie Lacaze, coordinatrice RH, responsable des services de l'institut des sœurs saint François d'Assise UDSMA-Mutualité française de l'Aveyron
  - Caroline Vasseur, chargée de mission Premier recours

## 8 Association des maires de France (AMF)

- Frédéric Chéreau, Maire de Douai, coprésident de la commission Santé
- Nelly Jacquemot, responsable département action sociale, éducation, culture, santé, sport, politique de la ville
- Sarah Reilly, conseillère technique au département action sociale, éducative, sportive et culturelle

## 9 ANAP

- Mona Krichen, directrice du pôle prise en charge et parcours

## 10 Agences régionales de santé

- Bourgogne Franche Comté
  - Nadia Ghali, responsable du département Accès aux Soins Primaires et Urgents à la direction Offre de soins
  - Célia Cusey, Conseillère technique Stratégie domicile à la direction de l'Autonomie
- Pays de la Loire
  - Florent Pouget, directeur de la direction de l'offre de santé en faveur de l'autonomie (DOSA)
  - Florian Parisot, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, chargé de projets à la DOSA, département parcours des personnes âgées
  - Lydia Le Bris, référente HAD, chargée de projets à la DOSA
  - Odile Dubois, chargée de mission à la DOSA
  - Claire Gaboreau, chargée de mission à la DOSA
  - Béatrice Bonnaval, chargée de projet exercice coordonné, département accès aux soins
  - Stéphan Domingo, directeur de la délégation territoriale Sarthe,
  - Laurence Perrin, animatrice territoriale Nantes métropole, délégation territoriale Loire Atlantique

## 11 Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)

- Thomas Bouvier, directeur de la direction Coordination régionale de la gestion du risque/lutte contre la fraude et de la direction Appui aux professionnels de la santé et de l'efficience des soins, CPAM de Loire Atlantique
- Nathalie Bruel, responsable organisation coordonnée des soins, CPAM de la Sarthe

- Michaël Braida, directeur de la Direction Coordination régionale de la gestion du risque (DC GDR), CPAM de la Côte d'Or

## 12 Centres de soins infirmiers

### 12.1 Région Ile de France

- CSI de Saint Mandé
  - Nora Touati, directrice du centre de soins infirmiers municipal de Saint Mandé (Val de Marne)
- CSI de Combs la Ville
  - Fatoumata Diawara, directrice du centre de soins infirmiers, Combs la Ville (Seine et marne)
  - Shéhérazade Ayoub, infirmière, centre de soins infirmiers, Combs la Ville (Seine et marne)
  - Laurent Buob, Business développeur en télémédecine chez Promotal
- CSI Paris 18<sup>ème</sup> arrondissement
  - Olivier Courtois, directeur du centre de soins infirmiers Espoir et santé, AMSAV (Paris)
  - Grégoire Coudray, adjoint au directeur du centre de soins infirmiers Espoir et santé (Paris)

### 12.2 Région Hauts de France

- CSI de Soissons / Vic sur Aisne
  - Murielle Hyacinthe, directrice générale, Centre de soins infirmiers de l'association médicosociale Anne Morgan (AMSAM, Aisne)
  - Franck Veyrier, responsable du pôle soins, CSI AMSAM
  - Hélène Dumas, infirmière coordinatrice de l'Equipe spécialisée de soins infirmiers Précarité (ESSIP), CSI AMSAM
  - Emmanuelle Paquet, infirmière référente parcours gérontologie, CSI AMSAM
  - Marie Hélène Coutte, infirmière Coordinatrice du SSIAD de l'AMSAM
  - Yasmina Terras, infirmière coordinatrice HAD de l'AMSAM
  - Augustin Gnie Fokwa, responsable du pôle SAAD de l'AMSAM
- CSI / expérimentation Equilibres
  - Guillaume Alsac, directeur de l'association Soignons humains (Nord)

- CSI de Laon
  - Ingrid Vrand, directrice du centre de soins infirmiers de Laon (Aisne)
  - Alexandra Messiase, infirmière coordinatrice au CSI de Laon

### 12.3 Région Pays de la Loire

- CSI de Nantes (Loire Atlantique)
  - Eliane Daoud, directrice générale de l'association Soins et santé
  - Elisabeth Diridollou, vice présidente
  - Claude Maillet, trésorier
- CSI de Bouaye (Loire Atlantique)
  - Jean Paul Chauvet, président
  - Magali Leroy, infirmière coordinatrice
  - Brigitte Moreau, secrétaire de l'association
- CSI de Chaillé les Marais (Vendée)
  - Marie-Thérèse Baudon, présidente de l'association
  - Philippe Bontemps, directeur du CSI
- CSI de Rocheservière / les Lucs sur Boulogne (Vendée)
  - Bernard Naulleau, président de l'association
  - Catherine Guillemet, infirmière, directrice

### 12.4 Région Bourgogne Franche Comté

- CSI Pont de Roide (Doubs)
  - Eric Vernier, directeur de l'association Agir pour la Santé à Domicile
- CSI de Montbéliard (Doubs)
  - Christian Cecchettani, directeur de l'association APASAD
  - Anne Thomas, responsable centre de soins Grand Charmont
  - Sophie Liblin, infirmière coordinatrice offre de soins, CSI Belfort

- CSI d'Audincourt (Doubs)
  - Bruno Palandre, directeur du CSI Soli-cité
  - Magalie Tisserand, responsable administrative et financière

## 12.5 Région Auvergne Rhône Alpes

- CSI de Satillieu
  - Alexis Marthouret, président
  - François Dert, vice-secrétaire
  - Thierry Simon, membre du bureau de soins

## SIGLES UTILISÉS

AIS	Acte infirmier de soins
AMI	Acte médical infirmier
ASALEE	Action de santé libérale en équipe
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANSP	Agence nationale de santé publique
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ADMR	Aide à domicile en milieu rural
AMF	Association des maires de France
BASS	Branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
URSSAF caisse nationale	Caisse nationale des unions de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CDS	Centre de santé
CSI	Centre de soins infirmiers
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
C3SI	Confédération des centres de santé
CDI	Contrat à durée indéterminée
BAD	Convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile
CCN	Convention collective nationale
DSN	Déclaration sociale nominative
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
DSES (CNAM)	Direction de la stratégie, des études et des statistiques
DDGOS (CNAM)	Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

DGOS	Direction générale de l'offre de soins
EQUILIBRES	Equipes d'infirmières libres responsables et solidaires
ETP	Equivalent temps plein
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR	Fonds d'intervention régional
HAS	Haute Autorité de santé
HSD	Honoraire sans dépassement
HAD	Hospitalisation à domicile
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
IDEL	Infirmière diplômée d'Etat libérale
IPA	Infirmière en pratique avancée
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IFSI	Institut de formation aux soins infirmiers
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
HPST	Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
ONI	Ordre national des infirmiers
PEPS	Paiement en équipe de professionnels de santé
PS	Professionnel de santé
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
QPV	Quartier prioritaire de la politique de la ville
PCR	Réaction en chaîne par polymérase
RNOGCS	Regroupement national des gestionnaires de centres de santé
RH	Ressources humaines
SIEG	Service d'intérêt économique général

SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SPASAD	Service polyvalents d'aide et de soins à domicile
SNDS	Système national des données de santé
UNA	Union nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles
ZRR	Zone de revitalisation rurale