

Chapitre IX

**Les dépenses de soins infirmiers et de
masso-kinésithérapie en exercice
libéral : une progression non maîtrisée,
des mesures de régulation à prendre
sans délai**

PRÉSENTATION

Sur les dix-sept professions d'auxiliaires médicaux reconnues par le code de la santé publique, cinq dispensent des actes de soins remboursés par l'assurance maladie, sur la base de tarifs opposables, quand elles exercent en libéral : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes et pédicures-podologues³⁴⁴. Pour être pris en charge, les soins réalisés doivent, sauf exception, avoir été prescrits par un médecin.

Les dépenses d'assurance maladie au titre des actes de ces cinq professions se sont élevées à 10,7 Md€ au total en 2014. La Cour a analysé plus particulièrement la dynamique très vive (+5,7 % par an en euros constants depuis 2000) des dépenses liées à l'activité des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes (10 Md€ au total en 2014³⁴⁵), professions qui regroupent également les effectifs les plus importants (103 393 infirmiers libéraux et 64 032 masseurs-kinésithérapeutes libéraux au 1er janvier 2014).

Le vieillissement de la population engendre indéniablement des besoins accrus de prise en charge de pathologies chroniques et de la dépendance, dans le cadre notamment d'un renforcement constant des actions de maintien à domicile, où ces professions jouent un rôle majeur et apprécié. Mais il importe impérativement de concilier ces évolutions avec une maîtrise des dépenses indispensable dans le contexte de déficits récurrents de l'assurance maladie, tout en assurant une prise en charge de qualité sur l'ensemble du territoire.

La Cour a constaté que les dépenses continuaient à croître à un rythme très soutenu sur la période récente sans que l'ensemble des déterminants de cette évolution aient pour autant été analysés par l'assurance maladie et par le ministère chargé de la santé (I). Il apparaît cependant clairement que cette croissance a été entretenue par une forte dynamique de la démographie des auxiliaires libéraux et soutenue par leur répartition déséquilibrée sur le territoire (II). La tendance à l'emballement des dépenses en l'absence de toute action de régulation exige de mettre en œuvre sans délai des mesures de maîtrise déterminées, en termes à la fois de gestion des risques, de réorientation de l'offre et de redéfinition des modalités de rémunération des professions concernées (III).

344. Les douze autres professions sont les suivantes : diététiciens, ergothérapeutes, psychomotriciens, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, orthoprothésistes, podoprothésistes, ocularistes, épithésistes et orthopédistes-orthésistes.

345. Pour 2014, les remboursements des actes des orthophonistes se sont élevés à 652 M€, ceux des orthoptistes à 66 M€ et ceux des pédicures-podologues à 19 M€.

I - Des dépenses en forte augmentation, dont les déterminants sont insuffisamment analysés

A - Des dépenses qui s'accroissent

La consommation de soins et de biens médicaux correspondant aux actes des auxiliaires médicaux en exercice libéral est passée d'un cinquième de la consommation en soins de ville en 2000 à un quart en 2013, où elle a atteint 13,1 Md€³⁴⁶. Elle a été beaucoup plus importante que celle des médecins, avec une croissance de 50 % de 2006 à 2013 quand celle liée aux médecins augmentait sur la même période de 17,1 %.

Les actes des auxiliaires médicaux

Les auxiliaires médicaux sont habilités à accomplir des actes limitativement définis par leur décret de compétence. Pour bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie, ces actes doivent être inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), sur décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Un acte est défini par une lettre-clé déterminant une valeur unitaire et affecté d'un coefficient permettant de déterminer son tarif.

Les actes infirmiers relèvent principalement de deux lettres-clés : AMI (actes médico-infirmiers, valeur unitaire de 3,15 €), qui sont des actes techniques relatifs notamment aux traitements des plaies, aux injections et aux prélèvements ; AIS (actes infirmiers de soins, valeur unitaire de 2,65 €), actes d'aide aux personnes dépendantes (hygiène, prévention). Deux autres types d'actes ont été ajoutés en 2011 : la majoration pour acte unique (MAU, valeur unitaire de 1,35 €) qui valorise la réalisation d'un acte unique coté en AMI 1 ou 1,5 ; la majoration de coordination infirmière (MCI, valeur unitaire de 5 €), qui peut s'appliquer à certains soins complexes (pansement complexe, soins palliatifs).

Les actes des masseurs-kinésithérapeutes relèvent de trois lettres-clés : AMS (actes de rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques), AMK (autres actes de rééducation réalisés en ambulatoire) et AMC (autres actes de rééducation pratiqués dans une structure de soins ou un établissement). Les trois lettres-clés ont une valeur unitaire identique (2,15 €).

346. *Comptes nationaux de la santé 2013*, DREES, collection études et statistiques, édition 2014. La consommation de soins et biens médicaux, retracée dans les comptes annuels de la santé, porte sur la totalité de la dépense : assurance maladie obligatoire de base, assurance complémentaire santé et sommes restant à la charge des assurés.

S'y ajoutent des indemnités forfaitaires de déplacement (IF, valeur unitaire de 2,50 €) et des indemnités kilométriques (IK, dont la valeur au kilomètre parcouru est variable selon les professions) pour les soins à domicile, ainsi que des majorations de nuit et de dimanche.

Le taux de remboursement par l'assurance maladie sur la base du tarif opposable est de 60 %, sans préjudice des cas de prise en charge à 100 %, notamment pour les patients en affections de longue durée (ALD).

1 - Une dynamique très forte des dépenses de l'assurance maladie

Depuis 2000, les remboursements d'actes d'auxiliaires médicaux par l'assurance maladie ont été multipliés par 2,4 en euros courants, passant de 4,4 Md€ à 10,7 Md€ en 2014, soit une augmentation annuelle moyenne de 6,5 % en euros courants et de 5,7 % en euros constants.

Tableau n° 66 : remboursement des actes des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral par l'assurance maladie (2000-2014)

En M€

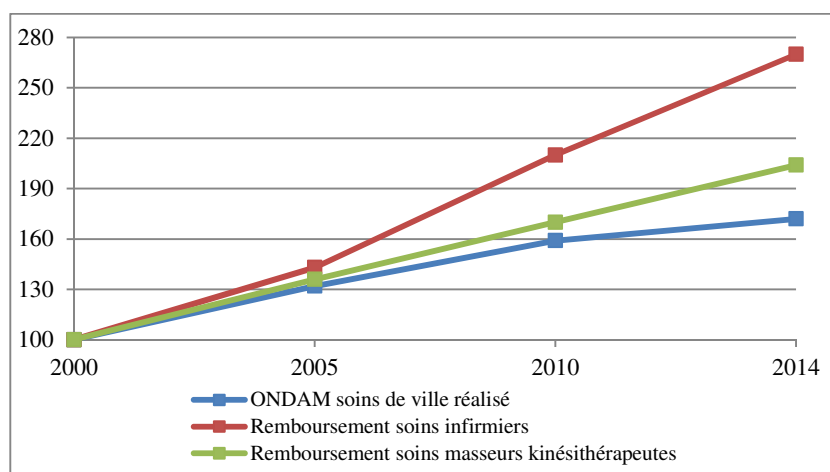
	2000	2005	2010	2013	2014	TCAM* 2000-2014 euros courants	TCAM* 2000-2014 euros constants
Infirmiers	2 365	3 383	4 976	6 066	6 376	7,3 %	6,6 %
Masseurs-kinésithérapeutes	1 780	2 432	3 033	3 485	3 643	5,2 %	4,3 %
Sous-total	4 145	5 815	8 009	9 551	10 019	6,5 %	5,7 %
Ensemble des cinq professions	4 448	6 252	8 589	10 253	10 756	6,5 %	5,7 %

*TCAM = taux de croissance annuel moyen.

Source : CNAMTS ; SNIR-Tous régimes-France entière ; la dépense tous régimes est estimée par application du taux de remboursement global constaté par le régime général aux autres régimes.

La hausse des remboursements des actes d'auxiliaires médicaux est de fait très supérieure à celle de l'ONDAM « soins de ville », l'écart s'accroissant constamment depuis 2005 et plus encore depuis 2010.

Graphique n° 24 : évolution comparée des remboursements des actes des auxiliaires médicaux et de l'ONDAM « soins de ville » (2000-2014)



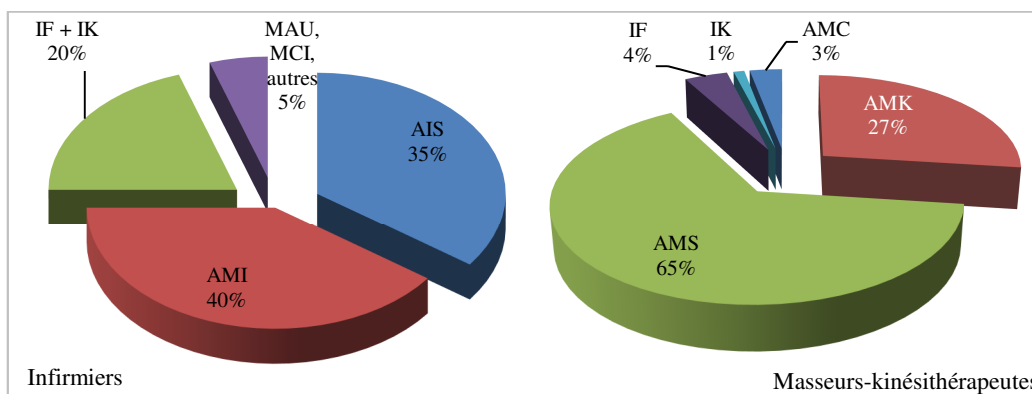
Base 100 en 2000.

Source : données CNAMTS pour les remboursements, Écosanté pour l'ONDAM.

Les remboursements d'actes infirmiers et de masso-kinésithérapie représentent 93 % du total des dépenses d'assurance maladie au titre des auxiliaires médicaux.

Les seuls soins infirmiers en représentent 59 % et constituent, avec 6,4 Md€ en 2014, le premier poste de dépenses. Ces remboursements ont été multipliés par 2,7 depuis 2000, selon un taux de progression annuel moyen de 6,6 % en euros constants. Les actes médico-infirmiers (AMI) représentent 40 % des honoraires et les actes infirmiers de soins (AIS) 35 %, ces derniers augmentant plus vite sur la période récente. Le solde est essentiellement constitué des frais de déplacement (indemnités forfaitaires de déplacement et indemnités kilométriques).

Graphiques n°s 25 et 26 : structure des honoraires des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral



Source : Cour des comptes, d'après les données du SNIIRAM, tous régimes, 2014.

Avec 3,6 Md€ en 2014, les remboursements de soins de masso-kinésithérapie constituent le deuxième poste de dépenses. Ils ont doublé depuis 2000, avec un taux de progression annuel moyen de 4,3 % en euros constants. Les actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques en représentent 65 % et connaissent l'augmentation la plus forte sur les cinq dernières années. Les affections neurologiques et musculaires (maladie de Parkinson, séquelles d'AVC, sclérose en plaques...) viennent en seconde position, avec environ 14 % des actes. Les indemnités de déplacement représentent une part limitée des dépenses de l'assurance maladie au titre des masseurs-kinésithérapeutes (20 % d'entre eux n'effectuent aucun déplacement).

Les dépassements d'honoraires en masso-kinésithérapie

Les dépassements d'honoraires des masseurs-kinésithérapeutes atteignent un montant de 77 M€ en 2014 (2,1 M€ pour les infirmiers), en progression de 84 % depuis 2005. Si ces dépassements ne représentent qu'environ 1,6 % des honoraires totaux, ils sont très concentrés géographiquement : neuf départements ont un taux de dépassement supérieur à la moyenne, dont sept franciliens. À Paris et dans les Hauts-de-Seine, plus de 80 % des professionnels pratiquent des dépassements, le taux de dépassement atteignant respectivement 30 % et 20 % par rapport aux tarifs de l'assurance maladie.

Aux termes de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, les dépassements d'honoraires, qui doivent être fixés « avec tact et mesure », ne peuvent correspondre qu'à des circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade (cotation DE). Or, l'explication la plus fréquemment avancée aux dépassements, y compris par la profession, est celle d'une compensation

de la cherté des loyers en région parisienne, soit un motif non prévu par les textes conventionnels. Les dépassements d'honoraires devraient être contrôlés et sanctionnés plus rigoureusement par l'assurance maladie.

2 - L'augmentation du nombre d'actes : la cause première de la progression des dépenses

La forte augmentation des dépenses remboursées par l'assurance maladie résulte d'abord d'un accroissement continu du nombre des actes et donc des prescriptions de soins d'auxiliaires médicaux par les médecins. Ceci a pour conséquence que toute action de régulation de l'activité des auxiliaires médicaux doit, pour être pertinente et efficace, impliquer fortement les médecins.

Des actes effectués principalement sur prescription médicale

Le recours à un auxiliaire médical pour des prestations de soins ouvrant droit à remboursement par l'assurance maladie obligatoire relève de la décision d'un médecin, d'où l'expression de « profession prescrite ».

Les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent généralement des actes en série, sur la base d'une prescription médicale mentionnant la nature du soin mais pas obligatoirement le nombre de séances : la NGAP dispose que « le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute ». Lorsque la prescription ne contient pas d'indications quantitatives, il revient au masseur-kinésithérapeute de déterminer le nombre de séances nécessaires.

La loi accorde par exception aux auxiliaires médicaux un droit limité de prescription directe. Les infirmiers peuvent ainsi renouveler les prescriptions datant de moins d'un an de médicaments contraceptifs oraux et, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale initiale, prescrire certains dispositifs médicaux. Les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire les dispositifs médicaux nécessaires à leur exercice (aides à la déambulation, ceintures de soutien, attelles souples...).

L'effet volume lié à l'augmentation du nombre d'actes constitue le principal facteur d'augmentation de la dépense de soins infirmiers remboursée par l'assurance maladie. Selon les comptes nationaux de la santé, la consommation de soins infirmiers a, entre 2006 et 2013, augmenté en valeur de 65 %, dont 47 % dus à l'augmentation du nombre d'actes³⁴⁷. Cette croissance s'est fortement accélérée sur la période récente, notamment avec la création des nouvelles lettres-clés relatives à la majoration pour acte unique (MAU) et à la majoration de coordination

347. La décomposition entre effet volume et effet prix n'est pas effectuée pour les années antérieures et ne peut donc être retracée depuis 2000.

infirmière (MCI) : le nombre d'actes recensés par l'assurance maladie est passé de 424 millions en 2005³⁴⁸ à 551 millions en 2011, soit une progression annuelle de 4,5 %, puis à 789 millions en 2014, soit une progression annuelle de 13 % depuis 2011. Hors lettres-clés MAU et MCI, qui correspondent à des majorations sans acte de soin supplémentaire, le nombre d'actes s'établit, en 2014, à 646 millions, soit un rythme annuel moyen de progression de 4,8 %.

Pour la masso-kinésithérapie, la consommation de soins a augmenté en valeur de 35 % entre 2006 et 2013, dont 27 % liés à l'évolution du nombre d'actes. Le nombre d'actes cotés en AMS, AMK et AMC s'établissait à 187,4 millions en 2005 et à 264,3 millions en 2014, soit un taux annuel moyen de progression de 3,9 %. Ce rythme s'est accéléré sur la période récente, puisqu'il atteint 4,6 % en moyenne annuelle entre 2010 et 2014.

3 - Un effet prix à l'impact significatif au cours de la période récente

Au cours des dix dernières années, la rémunération des professionnels de santé a fait l'objet de négociations conventionnelles nombreuses, séquencées par profession, entre l'assurance maladie et les organisations représentatives des professionnels libéraux³⁴⁹. Les conventions passées avec les infirmiers et avec les masseurs-kinésithérapeutes ont été renouvelées en 2007 et ont chacune fait l'objet de quatre avenants depuis cette date.

Après une première revalorisation en 2002, les infirmiers ont bénéficié de mesures financières significatives en trois vagues : 2007 (augmentation de la valeur des lettres-clés acte médico-infirmier - AMI - et acte de soins infirmier - AIS -, de la majoration du dimanche et des jours fériés et de l'indemnité forfaitaire de déplacement - IFD) ; 2009 (nouvelle augmentation des lettres-clés, de la majoration du dimanche et des jours fériés et augmentation des différentes indemnités de déplacement) ; 2012 (création des lettres-clés MAU et MCI, nouvelle augmentation de l'IFD). L'effet prix et l'effet volume ont joué de manière relativement partagée en 2008 et en 2009 dans l'augmentation des remboursements des soins infirmiers.

348 . La base de données de la CNAMTS ne recense pas le nombre d'actes antérieurement à cette date.

349 . Pour une analyse détaillée, voir *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VIII : les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense, p. 231-256, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

La valeur des lettres-clés des masseurs-kinésithérapeutes avait été abaissée en 2000, puis a retrouvé en 2002 son niveau antérieur. La profession a bénéficié sur la période récente de deux vagues de revalorisation : en 2007, par la révision du coefficient d'actes majeurs, relatifs aux rééducations des conséquences d'affections orthopédiques et rhumatologiques³⁵⁰ ; en 2012, par l'augmentation de la valeur des lettres-clés AMK, AMC et AMS, ainsi que de l'IFD. L'effet prix a été plus marqué que l'effet volume dans la consommation de soins de masso-kinésithérapie en 2012 et en 2013.

Les revenus des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral

Les revenus des auxiliaires médicaux peuvent être appréhendés de deux manières : la CNAMTS calcule, à partir des honoraires totaux présentés au remboursement par profession, un revenu net moyen en appliquant à ces honoraires un taux de charges communiqué par l'administration fiscale ; la Cour a par ailleurs sollicité l'administration fiscale pour obtenir des données sur les résultats fiscaux moyens des professionnels imposés sous le régime des bénéfices non commerciaux (BNC) et la ventilation par 1/10^{ème} de population (décile) de ces résultats³⁵¹.

En 2013, le revenu moyen estimé par la CNAMTS des infirmiers ressort à 52 022 €, celui des masseurs-kinésithérapeutes à 42 428 €.

350. La méthode retenue dans les comptes nationaux de la santé établis par la DREES minore l'effet prix, dans la mesure où les incidences de la hausse du nombre de coefficients afférents à une lettre clé de nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) sont prises en compte dans les effets volume et non dans les effets prix, alors que la hausse du nombre de coefficients aboutit à une augmentation du prix des actes concernés indépendamment de l'évolution de leur nombre.

351. Données DGFIP. Les résultats fiscaux correspondent à la différence entre les bénéfices et les déficits fiscaux, déterminés après déduction des charges.

Tableau n° 67 : évolution des revenus annuels moyens

En euros constants

	2000	2007	2013	TCAM (2013/2000)	TCAM (2013/2007)
Infirmiers	30 517	44 142	52 022	+2,9 %	+1,3 %
Masseurs-kinésithérapeutes	31 123	41 243	42 428	+0,9 %	-1,3 %

Source : CNAMTS.

Entre 2000 et 2013, le revenu net moyen des infirmiers, calculé par la CNAMTS, a progressé de 46 % en euros constants, soit une augmentation de 2,9 % en moyenne annuelle, qui se ralentit sur la période 2007-2013. Celui des masseurs-kinésithérapeutes a augmenté de 12 % en euros constants, soit une progression de 0,9 % en moyenne annuelle, qui recouvre cependant une baisse sur la période 2007-2013.

L'amplitude qui peut être observée dans la distribution des revenus relativise fortement cet indicateur. En 2012, les résultats fiscaux varient ainsi pour les infirmiers de -85 029 €³⁵² à 451 020 € et de -70 059 € à 496 566 € pour les masseurs-kinésithérapeutes (soit plus de dix fois le revenu moyen). Les revenus moyens calculés à partir des données fiscales sont inférieurs à ceux calculés par la CNAMTS avec 42 150 € pour les infirmiers et 40 014 € pour les masseurs-kinésithérapeutes : la différence s'explique notamment par la prise en compte des déficits fiscaux dans le premier décile. Le centile des infirmiers déclarant les plus hauts revenus fiscaux dépasse 128 666 € de revenus, seuil qui a doublé depuis 2000. Une évolution identique est observée pour les masseurs-kinésithérapeutes.

352. Les sommes négatives correspondent à un déficit fiscal.

Tableau n° 68 : répartition par décile des résultats fiscaux (BNC) des infirmiers exerçant à titre libéral (2012)

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

Source : Cour des comptes, d'après des données de la DGFIP.

Tableau n° 69 : répartition par décile des résultats fiscaux (BNC) des masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral (2012)

Tranche de résultats fiscaux	Montant des résultats fiscaux (en M€)	Revenu moyen par professionnel (en €)
De -70 590 € à 12 443 €	24,7	4 617,69
De 12 444 € à 20 556 €	89,7	16 766,36
De 20 557 € à 26 348 €	126,1	23 583,32
De 26 349 € à 31 513 €	154,9	28 958,68
De 31 514 € à 36 500 €	181,6	33 956,62
De 36 501 € à 41 946 €	209,5	39 166,20
De 41 947 € à 48 446 €	241,0	45 055,15
De 48 447 € à 57 002 €	280,3	52 412,12
De 57 003 € à 71 326 €	339,5	63 469,81
De 71 327 € à 496 566 €	492,8	92 146,60
Moyenne		40 014,21

Source : Cour des comptes, d'après des données de la DGFIP.

Par comparaison, la rémunération moyenne en établissement public de santé s'élevait en 2013 à 30 395 € pour les infirmiers et à 29 224 € pour les masseurs-kinésithérapeutes.

B - Des lacunes préjudiciables dans l'analyse des déterminants de la dépense

Pour expliquer la dynamique d'augmentation des dépenses liées aux auxiliaires médicaux en exercice libéral, les administrations comme les organisations représentatives des professions concernées mettent en avant le vieillissement de la population et la plus grande occurrence des maladies chroniques et des situations de dépendance qui en découlent. En outre, elles invoquent fréquemment un « virage ambulatoire »³⁵³, qui serait l'un des motifs de l'accélération constatée dans la période récente.

Si à l'évidence ces différents facteurs jouent un rôle, aucune analyse approfondie n'a été réalisée ni par le ministère de la santé, ni par l'assurance maladie pour objectiver les différents déterminants des dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie. La réalité et l'ampleur des transferts de prise en charge de l'hôpital vers la ville et de leurs conséquences sur l'activité des infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas davantage documentées de manière rigoureuse et fine.

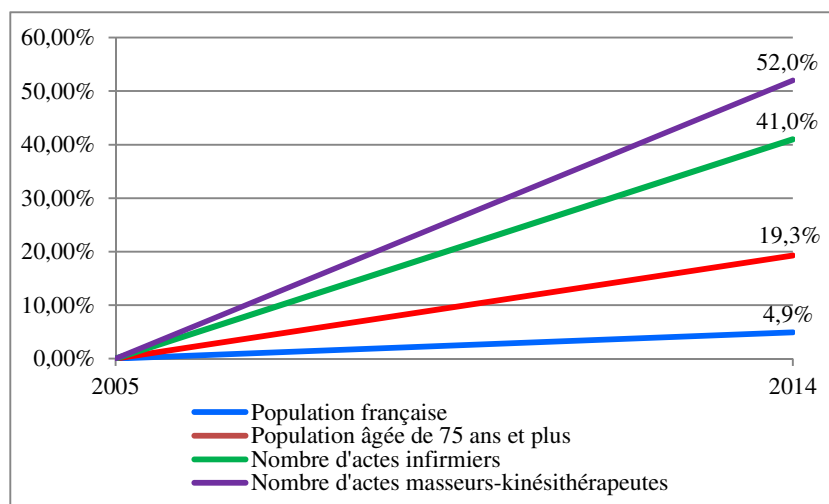
Les quelques éclairages disponibles³⁵⁴ attestent cependant de la nécessité de disposer d'une connaissance beaucoup plus précise et complète des évolutions en cours et de leurs causes pour pouvoir comprendre et anticiper les dynamiques à l'œuvre et optimiser les prises en charge.

L'augmentation de la population française, y compris de sa composante la plus âgée, n'explique en tout état de cause que très partiellement celle de l'activité des auxiliaires médicaux.

353. Cette notion vise les procédures tendant à privilégier les prises en charge en soins de ville, moins coûteuses que les séjours hospitaliers et à faciliter ainsi la baisse de la durée moyenne des hospitalisations.

354. Ainsi le rapport sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de l'année 2014 établi par la CNAMTS en 2013 fournit une première approche des déterminants des soins infirmiers.

Graphique n° 27 : évolution comparée du nombre d'actes des auxiliaires médicaux et de la population (2005-2014)



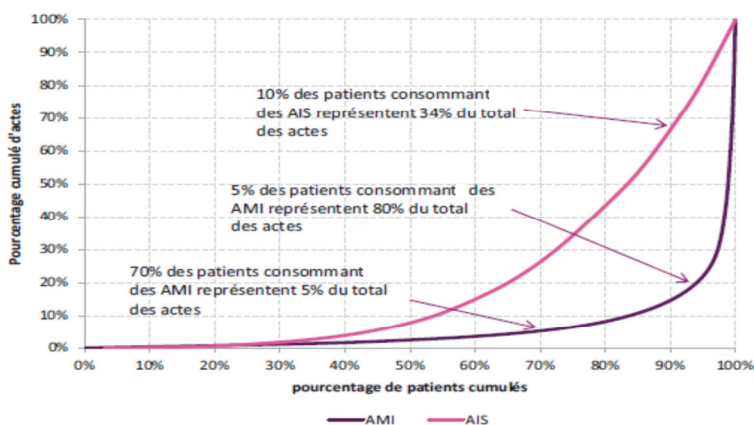
Le dénombrement des actes infirmiers ne tient pas compte des cotations MAU et MCI créées en 2012.

Source : Cour des comptes d'après des données INSEE et CNAMTS.

Le recours aux soins s'intensifie certes avec l'âge. C'est notamment vrai pour les soins infirmiers : si un quart de la population a recours chaque année à un soin infirmier, l'essentiel des soins est très concentré sur une petite partie de la patientèle, dont les besoins sont quotidiens, en suite d'hospitalisation ou de façon chronique et qui génèrent la majeure partie des dépenses. Les très gros consommateurs d'AMI (80 % des actes sont effectués sur 5 % des patients) sont principalement des patients chroniques, notamment diabétiques. Ceux d'AMS sont généralement des patients lourdement atteints par des pathologies liées à l'âge³⁵⁶.

³⁵⁶. CNAMTS, *Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2014*, p. 114-122, juillet 2013.

Graphique n° 28 : concentration de la consommation d'actes infirmiers en fonction de la patientèle



Source : CNAMTS (échantillon généraliste de bénéficiaires – EGB - 2011), rapport sur l'évolution des charges et produits au titre de l'année 2014 (juillet 2013). Champ : régime général hors section locale mutualiste (SLM).

Ces explications sont beaucoup moins probantes pour les masseurs-kinésithérapeutes, dont la patientèle présente des caractéristiques différentes : si les personnes âgées de plus de 70 ans constituent un quart de celle-ci, ils interviennent en majorité sur les personnes d'âge moyen encore actives. Un rapport établi en 2009 pour le compte de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)³⁵⁷ indiquait que la très forte augmentation de l'activité de masso-kinésithérapie avait été portée par le développement d'une prescription par les médecins généralistes, plus particulièrement depuis le tournant des années 2000, qui représente les 3/4 de la prescription de masso-kinésithérapie.

Tableau n° 70 : répartition par classe d'âge de la patientèle en 2013

En %

	0-15 ans	16-59 ans	60-69 ans	70 ans et plus
Infirmiers	2,7	36,7	18,3	42,3
Masseurs-kinésithérapeutes	9,4	50,8	14,7	25,0

Source : SNIR-PS 2013 - Tous régimes, France métropolitaine.

357. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux, rapport d'étude pour la DREES et l'ONDPS, Plein sens, décembre 2009.

S'agissant des maladies chroniques, la part des prises en charge à 100 % au titre des ALD pèse très fortement dans les dépenses, plus particulièrement pour les soins infirmiers, pour lesquels elle représente 90 % du total. Toutefois, si le nombre de patients pour lesquels l'assurance maladie reconnaît une affection de longue durée a augmenté³⁵⁸, la structure de remboursement, au regard de la part des prises en charge à 100 % des actes infirmiers et de masso-kinésithérapie, est restée stable dans le temps, ce qui suggère que l'augmentation du nombre de patients en ALD accompagne la dynamique de la dépense, mais n'en constitue pas le seul facteur explicatif. En tout état de cause, aucune étude n'a mesuré à ce jour l'intensité de la charge en soins paramédicaux, liée aux affections de longue durée.

Tableau n° 71 : part des prises en charge à 100 % (ALD et autres motifs) dans les dépenses remboursées par l'assurance maladie

	2000	2005	2010	2013
Infirmiers libéraux	89,5 %	90,3 %	89,9 %	89,7 %
Masseurs-kinésithérapeutes libéraux	64,1 %	60,1 %	60,4 %	60,6 %

Source : montants remboursés de 2000 à fin août 2014 -date de liquidation régime général y compris SLM y compris frais de déplacement.

D'autres explications à la forte hausse des dépenses remboursées sont ainsi à rechercher dans l'organisation de l'offre de soins.

II - Une croissance des effectifs non maîtrisée et mal répartie sur le territoire

Au 1^{er} janvier 2014, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes constituaient à eux seuls 83 % des effectifs d'auxiliaires médicaux ayant une activité exclusivement libérale ou mixte (c'est-à-dire incluant une part d'activité libérale), avec plus de 51 % pour les infirmiers (103 393) et un peu moins de 32 % pour les masseurs-kinésithérapeutes (64 032)³⁵⁹.

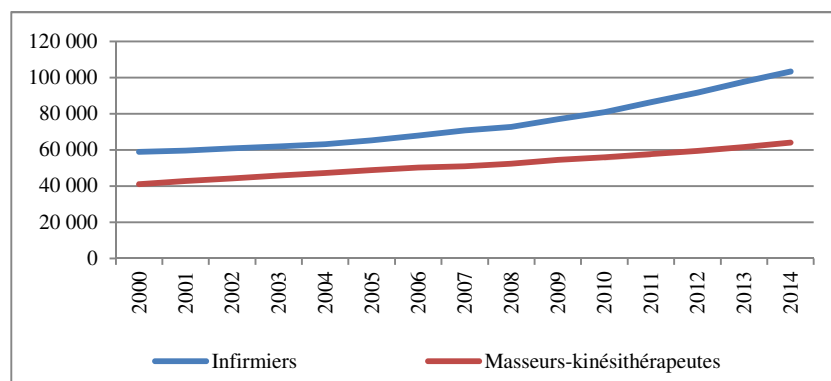
358. Le nombre de patients en ALD relevant du régime général est passé de 6,7 millions en 2004 à 9,7 millions en 2013.

359. Dans les développements de ce chapitre, les données relatives à la démographie des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes sont issues des statistiques publiées annuellement par la DREES à partir de l'exploitation de fichiers corrigés du répertoire Adeli. Elles portent sur les auxiliaires médicaux ayant une activité libérale exclusive ou mixte (libérale et salariée) occupés, ce qui exclut les bénévoles et les personnes en recherche d'emploi.

A - Des effectifs libéraux en forte augmentation depuis 2000

Parmi l'ensemble des auxiliaires médicaux dont les actes bénéficient d'une prise en charge par l'assurance maladie, les infirmiers connaissent la croissance démographique la plus forte : +75,4 % entre 2000 et 2014, soit une hausse annuelle moyenne de 4 %³⁶⁰. Au cours de la même période, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes a augmenté de 55,8 %, soit une progression annuelle moyenne de 3,2 %.

Graphique n° 29 : évolution des effectifs libéraux et mixtes d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes (2000-2014)



Champ : France entière.

Source : DREES.

Cette démographie dynamique est liée à l'augmentation continue du nombre d'auxiliaires médicaux formés en France.

Mise en œuvre depuis 1981 pour les masseurs-kinésithérapeutes et 1983 pour les infirmiers, la détermination de quotas pour les élèves ou étudiants de première année des instituts de formation³⁶¹ a accompagné la croissance des effectifs. Le nombre de places ouvertes en première année de soins infirmiers a augmenté de 93 % entre 1983 et 2014, passant de 16 117 à 31 162 ; après une relative stabilité jusqu'en 1997, ce nombre a progressé en moyenne annuelle de 11 % jusqu'en 2003 dans le contexte

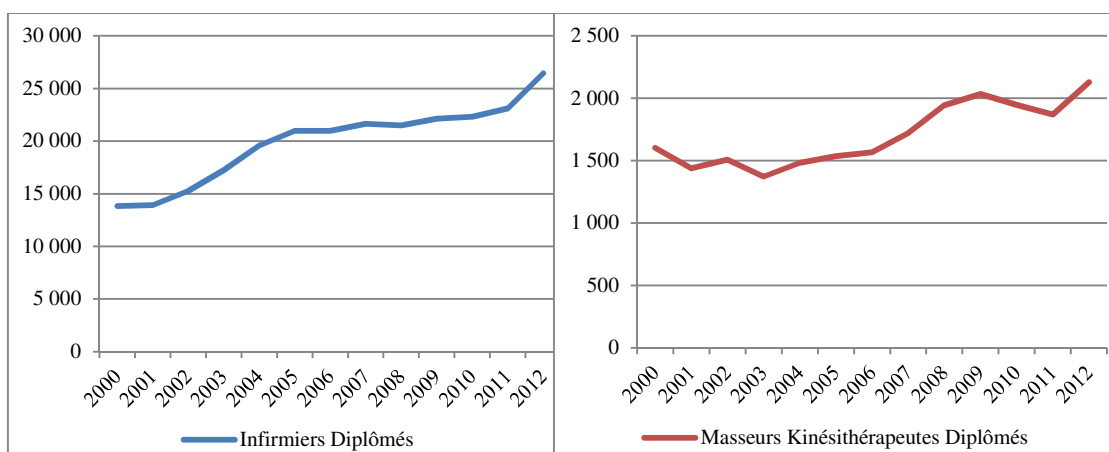
360. Les effectifs libéraux des cinq professions d'auxiliaires médicaux donnant droit à un remboursement par l'assurance maladie ont augmenté de 60,3 % depuis 2000, soit une augmentation annuelle moyenne de +3,6 %.

361. Selon l'article L. 4383-2 du code de la santé publique.

du passage aux 35 heures des établissements de santé, puis il s'est pratiquement stabilisé au niveau très élevé alors atteint, progressant de 0,3 % par an depuis lors.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la progression atteint 34 % depuis 1981 (passant de 1 853 à 2 485 en 2014), les quotas ayant régulièrement diminué jusqu'en 2000 selon un rythme annuel de -1,8 % avant d'augmenter de 5 % par an jusqu'en 2014. Au total, depuis 2000, le flux de diplômés a augmenté de 91 % pour les infirmiers et de 33 % pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Graphiques n°s 30 et 31 : évolution des diplômés depuis 2000



Source : DREES, enquête Écoles, 2012.

À ces professionnels diplômés en France s'ajoutent ceux diplômés à l'étranger qui, en 2014, sont à l'origine de près de 30 % des primo-installations de masseurs-kinésithérapeutes (dont plus de 60 % de Français)³⁶². L'apport des diplômés à l'étranger a en revanche un caractère marginal pour les infirmiers.

362. Selon les chiffres communiqués par l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes : en 2014, 755 primo-installations dont 220 personnes ayant des diplômes obtenus à l'étranger (parmi lesquels 137 Français).

Deux professions aux caractéristiques démographiques différentes

Les deux professions sont relativement jeunes par comparaison aux professions médicales, avec un âge moyen de 43 ans pour les infirmiers et de 42 ans pour les masseurs-kinésithérapeutes.

La profession infirmière est très majoritairement féminine (83,7 %), tandis que les masseurs-kinésithérapeutes restent majoritairement des hommes (55,2 %).

Si 79,3 % des masseurs-kinésithérapeutes ont une activité libérale ou mixte, bien au-delà de la moyenne constatée pour l'ensemble des professionnels de santé (34,3 % en 2014), les infirmiers sont salariés à 83,2 % en raison du poids du secteur hospitalier. Malgré une évolution plus rapide des effectifs libéraux, la répartition des modes d'exercice est globalement stable depuis 2000.

B - Des professionnels très inégalement répartis sur le territoire en raison d'une régulation défaillante

1 - Des inégalités géographiques qui se creusent

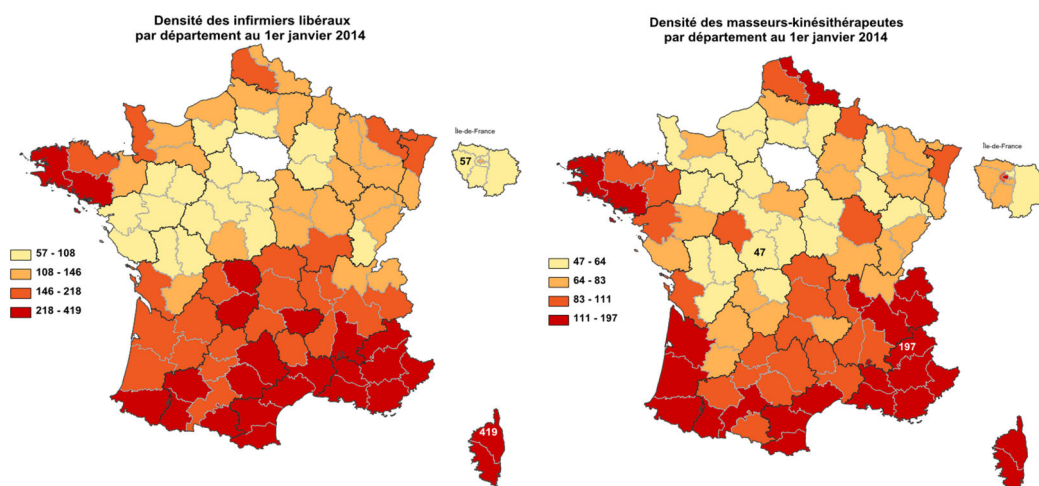
Au 1^{er} janvier 2014, la densité moyenne³⁶³ des infirmiers libéraux était de 187 pour 100 000 habitants et de 97 pour les masseurs-kinésithérapeutes, alors qu'elle était respectivement de 97 et de 69 en 2000.

Malgré cette forte augmentation, les deux professions se répartissent toujours très inégalement sur le territoire. En 2014, les écarts pour les infirmiers allaient de 1 à 5,3 entre l'Île-de-France, région la moins bien dotée (75 infirmiers pour 100 000 habitants) et la Corse (398) et, au niveau départemental, de 1 à 7,4 entre les Yvelines (57) et la Haute-Corse (419).

Avec 56 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants, la Picardie est trois fois moins bien dotée que la Corse ou Provence-Alpes Côte d'Azur (148). Dans un sens opposé, l'Hérault (180) en compte presque quatre fois plus que la Seine-Saint-Denis (47).

363. Statistiques DREES, issues du répertoire Adeli et estimations de population de l'INSEE, retraitées par la Cour. Champ : France métropolitaine.

Cartes n° 9 et 10 : densité des infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral par département au 1^{er} janvier 2014



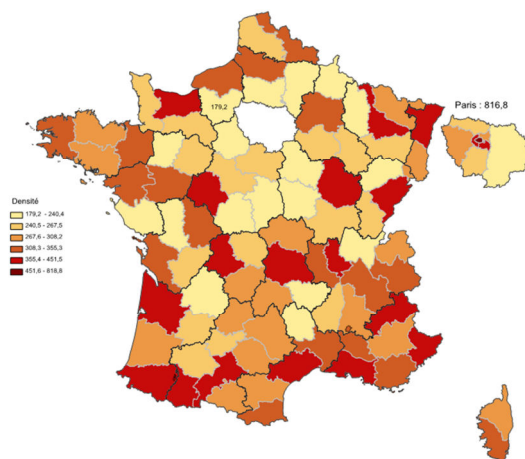
Champ : France métropolitaine. Densité pour 100 000 habitants.

Source : Cour des comptes d'après les statistiques DREES, le répertoire Adeli et l'INSEE – estimations de population 2013.

Ces disparités départementales recourent, avec certains écarts³⁶⁴, celle des médecins généralistes qui sont les principaux prescripteurs de l'activité des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

364. À titre d'illustration, les départements de la Seine-Maritime, de la Somme et de la Loire-Atlantique sont bien desservis en médecins généralistes, mais sont moins bien dotés en auxiliaires médicaux que ceux du littoral méditerranéen.

Carte n° 11 : densité des médecins généralistes au niveau départemental au 1^{er} janvier 2014



Source : statistiques DREES, données 2014.

Depuis 2000, les inégalités régionales se sont notablement creusées pour les infirmiers - passant d'un écart de 1 à 3,7 en 2000 à un écart de 1 à 5,3 en 2014 - tandis qu'elles restaient stables pour les masseurs-kinésithérapeutes. Pour les deux professions, les inégalités départementales se sont accentuées.

L'ampleur de ces disparités soulève la question de l'adaptation de la répartition géographique des auxiliaires médicaux aux besoins de la population et des actions mises en œuvre par l'État et l'assurance maladie à cette fin.

2 - Une régulation insuffisante de l'offre par l'État et l'assurance maladie

Compte tenu de la liberté d'installation des professionnels libéraux, le premier levier de régulation réside dans la définition par l'État des quotas pour l'entrée en formation, ce qui permet d'agir sur le nombre d'installations, mais avec un effet retard et, dans une certaine

mesure, sur leur localisation, comme il a été cherché à le faire dans la mise en œuvre du *numerus clausus* pour les études de médecine³⁶⁵.

L'impact des quotas sur l'évolution globale et régionale des effectifs d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est limité par la rigidité des capacités de formation, qu'amplifie la définition tardive par le ministère de la santé des places ouvertes en première année. Par ailleurs, la procédure de détermination des quotas ne prend pas en compte les enjeux de régulation des effectifs libéraux, en particulier dans les zones sur-dotées. La définition des quotas s'inscrit d'abord dans une logique de saturation des capacités de formation locales. Elle ne fait pas l'objet de la part des pouvoirs publics, contrairement aux études de médecine, d'une politique active de régulation et d'orientation des flux de formation en fonction notamment du caractère sur ou sous-doté des différents territoires de manière à contribuer à un rééquilibrage progressif.

Une procédure complexe et inefficace

Les quotas au niveau national et régional sont fixés par arrêté du ministre de la santé. Une fois les quotas régionaux arrêtés, la répartition précise du nombre de places ouvertes entre les instituts de formation relève de la responsabilité de chaque conseil régional dans le cadre de ses attributions en matière de formation.

Pour déterminer les quotas, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) consulte les agences régionales de santé (ARS) et les conseils régionaux sur les besoins identifiés localement, qui doivent être justifiés, sans qu'aient été précisés les critères à prendre en compte. Les demandes régionales portent généralement sur des ouvertures de places supplémentaires ou le maintien des quotas précédents afin de saturer les capacités de formation existantes et de répondre, en particulier pour les infirmiers, aux besoins des secteurs hospitalier et médico-social. Les propositions de la DGOS au ministre de la santé respectent généralement les avis des acteurs et privilégient la prudence, c'est-à-dire les propositions les plus basses, en cas de divergence.

365. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre V : la répartition territoriale des médecins libéraux, p. 147- 172, septembre 2011, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Contrairement à la lettre de ses attributions, l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé ne formule pas de propositions de quotas pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. Ce faisant, il prive les pouvoirs publics de l'avis des professionnels de santé (unions régionales des professions de santé, doyens de la faculté de médecine, présidents des conseils régionaux des ordres professionnels).

La consultation d'acteurs locaux, aux intérêts divergents, tend à pérenniser les situations acquises et à consolider les inégalités de répartition géographique des auxiliaires médicaux exerçant en libéral. Ainsi, pour les infirmiers, les augmentations de quotas régionaux les plus fortes entre 2000 et 2014 concernent des régions pourtant largement dotées comme Midi-Pyrénées et la Corse.

L'assurance maladie s'appuie, quant à elle, sur les dispositifs conventionnels de portée inégale, coûteux et peu efficaces, négociés récemment avec les représentants des professionnels libéraux³⁶⁶.

Des dispositifs conventionnels de portée inégale

Ces dispositifs reposent sur l'identification de zones géographiques auxquelles sont appliqués des critères d'offre et de besoins.

Les zones ont été classées par les partenaires conventionnels en cinq catégories selon l'importance des effectifs libéraux : très sous-dotées, sous-dotées, intermédiaire, très dotées et sur-dotées. Elles ont ensuite été fixées par arrêté des ARS, après des consultations qui ont pu donner lieu à des modifications marginales.

Pour les infirmiers, l'avenant n° 3 à leur convention nationale (septembre 2011), a consolidé les mesures incitatives et restrictives à l'installation expérimentées dans le cadre de l'avenant n° 1 (septembre 2008). Il a porté de 210 à 470 le nombre de zones sur-dotées et de 145 à 322 celui de zones très sous-dotées, auxquelles s'ajoutent 172 zones sous-dotées, 1 978 zones intermédiaires et 213 zones très dotées (soit 3 155 zones au total). Dans les zones très sous-dotées, un contrat incitatif infirmier est proposé aux professionnels - s'installant ou déjà installés - qui s'engagent notamment à exercer les 2/3 de leur activité libérale conventionnelle dans la zone. En contrepartie, ils reçoivent une aide à l'équipement pouvant aller jusqu'à 3000 € et bénéficient par ailleurs de

366. Pour une analyse générale de ces dispositifs, voir *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VIII : les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense, p. 231-256, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

la prise en charge des cotisations sociales dues au titre des allocations familiales. Dans les zones sur-dotées qui comprenaient, selon la CNAMTS en 2011, 27,2 % des effectifs libéraux, l'accès au conventionnement ne peut intervenir qu'en remplacement d'une cessation définitive d'activité dans la même zone.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, le dispositif repose uniquement sur des mesures incitatives à la suite de la décision du Conseil d'État du 17 mars 2014 qui a annulé les dispositions restrictives de l'avenant n° 3 à leur convention nationale (novembre 2011). Un contrat incitatif est ainsi proposé dans 375 zones très sous-dotées et 209 zones sous-dotées.

Le coût des aides forfaitaires versées par l'assurance maladie en 2014 atteint 4,8 M€ pour les 2 220 contrats incitatifs avec les infirmiers (soit un montant moyen de 2 162 €) et 5 M€ pour les 1 736 contrats incitatifs passés avec les masseurs-kinésithérapeutes (soit un montant moyen de 2 880 €).

Ces dispositifs n'ont qu'une incidence très limitée sur la localisation des installations³⁶⁷. Entre 2010 et 2014, la part des installations en zones très sous-dotées a augmenté de 1,8 point (passant de 3,7 % à 5,5 %) et a baissé de 13 points en zones sur-dotées (de 25 % à 12,2 %) pour les infirmiers³⁶⁹. Pour les masseurs-kinésithérapeutes³⁷⁰, la part des installations en zones très sous-dotées a augmenté d'un point (pour atteindre 3,5 %) et a baissé de 0,3 point en zones sur-dotées (14,6 %). À ce rythme, plusieurs décennies seraient nécessaires pour que la desserte des territoires par les auxiliaires libéraux connaisse un rééquilibrage significatif.

De plus, ces dispositifs ont induit un fort effet d'aubaine : ils ont d'abord bénéficié aux professionnels déjà installés dans les zones déficitaires avec seulement respectivement 17 % et 6 % des adhésions aux contrats incitatifs infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes à fin 2012 correspondant à de nouvelles installations. Cette proportion a augmenté depuis lors pour atteindre 51 % des contrats conclus au cours des neuf

367. Fin 2014, 2 220 infirmiers et 1 736 masseurs-kinésithérapeutes avaient conclu un contrat incitatif, soit 74,6 % des infirmiers et 67,5 % des masseurs-kinésithérapeutes déjà installés ou s'installant dans une zone déficitaire.

369. Le nombre d'installations est passé, de 2010 à 2014, de 262 à 441 en zones très sous-dotées et de 1 771 à 985 en zones sur-dotées, selon les données de l'Observatoire conventionnel infirmier (mai 2015).

370 Le nombre d'installations est passé, de 2010 à 2014, de 164 à 281 en zones très sous-dotées et de 981 à 1 184 en zones sur-dotées, selon les données de l'Observatoire conventionnel des masseurs-kinésithérapeutes (avril 2015).

premiers mois de l'année 2014 pour les infirmiers et 52 % pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Les dispositifs existants de régulation démographique et d'orientation géographique des installations ne sont pas à la hauteur des enjeux d'une meilleure répartition des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

C - Une forte corrélation entre densité de professionnels et consommation de soins

Les inégalités territoriales apportent une contribution déterminante à la dynamique des dépenses.

Ainsi, dans les régions les mieux dotées, le nombre moyen de patients suivis par auxiliaire médical est très inférieur à la moyenne nationale, ce qui s'explique par l'abondance de l'offre. En revanche, le nombre d'actes pratiqués et les honoraires perçus par patient sont généralement très supérieurs à la moyenne nationale et inversement proportionnels au nombre de patients suivis. Pour les infirmiers, ils approchent ou dépassent 800 € par patient et par an en Corse et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), contre 159 € en Pays-de-la-Loire ou 166 € dans le Centre.

Tableau n° 72 : écarts régionaux pour les honoraires par patient pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes (2014)

	Honoraires par patient (en €)	Nombre moyen de patients	Nombre d'actes par patient	Densité
<i>Infirmiers</i>				
Corse	826	123	55	398
PACA	782	120	62	292
France métropolitaine	328	264	31	187
Île-de-France	342	264	31	75
Pays de la Loire	159	486	17	86
<i>Masseurs-kinésithérapeutes</i>				
Corse	570	186	26	148
PACA	438	203	24	148
France métropolitaine	334	246	18	97
Picardie	330	284	18	56
Pays de la Loire	264	285	15	82

Source : SNIR –PS 2014, tous régimes et DREES. France métropolitaine.

L'inégale distribution des auxiliaires médicaux sur le territoire a aussi pour corollaire une modification des pratiques professionnelles qui soulève la question de la pertinence des actes.

La répartition des actes infirmiers entre les actes infirmiers de soins (AIS) et les actes médico-infirmiers (AMI) varie en effet selon l'offre globale de soins infirmiers dans chaque département. Ainsi, les actes de « nursing » (hygiène corporelle), qui relèvent des AIS, représentent une part croissante de l'activité des infirmiers libéraux en fonction de leur densité : dans les Bouches-du-Rhône, le taux de recours des personnes âgées de plus de 75 ans aux AIS est de 19,2 %, soit un niveau significativement plus élevé que dans la Sarthe (où il est de 0,7 %). Inversement, le taux de recours pour les AMI est de 50,1 % dans les Bouches-du-Rhône, contre 71,4 % dans la Sarthe.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, c'est la longueur des séries d'actes qui est affectée : en 2012, le nombre moyen de séances de rééducation pratiquées après une arthroplastie du genou était de 32 au plan national, mais dépassait systématiquement 35 dans les départements du littoral méditerranéen, allant même jusqu'à 51³⁷¹.

Ces situations doivent être appréhendées en tenant compte des autres segments de soins, en particulier des alternatives existantes à une prise en charge libérale.

371. Observatoire conventionnel des masseurs-kinésithérapeutes (novembre 2013).

Des niveaux de dépenses non corrélés à des facteurs objectifs

Il n'existe pas de corrélation systématique entre le poids relatif des dépenses en soins infirmiers et de masso-kinésithérapie et celui de la population locale ni, spécifiquement, de la part des personnes âgées de plus de 75 ans, qui sont des consommateurs importants de soins infirmiers. Le taux d'équipement en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui pourrait constituer une offre alternative et complémentaire aux infirmiers libéraux n'explique pas non plus les écarts entre les niveaux des dépenses en soins infirmiers par département.

Tableau n° 73 : exemples de disparités départementales en matière de dépenses liées à l'activité des auxiliaires médicaux

Département	% dépenses totales infirmiers	% dépenses totales MK	% population France métropolitaine	% population âgée de plus de 75 ans	Taux d'équipement en SSIAD	Taux d'équipement en EHPAD
Bouches-du-Rhône	9,0	7,4	3,1 %	9,3	17,6	85
Var	3,3	2,6	1,6 %	11,7	14,2	84
Hauts-de-Seine	1,7	3,7	2,5	7,2	17,2	84
Corse-du-Sud	0,6	0,6	0,2	10,8	23,6	44
Loiret	0,6	0,5	1,0	9,2	16,8	108
Cantal	0,2	0,1	0,2	14,1	22,2	140
Lozère	0,1	0,1	0,1	12,0	28	125
France entière				9,2	18	102

Le taux d'équipement en SSIAD et en EHPAD correspond au nombre de places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans.

Source : CNAMTS, INSEE (estimation de population pour 2014), DREES – enquête sur les SSIAD de 2008 et enquête sur les EHPAD de 2013 (données 2011).

Le cas des Bouches-du-Rhône est très atypique : en 2014, les dépenses liées à l'activité des infirmiers exerçant en libéral représentaient 9 % des dépenses totales de soins infirmiers remboursées par la branche maladie du régime général de sécurité sociale au niveau national, alors que les habitants de ce département ne représentent que 3,1 % de ceux de France métropolitaine. En outre, la place des dépenses liées aux auxiliaires médicaux dans l'ensemble des soins de ville est près de deux fois supérieure à la moyenne nationale. Or, la part des personnes âgées de plus de 75 ans est comparable à la moyenne nationale (9,3 % contre 9,2 %) et le taux d'équipement en services de soins infirmiers à

domicile³⁷² est de 17,6 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans, soit un niveau inférieur de 0,4 point seulement à la moyenne nationale. Un écart très significatif peut de même être constaté en rapprochant la part des dépenses de masso-kinésithérapie (7,4 %) de celle de la population (3,1 %).

Des distorsions de même nature peuvent être constatées, quoique à un moindre degré, pour le département voisin du Var. Les dépenses sont significativement supérieures au poids relatif de sa population (3,3 % pour les dépenses de soins infirmiers et 2,6 % pour celles de masso-kinésithérapie contre 1,6 % pour la population), avec toutefois une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans (11,7 %) supérieure à la moyenne nationale. La Corse-du-Sud a elle aussi des dépenses élevées de soins infirmiers au regard de sa population, malgré un taux élevé d'équipement en SSIAD, de même que de masso-kinésithérapie).

À l'inverse, le Loiret, qui a un taux moyen de personnes âgées de plus de 75 ans identique à la moyenne nationale et un taux d'équipement en SSIAD proche de celle-ci affiche des dépenses nettement inférieures au poids relatif de sa population. Le Cantal a, quant à lui, des dépenses inférieures au poids relatif de sa population, tout en comptant une proportion élevée de personnes âgées. La Lozère affiche, quant à elle, une bonne corrélation entre les dépenses et la population totale, tout en ayant une forte proportion de personnes âgées, mais ce département bénéficie d'un taux d'équipement en SSIAD élevé.

Le seul élément qui vient nuancer les constats précédents est le taux d'équipement en EHPAD : sur l'échantillon retenu, les départements qui ont un poids relatif important de dépenses en exercice libéral ont un taux d'équipement en EHPAD inférieur à la moyenne nationale. Mais cette corrélation demanderait à être affinée en fonction du niveau de prise en charge forfaitaire des soins infirmiers et de masso-kinésithérapie dans les EHPAD et par voie de conséquence du poids des prises en charge en libéral dans ces établissements.

III - Des actions de maîtrise à mettre en œuvre sans délai

Tout en prenant en considération le rôle important que tiennent les auxiliaires médicaux en exercice libéral dans le suivi des patients,

372. DREES, *Les services de soins infirmiers à domicile en 2008*, Études et résultats n° 739, septembre 2010.

notamment âgés et la qualité des soins délivrés à la population, le rythme accéléré d'augmentation des dépenses liées à leur activité est de moins en moins soutenable, sauf à évincer d'autres dépenses, d'autant que l'objectif d'augmentation prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie se resserre (+1,75 % en 2016 et en 2017). La maîtrise indispensable de ces dépenses nécessite de définir et de mettre en œuvre sans délai, de manière coordonnée entre l'État et l'assurance maladie, des dispositifs de régulation efficaces, qui font aujourd'hui défaut.

A - Une gestion du risque à construire au plus vite

1 - Organiser une maîtrise médicalisée de la dépense

Les conventions nationales des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes contiennent, dans leur préambule, une déclaration d'intention sur la recherche d'une meilleure efficacité du système de soins, en prenant en considération la nécessité de son équilibre financier. Cependant, très peu de mesures concrètes de maîtrise des dépenses ont été mises en œuvre. Des actions de gestion du risque centrées sur les auxiliaires médicaux et les médecins ainsi que des outils d'aide et de suivi de la prescription demandent à être fortement et rapidement développés pour améliorer la régulation et la pertinence des actes.

a) La régulation du volume d'actes

Seule la masso-kinésithérapie fait l'objet d'un programme de maîtrise médicalisée, qui repose sur la mise en place de référentiels dans le champ ostéo-articulaire. Toutefois, leur impact reste marginal.

La mise en place de référentiels de masso-kinésithérapie

Entre 2010 et 2014, la CNAMTS a mis en place dans le cadre de l'avenant n° 3 à la convention quatorze référentiels portant sur des actes en série dans le champ ostéo-articulaire et définissant un seuil de séances au-delà duquel un accord préalable de l'assurance maladie est nécessaire pour la poursuite, à titre exceptionnel, des soins. Ils couvrent 36 % de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes. Les seuils de déclenchement de la procédure d'accord préalable ont été définis par la caisse nationale à partir d'argumentaires établis après consultation des syndicats représentatifs de la profession et de sociétés savantes et transmis pour avis à la Haute Autorité de santé (HAS). Dans ses avis, la HAS a indiqué, pour chacun des référentiels, qu'« il n'a pas été identifié de donnée en défaveur du référentiel proposé qui est en conséquence validé ».

Si une légère baisse du nombre moyen de séances peut être constatée, les référentiels sont imparfaitement appliqués. Sur les six référentiels dont la CNAMTS a suivi l'impact, la moyenne constatée des séances pratiquées reste, pour trois d'entre eux, significativement supérieure au seuil défini. Pour l'arthroplastie du genou, une moyenne de 34 séances par patient a été pratiquée en 2013 pour un plafond de 25 séances. Dans le cas de la libération du nerf médian au canal carpien, pour laquelle aucune séance de rééducation n'est prévue, 12 séances en moyenne continuaient d'être pratiquées et remboursées. Contrairement aux dispositions du code de la sécurité sociale³⁷³, la poursuite des séances au-delà du seuil prédéfini n'a donc rien d'exceptionnel.

S'agissant des soins infirmiers, aucune mesure de régulation n'a encore été prise malgré une augmentation constante du nombre d'actes et de leur impact financier pour l'assurance maladie. La forte progression du volume des AIS, dont le contenu précis est mal connu, n'est encadrée par aucun référentiel. Les AMI n'ont pas davantage fait l'objet de mesures de maîtrise médicalisée, à l'exception d'une expérimentation visant les soins quotidiens dispensés aux patients insulino-dépendants.

b) La question centrale de la prescription

L'activité en soins infirmiers et en masso-kinésithérapie dépendant pour l'essentiel d'une prescription médicale, les actions de gestion du risque les concernant devraient être étroitement corrélées avec celles menées en direction des médecins prescripteurs. Or, la rémunération sur objectifs de santé publique des médecins n'a intégré aucun objectif relatif aux actes des auxiliaires médicaux. Les démarches visant à assurer leur intervention coordonnée restent inopérantes :

- pour pouvoir coter des actes en AIS, une « démarche de soins infirmiers » (DSI) doit être préalablement établie entre le médecin et l'infirmier afin de fixer la fréquence et la durée des séances. En pratique, la DSI est peu utilisée par les professionnels de santé qui

373. Article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale : « lorsqu'il s'agit d'actes en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ».

invoquent sa lourdeur. Son remplacement, annoncé depuis 2007, par un dispositif plus simple n'a toujours pas abouti³⁷⁴ ;

- de même, le bilan-diagnostic thérapeutique (BDK), qui doit en principe être adressé par les masseurs-kinésithérapeutes au médecin prescripteur au terme d'un traitement égal ou supérieur à dix séances ou en cas de prolongation du traitement, ne l'est que rarement.

Comme la Cour l'a déjà recommandé³⁷⁵, des approches pluri-professionnelles permettant de définir les modalités d'action collective et les engagements associés sont indispensables en vue d'une plus grande efficacité des soins de premier recours. La mise en place d'actions communes de gestion du risque entre les médecins et les professions prescrites que sont les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes doit en constituer une priorité d'application.

Mieux suivre les prescriptions faites par les auxiliaires médicaux

Si les prescriptions infirmières, qui concernent à 80 % les articles de pansements, restent faibles en valeur absolue (90 M€ en 2013), elles connaissent une vive croissance (elles ont été multipliées par deux entre 2011 et 2013). En outre, leur impact sur d'éventuelles économies de prescriptions médicales n'est pas mesuré.

De même, il n'a pas été mis en place de dispositif de suivi des prescriptions effectuées par les masseurs-kinésithérapeutes. Cette lacune devrait être d'autant plus rapidement comblée qu'une disposition du projet de loi de modernisation de notre système de santé, introduite par voie d'amendement, prévoit un élargissement de ce droit de prescription³⁷⁶.

374. Selon la CNAMTS, une expérimentation de « visite infirmière pour bilan de soins infirmiers » aurait lieu d'ici fin 2015.

375. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VIII : les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense, p. 231-256, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

376. Dans la version de ce texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale (14 avril 2015), les masseurs-kinésithérapeutes pourront adapter dans le cadre d'un renouvellement, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions initiales datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret.

2 - Renforcer les actions de contrôle

Les travaux d'audit effectués par la Cour dans le cadre de sa mission de certification des comptes de la branche maladie du régime général de sécurité sociale mettent en évidence de manière récurrente³⁷⁷ l'ampleur des erreurs et des anomalies à incidence financière concernant les auxiliaires médicaux, qui constituent un champ de risque majeur et se traduisent généralement par des remboursements injustifiés au détriment de l'assurance maladie.

Pour les infirmiers, ont notamment été identifiées des facturations injustifiées d'actes (cumuls irréguliers d'actes médico-infirmiers et d'actes infirmiers de soins, majorations non dues), des facturations d'indemnités kilométriques erronées et des inadéquations entre prescriptions et actes facturés. S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, des actes sont pris en charge à 100 % de façon injustifiée et il est souvent difficile de reconstituer le nombre de séances effectivement réalisées et, ce faisant, d'apprécier la réalité de l'activité sous-jacente à la facturation.

Malgré les risques très significatifs qui affectent la conformité de la facturation aux dispositions légales et conventionnelles, les conditions de mise en œuvre des actions de contrôle prescrites par la CNAMTS aux organismes de son réseau connaissent des fragilités importantes.

Par ailleurs, lorsque des actes de masso-kinésithérapie en série requièrent un accord préalable, les demandes ne sont pas correctement renseignées et 75 % d'entre elles sont adressées à tort par les professionnels de santé, ce qui conduit à engorger les caisses d'assurance maladie. Lorsque le service médical rend un avis défavorable à une demande d'entente préalable ou fixe un nombre limitatif aux séances de massage-kinésithérapie, aucun dispositif technique ne fait obstacle *a priori* au remboursement de la facture adressée par la voie électronique par le professionnel de santé.

Deux types de contrôles ponctuels *a posteriori* sont diligentés par le réseau des caisses d'assurance maladie du régime général : des programmes nationaux élaborés par la CNAMTS que les caisses locales mettent en œuvre et des actions engagées à l'initiative de chaque CPAM.

Les contrôles mis en œuvre apparaissent très insuffisants au regard des enjeux financiers et des risques de fraude.

377. Voir notamment Cour des comptes, *Rapport sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale - exercice 2013*, juin 2014 et *exercice 2014*, juin 2015, la Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

En premier lieu, ils portent sur un nombre très réduit de professionnels au regard de leurs effectifs³⁷⁸. Ainsi, les investigations conduites dans le cadre des programmes biennaux de la CNAMTS sur les professionnels présentant des indicateurs d'activité aberrants ont porté sur 69 auxiliaires médicaux en 2012 et 156 en 2014. Les programmes nationaux centrés sur les auxiliaires médicaux, que la CNAMTS a récemment commencé à élaborer, ont visé 230 infirmiers en 2010 et 87 en 2013, ainsi que 62 masseurs-kinésithérapeutes en 2012.

En outre, la CNAMTS n'a pas documenté les suites apportées aux plaintes pénales ou ordinaires ainsi qu'aux procédures conventionnelles, ni n'a fourni de relevé détaillé des manquements constatés, concernant spécifiquement les auxiliaires médicaux³⁸⁰.

Par ailleurs, la procédure de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, qui permet aux directeurs de caisse d'infliger des pénalités financières à des professionnels fautifs, reste peu utilisée : en 2012, 175 pénalités ont été infligées à des infirmiers et 6 à des masseurs-kinésithérapeutes, pour des montants respectifs de 0,3 M€ et 0,1 M€ ; en 2013, 281 à des infirmiers et 2 seulement à des masseurs-kinésithérapeutes, pour des montants respectifs de 0,7 M€ et de 3 000 €.

Des irrégularités à sanctionner³⁸¹

Quoique insuffisants au regard de l'ampleur des risques financiers, les contrôles *a posteriori* effectués par les CPAM font apparaître des dérives fréquemment constitutives de manquements à la probité et causant un préjudice sérieux à l'assurance maladie.

378. Un peu plus de 200 000 auxiliaires médicaux en exercice libéral font l'objet de remboursements à l'acte.

380. Les principaux types de manquements relevés par la CNAMTS sont les suivants : facturations multiples d'un même acte, fausses prescriptions ou falsifications, facturations d'actes non réalisés ou réalisés par un tiers ou bien par plusieurs intervenants, facturations en méconnaissance de la NGAP.

381. Ces constats procèdent de déplacements effectués par la Cour dans les CPAM des Bouches-du-Rhône, de Loire-Atlantique et de la Somme.

Le programme de 2010 concernant des infirmiers « méga-actifs » a mis au jour des pratiques frauduleuses dans 61 % des cas examinés. Dans les Bouches-du-Rhône, ont été relevés des cas aberrants pouvant aller jusqu'à 36 heures d'activité quotidienne et de nombreuses irrégularités concernant les actes infirmiers de soins (AIS) : facturations injustifiées d'AIS 3, facturation de plus de quatre AIS 3 par jour et par patient, cumul irrégulier d'actes en AMI et en AIS. Le plan régional 2014 de lutte contre les fraudes élaboré par les CPAM de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme indique que « de nombreux infirmiers [du ressort] ont des valeurs d'activité fortes, éloignées des valeurs régionales. L'étude des facturations débouche systématiquement sur des préjudices, voire des fraudes ».

En Loire-Atlantique, les contrôles portant sur les masseurs-kinésithérapeutes « méga-actifs » ont aussi permis de détecter des cas aberrants, comme celui d'un professionnel totalisant théoriquement 313 jours à plus de 16 heures d'activité quotidienne, dont 198 jours à plus de 24 heures. Ce masseur-kinésithérapeute a fait l'objet d'une simple lettre d'avertissement, sa situation devant être revue en fonction de l'évolution de sa pratique.

Les contrôles effectués sur les activités des masseurs-kinésithérapeutes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) révèlent également de nombreuses irrégularités : la CPAM des Bouches-du-Rhône a mené fin 2014 une action de contrôle de la justification médicale de la cotation AMK 9 sur cinq établissements, avec un taux d'anomalies de 95 %³⁸² ; le même type d'action en Loire-Atlantique, ciblé sur trois établissements, a permis de constater que sur une sélection de 20 dossiers, 14 avaient fait l'objet d'une surcotation.

Au regard des constats qui précèdent, les contrôles nationaux et locaux menés par l'assurance maladie sur les facturations présentées au remboursement doivent être significativement renforcés et leurs résultats donner lieu à des sanctions effectives.

3 - Refondre la nomenclature des actes pour l'adapter plus finement à la nature des soins dispensés

La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) devrait permettre d'effectuer une analyse médico-économique précise des actes dispensés, afin d'orienter la politique tarifaire et d'affiner la pertinence des actions de gestion du risque.

382. La cotation AMK 9 correspond à la rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres. Une mesure d'impact du contrôle après trois mois a montré que le taux d'anomalies avait été ramené à 19 %.

Or, la nomenclature, dont l'origine remonte à 1972, ne permet pas d'identifier la nature exacte des actes dispensés à travers leur cotation. Ainsi, pour les infirmiers, le contenu des actes relevant des AIS est mal appréhendé. Les coefficients appliqués aux lettres-clés des masseurs-kinésithérapeutes ne permettent pas non plus de retracer leur activité puisqu'un même coefficient est susceptible de recouvrir plusieurs types d'actes. La CNAMTS est ainsi contrainte de procéder à des enquêtes auprès des professionnels de santé pour connaître le détail de leur activité. Ces enquêtes sont lourdes et par conséquent peu fréquentes : la dernière a été lancée en 2013, la précédente datait de 2001.

En dehors de certaines décisions ponctuelles³⁸³, l'actualisation de la nomenclature infirmière apparaît en outre insuffisante, les actes étant revalorisés par à-coups sans qu'une orientation claire se dégage quant aux évolutions de rémunération à privilégier entre prévention, actes techniques ou « nursing ».

Par ailleurs, l'obsolescence de la nomenclature des actes favorise les anomalies de facturation des auxiliaires médicaux à l'assurance maladie et les remboursements injustifiés de cette dernière.

La nomenclature des actes demande ainsi à être réformée en profondeur, que ce soit sous la forme d'une rénovation de la NGAP ou de l'instauration d'une classification commune des actes des auxiliaires médicaux, pour permettre de retracer finement les actes accomplis et d'y intégrer les nouveaux actes ou les redéfinitions d'actes existants qui découlent de l'évolution des pratiques et des techniques.

383. Comme par exemple la décision de l'UNCAM du 21 juillet 2014 relative notamment aux soins d'entretien des cathéters et aux perfusions réalisés par les infirmiers.

B - Une offre de soins à rééquilibrer

Le dynamisme démographique et la répartition géographique déséquilibrée des auxiliaires médicaux induisent des distorsions dans l'accès aux soins et soutiennent la dynamique des dépenses. Des mesures rapides de régulation démographique et d'orientation géographique des installations apparaissent indispensables.

1 - Mettre un coup d'arrêt à la hausse des effectifs

Il convient en priorité de diminuer les quotas de formation, y compris au niveau régional, afin de tenir compte des tendances démographiques observées et de réformer leur procédure de détermination. À cet égard, l'adoption d'un cadrage pluriannuel avec, le cas échéant, une actualisation annuelle, faciliterait l'adaptation des capacités de formation.

Pour être pertinente, la définition des quotas doit d'abord reposer sur une identification précise de l'offre de soins disponible sur un territoire pour chaque profession, quel que soit le mode d'exercice (établissements du secteur hospitalier ou médico-social, hospitalisation à domicile) et, s'agissant de professions prescrites, en intégrant aussi la dimension de la présence médicale. Elle implique d'objectiver les besoins en santé, à court et moyen terme, à partir notamment des études sur les déterminants du recours à ces soins dont la réalisation est indispensable et, sans attendre, en utilisant les données statistiques disponibles et actuellement sous-exploitées, tout en prenant en considération l'impact des réformes de l'hôpital. L'impact différé des quotas d'entrée en formation rend d'autant plus nécessaires des projections démographiques pour les auxiliaires médicaux, régulièrement actualisées.

Par ailleurs, l'obligation d'exercice dans une structure collective avant l'installation en libéral qui existe pour les infirmiers pourrait être étendue aux masseurs-kinésithérapeutes. Cela permettrait de retarder leur installation en libéral et de répondre au déficit en masso-kinésithérapie de l'hôpital. Afin de contribuer au rééquilibrage géographique, une affectation prioritaire dans des structures collectives situées dans les zones déficitaires mériterait d'être étudiée.

2 - Réduire les inégalités géographiques

Le levier conventionnel pourrait être plus fortement mobilisé afin de définir des schémas cibles de conventionnement par département, à court et moyen terme.

Ces schémas seraient établis en cohérence avec l'ensemble de l'offre en santé et soins infirmiers et de masso-kinésithérapie disponible sur un territoire, au regard des caractéristiques et des besoins de la population. Ils fixeraient un nombre déterminé d'installations possibles au-delà duquel le professionnel libéral n'aurait pas un droit automatique au conventionnement. Comme la Cour l'a déjà recommandé, il convient aussi dans ce cadre de mettre en œuvre dans les zones en surdensité un conventionnement sélectif de toutes les professions de santé, y compris les médecins, pour mieux orienter au bénéfice des « déserts médicaux » la répartition des professionnels libéraux sur le territoire³⁸⁴, l'installation de médecins conditionnant largement celle des professions prescrites.

Dans le prolongement d'évolutions déjà intervenues, d'autres modalités permettraient de renforcer les mécanismes conventionnels de régulation géographique.

Ainsi, une base légale devrait être donnée au conventionnement sélectif des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones sur-dotées, ce qui appelle une modification de la partie législative du code de la sécurité sociale.

En outre, les zones sur-dotées devraient être étendues afin de réduire les effets d'aubaine liés à des installations dans des zones limitrophes et leur zonage serait à revoir selon une fréquence plus rapide.

Par ailleurs, une évolution du taux de remplacement des professionnels déjà installés dans les zones sur-dotées pourrait être envisagée soit de façon uniforme en passant, par exemple, à une installation pour deux cessations d'activité, soit de façon différenciée en fonction des zones.

Enfin, accordée à l'origine pour faciliter l'engagement des professionnels de santé libéraux dans les relations conventionnelles, la prise en charge des cotisations sociales des infirmiers et masseurs-

384. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*, chapitre VIII : les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficience de la dépense, p. 612, septembre 2014, la Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

kinésithérapeutes par l'assurance maladie devrait être davantage mobilisée pour réduire les disparités territoriales. Si les dispositions conventionnelles conditionnent la prise en charge des cotisations familiales à l'exercice dans des zones déficitaires, elles ont maintenu les prises en charge de cotisations maladie et vieillesse en faveur des professionnels installés dans des zones fortement dotées. Les prises en charge de cotisations devraient au contraire être intégralement modulées en fonction de la zone d'exercice des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral. Afin de revêtir un caractère réellement incitatif, cette modulation pourrait aller jusqu'à une suppression dans les zones sur-dotées.

Des prises en charge de cotisations sociales coûteuses et sans réelles contreparties pour l'assurance maladie

La participation de l'assurance maladie équivaut à une prise en charge quasi complète des cotisations sociales au titre de la maladie des auxiliaires médicaux libéraux (9,7 % pour un taux de 9,81 %). L'assurance maladie prend aussi en charge les 2/3 des cotisations au titre de l'assurance vieillesse supplémentaire (retraites complémentaires). Le coût de la prise en charge des cotisations sociales au titre de la maladie et de la vieillesse a atteint 672 M€ en 2014, dont 411 M€ pour les infirmiers.

Les dispositions conventionnelles applicables aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes prévoient une prise en charge de la totalité des cotisations familiales dans les zones déficitaires, soit des coûts respectifs de 5 M€ et de 2,2 M€ pour l'assurance maladie en 2014.

Au total, les prises en charge de cotisations sociales font bénéficier les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes d'un avantage équivalent à 11 % de leur revenu moyen (voir *supra* pour cette notion).

À défaut d'un impact réel de la modulation des prises en charge de cotisations sur les flux d'installation, la question du maintien du droit au conventionnement pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes installés dans des zones sur-dotées se poserait.

3 - Subordonner le développement de nouveaux actes à des économies effectives

Afin de répondre aux besoins liés au vieillissement et à la dépendance, l'offre de soins des auxiliaires médicaux libéraux évolue selon une double logique de diversification et d'extension des services fournis d'une part et de substitution avec un transfert d'activité des professions médicales d'autre part.

Ainsi, le rôle des auxiliaires médicaux libéraux en matière de prévention et d'éducation thérapeutique du patient est amené à se renforcer comme dans le cadre de l'expérimentation « Asalée », issue de

l'initiative d'acteurs locaux et soutenue par le ministère de la santé : des infirmiers formés, qu'ils soient salariés de l'association concernée ou libéraux, prennent en charge le suivi des patients diabétiques et des patients présentant un risque cardio-vasculaire, ce qui inclut la prescription, la réalisation et l'interprétation de certains examens cliniques et des consultations infirmières. Au vu des premiers résultats³⁸⁵, le service rendu aux patients diabétiques est amélioré sans coût significatif supplémentaire pour l'assurance maladie. Au-delà, le projet de loi de modernisation de notre système de santé reconnaît aux professions paramédicales la possibilité d'un exercice en « pratiques avancées », c'est-à-dire de réaliser des actes qui relèvent aujourd'hui des attributions des médecins.

L'évolution des activités infirmières au Royaume-Uni et en Allemagne

L'évolution des pratiques infirmières constitue la pierre angulaire de la réforme du *National Health Service* (NHS). Depuis le début des années 90, les médecins généralistes ont massivement eu recours à des infirmiers salariés pour remplir des missions de promotion de la santé et de suivi des pathologies, leur salaire étant pris en charge par les autorités locales à hauteur de 70 à 90 %.

Les infirmiers jouent aussi un rôle de diagnostic de premier niveau à travers des dispositifs comme le *NHS direct* (service téléphonique d'orientation des patients par des infirmiers) ou les *NHS walk-in-centers* qui sont ouverts tous les jours dans des endroits fréquentés et proposent des bilans infirmiers.

Plus généralement, une étude de l'OCDE³⁸⁶ montre que deux grands rôles sont dévolus aux infirmiers en « pratiques avancées ». Les infirmiers praticiens participent à l'offre de soins primaires en fournissant des services qui relèveraient autrement de l'activité des médecins (suivi de routine des patients atteints de maladies chroniques, prescription de médicaments ou d'examen, soins mineurs), comme aux États-Unis ou au Canada depuis le milieu des années 60. Les infirmiers cliniciens exercent généralement dans les hôpitaux pour encadrer le personnel infirmier et promouvoir la qualité des soins.

385. En particulier, Questions d'économie de la santé n°136, novembre 2008 et Études et résultats n° 873, février 2014.

386. M. Delamaire et G. Lafortune (2010), *Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*, Éditions OCDE.

En matière d'évolution des pratiques, le système allemand se singularise par la place relativement faible des infirmiers dans les soins de ville et de proximité. Pour améliorer la qualité des soins et pallier la pénurie de temps médical, le développement d'un nouveau métier a été encouragé : les assistants médicaux. Après trois années de formation, ils réalisent, dans des cabinets de médecins, des tâches administratives et cliniques exigeant des compétences de base comme le retrait des fils après des points de suture ou des prises de sang. Les infirmiers, qui exercent essentiellement dans le cadre salarié de structures collectives, pratiquent surtout des actes de soins d'hygiène liés notamment à la prise en charge de la dépendance, à rebours du développement de « pratiques avancées ».

D'ores et déjà, le programme PRADO de retour à domicile de l'assurance maladie permet d'accompagner la réduction de la durée moyenne de séjour hospitalier afin d'améliorer l'efficacité de la dépense hospitalière en générant des économies et la qualité de la prise en charge globale des patients. Il repose sur l'intervention de conseillers de l'assurance maladie au cours du séjour en établissement pour anticiper les besoins du patient et sur l'adhésion volontaire des patients éligibles sous réserve de l'accord de l'équipe médicale. Par exemple, le PRADO orthopédie, généralisé en 2013, vise à remplacer, après une intervention orthopédique, le séjour en établissement de soins de suite et de réadaptation par un suivi - moins coûteux - par des infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes libéraux principalement, avec une possibilité d'accompagnement social.

Si l'évolution des rôles respectifs des auxiliaires médicaux et des médecins et le développement des coopérations peuvent contribuer à améliorer l'accès et la qualité des soins, les expérimentations doivent faire l'objet d'une évaluation rigoureuse de manière à s'assurer de la réalité des gains d'efficacité pour le système de soins et de l'effectivité des économies qu'elles peuvent dégager.

C - Une régulation globale à instaurer sur la base d'objectifs quantifiés

1 - Définir une politique de tarification et de rémunération structurante, répondant à l'évolution des besoins

Malgré un coût financier important pour l'assurance maladie (563 M€ pour les infirmiers et 319 M€ pour les masseurs-kinésithérapeutes après négociations entre 2007, année d'entrée en vigueur des nouvelles conventions et 2014), les revalorisations tarifaires ont été insuffisamment mises au service des objectifs de meilleure

répartition géographique des professionnels de santé libéraux, d'efficience de la dépense et de réorganisation des soins de proximité.

La mise en œuvre d'une politique tarifaire plus structurante et responsabilisante est nécessaire afin de davantage prendre en considération les besoins des patients, l'augmentation du nombre d'actes, ainsi que la nature précise des soins dispensés. Or, en dépit des initiatives de l'État et de l'assurance maladie pour diversifier les modes de rémunération, en particulier des médecins et des pharmaciens³⁸⁷, le système de rémunération des auxiliaires médicaux est resté particulièrement statique et fondé exclusivement sur le paiement à l'acte : seul le mode de rémunération des infirmiers a évolué, mais selon une logique purement additionnelle avec l'instauration en 2012 de la majoration de coordination infirmière (MCI) et de la majoration pour acte unique (MAU).

Ce système de rémunération rend plus difficile l'évolution des pratiques et des organisations pour la prise en charge des maladies chroniques et des pathologies liées à l'âge. À cet égard, il pourrait être envisagé de mettre en place, sur la base d'un panier de soins prédéfini, un forfait de base pour le traitement de certaines maladies chroniques. Ce nouveau mode de rémunération permettrait de répondre à la concentration des soins sur une minorité de patients (comme le diabète par exemple), de prévenir la superposition des actes facturés au titre des soins quotidiens prodigués à un même patient et de mieux prendre en compte la réalité d'une pluralité d'actes dispensés que la règle de la décote³⁸⁸. De même, pourrait être établi un forfait de prise en charge pour le maintien à domicile des personnes âgées, qui serait l'occasion de mieux différencier la réalisation effective de soins infirmiers d'actes d'hygiène relevant de l'aide au maintien à domicile.

387. Rémunération sur objectifs de santé publique pour les médecins et les pharmaciens, rémunération forfaitaire pour les patients classés en affection de longue durée pour les médecins.

388. Aux termes de la NGAP, pour les infirmiers, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues, lorsque plusieurs actes sont effectués au cours d'une même séance, l'acte au tarif le plus élevé est seul inscrit avec son coefficient propre, le deuxième acte est pris en compte à 50 % de son coefficient et les suivants ne donnent pas lieu à honoraires.

2 - Fixer et faire respecter un objectif impératif de maîtrise des dépenses

Malgré son dynamisme, la progression des dépenses d'auxiliaires médicaux en exercice libéral échappe aujourd'hui à toute régulation. À l'exception des objectifs de maîtrise médicalisée fixés pour les masseurs-kinésithérapeutes dont l'impact est toutefois extrêmement faible³⁸⁹, ces dépenses ne font l'objet d'aucune recherche d'économies ciblées, ni de gains d'efficacité. Les projections faites dans le cadre de l'ONDAM (+6,2 % pour les infirmiers et +4,1 % pour les masseurs-kinésithérapeutes en 2015) prolongent la tendance à la hausse des dépenses liées à l'activité des auxiliaires médicaux libéraux des années passées, très supérieure à celle du sous-objectif « soins de ville ».

Pourtant, un ralentissement de la croissance de ces dépenses aurait un impact important. Sur le total des dépenses remboursées en 2014 pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, une baisse d'un point du taux de croissance constaté aurait généré 100 M€ d'économies. Un taux de progression de 2,2 %, équivalent à celui de la moyenne des soins de ville retenu dans le cadre de l'ONDAM pour 2015, procurerait plus de 320 M€ d'économies.

Le caractère non soutenable des taux de croissance actuels au regard des déficits récurrents de l'assurance maladie et d'un ONDAM qui se resserre exige qu'une régulation efficace de la dépense soit mise en œuvre. Des objectifs quantifiés spécifiques, visant à réduire l'inflation des dépenses, pourraient ainsi être fixés au titre de l'activité des auxiliaires médicaux, leur réalisation devant ensuite être étroitement pilotée par l'État et par l'assurance maladie.

Pour être pleinement efficace, cet encadrement des dépenses devrait s'accompagner d'une responsabilisation accrue des prescripteurs et des dispensateurs de soins. À cette fin, il pourrait être envisagé d'instaurer un dispositif garantissant la maîtrise de l'évolution des remboursements à un niveau préfixé, sous la forme d'une enveloppe globale limitative déterminée *a priori*, dont le dépassement éventuel entraînerait un ajustement des tarifs unitaires à la baisse, un rééquilibrage s'opérant ainsi entre les volumes d'actes et leur prix. Un dispositif affiné,

389. 45 M€ en 2014 et 30 M€ en 2015. Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2015 indique qu'aucune économie n'a été réalisée en 2014 (taux de réalisation de l'objectif de maîtrise médicalisée de 0 %).

inspiré de celui mis en œuvre en Allemagne pour les médecins³⁹⁰, pourrait être instauré, reposant sur la définition d'une enveloppe de soins d'auxiliaires médicaux par médecin traitant, en fonction des caractéristiques de sa patientèle.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral jouent un rôle essentiel en matière de prévention, de traitement et d'accompagnement des patients, qui est appelé à croître à la mesure de la priorité donnée aux soins ambulatoires et des modes de prise en charge de la dépendance qui seront privilégiés.

Cependant, la croissance accélérée des dépenses liées aux soins dispensés par les infirmiers et par les masseurs-kinésithérapeutes, dont l'activité concentre la plus grande partie des enjeux financiers (+500 M€ par an, soit +6 % au cours des années récentes), n'est objectivée par aucune étude approfondie sur ses déterminants.

Les données disponibles mettent en évidence que la dynamique des dépenses ne découle pas uniquement, voire principalement, des facteurs objectifs que constituent le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, mais est entretenue par celle de la démographie des professions concernées, du fait de quotas d'entrée en formation qui, après le passage aux 35 heures des établissements de santé, se sont stabilisés à un très haut niveau au lieu de décroître. Elle est soutenue aussi par des disparités considérables de répartition territoriale qui se creusent sans cesse davantage. L'évolution des dépenses liées aux soins dispensés par les infirmiers et par les masseurs-kinésithérapeutes ne fait toutefois l'objet d'aucune action réelle de maîtrise. Elle est subie avec une forme de résignation de la part de ceux qui ont la responsabilité de la réguler, alors même qu'elle est de moins en moins soutenable.

Un plan d'action complet devrait être mis en œuvre sans délai par les pouvoirs publics et par l'assurance maladie pour revenir au plus vite sur la tendance à l'échappement de la dépense. Pour être efficace, ce plan devrait prendre en compte les enjeux de régulation des professions médicales, dont la localisation géographique et les prescriptions conditionnent pour une grande part l'activité des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes, avec trois priorités concomitantes :

390. Voir chapitre XVI du présent rapport : les systèmes d'assurance maladie en France et en Allemagne, p. 589-634.

- *construire une véritable gestion du risque, quasi inexistante aujourd'hui, en intégrant à la fois prescripteurs et dispensateurs de soins pour être efficace et en s'appuyant sur des contrôles très substantiellement renforcés dont les constats de la Cour sur l'étendue des anomalies et des fraudes mettent en évidence l'absolue nécessité ;*
- *réorienter l'offre de soins au service des patients, en mettant un coup d'arrêt à la progression du nombre de professionnels, par la réduction et le redéploiement géographique des entrées en formation et en mettant en œuvre un conventionnement sélectif très renforcé dans les zones les plus denses afin de réduire les inégalités territoriales d'implantation ;*
- *réguler globalement la dépense, par la mise en place de forfaits pour certains types de prise en charge et par la fixation d'objectifs quantifiés d'évolution de la dépense pour les actes hors forfait, assortis de mécanismes de responsabilisation des prescripteurs et des dispensateurs de soins afin d'en assurer le respect.*

Dans cette perspective, la Cour formule les recommandations suivantes :

33. assurer une régulation rigoureuse du niveau global et de la répartition géographique de l'offre en réformant la procédure de fixation des quotas d'entrée en formation, en étendant et en durcissant la procédure de conventionnement sélectif dans les zones sur-dotées et en modulant la prise en charge des cotisations sociales selon le lieu d'installation ;

34. mettre en place une politique de gestion du risque, en analysant les déterminants de la dépense, en rénovant la nomenclature des actes professionnels, en déployant des actions de maîtrise médicalisée en direction à la fois des médecins prescripteurs et des auxiliaires médicaux, en renforçant les contrôles des caisses d'assurance maladie et en sanctionnant les pratiques fautives ;

35. définir des objectifs quantifiés d'évolution des dépenses ;

36. engager une réforme structurelle des modalités de rémunération par la définition de forfaits par patient pour la prise en charge de certains types de pathologies ;

37. instaurer une enveloppe de prescriptions par médecin en fonction des caractéristiques de sa patientèle et assortie de mécanismes de responsabilisation des prescripteurs et des dispensateurs de soins permettant d'en assurer le respect.
