



MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Dominique LIBAULT, Directeur

Sous-direction du financement du système de soins
Mission de la coordination et de la gestion du risque
maladie (MCGR)

Personne chargée du dossier :

Chanthell FENIES

tél. : 01.40.56.54.89

fax : 01.40.56.73.95

mél. : chanthell.fenies@sante.gouv.fr

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Annie PODEUR, Directrice

Sous-direction de l'organisation du système de soins

Bureau des réseaux, complémentarités et

recomposition des activités de soins

Personne chargée du dossier

Chloé BATEAU-GABAJI

tél. : 01 40 56 44 84

fax : 01 40 56 41 89

Mél : chloe.bateau@sante.gouv.fr

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE

Fabrice HEYRIÈS, Directeur général

Sous-direction des âges de la vie

Bureau des personnes âgées (2C)

Personnes chargées du dossier :

Virginie CHENAL

tél. : 01.40.56.86.67

fax : 01.40.56.87.26

mél. : virginie.chenal@sante.gouv.fr

**Le Ministre du travail, des relations sociales,
de la famille, de la solidarité et de la ville
La Ministre de la santé et des sports
La secrétaire d'Etat à la solidarité**

A

Mesdames et Messieurs les préfets de
département,
Mesdames et Messieurs les directeurs de
Missions Régionales de Santé,
Mesdames et Messieurs les directeurs d'Agence
Régionale de l'Hospitalisation et
Mesdames et Messieurs les Directeurs d'Unions
Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
(pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les préfets de région
(pour information)

CIRCULAIRE N° DGAS/2C/DSS/MCGR/DHOS/O3/2009/05 du 29 janvier 2009 relative aux modalités d'autorisation des services de soins infirmiers à domicile et leur articulation avec le dispositif de régulation du conventionnement des infirmières libérales.

Date d'application : IMMEDIATE

NOR : SJSS0930066C

Classement thématique : Santé publique

Résumé : La présente circulaire vise à présenter le nouveau dispositif de régulation de l'offre de soins infirmiers au niveau infrarégional. En corollaire du dispositif de régulation des infirmiers libéraux mis en place par avenant conventionnel, ce dispositif repose notamment sur la prise en compte, lors des demandes de création ou d'extension de SSIAD autorisés, de la densité de l'offre de soins infirmiers existante, en établissement et en libéral, dans la zone desservie par le SSIAD.

Mots-clés : services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), missions régionales de santé (MRS), répartition territoriale des infirmières libérales, projet médical de territoire, zones très sous dotées, zones sous-dotées, zones à dotation intermédiaire, zones très dotées, zones surdotées, densité médicale, PRIAC.

Textes de référence : article 46 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, article L 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles, arrêté du 29 décembre 2008 publié au Journal officiel du 18 janvier 2009, avenant n°1 du 4 septembre 2008 à la convention entre les infirmiers libéraux et l'UNCAM publié au Journal officiel du 18 octobre 2008.

La répartition géographique de l'offre de soins infirmiers présente des écarts importants de densité entre les départements. Ce déséquilibre a des incidences en termes d'accès aux soins et de satisfaction des besoins de soins pour la population.

L'offre de soins infirmiers sur la partie des actes infirmiers de soins (AIS) est assurée à la fois par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les infirmiers libéraux (IDEL) notamment dans les zones surdotées, leur complémentarité pouvant s'exprimer par la présence des IDEL dans les SSIAD. Les actes médicaux infirmiers (AMI), lorsqu'ils sont assurés dans le cadre de la prise en charge en SSIAD, sont délivrés soit par des IDEL avec paiement des actes par le SSIAD soit par des infirmières salariées.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (article 46) a permis la définition de mécanismes de régulation de l'offre de soins infirmiers.

En ce qui concerne les IDEL, l'avenant n° 1 à la convention infirmière (avenant du 4 septembre publié au JO du 18 octobre) met en place une régulation de l'accès au conventionnement dans les zones excédentaires ainsi que des mesures incitatives dans les zones déficitaires. Ce dispositif sera mis en place sur la base du zonage qui sera établi par les missions régionales de santé (MRS) conformément aux dispositions de l'arrêté du 29 décembre 2008 publié au JO du 18 janvier 2009 et de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale tel qu'issu de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. C'est ce dispositif que présente la première partie de la présente circulaire.

En ce qui concerne les SSIAD, des mesures de rééquilibrage seront mises en œuvre par la programmation, la répartition des dotations, les autorisations et les créations de places et de structures au niveau infra départemental. Elles ne remettent pas en cause les objectifs globaux du plan solidarité grand âge (PSGA) en matière de création de places de SSIAD mais impliquent la mise en œuvre de mesures permettant d'offrir une couverture équilibrée des soins infirmiers au niveau régional, départemental et surtout infra-départemental.

I. Présentation de la régulation applicable aux infirmiers libéraux

Les mesures incitatives et désincitatives prévues par l'avenant n° 1 à la convention infirmière relatives à l'installation des infirmiers libéraux seront mises en œuvre sur la base d'un zonage élaboré par les MRS.

1-1 La mise en place du zonage

En application de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, les MRS sont chargées de définir des zones en fonction de la densité de professionnels à partir de critères arrêtés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. L'arrêté du 29 décembre 2008 publié au JO du 18 janvier 2009 définit les conditions et critères d'élaboration du zonage.

Les zones correspondent aux bassins de vie et, pour les agglomérations de plus de 30 000 habitants, aux pseudo-cantons.

Les critères pris en compte sont :

- des critères de besoins en soins :

- l'activité infirmière mesurée par les honoraires moyens des IDEL exerçant dans le bassin de vie ou le pseudo-canton ;
- la structure de la population par âge mesurée par la part des plus de 75 ans dans la population totale du bassin de vie ou du pseudo-canton.

- des critères d'offre :

- La densité standardisée par âge des infirmiers mesurée par le nombre d'IDEL exerçant une activité ambulatoire dans le bassin de vie ou le pseudo-canton par rapport à la population résidente, auquel est ajouté l'équivalent d'effectifs d'IDEL représenté par les SSIAD calculé selon un taux de conversion déterminé par l'arrêté;
- Les caractéristiques géographiques du bassin de vie ou du pseudo-canton : elles sont mesurées par le nombre moyen d'indemnités kilométriques (IK) réalisés par les IDEL exerçant dans le bassin de vie ou le pseudo-canton.

Un score est appliqué à la zone pour chacun de ces critères. La somme de ces scores permet de positionner la zone dans l'une des cinq catégories : zones très sous-dotées, zones sous-dotées, zones à dotation intermédiaire, zones très dotées et zones surdotées.

Les MRS disposent, sur cette base, d'une marge de manœuvre qui leur permet de moduler le classement des zones entre ces cinq catégories issu du scoring. Elles peuvent ainsi faire passer au maximum 5% des zones de la catégorie dans la catégorie immédiatement inférieure ou supérieure. Dans le cas où une catégorie ne comprend aucune zone à l'issue du scoring, 5 % des zones du niveau immédiatement supérieur ou inférieur peuvent être classées dans cette catégorie.

Les MRS procèdent au classement après avis du conseil régional, des conseils généraux et des représentants régionaux des syndicats représentatifs. Les MRS, prendront, en tant que de besoin, l'attache des préfets de département concernés et des représentants des gestionnaires de SSIAD. La décision des MRS est ensuite soumise à la validation des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale et du directeur général de l'UNCAM.

Le classement des zones réalisé est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Les zonages devront avoir été réalisés dans les 2 mois suivant la parution de la présente circulaire.

De façon à permettre la mise en œuvre effective des dispositions de régulation, les MRS informeront sans délai les CPAM des résultats du zonage.

Le zonage devra être actualisé tous les 5 ans. Exceptionnellement, la publication par l'INSEE du 1er cycle de l'enquête annuelle de recensement (chiffre 2006), qui devrait intervenir au plus tôt au 2^{ème} semestre 2009 pour les populations au niveau des bassins de vie, pourra donner lieu à actualisation du zonage. En fonction de la date de cette publication, il est possible que la compétence du zonage ait déjà été transférée aux Agences régionales de santé (ARS).

1-2 Les mesures de régulation de l'installation des IDEL

L'avenant n° 1 à la convention des infirmières signé le 4 septembre 2008 entre l'UNCAM et les quatre syndicats représentatifs d'infirmières libérales met en place une limitation de l'accès au conventionnement des IDEL dans les zones surdotées. Dans ces zones, l'accès au conventionnement est limité au seul remplacement de départs définitifs d'infirmiers libéraux

Ainsi, une infirmière désirant s'installer dans une zone surdotée ne pourra être conventionnée que si une autre infirmière cesse définitivement son activité dans cette même zone. La décision de conventionnement est prise par le directeur de la CPAM, après avis de l'instance conventionnelle (commission paritaire départementale).

Les parties à la convention ont subordonné la mise en place de ce dispositif de régulation démographique à la mise en œuvre d'un dispositif équivalent de régulation pour l'offre de soins en SSIAD. L'avenant n° 1 prévoit ainsi la possibilité de suspendre l'application de la régulation démographique applicable aux infirmières libérales, dans la zone considérée, en cas d'ouverture ou d'autorisation de places de SSIAD dans une zone surdotée. Il prévoit toutefois le maintien de la régulation dans l'hypothèse où ces places en SSIAD supplémentaires répondraient à un besoin que l'offre de soins infirmiers existante ne serait pas en mesure de prendre en charge. Ce besoin est examiné par l'instance conventionnelle (commission paritaire régionale) dans les conditions prévues dans l'avenant n°1.

L'avenant n°1 met parallèlement en place des mesures incitatives à l'installation dans les zones très sous-dotées (option conventionnelle ouvrant droit à une participation de l'assurance maladie aux dépenses d'investissement de l'IDEL ainsi qu'à une prise en charge accrue de ses cotisations sociales par l'assurance maladie).

La régulation des conventionnements dans les zones surdotées ainsi que la mise en place des mesures incitatives dans les zones sous-dotées prévues par l'avenant n°1 à la convention entrent en vigueur 6 mois après sa publication au JO, soit le 19 avril 2009.

II. Présentation de la régulation applicable aux SSIAD

La détermination des dotations relatives aux SSIAD répond aux critères déterminés par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et validés par son conseil en date du 24 janvier 2006. Elle tient notamment compte du volume d'AIS dispensés aux personnes de 75 ans et plus réalisé dans chaque région et département. Ce système a pour but de rééquilibrer l'offre de SSIAD aux niveaux régional et départemental.

Le dispositif introduit par la présente circulaire permet d'autoriser ou de refuser la création de places nouvelles ou l'extension de SSIAD au niveau infradépartemental des bassins de vie

et des pseudo-cantons, sur les territoires qui correspondent aux zones délimitées par les MRS en fonction de leur classement par les MRS dans l'une des cinq catégories mentionnée au 1-1.

Toute nouvelle autorisation de création et toute nouvelle création de place doivent faire l'objet d'un diagnostic et d'une régulation à l'aune des besoins déjà couverts en offre de soins infirmiers.

Les mesures de régulation des places de SSIAD dans les zones surdotées doivent entrer en vigueur 6 mois après la publication au JO de l'avenant infirmier, soit le 19 avril 2009.

2.1. Diagnostic et détermination des objectifs cibles de l'offre et des besoins en soins infirmiers à domicile en fonction du zonage

En vue de la programmation et de l'autorisation des SSIAD, les préfets établissent un diagnostic des besoins et de l'offre en SSIAD ainsi que de leur évolution s'appuyant :

- sur le zonage réalisé par les MRS d'une part,
- et sur une évaluation complémentaire des besoins en offre de soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées (petites unités de vie, logements foyers) et pour personnes handicapées qui recourent aux services d'un SSIAD.

Pour évaluer les besoins en soins infirmiers en fonction du zonage, les DDASS pourront s'appuyer sur les critères de la CNSA, utilisés pour la programmation des PRIAC.

Les préfets de département sont par ailleurs rendus destinataires par la CPAM des données suivantes :

- le nombre d'AIS dispensés par les infirmiers libéraux dans les zones appelées à être desservies par le SSIAD ;
- le nombre d'AMI dispensés par les infirmiers libéraux dans les zones appelées à être desservies par le SSIAD ;
- la densité d'IDEL par zone.

Des objectifs cibles en matière de création ou de stabilisation de l'offre devront être déterminés sur la base de ces diagnostics.

2. 2. Mise en œuvre des mesures de rééquilibrage et de régulation de l'offre en matière de SSIAD

a) Programmation des SSIAD

L'offre de SSIAD et l'offre libérale ne sont pas superposables ni équivalentes, eu égard notamment au public éligible aux prestations des SSIAD plus restreint (personnes handicapées ou personnes âgées, notamment celles atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées nécessitant des soins de stimulation et de réhabilitation des fonctions supérieures) que celui des infirmières libérales.

Afin d'éviter une offre globale excédentaire dans certaines zones, la programmation des SSIAD doit prendre en compte la densité globale de soins infirmiers. Il convient pour la programmation de création de SSIAD ou de l'extension de places nouvelles de prioriser les bassins de vie et les pseudo-cantons en faible densité d'IDEL dans la programmation (PRIAC). Ce principe conditionnera les autorisations de places nouvelles de SSIAD dans les schémas d'organisation sociale et médico-sociale et les PRIAC.

De plus, dans les zones définies par les MRS comme surdotées, la création de SSIAD ne pourra pas être programmée, sauf si la zone répond à deux critères cumulatifs :

- aucune place de SSIAD n'est déjà autorisée ;
- l'offre de soins existante n'est pas en mesure de prendre en charge l'ensemble des besoins, ce qui s'apprécie notamment en fonction de l'existence d'une population rencontrant des difficultés d'accès aux soins, d'une possibilité de coopération entre infirmières libérales et SSIAD et de la prise en compte de la totalité de l'offre de services médico-sociaux incluant notamment les EHPAD et les USLD.

Si ces conditions sont réunies, avant d'accorder l'autorisation ou lorsqu'elles sont informées de l'ouverture prochaine de places précédemment autorisées, les DDASS en informent les MRS et les CPAM, compte tenu du risque de suspension de la régulation de l'installation des IDEL.

En cas d'ouverture effective ou d'autorisation de places de SSIAD dans cette zone, les MRS en informent le comité d'appui et de suivi national mentionné au 3.1.

b) Autorisation de création de SSIAD, création ou extension de places nouvelles

Le régime d'autorisation des SSIAD obéit aux règles de droit commun définies à l'article L. 313-4 du CASF qui lie toute autorisation nouvelle à une double compatibilité avec le schéma d'organisation sociale et médico-sociale et le PRIAC.

Conformément aux objectifs mentionnés au a) et en cohérence avec le PRIAC, les préfets de département veilleront, même en cas d'un avis favorable du CROSMS, à ne pas autoriser de nouvelles créations de places ou extension dans les zones surdotées définies par la MRS.

La seule exception à ce principe concerne les zones mentionnées au troisième paragraphe du a) *supra*.

L'existence de ces zones doit être portée à la connaissance des présidents de conseil général qui arrêtent les schémas et des Comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) (inclusion dans l'arrêté définissant le contenu des rapports CROSMS).

Les préfets de département veilleront à faire coïncider le périmètre des SSIAD avec les limites des zones de densité définies par les MRS.

c) Modalités de coopération SSIAD/IDEL

Dans les zones surdotées, très dotées et intermédiaires, des modalités de coopération devront être mises en place afin de permettre une meilleure articulation de l'offre entre SSIAD et IDEL. En particulier, dans les zones déjà denses en soins infirmiers (en structures et en libéraux), il est préférable que les SSIAD soient incités à passer des conventions de prestation avec les IDEL installés plutôt qu'à salarier des infirmiers supplémentaires.

III. Suivi de la mise en œuvre de l'arrêté du 29 décembre 2008 et modalités d'évaluation de la régulation

3. 1. Suivi

Les nouvelles modalités de régulation seront suivies par les MRS.

A cette fin, les MRS réuniront de façon régulière, au moins une fois par semestre, un comité de suivi régional composé des représentants locaux des syndicats d'infirmiers libéraux et des représentants de gestionnaires de SSIAD, des services déconcentrés de l'Etat et des services de l'assurance maladie. Les éventuelles difficultés de coordination de ces dispositifs pourront y être évoquées. Les MRS pourront faire des propositions pour améliorer la répartition de l'offre de soins infirmiers sur le territoire régional en fonction des besoins.

Si l'un des acteurs composant le comité de suivi régional constate que le dispositif de régulation n'est pas respecté, il en avise la MRS pour qu'elle convoque une réunion du comité précité. Celui-ci servira d'instance de conciliation destinée à examiner les litiges éventuels et à apporter tout élément d'appréciation.

Au niveau national, un comité d'appui et de suivi comprenant la DHOS, la DSS, la DGAS, la CNAMTS et la CNSA sera constitué. Il se réunira deux fois par an au minimum et aura vocation à examiner les situations qui le nécessiteraient pour y trouver des solutions. Il se réunira de façon élargie aux syndicats d'infirmiers libéraux représentatifs et aux représentants des gestionnaires de SSIAD au moins une fois par an.

Les préfets de région et les préfets de département, dans leur domaine de compétence respectif, veilleront à la mise œuvre de l'articulation entre offre médico-sociale et densité des infirmières sur leur territoire pour l'élaboration du PRIAC et la mise en œuvre du régime d'autorisation des SSIAD.

3. 2. Evaluation

Les MRS réaliseront une évaluation de ce dispositif un an après l'entrée en vigueur de l'avenant du 4 septembre 2008 à la convention nationale des infirmières. Seront notamment associés à cette évaluation les services de l'Etat en charge de l'autorisation et de la programmation des SSIAD et les CPAM. L'évaluation devra déterminer, d'une part, les difficultés de fonctionnement du dispositif de régulation mis en place et, d'autre part, l'efficacité de ce dispositif pour améliorer la répartition de l'offre globale en soins infirmiers sur le territoire régional. Elle s'efforcera notamment de mettre en avant les propositions d'amélioration du dispositif en termes de régulation régionale de l'offre de soins infirmiers.

Une évaluation nationale permettra de déterminer l'efficacité du dispositif en termes de rééquilibrage national de l'offre de soins infirmiers.

Pour le ministre du travail des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et par délégation

Signé

Pour la ministre de la santé et des sports et par délégation

Signé

Pour la ministre de la santé et des sports et par délégation

Signé

Le directeur général de l'action sociale
Fabrice HEYRIÈS

Le directeur de la sécurité sociale
Dominique LIBAULT

La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Annie PODEUR