



Négociations conventionnelles 2007

DEFINITION DE LA PLACE SOUHAITEE ET RECONNAISSANCE PARTAGEE DES CONTRAINTES PROPRES A L'EXERCICE LIBERAL INFIRMIER

*Clarification des conditions réciproques posées pour la
signature d'une convention majoritaire*

Sommaire

1- Constat des missions de l’infirmière libérale	P. 3
2- Les soins à domicile.....	P. 5
3- Contraintes et évolutions structurelles librement acceptées pour assurer ces différentes missions.....	P. 7
4- Des améliorations à apporter au système qui induisent des revendications légitimes.....	P. 8
5- Des revalorisations tarifaires immédiates.....	P. 10
5- 1 Les déplacements	P. 11
5- 2 Les AMI	P. 12
5- 3 Les AIS.....	P. 12
5- 4 Les indemnités Dimanche, Fériés et Nuits.....	P. 13
5- 5 Récapitulatif.....	P. 13
6- Conclusions.....	P.14

DEFINITION DE LA PLACE SOUHAITEE ET RECONNAISSANCE PARTAGEE DES CONTRAINTES PROPRES A L'EXERCICE LIBERAL INFIRMIER

1- Constat des missions de l'infirmière libérale :

Le statut libéral n'est pas la caractéristique principale des conditions d'exercice de la profession. De part le maillage territorial opéré par la profession l'infirmière libérale est avant tout une infirmière de proximité qui prodigue la totalité des soins infirmiers et assure une prise en charge globale et coordonnée utile à la population en ambulatoire. Il convient de préciser qu' environ 7% de la totalité des actes rémunérés dans des conditions identiques aux IDEL sont réalisés par les Centres de Soins Infirmiers¹—paiement à l'acte, NGAP...(IDEL = 93%), d'autre part les Infirmières libérales effectuent les soins infirmiers dans le cadre des SSIAD (qui réalisent pour leur part 25% des prises en charge des PA dépendantes avec le concours des IDEL...IDEL seules = 75%)². De plus une bonne partie des services d'Hospitalisation à Domicile encore peu développés associe les IDEL pour effectuer leurs actes infirmiers et assurer la permanence des soins.

L'infirmière libérale réalise dans son quotidien différentes missions.

- ▶ **Elle accomplit des actes qui contribuent au diagnostic**, des actes médico délégués de première intention qui ne nécessitent pas d'hospitalisation ; (prélèvements pour examens biologiques, surveillances d'évolution de patients, conseil, suivi de maternité, vaccins, etc... et tous les actes médico infirmiers quotidiens de première intention etc...)
- ▶ **Elle accomplit des actes qui permettent de traiter en ambulatoire les pathologies aiguës itératives** (infectieux, protocoles antibiothérapies simples ou complexes, pansements simples ou complexes, réhydratation, ...)
- ▶ **Elle assure le suivi de pathologies chroniques et l'éducation des patients** et de leur entourage en ambulatoire leur permettant une socialisation correcte et une qualité de vie (diabète, HTA , psy, pathologies vasculaires dégénératives , dermato, plaies chroniques, IRTC...)
- ▶ **Elle assure le maintien et/ou retour à domicile des patients dépendants**. La prise en charge à domicile des patients dépendants en coordination avec les intervenants de ville et le médecin traitant (Prévention d'escarres, surveillance et veille clinique). Les restructurations hospitalières et la diminution des lits susceptibles d'accueillir ces patients souvent très difficiles à évaluer a renforcé ce rôle infirmier en renvoyant chez eux ces patients fragiles
- ▶ **Elle assure le relais ambulatoire des cures de chimiothérapie anticancéreuses initiées en hospitalisation de jour** (actes de haut niveau de technicité, surveillance de l'état clinique du patient, prévention des complications liées aux cytotoxiques, bilans nutritionnels....) en lien avec les services d'oncologie et le médecin traitant.

¹ rapport IGAS Novembre 2006 RM2006-176P « Situation financière des centres de soins infirmiers »

² Enquête URCAM Bretagne 2002

► **Elle assure le retour à domicile de patients hospitalisés pour des pathologies aiguës ou des traitements chirurgicaux.**

La diminution des Durées Moyennes de Séjour à l'hôpital, l'évolution des techniques, le niveau de qualification offert par les IDEL, contribuent à développer cette partie d'activité des infirmières libérales.

Ces missions imposent de fait aux IDEL une obligation de continuité et de permanence des soins. Les infirmières libérales assument ces missions de service public de plus en plus souvent avec des responsabilités accrues, et sont aujourd'hui de plus en plus SEULES à le faire, sans aucune reconnaissance des pouvoirs publics ou de l'assurance maladie.

Tous les rapports annoncent une explosion prévisible des volumes d'actes réalisés en ambulatoire.

Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette explosion annoncée :

Des facteurs démographiques (vieillesse de la population), et les co-morbidités associées (diabète, insuffisance cardio-vasculaires, AVC, cancer...)

Des facteurs économiques (rationalisation des dépenses hospitalières, diminution des DMS) avec transfert de charge vers les soins de ville repoussant les malades vers leurs domiciles sans évaluation réelle de l'impact sur la dynamique sociale et familiale.

Des progrès techniques qui permettent des prises en charge à domicile dans des conditions de sécurité satisfaisantes mais qui ne prennent pas en compte des conséquences physiques et psychologiques associés qu'il est tout aussi important de prévenir et de suivre à partir d'une évaluation adaptée pour un service médical rendu efficace.

Commentaire :

Dans un tel contexte, la profession ne peut se voir opposer une progression des volumes d'actes qui ont servi de prétexte aux blocages tarifaires.

La profession ne peut accepter d'assurer à coût constant les missions qui sont les siennes, toujours plus importantes, toujours plus contraignantes, toujours plus exigeantes.

Nous demandons un engagement ferme de l'assurance maladie propre à reconnaître les missions de service public assurées par les IDEL, leur place dans le système de santé de proximité de première intention, dans les alternatives à l'hospitalisation, le maintien à domicile, et la reconnaissance des contraintes assumées qui découlent de ces missions (continuité des soins, permanence des soins, organisation de l'exercice en groupe, polyvalence, absence de sélectivité des actes et des patients contrairement à certaines structures...).

2- Les soins à domicile

Il existe quatre grandes typologies de soins :

► **Les soins réalisés sur un temps court pour éviter des hospitalisations ou réalisés en sortie rapide d'hospitalisation**

Ils sont constitués par la palette d'actes réalisés en première intention, certains de manière isolée pour des tarifs d'actes en série (vaccins, prélèvements,...) que les médecins pratiquent pour leur part à un tarif presque dix fois supérieur !

► **Les soins prodigués aux patients chroniques pour lesquels on réalise un accompagnement à moyen ou long terme**

Actes techniques comme le suivi des patients diabétiques insulino traités non autonomes, la dialyse, saignée, antibiothérapie continue chez patient atteint de mucoviscidose, chimiothérapie, etc...

Actes techniques et éducation de patients présentant une pathologie chronique en vue d'autonomisation, sans aucune reconnaissance de la valeur éducative en sus de la valeur de l'acte.

Commentaire :

Qui d'autre fait ce travail de proximité, en assure le suivi, avec si peu de moyens et à quel coût ? Nous souhaitons une meilleure reconnaissance financière des actes isolés, ainsi qu'une meilleure reconnaissance des actes de surveillance, d'éducation, de coordination et de suivi des patients présentant une (des) pathologies chroniques.

► **Les soins réalisés dans le cadre de la prise en charge de la dépendance :**

Dans ce domaine spécifique et devant le défi démographique que les organismes de tutelle auront à relever certains chiffres méritent d'être mis en relief :

L'enquête « Handicap, Incapacité, Dépendance » (HID) de l'INSEE juin 2003

Les chercheurs parviennent à des estimations de la population des personnes âgées dépendantes de 628 000 à 850 000 si l'on se concentre sur les cas que les différentes méthodes d'analyse s'accordent à qualifier de dépendance lourde.³

La DREES et l'INSEE prévoient une augmentation de 50 % du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2040, le coût moyen de leur prise en charge va s'accroître.

Le Rapport de la Cour des Comptes « les personnes âgées dépendantes » novembre 2005

Les infirmiers libéraux interviennent pour des actes de « nursing » auprès de plus de 200 000 personnes de plus de 75 ans.

Les SSIAD connaissent une augmentation constante du nombre de places depuis 1986 :

³ 69 000 en équivalent GIR 1, 262 000 en équivalent GIR 2, 201 000 en équivalent GIR 3, 264 000 en équivalent GIR 4

Evolution du nombre de places de SSIAD depuis 1986

	1986	1991	1996	2001	2004
Nombre de places autorisées	28 228	43 964 (+ 55 %)	56 650 (+ 28 %)	68 068 (+ 20 %)	88 931 (+ 30 %)
Nombre de services *	780	1 199	1 547	1 600	1 700
Nombre de places par service	36,2	36,7	36,6	42,5	52,3
Taux d'équipement **	ND	ND	14,6	15,3	18,7

* Approximation : en 2001 et 2004, la DGAS et la DHOS ne connaissent que le nombre de places et pas le nombre de services.

** Nombre de places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans.

Source : DGAS

L'étude de l'URCAM Bretagne parue en novembre 2002

Cette étude démontre dans son estimation du coût journalier des prises en charge libérales sur la base d'actes en AIS que quelle que soit l'approche, malgré les difficultés et les limites méthodologiques, à perte d'autonomie identique la prise en charge des soins de base s'avère plus onéreuse en SSIAD qu'en AIS dans un rapport de 1.5 à 1.6 pour les coûts réels du point GIR incorporant la notion de couverture des besoins par les professionnels (dans les deux cas les coûts incluent les déplacements, la formation, l'administratif, les frais de matériel)

Cette étude démontre également que les 2/3 des prises en charge de personnes âgées dépendantes toutes prises en charge confondues sont réalisées par le secteur libéral.

Commentaires :

Le croisement des différents chiffres cités supra illustre les enjeux sous tendus par le bouleversement démographique auquel nous aurons à faire face et la totale méconnaissance de l'administration du virage ambulatoire aujourd'hui amorcé et des conséquences en terme de prise en charge sanitaire.

Ne pas tenir compte du rôle essentiel des infirmières libérales auprès des personnes âgées dépendantes c'est de fait, faire l'impasse sur 75% des prises en charge.

La pertinence dans un système à budget contraint ne serait-elle pas d'accompagner la structuration d'un secteur d'activité qui réalise les 2/3 des prises en charge des personnes âgées dépendantes à un coût 1.5 inférieur aux SSIAD ?

L'assurance maladie continue à apporter plus de 60 % des financements consacrés aux personnes âgées dépendantes. La contribution globale de l'assurance maladie au financement de la dépendance et des personnes âgées dépendantes est de 9,675 Md€.

Les 747 Millions d'€ remboursés par l'assurance maladie pour les soins réalisés par le secteur libéral pour les PA de plus de 75 ans sont à mettre en parallèle avec les 763 Millions d'€ dépensés par cette même assurance maladie en forfait soins servis aux SSIAD qui couvrent 1/6 des besoins en terme de prise en charge à domicile.

► Les soins concernant la démarche palliative et l'accompagnement en fin de vie

La lecture des contributions de la FNEHAD et de l'UNASSAD sur les champs des HAD et SSIAD nous éclaire sur le tropisme naturel des structures entre elles.

Textuellement : « *le Ministère doit comprendre que l'avenir passe par le développement de structures qui gèrent conjointement des places de SSIAD et des places d'HAD. Une ouverture formelle de ces réflexions est souhaitée dans les prochains mois pour dresser l'inventaire des mesures à prendre et le périmètre des textes à reconsidérer.* »

Commentaire :

La création de structures d'HAD couplées aux SSIAD dans l'esprit prôné par la FNEHAD et l'UNASSAD risque de limiter les projets thérapeutiques des patients aux composantes économiques des prises en charge.

Nous souhaitons le développement de mesures conventionnelles et de nomenclature de nature à conforter les prises en charge palliatives à l'acte, tenant compte de la spécificité de cette mission en terme de pénibilité, disponibilité et de formation en lien avec le professionnalisme qu'elle requiert.

Dans le cadre du développement de l'HAD, et pour les patients les plus lourds, l'intégration de l'activité des professionnels de l'ambulatorio dans le fonctionnement des structures d'HAD en réseau ville /hôpital constitue une plus-value. La potentialisation des « capacités à faire » du tissu libéral est plus pertinente que la stratification structuro centrée vers laquelle tend le système. . Il est du devoir de l'Assurance maladie et l'Etat de soutenir non pas les tendances naturelles au « tout structure », mais de soutenir l'organisation des soins la plus efficiente.

3- Contraintes et évolutions structurelles librement acceptées pour assurer ces différentes missions :

Au regard des missions qu'assurent les IDEL, une liste non exhaustive des contraintes peut déjà être dressée.

La profession présente la caractéristique d'intervenir dans la plus grande majorité des cas sur des séries d'actes et non des actes isolés.

Ces séries d'actes imposent **une continuité des soins** induisant une ouverture des cabinets infirmiers **sept jours sur sept** sans aucune possibilité de fermeture à défaut de remplacement collectif organisé.

La spécificité des actes réalisés impose une **amplitude des horaires de travail** qui résultent d'une part de l'obligation de respecter les contraintes thérapeutiques, notamment horaires et de corrélérer la vie sociale des patients avec la réalisation des actes .

Les infirmières libérales remplissent donc bien une **mission de santé publique** couplée à une **mission de service public**.

Entre 1999 et 2003, le « potentiel de travail » des infirmiers libéraux (c'est-à-dire les effectifs pondérés par l'évolution du temps travaillé) a connu une progression annuelle de

1,3 %. Le temps de travail hebdomadaire des infirmiers libéraux est passé de 47 heures hebdomadaires en 1993 à 50 heures en 2002.⁴

Dans un contexte de permanence des soins un peu bafoué par le corps médical, **la réponse aux urgences** renforce la mission de service public de l'infirmière libérale.

Dans le cadre du maintien à domicile, l'organisation de la surveillance 24 heures sur 24 des patients induit une **obligation structurelle d'évolution vers des formes d'exercice infirmiers de groupes.**

Les infirmières libérales sont des **infirmières polyvalentes de proximité.** Cette polyvalence induit des obligations de formation qui vont au-delà des obligations légales. Elle nécessite et maintient et une réactualisation permanente des connaissances.

Les nouvelles normes qui voient le jour impactent directement sur l'organisation structurelle et technique des cabinets. Les cabinets infirmiers se doivent d'être de plus en plus équipés tant en terme de réception du public qu'en terme de stérilisation et de circuit d'élimination des déchets.

Les Contraintes de télétransmission de l'assurance maladie induisent encore un temps non rémunéré et un coût financier non négligeable (matériel, maintenance et affranchissement)

Commentaire :

Si nous sommes la seule profession de santé à subir aujourd'hui l'ensemble de ces contraintes, nous sommes par contre la profession la plus touchée par les blocages tarifaires conventionnels, sans qu'aucun espace de liberté tarifaire ne lui soit consenti avec de surcroît les avantages sociaux praticiens conventionnés les plus réduits !

Si nous sommes la profession à avoir un taux de télétransmission le plus élevé, nous sommes par contre celle qui bénéficie de l'aide la plus basse.

La convention nationale se doit d'être le lieu de reconnaissance des contraintes inhérentes à l'exercice professionnel infirmier, de l'engagement des professionnels à les assumer, et en parallèle de l'engagement de l'Assurance Maladie à en garantir les contreparties propres à pérenniser le service rendu.

4- Des améliorations à apporter au système qui induisent des revendications légitimes

Au-delà des revalorisations tarifaires immédiates que revendiquent les infirmières libérales, la profession réclame des mesures conventionnelles qui peuvent déjà pallier aux insuffisances du système.

Sur l'activité des professionnels et la démographie :

L'accès aux soins en France est caractérisé par deux automatismes :

➔ Le conventionnement entre chaque offreur de soins et l'assurance maladie est automatique.

⁴ Rapport de la Cour des Comptes « les personnes âgées dépendantes » novembre 2005 P.59

→ Les règles d'installation alimentent également le caractère automatique du financement des soins.

L'inégalité d'accès aux soins liée aux inégalités de densité démographique des professionnels peut justifier l'introduction dans le champ conventionnel de mesures autres qu'uniquement incitatives propres à réduire ces inégalités.

Commentaire :

La profession n'acceptera pas de régulation géo démographique stricte. Nous sommes cependant ouverts dans le cadre conventionnel à travailler sur l'évaluation des besoins en matière d'offre libérale de soins.

Cette évaluation des besoins doit se faire au plus près du terrain dans ce domaine, le rôle des Commissions Paritaires Départementales doit être renforcé.

Si des mesures conventionnelles peuvent aboutir, en aucun cas elles ne doivent figer et/ou scléroser le système. Elles doivent accompagner les évolutions utiles qui répondent aux enjeux de Santé Publique.

Sur les modes d'exercice :

La spécificité des contraintes de la profession induite notamment par l'obligation de continuité des soins doit être prise en compte par les Tutelles.

La structuration du secteur libéral infirmier doit être renforcée pour permettre d'apporter les réponses les plus pertinentes au virage ambulatoire qui se dessine.

L'exercice en cabinets multi praticiens même si il a tendance à se développer n'est pas nécessairement la règle.

Les professionnels qui exercent seuls ont parfois d'énormes difficultés à trouver des remplaçants.

La profession revendique une prise en compte des contraintes liées à la continuité des soins par une revalorisation des indemnités dimanche et jour fériés bloquées depuis 1984...

La profession attend des aides à la restructuration des cabinets, notamment en terme de regroupement. Dans ce cadre des procédures de simplifications administratives doivent être envisagées.

La profession demande l'instauration d'une identification formelle des infirmières libérales remplaçantes, un véritable statut de ces infirmières doit être créé.

Sur la formation continue et l'Evaluation des Pratiques Professionnelles

L'évolution accélérée des thérapeutiques et des techniques de soins, la prise en charge au domicile de patients nécessitant des actes technique de plus en plus complexes implique pour les IDEL une actualisation des connaissances cliniques et techniques qui doivent être en cohérence avec les évolutions médicales.

La pratique infirmière au domicile par principe individuelle, nécessite pour les IDEL une connaissance des recommandations de bonnes pratiques cliniques, une intégration de ces recommandations de bonnes pratiques dans l'exercice quotidien et une évaluation régulière pour garantir aux patients la qualité et la sécurité des soins.

Le nouvel article L. 4382-1 dans le code de la santé publique étend l'obligation de formation continue aux auxiliaires médicaux.

Dans l'article concernant les dispositions diverses applicables aux auxiliaires médicaux (...) « l'Art.L.4382-1 cite : « l'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles ». Ce texte est toujours en attente de Décret d'application pour opérationnaliser cette obligation.

La loi 2006-166804 créant l'Ordre infirmier est parue au Journal Officiel le 27 décembre 2006. Comme pour les masseurs kinésithérapeutes et pour les pédicures podologues, l'Ordre a pour mission d'organiser l'évaluation des pratiques professionnelles.

La profession est dans l'attente des Décrets d'application de la Loi 2006-166804 créant l'Ordre infirmier

Dans l'attente d'une approche réglementaire éclaircie et cohérente, une politique d'évaluation des pratiques professionnelles participe directement à une politique d'amélioration de la qualité des soins et elle doit être mise en œuvre pour les IDEL.

La profession est ouverte à toutes discussions concernant le développement d'une politique d'amélioration et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Dans ce sens l'introduction du concept EPP dans le champ conventionnel est à envisager.

La Profession demande un élargissement du rôle et de la composition des Commissions Paritaires départementales.

La gestion des fonds conventionnels de la formation continue des infirmières libérales ne peut être le fait des seuls syndicats signataires.

5- Des revalorisations tarifaires immédiates

Evolution des tarifs en Monnaie constante sur 13 ans de 1992 à 2003 date des dernières revalorisations :

EVOLUTION DES TARIFS					
Année	AMI en €	AIS en €	IFD en €	IHK plaine en €	IHK montagne en €
01/03/1992	2,18	2,18	1,22	0,24	0,39
23/03/1992	2,29	2,18	1,22	0,24	0,39
01/10/1992	2,36	2,18	1,22	0,24	0,39
22/02/1995	2,52	2,18	1,25	0,24	0,39
01/04/1996	2,52	2,18	1,37	0,24	0,39
10/08/1999	2,64	2,18	1,37	0,24	0,39
01/11/1999	2,67	2,18	1,37	0,24	0,39
01/01/2002	2,67	2,18	1,37	0,24	0,39
01/03/2002	2,90	2,18	1,50	0,30	0,45
01/07/2002	2,90	2,40	1,50	0,30	0,45
01/04/2003	2,90	2,40	1,83	0,30	0,45
01/11/2003	2,90	2,40	2,00	0,30	0,45
Evolution en 15 ans	24 ,83%	9,17%	39%	20%	13,34%

Etat des lieux : activité (source UNCAM)

En moyenne 64% d'AMI Augmentation de 9,8 % entre 2004 et 2005 Coefficient moyen 1,6
En moyenne 36% d' AIS Augmentation de 7,2 % entre 2004 et 2005 Coefficient moyen 3,2

Nombre d'actes en 2005 (SNIR PS Provisoire)

	Montants remboursés	Nombre d'actes
AMI	1 354 893 873	254 711 709
AIS	1 212 304 798	145 079 744
DI	4 292 320	410 496
IF + IK	638 398 639	753 322 310
Forfaits filières et réseaux	202 331	3 469
Autres	9 722 796	1 735 588
Total	3 219 814 757	1 155 263 316
Dont majorations dimanche et jours fériés	274 002 956	35 958 393
Dont majorations de nuits	142 122 412	15 532 504
Total majorations	416 125 368	

5- 1 Les déplacements

Sur ce poste quelques chiffres peuvent être mis en relief :

➤ Les prix des consommations liées à l'automobile

Selon l'INSEE l'indice des prix des consommations liées à l'automobile avait été multiplié par 2.2 de 1980 à 1999, augmentation similaire à celle de l'indice général, c'est-à-dire au même rythme que l'inflation.

De 1998 au mois d'août 2005 l'indice des prix lié à l'utilisation du véhicule a augmenté de **28,10 %**.

Les pièces détachées et accessoires ont augmenté de **10,60 %**.

Les carburants et lubrifiants ont augmenté de **46,50 %**.

L'entretien et les réparations ont augmenté de **28,40 %**.

Il est à noter que dans le même temps :

↳ les services paramédicaux n'ont progressé que de **7,60%**

↳ les services médicaux ont progressé de 16,90 %

De 1990 à août 2005 le prix du gazole a progressé de 116 %, celui du sans plomb 95 de 66 %, celui du sans plomb 98 de 69 %

- Selon l'U.N.A.P.L. (Quotidien du Médecin du 8 septembre 2005) les infirmières sont les plus touchées par la hausse du prix des carburants.
Les frais de véhicule représentent **11 % du total de leurs honoraires (hors investissement du prix du véhicule)**.

- Médecins généralistes : 5 % (9,5 % pour les remplaçants)
- Kinésithérapeutes : 6,5 %
- Sages-femmes : 8 %

Une étude statistique menée par l'A.G.A.P.I.⁵, sur 5000 adhérents répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain et les D.O.M. T.O.M. fait également ressortir des frais de véhicule à **11 % du total des honoraires hors investissement du coût du véhicule** pour l'année 2004

Pour un véhicule de gamme moyenne il convient de rajouter un peu plus de 4% à ces frais.

La profession ne supporte plus les iniquités de tarifs qui existent entre les différentes professions. Au regard des missions que les infirmières assurent, de leur rôle de proximité un rattrapage tarifaire s'impose.

Une augmentation de 15% des IFD, IHK plaine et montagne ne constituerait même pas un rattrapage.

La profession revendique une augmentation des frais de déplacement de 15% .

IFD à 2,30 € (+ 0,30 €)

IHK plaine à 0,345 € (+ 0,045 €)

IHK montagne à 0,46 € (+ 0,06 €)

Ceci constitue une enveloppe sur douze mois de 95 759 794 €

5- 2 Les AMI

Le tarif de l'acte médical infirmier est bloqué depuis 2002.

Là encore l'augmentation moyenne de l'acte comparé aux augmentations moyennes des autres professions notamment des médecins justifie un rattrapage.

Les transferts de charge de l'hôpital vers l'ambulatorie d'actes de plus en plus techniques nécessitant un haut niveau de formation génèrent sur l'enveloppe hospitalière des économies qui devraient profiter aux professionnels qui supportent les dits transferts.

La profession revendique une augmentation des tarifs de l'AMI de 13,79 % . (+0,40 €)

Ceci constitue une enveloppe sur douze mois de 163 015 494 €

⁵ A.G.A.P.I. : Association de Gestion Agréée des Professionnels Infirmiers

5- 3 Les AIS

Les arguments traités dans le chapitre 2 de la présente note ne demande aucun commentaire

La profession revendique une augmentation des tarifs de l'AIS de 20,83 % . (+ 0,50 €)

Ceci constitue une enveloppe sur douze mois de 232 127 590 €

5- 4 Les indemnités Dimanches, Fériés et Nuits

Les contraintes liées à la continuité des soins, aux missions de service public que remplissent les infirmières, le blocage de ces tarifs **depuis 1984 !** nécessitent une reconnaissance financière.

La profession revendique une augmentation des tarifs de dimanche et fériés de 10 % .(+ 0,76 €)

Ceci constitue une enveloppe sur douze mois de 27 328 378 €

La profession revendique une augmentation des tarifs de nuit de 9,29 % . (+ 0,85 €)

Ceci constitue une enveloppe sur douze mois de 13 202 628 €

5- 5 Récapitulatif

<i>Lettre clef</i>	<i>Enveloppe sur 12 mois</i>
<i>IFD IK plaines IK montagne</i>	<i>95 759 794 €</i>
<i>AIS</i>	<i>232 127 590 €</i>
<i>AMI</i>	<i>163 015 494 €</i>
<i>I DIM</i>	<i>27 328 378 €</i>
<i>I NUIT</i>	<i>13 202 628 €</i>
<i>TOTAL</i>	<i>531 433 784 €</i>

6- Conclusions

Au-delà de ce premier constat et des revalorisations immédiates demandées, il nous restera à construire une convention évolutive et dynamique répondant aux enjeux de Santé Publique.

Nous sommes ouverts à des propositions innovantes, structurantes ou restructurantes, mais ces mesures devront s'accompagner de contre parties. Cette convention devra constituer un plan de travail et de revalorisations tarifaires sur 5 ans.

Fait à Paris le 09 janvier 2007