

LES
ANNEXES

ANNEXES GÉNÉRALES

2025



ORION
SANTÉ

Sommaire

Extraits du Code de la Santé Publique :

Article L 4311-1.....	3
Les actes professionnels.....	4 - 17
Code de déontologie des infirmiers.....	18 - 30

Nomenclature Générale des Actes Professionnels :

Dispositions générales.....	31 - 46
Dispositions spécifiques.....	47 - 73
Tarifs.....	74 - 77

Convention Nationale des Infirmiers libéraux du 18 juillet 2007.....	78 - 110
Avenant n°1 du 17 octobre 2008.....	111 - 122
Avenant n°3 du 25 novembre 2011.....	123 - 137
Avenant n°4 du 19 mars 2014.....	138 - 142
Avenant n°6 du 29 mars 2019.....	143 - 263
Circulaire 34-2019.....	264 - 285
Avenant n°8 du 10 janvier 2022.....	286 - 298
Avenant n°9 du 18 novembre 2022.....	299 - 313
Avenant n°10 du 25 juillet 2023.....	314 - 318
Arrêté du 20 mars 2012 relatif à la prescription infirmière.....	319 - 321
Arrêté du 21 avril 2022.....	322
Décret du 8 août 2023 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers.....	323 - 326
Arrêté du 8 août 2023 fixant la liste des vaccins que les infirmiers sont autorisés à prescrire et/ou injecter.....	327 - 328
Synthèse des textes relatifs aux déchets d'activités de soins à risques infectieux.....	329 - 334
Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs : pallia 10.....	335 - 336

Article L 4311-1

27/03/2023 08:25

Article L4311-1 - Code de la santé publique - Légifrance

**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE****Légifrance**

Le service public de la diffusion du droit

*Liberté
Égalité
Fraternité***Code de la santé publique****Article L4311-1****Version en vigueur depuis le 25 décembre 2022**

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)
Quatrième partie : Professions de santé (Articles L4001-1 à L4444-3)
Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires (Articles L4301-1 à L4394-4)
Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière (Articles L4311-1 à L4314-6)
Chapitre Ier : Règles liées à l'exercice de la profession (Articles L4311-1 à L4311-29)

Article L4311-1**Version en vigueur depuis le 25 décembre 2022**

Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier **Modifié par LOI n°2022-1616 du 23 décembre 2022 - art. 33** toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.

L'infirmière ou l'infirmier peut, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat :

1° Prescrire certains vaccins, dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles de bénéficier sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

2° Administrer certains vaccins, dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles de bénéficier sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé.

L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les établissements mentionnés au troisième alinéa du I de l'article L. 5134-1 et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2112-1 et à l'article L. 2311-4.

Dans un protocole inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné tel que prévu aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, et dans des conditions prévues par décret, l'infirmier ou l'infirmière est autorisé à adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée. La liste de ces pathologies et de ces traitements est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cette adaptation ne peut avoir lieu que sur la base des résultats d'analyses de biologie médicale, sauf en cas d'indication contraire du médecin, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par le patient.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient.

L'infirmier ou l'infirmière peut prescrire des substituts nicotiniques, des solutions et produits antiseptiques ainsi que du sérum physiologique à prescription médicale facultative.

Sauf en cas d'indication contraire du médecin, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice peut prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux concernés.

Les actes professionnels

Article R4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article R4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- 2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article R4311-3**Modifié par Décret n°2008-877 du 29 août 2008 - art. 1**

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article R4311-4**Modifié par Décret n°2021-980 du 23 juillet 2021 - art. 1**

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux qu'il encadre et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

L'infirmier ou l'infirmière peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant.

Article R4311-5**Modifié par Décret n°2021-980 du 23 juillet 2021 - art. 1**

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et accompagnement éducatif de la personne ;

- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de la personne en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 9° bis Changement de support et de poche de colostomie cicatrisée ;
- 10° Soins et surveillance de la personne sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance de la personne placés en milieu stérile ;
- 12° Installation de la personne dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 13° bis Pose et changement de masque respiratoire en situation chronique hormis tout dispositif d'insufflation ou d'exsufflation ;
- 14° Lever de la personne et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions de la personne qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme et fréquence respiratoires, taux de saturation en oxygène, volume de la diurèse, poids, dont indice de masse corporelle (IMC) calculé à l'aide d'un outil paramétré, mensurations, mesure du périmètre crânien, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;
- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25° Toilette périnéale ;
- 26° Préparation de la personne en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29° Lavage et irrigation oculaire et instillation de collyres ;

- 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- 32° Surveillance de la personne ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- 33° Lecture de l'intradermo-réaction pour le test tuberculinique ;
- 34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- 35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- 36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
- 37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
- 38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
- 39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
 - a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;
 - b) Sang : glycémie par captation capillaire brève ou lecture transdermique, acétonémie taux de bilirubine par lecture instantanée transcutanée ;
- 39° bis Recueil aseptique d'urines lors de situations d'urgence, à l'exclusion du recueil par sonde urinaire ;
- 40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- 41° Aide et soutien psychologique ;
- 42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R4311-5-1**Modifié par Décret n°2022-610 du 21 avril 2022 - art. 1**

I. L'infirmier ou l'infirmière est habilité à administrer, sans prescription médicale préalable de l'acte d'injection, dans les conditions définies à l'article R. 4311-3, aux personnes dont les conditions d'âge et, le cas échéant, les pathologies sont précisées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé, les vaccinations suivantes :

- 1° Vaccination contre la grippe saisonnière ;
- 2° Vaccination contre la diphtérie ;
- 3° Vaccination contre le tétanos ;

- 4° Vaccination contre la poliomyélite ;
- 5° Vaccination contre la coqueluche ;
- 6° Vaccination contre les papillomavirus humains ;
- 7° Vaccination contre les infections invasives à pneumocoque ;
- 8° Vaccination contre le virus de l'hépatite A ;
- 9° Vaccination contre le virus de l'hépatite B ;
- 10° Vaccination contre le méningocoque de sérogroupe A ;
- 11° Vaccination contre le méningocoque de sérogroupe B ;
- 12° Vaccination contre le méningocoque de sérogroupe C ;
- 13° Vaccination contre le méningocoque de sérogroupe Y ;
- 14° Vaccination contre le méningocoque de sérogroupe W ;
- 15° Vaccination contre la rage.

Pour ces vaccinations, l'infirmier ou l'infirmière utilise des vaccins monovalents ou associés.

II. L'infirmier ou l'infirmière inscrit dans le carnet de santé ou le carnet de vaccination et le dossier médical partagé de la personne vaccinée ses nom et prénom d'exercice, la dénomination du vaccin administré, la date de son administration et son numéro de lot. À défaut de cette inscription, il porte les mêmes informations dans le dossier de soins infirmiers et délivre à la personne vaccinée une attestation de vaccination qui comporte ces informations.

En l'absence de dossier médical partagé et sous réserve du consentement de la personne vaccinée, l'infirmier ou l'infirmière transmet ces informations au médecin traitant de cette personne. La transmission de cette information s'effectue par messagerie sécurisée de santé répondant aux conditions prévues à l'article L. 1470-5, lorsqu'elle existe.

III. Il ou elle déclare au centre de pharmacovigilance les effets indésirables portés à sa connaissance susceptibles d'être dus au vaccin.

Article R4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

- 1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- 2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
- 3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
- 4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

Article R4311-7**Modifié par Décret n°2022-610 du 21 avril 2022 - art. 1**

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale ou de son renouvellement par un infirmier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3 qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;

2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations qu'il ou elle ne peut pas pratiquer en application de l'article R. 4311-5-1 ou aux tests tuberculiniques ;

3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;

4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;

4° bis Surveillance et retrait de cathéters périmerveux pour analgésie postopératoire mis en place par un médecin ;

5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :

c) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;

d) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-5 ;

7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;

8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;

9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;

10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;

11° Pose de bandages de contention ;

12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;

13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;

14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;

- 15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;
- 16° Instillation intra-urétrale ;
- 17° Injection vaginale ;
- 18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
- 19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
- 20° Soins et surveillance d'une plastie ;
- 21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
- 22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
- 23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
- 24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
- 25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
- 26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
- 27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
- 28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
- 29° Mesure de la pression veineuse centrale ;
- 30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- 31° Pose d'une sonde à oxygène ;
- 32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- 33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
- 34° Saignées ;
- 35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
- 36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
- 37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
- 38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
- 39° Recueil aseptique des urines ;

- 40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
- 41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
- 42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;
- 43° Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

NOTA : Décret n° 2021-97 du 29 janvier 2021 article 3 : conditions d'application.

Article R4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article R4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

- 1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;
- 2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;
- 3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;
- 4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;
- 5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;
- 6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;
- 7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;
- 8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;

- 9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;
- 10° Cures de sevrage et de sommeil.

Article R4311-10

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :

- 1° Première injection d'une série d'allergènes ;
- 2° Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;
- 3° Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;
- 4° Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7 ;
- 5° Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;
- 6° Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;
- 7° Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;
- 8° Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;
- 9° Transports sanitaires :
 - a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
 - b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
- 10° Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Article R4311-11

L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :

- 1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- 2° Élaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
- 3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- 4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;

5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Article R4311-11-1

L'infirmier ou l'infirmière de bloc opératoire, titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire, est seul habilité à accomplir les actes et activités figurant aux 1° et 2° :

1° Dans les conditions fixées par un protocole préétabli, écrit, daté et signé par le ou les chirurgiens :

- a) Sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment :
 - l'installation chirurgicale du patient ;
 - la mise en place et la fixation des drains susaponévrotiques ;
 - la fermeture sous-cutanée et cutanée ;
- b) Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence du chirurgien, apporter une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration ;

2° Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence et sur demande expresse du chirurgien, une fonction d'assistance pour des actes d'une particulière technicité déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article R4311-11-2

Création DÉCRET n°2015-74 du 27 janvier 2015 - art. 1

L'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant au diplôme d'État de bloc opératoire peut participer aux actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 dans les conditions qui y sont définies, en présence d'un infirmier ou d'une infirmière titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire.

Article R4311-12**Modifié par Décret n°2017-316 du 10 mars 2017 - art. 1**

I.A. L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'État, exerce ses activités sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur sous réserve que ce médecin :

- 1° Ait préalablement examiné le patient et établi par écrit la stratégie anesthésique comprenant les objectifs à atteindre, le choix et les conditions de mise en œuvre de la technique d'anesthésie ;
- 2° Soit présent sur le site où sont réalisés les actes d'anesthésie ou la surveillance postinterventionnelle, et puisse intervenir à tout moment.

I.B. L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'État est, dans ces conditions, seul habilité à :

1° Pratiquer les techniques suivantes :

- a) Anesthésie générale ;
- b) Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
- c) Réanimation per-opératoire ;

2° Accomplir les soins et réaliser les gestes nécessaires à la mise en œuvre des techniques mentionnées aux a, b et c du 1° ;

3° Assurer, en salle de surveillance postinterventionnelle, les actes relevant des techniques mentionnées aux a et b du 1° et la poursuite de la réanimation per-opératoire.

II. L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'État, sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur, peut intervenir en vue de la prise en charge de la douleur postopératoire en pratiquant des techniques mentionnées au b du 1° du B du I.

III. L'infirmier ou l'infirmière anesthésiste est seul habilité à réaliser le transport des patients stables ventilés, intubés ou sédatisés pris en charge dans le cadre des transports infirmiers interhospitaliers.

IV. Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'État.

Article R4311-12-1**Création Décret n°2017-316 du 10 mars 2017 - art. 2**

L'étudiant ou l'étudiante, préparant le diplôme d'infirmier ou d'infirmière anesthésiste diplômé d'État, peut participer aux activités mentionnées à l'article R. 4311-12 en présence d'un infirmier ou d'une infirmière anesthésiste diplômé d'État.

Article R4311-13

Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
- 2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
- 3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;
- 4° Soins du nouveau-né en réanimation ;
- 5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Article R4311-14

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Article R4311-15

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- 1° Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- 2° Encadrement des stagiaires en formation ;
- 3° Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
- 4° Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;

- 5° Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;
- 6° Éducation à la sexualité ;
- 7° Participation à des actions de santé publique ;
- 8° Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

Article D4311-15-1

Création Décret n°2012-35 du 10 janvier 2012 - art. 1

Lorsque l'infirmier ou l'infirmière procède au renouvellement d'une prescription de médicaments contraceptifs oraux dans les conditions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, il ou elle inscrit sur l'original de l'ordonnance médicale les indications suivantes :

- 1° Son nom, son prénom et le numéro obtenu lors de l'enregistrement prévu à l'article L. 4311-15 ;
- 2° La mention « Renouvellement infirmier » ;
- 3° La durée de ce renouvellement, exprimée en mois et qui ne peut excéder six mois ;
- 4° La date à laquelle ce renouvellement est effectué.

Article D4311-15-2

Création Décret n°2021-115 du 3 février 2021 - art. 1

I. Les protocoles mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 4311-1 respectent les recommandations de bonnes pratiques élaborées ou validées par la Haute Autorité de santé.

Ils détaillent les activités réalisées par les infirmiers qui participent à leur mise en œuvre.

Ils prévoient les critères d'éligibilité et de retrait des patients concernés ainsi que les modalités de leur information sur le protocole.

Ils déterminent les conditions d'organisation permettant d'assurer, en cas de besoin, l'accès au médecin traitant du patient ou, à défaut, à un médecin exerçant dans le cadre du même dispositif d'exercice coordonné.

Ils définissent les conditions d'organisation d'une démarche de gestion des risques et d'analyse en équipe des événements indésirables liés à leur application.

Ils prévoient les conditions de leur actualisation.

II. Pour l'application du cinquième alinéa de l'article L. 4311-1, les infirmiers suivent une formation complémentaire, qui comprend un volet théorique, dont les protocoles mentionnés au I définissent les objectifs et la durée, et un volet pratique, consistant en la supervision de la prise en charge d'un nombre minimum de patients, déterminé par lesdits protocoles, par un médecin exerçant au sein des équipes et structures mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3.

III. Le patient est informé des conditions de sa prise en charge dans le cadre de ces protocoles.

Avec l'accord du patient et sauf en cas d'indication contraire du médecin portée sur la prescription, l'infirmier informe le médecin traitant désigné par le patient, ou à défaut le médecin prescripteur exerçant dans le cadre du même dispositif d'exercice coordonné, de son projet d'adapter le traitement du patient, en appliquant le protocole mentionné au I pour une durée déterminée qui ne peut excéder un an.

L'infirmier informe, par tout moyen sécurisé déterminé par le protocole, le médecin traitant, ou à défaut le médecin prescripteur exerçant dans le cadre du même dispositif d'exercice coordonné, des adaptations de posologie réalisées.

IV. Les équipes ou structures mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 inscrivent les protocoles mentionnés au I dans leur projet de santé, porté à la connaissance de l'agence régionale de santé.

Les agences régionales de santé adressent ces protocoles pour information au comité national des coopérations interprofessionnelles mentionné à l'article L. 4011-3, qui veille à une application coordonnée des protocoles sur le territoire national.

Code de déontologie des infirmiers

Section 1 : Devoirs généraux (Articles R4312-1 à R4312-9)

Article R4312-1

Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

Les dispositions du présent chapitre constituent le code de déontologie des infirmiers. Elles s'imposent à tout infirmier inscrit au tableau de l'ordre, à tout infirmier effectuant un acte professionnel dans les conditions prévues aux articles L. 4311-1 et suivants ainsi qu'aux étudiants en soins infirmiers mentionnés à l'article L. 4311-12.

Conformément à l'article L. 4312-7, le Conseil national de l'ordre des infirmiers est chargé de veiller au respect de ces dispositions par tous les infirmiers inscrits à son tableau.

Les infractions à ces dispositions sont passibles de sanctions disciplinaires, sans préjudice des poursuites pénales qu'elles seraient susceptibles d'entraîner.

Article R4312-2

Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

Tout infirmier, lors de son inscription au tableau, doit affirmer devant le conseil départemental de l'ordre qu'il a eu connaissance du présent code de déontologie et s'engager sous serment et par écrit à le respecter.

Article R4312-3

Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

L'infirmier, au service de la personne et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches.

Le respect dû à la personne continue de s'imposer après la mort.

Article R4312-4

Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

L'infirmier respecte en toutes circonstances les principes de moralité, de probité, de loyauté et d'humanité indispensables à l'exercice de la profession.

Article R4312-5

Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

Le secret professionnel s'impose à tout infirmier, dans les conditions établies par la loi.

L'infirmier instruit les personnes qui l'assistent de leurs obligations en matière de secret professionnel.

Article R4312-6

Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

L'infirmier ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Article R4312-7

Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

L'infirmier en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, lui porte assistance, ou s'assure qu'il reçoit les soins nécessaires.

Article R4312-8

Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

L'infirmier apporte son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire.

16/02/2022 10:06

Chapitre II : Déontologie des infirmiers (Articles R4312-1 à R4312-92) - Légifrance

L'infirmier auquel une autorité qualifiée fait appel soit pour collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence, soit en cas de sinistre ou de calamité, répond à cet appel et apporte son concours.

Article R4312-9**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier s'abstient, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci.

En particulier, dans toute communication publique, il fait preuve de prudence dans ses propos et ne mentionne son appartenance à la profession qu'avec circonspection.

Sous-section 1 : Devoirs généraux. (abrogé)**Sous-section 2 : Devoirs envers les patients. (abrogé)****Section 2 : Devoirs envers les patients (Articles R4312-10 à R4312-24)****Article R4312-10****Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient.

Ses soins sont consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science.

Il y consacre le temps nécessaire en s'aidant, dans toute la mesure du possible, des méthodes scientifiques et professionnelles les mieux adaptées. Il sollicite, s'il y a lieu, les concours appropriés.

Il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience, ses compétences ou les moyens dont il dispose.

L'infirmier ne peut pas conseiller et proposer au patient ou à son entourage, comme salubre ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite.

Article R4312-11**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale.

Il leur apporte son concours en toutes circonstances.

Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge.

Article R4312-12**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier est tenu d'en assurer la continuité.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un infirmier a le droit de refuser ses soins pour une raison professionnelle ou personnelle.

Si l'infirmier se trouve dans l'obligation d'interrompre ou décide de ne pas effectuer des soins, il doit, sous réserve de ne pas nuire au patient, lui en expliquer les raisons, l'orienter vers un confrère ou une structure adaptée et transmettre les informations utiles à la poursuite des soins.

Article R4312-13**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier met en œuvre le droit de toute personne d'être informée sur son état de santé dans le respect de ses compétences professionnelles.

Cette information est relative aux soins, moyens et techniques mis en œuvre, à propos desquels l'infirmier donne tous les conseils utiles. Elle incombe à l'infirmier dans le cadre de ses compétences telles que déterminées aux articles L. 4311-1 et R. 4311-1 et suivants. Dans le cas où une demande d'information dépasse son champ de compétences, l'infirmier invite le patient à solliciter l'information auprès du professionnel légalement compétent.

L'information donnée par l'infirmier est loyale, adaptée et intelligible. Il tient compte de la personnalité du patient et veille à la compréhension des informations communiquées.

Seules l'urgence ou l'impossibilité peuvent dispenser l'infirmier de son devoir d'information.

La volonté de la personne de ne pas être informée doit être respectée.

Article R4312-14**Modifié par Décret n°2021-684 du 28 mai 2021 - art. 16**

Le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas. Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse le traitement proposé, l'infirmier respecte ce refus après l'avoir informé de ses conséquences et, avec son accord, le médecin prescripteur.

16/02/2022 10:06

Chapitre II : Déontologie des infirmiers (Articles R4312-1 à R4312-92) - Légifrance

Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, l'infirmier ne peut intervenir sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

L'infirmier appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne qui n'est pas apte à exprimer sa volonté s'efforce, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, de prévenir ses parents ou son représentant légal ou la personne chargée de la mesure de protection juridique et d'obtenir, selon le cas, leur consentement ou autorisation. La personne en charge de la mesure de représentation relative à la personne tient compte de l'avis du patient qu'elle représente. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'une ou l'autre à prendre la décision. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, l'infirmier donne les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, l'infirmier en tient compte dans toute la mesure du possible.

Article R4312-15**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier informe le patient de son engagement dans un protocole associant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération entre eux, impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

Article R4312-16**Modifié par Décret n°2021-684 du 28 mai 2021 - art. 16**

Le consentement du mineur ou du majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de la mesure.

Article R4312-17**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, ne serait-ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité.

S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, sous réserve de l'accord de l'intéressé, il en informe l'autorité judiciaire. S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, l'accord de l'intéressé n'est pas nécessaire.

Article R4312-18**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Lorsque l'infirmier discerne qu'une personne auprès de laquelle il est amené à intervenir est victime de sévices, de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles, il doit mettre en œuvre, en faisant preuve de prudence et de circonspection, les moyens les plus adéquats pour la protéger.

S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie ou de son état physique ou psychique, l'infirmier doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

Article R4312-19**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement.

L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur.

Article R4312-20**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier a le devoir de mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Il a notamment le devoir d'aider le patient dont l'état le requiert à accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.

Il s'efforce également, dans les circonstances mentionnées aux alinéas précédents, d'accompagner l'entourage du patient.

Article R4312-21**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité de la personne soignée et réconforter son entourage.

L'infirmier ne doit pas provoquer délibérément la mort.

Article R4312-22**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Lorsqu'il participe à une recherche impliquant la personne humaine, notamment dans le domaine des soins infirmiers ou en est le promoteur, l'infirmier respecte les dispositions du titre II du livre Ier de la première partie du présent code.

16/02/2022 10:06

Chapitre II : Déontologie des infirmiers (Articles R4312-1 à R4312-92) - Légifrance

Il en est de même en ce qui concerne sa participation à une activité de prélèvements d'organes mentionnée au livre II de cette même partie.

Article R4312-23**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'établissement par le professionnel, conformément aux constatations qu'il est en mesure d'effectuer, de certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

Ces documents doivent être rédigés lisiblement en langue française et datés, permettre l'identification du professionnel dont ils émanent et être signés par lui. L'infirmier peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci.

Il est interdit à l'infirmier d'en faire ou d'en favoriser une utilisation frauduleuse, ainsi que d'établir des documents de complaisance.

Article R4312-24**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Sont interdits tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel injustifié ou illicite, ainsi que toute ristourne en argent ou en nature.

Section 3 : Devoirs entre confrères et membres des autres professions de santé (Articles R4312-25 à R4312-31)**Article R4312-25****Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Les infirmiers doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité.

Ils se doivent assistance dans l'adversité.

Il est interdit à un infirmier, quel que soit le moyen ou le support de communication utilisé, d'en calomnier un autre, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession.

Un infirmier en conflit avec un confrère doit rechercher la conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'ordre.

Article R4312-26**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Dans le cas où un infirmier est interrogé au cours d'une procédure disciplinaire ordinale, il est tenu, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, de révéler les faits utiles à l'instruction parvenus à sa connaissance.

Toute déclaration volontairement inexacte peut elle-même donner lieu à des poursuites disciplinaires.

Article R4312-27**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Il est interdit à l'infirmier de s'attribuer abusivement le mérite d'une découverte scientifique, notamment dans une publication.

Article R4312-28**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier doit, dans l'intérêt des patients, entretenir de bons rapports avec les membres des autres professions de santé. Il respecte l'indépendance professionnelle de ceux-ci.

Il lui est interdit de calomnier un autre professionnel de santé, de médire de lui ou de se faire l'écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession.

Article R4312-29**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Il est interdit à l'infirmier d'accepter une commission pour quelque acte professionnel que ce soit.

Est interdite à l'infirmier toute forme de compérage avec d'autres professionnels de santé ou toute autre personne physique ou morale. On entend par compérage l'intelligence entre deux ou plusieurs personnes en vue d'avantages obtenus au détriment du patient ou d'un tiers.

Sont notamment interdites toutes pratiques comparables avec des établissements de fabrication ou de vente de produits ou de services, matériels, ou appareils nécessaires à l'exercice de sa profession, sociétés d'ambulance ou de pompes funèbres, ainsi qu'avec tout établissement de santé, médico-social ou social.

Article R4312-30**Modifié par Décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 - art. 1**

Hormis les cas prévus dans les contrats validés par le conseil départemental de l'ordre et sous réserve des dispositions de l'article L. 4312-15, le partage d'honoraires entre infirmiers ou entre un infirmier et un autre professionnel de santé est interdit. L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires, même non suivies d'effet, sont interdites.

La distribution des dividendes entre les membres d'une société d'exercice ne constitue pas un partage d'honoraires prohibé. Les rétrocessions d'honoraires prévues par les contrats d'exercice ne sont pas considérées comme des partages d'honoraires.

16/02/2022 10:06

Chapitre II : Déontologie des infirmiers (Articles R4312-1 à R4312-92) - Légifrance

Article R4312-31**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Il est interdit à l'infirmier de se livrer ou de participer à des fins lucratives à toute distribution de médicaments, de produits ou d'appareils.

Section 4 : Modalités d'exercice de la profession (Articles R4312-32 à R4312-58-1)**Article R4312-32****Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier est personnellement responsable de ses décisions ainsi que des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer.

Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre son indépendance, la qualité des soins ou la sécurité des personnes prises en charge.

Article R4312-33**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Dans le cadre de son rôle propre et dans les limites fixées par la loi, l'infirmier est libre du choix de ses actes professionnels et de ses prescriptions qu'il estime les plus appropriés.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses actes professionnels et ses prescriptions à ce qui est nécessaire à la qualité et à la sécurité des soins.

Il tient compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différents soins possibles.

Article R4312-34**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier répond, dans la mesure de ses connaissances, à toute demande d'information préalable sur les conditions de remboursement des produits et dispositifs prescrits.

Article R4312-35**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier établit pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant les éléments pertinents et actualisés relatifs à la prise en charge et au suivi.

L'infirmier veille, quel que soit son mode d'exercice, à la protection du dossier de soins infirmiers contre toute indiscretion.

Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, il prend toutes les mesures de son ressort afin d'assurer la protection de ces données.

Article R4312-36**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier chargé de toute fonction de coordination ou d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les personnes dont il coordonne ou encadre l'activité, qu'il s'agisse d'infirmiers, d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, d'aides médico-psychologiques, d'étudiants en soins infirmiers ou de toute autre personne placée sous sa responsabilité.

Il est responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des professionnels qu'il encadre.

Il veille à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours.

Article R4312-37**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier respecte et fait respecter les règles d'hygiène, dans sa personne, dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue des locaux professionnels.

Il s'assure de la bonne gestion des déchets qui résultent de ses actes professionnels, selon les procédures réglementaires.

Article R4312-38**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier vérifie que le médicament, produit ou dispositif médical délivré est conforme à la prescription. Il contrôle également son dosage ainsi que sa date de péremption. Il respecte le mode d'emploi des dispositifs médicaux utilisés.

Article R4312-39**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier prend toutes précautions en son pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'il est appelé à utiliser dans le cadre de son exercice professionnel.

Article R4312-40**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier propose la consultation d'un médecin ou de tout professionnel compétent lorsqu'il l'estime nécessaire.

Article R4312-41**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

16/02/2022 10:06

Chapitre II : Déontologie des infirmiers (Articles R4312-1 à R4312-92) - Légifrance

L'infirmier communique au médecin toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic, ainsi que de permettre la meilleure adaptation du traitement ou de la prise en charge.

Article R4312-42**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier applique et respecte la prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, quantitative et qualitative, datée et signée.

Il demande au prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé.

Si l'infirmier a un doute sur la prescription, il la vérifie auprès de son auteur ou, en cas d'impossibilité, auprès d'un autre membre de la profession concernée. En cas d'impossibilité de vérification et de risques manifestes et imminents pour la santé du patient, il adopte, en vertu de ses compétences propres, l'attitude qui permet de préserver au mieux la santé du patient, et ne fait prendre à ce dernier aucun risque injustifié.

Article R4312-43**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier applique et respecte les protocoles élaborés par le médecin prévus par les dispositions des articles R. 4311-7 et R. 4311-14.

Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier demande au médecin responsable d'établir un protocole écrit, daté et signé.

En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence, ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé, et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre d'un protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toute mesure en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Article R4312-44**Modifié par Décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 - art. 2**

Lorsque l'infirmier participe à une action d'information du public à caractère éducatif, scientifique ou sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il ne fait état que de données confirmées, fait preuve de prudence et a le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Il ne vise pas à tirer profit de son intervention dans le cadre de son activité professionnelle, ni à en faire bénéficier des organismes au sein desquels il exerce ou auxquels il prête son concours, ni à promouvoir une cause qui ne soit pas d'intérêt général.

Article R4312-45**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Conformément à la loi, l'infirmier peut, dans les établissements d'enseignement du second degré, en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Il s'assure de l'accompagnement psychologique de l'élève et veille à la mise en œuvre d'un suivi médical.

Article R4312-46**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses compétences. Il prend toutes dispositions nécessaires pour respecter ses obligations en matière de développement professionnel continu.

Article R4312-47**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier ne doit pas diffuser dans les milieux professionnels ou médicaux une technique ou un procédé nouveau de soins infirmiers insuffisamment éprouvés sans accompagner cette diffusion des réserves qui s'imposent.

Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié.

Article R4312-48**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Lors des stages cliniques des étudiants, l'infirmier veille à obtenir le consentement préalable de la personne, pour l'examen ou les soins qui lui sont dispensés par l'étudiant ou en sa présence. L'étudiant qui reçoit cet enseignement doit être au préalable informé par l'infirmier de la nécessité de respecter les droits des malades ainsi que les devoirs des infirmiers énoncés par le présent code de déontologie.

Article R4312-49**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Lorsqu'il utilise son expérience ou des documents à des fins d'enseignement ou de publication scientifique, l'infirmier fait en sorte que l'identification des personnes ne soit pas possible.

Article R4312-50**Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Il est interdit d'exercer la profession d'infirmier sous un pseudonyme.

Un infirmier qui se sert d'un pseudonyme pour des activités se rattachant à sa profession est tenu d'en faire la déclaration au conseil départemental de l'ordre.

16/02/2022 10:06

Chapitre II : Déontologie des infirmiers (Articles R4312-1 à R4312-92) - Légifrance

Il est interdit, pour un professionnel agissant à titre privé sous couvert d'un pseudonyme, et quel que soit le moyen de communication utilisé, d'arguer de sa qualité de professionnel sans dévoiler son identité.

Article R4312-51**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier qui a des liens avec des entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes de conseil intervenant sur ces produits est tenu de faire connaître ces liens au public, lorsqu'il s'exprime lors d'une manifestation publique, d'un enseignement universitaire ou d'une action de formation continue ou d'éducation thérapeutique, dans la presse écrite ou audiovisuelle ou par toute publication écrite ou en ligne.

Article R4312-52**Modifié par Décret n°2020-730 du 15 juin 2020 - art. 2**

Il est interdit à l'infirmier de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Toutefois, les exceptions prévues par les dispositions des articles L. 1453-6 et L. 1453-7 s'appliquent aux infirmiers.

Article R4312-53**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier veille, notamment lorsqu'il participe en tant qu'expert à une instance, groupe, ou autre commission organisés par l'autorité publique, à déclarer les intérêts susceptibles de mettre en cause son impartialité et son indépendance, ou de nuire à la qualité de son expertise ou de son jugement. Il respecte les procédures organisées à cette fin par l'autorité publique.

Article R4312-54**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier ne doit pas user de sa situation professionnelle pour tenter d'obtenir pour lui-même ou pour autrui un avantage ou un profit injustifié ou pour commettre un acte contraire à la probité.

Article R4312-55**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier ne peut exercer en dehors d'activités de soins, de prévention, d'éducation à la santé, de formation, de recherche ou d'expertise, une autre activité lui permettant de tirer profit des compétences qui lui sont reconnues par la réglementation.

Il ne peut exercer une autre activité professionnelle que si un tel cumul est compatible avec la dignité et la qualité qu'exige son exercice professionnel et n'est pas exclu par la réglementation en vigueur.

Article R4312-56**Modifié par Décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 - art. 2**

L'infirmier mentionne sur ses feuilles d'ordonnance et sur ses autres documents professionnels :

- 1° Ses nom, prénoms, adresse professionnelle postale et électronique, numéro de téléphone et numéro d'identification au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé ou, à défaut, numéro ordinal ;
- 2° S'il exerce en association ou en société, les noms des confrères associés et l'indication du type de société ;
- 3° Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance-maladie ;
- 4° Son adhésion à une association agréée prévue à l'article 371M du code général des impôts.

Il peut également mentionner ses titres, diplômes et fonctions lorsqu'ils ont été reconnus par le conseil national de l'ordre, les distinctions honorifiques reconnues par la République française ainsi que toute autre indication en tenant compte des recommandations émises en la matière par le conseil national.

Article R4312-57**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services, ou si son indépendance est affectée de quelque manière que ce soit.

Nul ne peut être à la fois infirmier expert et infirmier traitant d'un même malade.

Lorsqu'il est investi d'une mission, l'infirmier expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement infirmière, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code.

Article R4312-58**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Avant d'entreprendre toute opération d'expertise, l'infirmier expert informe la personne qu'il doit examiner de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé.

L'infirmier expert est tenu de respecter le principe du contradictoire pendant la totalité des opérations d'expertise.

Dans la rédaction de son rapport, l'infirmier expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter une réponse aux questions posées. Hors ces limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise.

Il atteste qu'il a accompli personnellement sa mission.

Article R4312-58-1

Création Décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 - art. 2

Les professionnels originaires d'autres Etats membres de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen et auxquels un accès partiel à l'exercice de la profession d'infirmier en France a été accordé au titre de l'article L. 4002-5 du code de la santé publique, lorsqu'ils présentent leur activité au public, notamment sur un site internet, sont tenus de l'informer de la liste des actes qu'ils sont habilités à pratiquer.

Dans le cadre de leur exercice, ces professionnels informent clairement et préalablement les patients et les autres destinataires de leurs services des actes qu'ils sont habilités à pratiquer.

Section 5 : Règles relatives aux différents modes d'exercice (Articles R4312-59 à R4312-92)

Sous-section 1 : Règles communes (Articles R4312-59 à R4312-61)

Article R4312-59

Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

Le mode d'exercice de l'infirmier est salarié ou libéral. Il peut également être mixte.

Article R4312-60

Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

L'infirmier est libre de dispenser gratuitement ses soins.

Article R4312-61

Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

Le détournement et la tentative de détournement de clientèle sont interdits.

Sous-section 2 : Exercice salarié (Articles R4312-62 à R4312-66)

Article R4312-62

Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

L'infirmier salarié, lié à son employeur par un contrat, ou employé dans un cadre public, ne doit pas profiter de ses fonctions pour augmenter sa clientèle personnelle.

Article R4312-63

Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

L'infirmier, quel que soit son statut, est tenu de respecter ses devoirs professionnels et en particulier ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance l'infirmier ne peut accepter, de la part de son employeur, de limitation à son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où il exerce, il doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé publique, des personnes et de leur sécurité.

Article R4312-64

Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

L'infirmier salarié ne peut, en aucun cas, accepter que sa rémunération ou la durée de son engagement dépendent, pour tout ou partie, de normes de productivité, de rendement horaire ou de toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité ou à la sécurité des soins.

Article R4312-65

Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

I.-Conformément aux dispositions de l'article L. 4113-9, l'exercice de la profession d'infirmier sous quelque forme que ce soit, au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant du droit privé fait l'objet d'un contrat écrit.

Ce contrat définit les obligations respectives des parties et précise les moyens permettant au professionnel de respecter les dispositions du présent code de déontologie.

II.-Tout contrat, renouvellement de contrat ou avenant avec l'un des organismes prévus au premier alinéa est communiqué au conseil départemental intéressé. Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent code de déontologie ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats types établis soit par un accord entre le conseil national de l'ordre et les collectivités ou institutions intéressées, soit conformément aux dispositions législatives ou réglementaires.

III.-Tout projet de contrat peut être communiqué au conseil départemental qui fait connaître ses observations dans le délai d'un mois. Passé ce délai, son avis est réputé rendu.

IV.-Le conseil départemental de l'ordre peut, s'il le juge utile, transmettre pour avis les contrats, projets de contrats, ou avenants au conseil national.

V.-L'infirmier signe et remet au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle il affirme sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat, à son renouvellement, ou à un avenant soumis à l'examen du conseil.

Article R4312-66

Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

L'exercice habituel de la profession d'infirmier, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une administration de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public fait l'objet d'un contrat écrit, hormis les cas où le professionnel a la qualité d'agent titulaire de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public ainsi que dans les cas où il est régi par des dispositions législatives ou réglementaires qui ne prévoient pas la conclusion d'un contrat.

L'infirmier est tenu de communiquer ce contrat au conseil départemental de l'ordre. Ce conseil peut, s'il le juge utile, transmettre pour avis les contrats ou avenants au conseil national. Les observations que cette instance aurait à formuler sont adressées par elle à l'autorité administrative intéressée et au professionnel concerné.

Sous-section 3 : Exercice libéral (Articles R4312-67 à R4312-88)

Paragraphe 1 : Devoirs généraux (Articles R4312-67 à R4312-78)

Article R4312-67

Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

L'infirmier dispose, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation adaptée et de moyens techniques pertinents pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins, la sécurité des patients ainsi que le respect du secret professionnel.

Il veille notamment à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets de soins selon les procédures réglementaires.

Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes professionnels ou la sécurité des personnes examinées.

Article R4312-68

Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1

Un infirmier ne doit pas s'installer dans un immeuble où exerce un autre infirmier sans l'accord de celui-ci ou, à défaut, sans l'autorisation du conseil départemental de l'ordre. Cette autorisation ne peut être refusée que pour des motifs tirés d'un risque de confusion pour le public.

Le silence gardé par le conseil départemental vaut autorisation tacite à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

Article R4312-68-1

Création Décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 - art. 3

I. - L'infirmier est libre de communiquer au public, par tout moyen, y compris sur un site internet, des informations de nature à contribuer au libre choix du praticien par le patient, relatives notamment à ses compétences et pratiques professionnelles, à son parcours professionnel et aux conditions de son exercice.

Cette communication respecte les dispositions en vigueur et les obligations déontologiques définies par le présent chapitre. Elle est loyale et honnête, ne fait pas appel à des témoignages de tiers, ne repose pas sur des comparaisons avec d'autres infirmiers ou établissements et n'incite pas à un recours inutile à des actes de prévention ou de soins. Elle ne porte pas atteinte à la dignité de la profession et n'induit pas le public en erreur.

II. - L'infirmier peut également, par tout moyen, y compris sur un site internet, communiquer au public ou à des professionnels de santé, à des fins éducatives ou sanitaires, des informations scientifiquement étayées sur des questions relatives à sa discipline ou à des enjeux de santé publique. Il formule ces informations avec prudence et mesure, en respectant les obligations déontologiques, et se garde de présenter comme des données acquises des hypothèses non encore confirmées.

III. - Les communications mentionnées au présent article tiennent compte des recommandations émises par le conseil national de l'ordre.

Article R4312-69

Modifié par Décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 - art. 3

I. - L'infirmier est autorisé à faire figurer dans les annuaires à usage du public, quel qu'en soit le support :

1° Ses nom, prénoms et adresse professionnelle, les modalités pour le joindre, les jours et heures de consultation ;

2° Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ;

3° Ses titres, diplômes et fonctions reconnus par le conseil national de l'ordre et ses distinctions honorifiques reconnues par la République française.

Il peut également mentionner d'autres informations utiles à l'information du public en tenant compte des recommandations émises en la matière par le conseil national de l'ordre.

Les sociétés d'exercice en commun de la profession peuvent se faire connaître dans les mêmes conditions.

II. - Il est interdit à l'infirmier d'obtenir contre paiement ou par tout autre moyen un référencement numérique faisant apparaître de manière prioritaire l'information le concernant dans les résultats d'une recherche effectuée sur l'internet.

Article R4312-70

Modifié par Décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 - art. 3

L'infirmier peut faire figurer sur une plaque à son lieu d'exercice ses nom, prénoms, numéros de téléphone, jours et heures de consultation et sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie.

Il peut également mentionner ses titres, diplômes et fonctions reconnus par le Conseil national de l'ordre.

16/02/2022 10:06

Chapitre II : Déontologie des infirmiers (Articles R4312-1 à R4312-92) - Légifrance

Une plaque peut être apposée à l'entrée de l'immeuble et une autre à la porte du cabinet. Lorsque la disposition des lieux l'impose, une signalisation intermédiaire peut être prévue.

Ces indications doivent être présentées avec discrétion. L'infirmier tient compte des recommandations émises par le conseil national de l'ordre relatives aux plaques professionnelles et à tout autre élément de signalétique des cabinets.

Une signalétique spécifique à la profession, telle que définie par le Conseil national de l'ordre, peut être apposée sur la plaque ou sur la façade.

Article R4312-71**Modifié par Décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 - art. 3**

Lors de son installation ou d'une modification de son exercice, l'infirmier peut publier sur tout support des annonces en tenant compte des recommandations émises par le conseil national de l'ordre.

Article R4312-72**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

I. - Le lieu d'exercice de l'infirmier est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle il est inscrit au tableau du conseil départemental de l'ordre.

II. - Si les besoins de la population l'exigent, un infirmier peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle, lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la continuité des soins.

L'infirmier prend toutes dispositions pour que soient assurées sur tous ces sites d'exercice, la qualité, la sécurité et la continuité des soins.

III. - La demande d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct est adressée au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée par tout moyen lui conférant date certaine. Elle est accompagnée de toutes informations utiles sur les besoins de la population et les conditions d'exercice. Si celles-ci sont insuffisantes, le conseil départemental demande des précisions complémentaires.

Le conseil départemental au tableau duquel l'infirmier est inscrit est informé de la demande lorsque le site distinct se trouve dans un autre département.

Le silence gardé par le conseil départemental sollicité vaut autorisation implicite à l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date de réception de la demande ou de la réponse au supplément d'information demandé.

IV. - L'autorisation est personnelle et incessible. Il peut y être mis fin si les conditions fixées aux alinéas précédents ne sont plus réunies.

V. - Les recours contentieux contre les décisions de refus, de retrait ou d'abrogation d'autorisation ainsi que ceux dirigés contre les décisions explicites ou implicites d'autorisation ne sont recevables qu'à la condition d'avoir été précédés d'un recours administratif devant le conseil national de l'ordre.

Article R4312-73**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

I. - Tout contrat ou avenant ayant pour objet l'exercice de la profession est établi par écrit. Toute association ou société à objet professionnel fait l'objet d'un contrat écrit.

Ces contrats doivent respecter l'indépendance de chaque infirmier.

II. - Les contrats et avenants mentionnés au I sont communiqués au conseil départemental de l'ordre dont l'infirmier relève. Ce conseil vérifie leur conformité avec les principes du présent code de déontologie ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats types établis par le conseil national.

Le conseil départemental de l'ordre peut, s'il le juge utile, transmettre pour avis les contrats ou avenants, statuts d'association ou de société, au conseil national.

III. - Tout contrat d'association ou de société ayant un objet professionnel entre un ou plusieurs infirmiers d'une part, et un ou plusieurs membres de professions de santé ou toute autre personne, d'autre part, est communiqué au conseil départemental de l'ordre. Celui-ci le transmet avec son avis au conseil national qui examine si le contrat est compatible avec les lois en vigueur, avec le code de déontologie et notamment avec l'indépendance des infirmiers.

IV. - Les projets de convention ou de contrat établis en vue de l'application du présent article peuvent être communiqués au conseil départemental de l'ordre, qui fait connaître ses observations dans le délai d'un mois.

V. - L'infirmier signe et remet au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle il affirme sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat ou à l'avenant soumis à l'examen du conseil.

Article R4312-74**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Dans les cabinets regroupant plusieurs infirmiers exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique, l'exercice de la profession doit rester personnel. Chaque infirmier garde son indépendance professionnelle.

L'infirmier respecte le droit que possède toute personne de choisir librement son infirmier.

16/02/2022 10:06

Chapitre II : Déontologie des infirmiers (Articles R4312-1 à R4312-92) - Légifrance

L'infirmier peut utiliser des documents à en-tête commun de l'association ou de la société dont il est membre. Le signataire doit être identifiable et son adresse mentionnée.

Article R4312-75**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'exercice forain de la profession d'infirmier est interdit. Toutefois des dérogations peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre dans l'intérêt de la santé publique.

Article R4312-76**Modifié par Décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 - art. 3**

La profession d'infirmier ne doit pas être pratiquée comme un commerce.

Article R4312-77**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Il est interdit à un infirmier d'exercer sa profession dans un local commercial et dans tout local où sont mis en vente des médicaments ou des appareils ou produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

Article R4312-78**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Il est interdit à un infirmier qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

Paragraphe 2 : Devoirs envers les patients (Articles R4312-79 à R4312-81)**Article R4312-79****Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier propose la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent. Il accepte celle qui est demandée par le patient ou son entourage. A l'issue de la consultation, et avec le consentement du patient, le confrère consulté informe par écrit, le cas échéant par voie électronique, l'infirmier traitant de ses constatations, conclusions et prescriptions éventuelles.

Lorsque les avis de l'infirmier consulté et de l'infirmier traitant diffèrent profondément, ce dernier avise le patient. Si l'avis de l'infirmier consulté prévaut auprès du patient ou de son entourage, l'infirmier traitant est libre de cesser les soins. L'infirmier consulté ne doit pas, de sa propre initiative, au cours du traitement ayant motivé la consultation, convoquer ou réexaminer le patient.

Article R4312-80**Modifié par Décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 - art. 3**

Les honoraires de l'infirmier non conventionné doivent être fixés avec tact et mesure. Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués.

L'infirmier se conforme aux dispositions des articles L. 1111-3-2 et L. 1111-3-3 en ce qui concerne l'information du patient sur les frais afférents à ses prestations et aux conditions de prise en charge et de dispense d'avance de ces frais. Il veille à l'information préalable du patient sur le montant des honoraires.

L'infirmier qui présente son activité au public, notamment sur un site internet, doit y inclure une information sur les honoraires pratiqués, les modes de paiement acceptés et les obligations posées par la loi pour permettre l'accès de toute personne à la prévention ou aux soins sans discrimination. L'information doit être claire, honnête, précise et non comparative.

Pour l'application des deux précédents alinéas, l'infirmier tient compte des recommandations du conseil national de l'ordre.

L'infirmier n'est jamais en droit de refuser des explications sur sa note d'honoraires. Aucun mode de règlement ne peut être imposé au patient.

Lorsque des infirmiers collaborent entre eux ou coopèrent avec d'autres professionnels de santé, leurs notes d'honoraires doivent être personnelles et distinctes.

Article R4312-81**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Sont interdits toute fraude, tout abus de cotation ou indication inexacte portant sur les actes effectués.

Paragraphe 3 : Devoirs envers les confrères (Articles R4312-82 à R4312-88)**Article R4312-82****Modifié par Décret n°2020-1660 du 22 décembre 2020 - art. 3**

Tous procédés de concurrence déloyale et notamment tout compérage, commission, partage d'honoraires et détournement de clientèle sont interdits à l'infirmier, sous réserve des dispositions de l'article L. 4312-15 relatives aux infirmiers exerçant en commun leur activité et percevant, de ce fait, une rémunération forfaitaire par patient.

Article R4312-83**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

16/02/2022 10:06

Chapitre II : Déontologie des infirmiers (Articles R4312-1 à R4312-92) - Légifrance

Un infirmier ne peut se faire remplacer que temporairement par un confrère avec ou sans installation professionnelle. Dans ce dernier cas, et sans préjudice des règles relatives à l'assurance-maladie, le remplaçant doit être titulaire d'une autorisation de remplacement, pour une durée d'un an renouvelable, délivrée par le conseil départemental de l'ordre auquel il est inscrit.

L'infirmier remplaçant ne peut remplacer plus de deux infirmiers en même temps, y compris dans une association d'infirmiers ou un cabinet de groupe.

Tout contrat de remplacement est transmis, par l'infirmier remplaçant et l'infirmier remplacé, au conseil départemental ou aux conseils départementaux auxquels ils sont inscrits.

Article R4312-84**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Durant la période de remplacement, l'infirmier remplacé doit s'abstenir de toute activité professionnelle infirmière, sous réserve des hypothèses de non-assistance à personne en péril et de demande de l'autorité en cas d'urgence, de sinistre ou de calamité, telle que mentionnée au second alinéa de l'article R. 4312-8.

Lorsque l'infirmier remplacé exerce dans le cadre d'une association ou d'une société, il en informe celle-ci.

Article R4312-85**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Le remplacement d'un infirmier est possible pour une durée correspondant à son indisponibilité. Toutefois, un infirmier interdit d'exercice par décision disciplinaire ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction.

Au-delà d'une durée de vingt-quatre heures, ou en cas de remplacement d'une durée inférieure à vingt-quatre heures mais répété, un contrat de remplacement doit être établi par écrit entre les deux parties et être communiqué au conseil départemental de l'ordre.

Article R4312-86**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier remplaçant qui n'est pas installé assure le remplacement au lieu d'exercice professionnel de l'infirmier remplacé et sous sa responsabilité propre.

L'infirmier d'exercice libéral remplaçant peut, si l'infirmier remplacé en est d'accord, recevoir les patients dans son propre cabinet.

Article R4312-87**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Lorsqu'il a terminé sa mission et assuré la continuité des soins, l'infirmier remplaçant abandonne l'ensemble de ses activités de remplacement auprès de la clientèle de l'infirmier remplacé.

L'infirmier qui remplace un de ses collègues pendant une période supérieure à trois mois, consécutifs ou non, ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il puisse entrer en concurrence directe avec le confrère remplacé et, éventuellement, avec les infirmiers exerçant en association ou en société avec celui-ci, à moins qu'il n'y ait entre les intéressés un accord, lequel doit être notifié au conseil départemental de l'ordre. Lorsqu'un tel accord n'a pu être obtenu, l'affaire doit être soumise audit conseil qui apprécie l'opportunité et décide de l'installation.

Article R4312-88**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

L'infirmier peut s'attacher le concours d'un ou plusieurs confrères collaborateurs libéraux, dans les conditions prévues par l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises.

Chacun d'entre eux exerce son activité en toute indépendance, sans lien de subordination, et dans le respect des règles de la profession, notamment le libre choix de l'infirmier par les patients, l'interdiction du compérage et la prohibition de la concurrence déloyale.

Sous-section 4 : Dispositions diverses et finales (Articles R4312-89 à R4312-92)**Article R4312-89****Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Tout infirmier qui modifie ses conditions d'exercice y compris son adresse professionnelle ou cesse d'exercer est tenu d'avertir sans délai le conseil départemental. Celui-ci prend acte de ces modifications et en informe le conseil national.

Article R4312-90**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Toute déclaration volontairement inexacte ou incomplète faite au conseil départemental de l'ordre par un infirmier peut donner lieu à des poursuites disciplinaires. Il en est de même de la dissimulation de contrats professionnels.

Article R4312-91**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

16/02/2022 10:06

Chapitre II : Déontologie des infirmiers (Articles R4312-1 à R4312-92) - Légifrance

Toutes les décisions prises par l'ordre des infirmiers en application du présent code de déontologie sont motivées.

Les décisions des conseils départementaux peuvent être réformées ou annulées par le conseil national de l'ordre soit d'office, soit à la demande des intéressés. Dans ce dernier cas, le recours doit être présenté dans les deux mois de la notification de la décision.

Les recours contentieux contre les décisions des conseils départementaux ne sont recevables qu'à la condition d'avoir été précédés d'un recours administratif devant le conseil national de l'ordre.

Article R4312-92**Création Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1**

Les articles R. 4126-1 à R. 4126-54 sont applicables aux infirmiers.

Section 2 : Infirmiers ou infirmières d'exercice libéral (abrogé)**Sous-section 1 : Devoirs généraux (abrogé)****Sous-section 2 : Devoirs envers les patients. (abrogé)****Sous-section 3 : Devoirs envers les confrères. (abrogé)****Sous-section 4 : Conditions de remplacement (abrogé)****Section 3 : Infirmiers et infirmières salariés. (abrogé)**

Nomenclature Générale des Actes Professionnels

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS GÉNÉRALES (Extrait)

Article premier

Les nomenclatures prises en application de l'article 7 du décret n° 60-451 du 12/05/1960 modifié établissent la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

Ces nomenclatures s'imposent aux praticiens et auxiliaires médicaux pour communiquer aux organismes d'Assurance Maladie, tout en respectant le secret professionnel, et dans l'intérêt du malade, le type et la valeur des actes techniques effectués en vue du calcul par les organismes de leur participation.

Article 2. - Lettres clés et coefficients

Tout acte est désigné par une lettre clé et un coefficient.

1. Lettre clé (modifié par les décisions UNCAM du 11/03/05, du 05/02/08, 04/03/08, 08/10/08, par arrêté du 14/01/10, les décisions UNCAM du 18/01/10, 23/12/10, 14/02/13, 15/10/13, 17/06/15, 23/02/17, 24/07/17, 18/07/19, 13/02/20)

La lettre clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Selon le type de l'acte les lettres clés à utiliser sont les suivantes :

C - Consultation au cabinet par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme

CS - Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié

APC - Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet du médecin spécialiste

APV - Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade

APY - Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue

AVY - Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue

APU - Avis ponctuel de consultant pour une consultation d'un professeur des universités-praticien hospitalier

CCP - Consultation de contraception et de prévention

U03 - Consultation correspondant au niveau CCMU 3 du médecin urgentiste

U45 - Consultation correspondant au niveau CCMU 4 ou au niveau CCMU 5 du médecin urgentiste

COE - Consultation obligatoire de l'enfant

CsC - Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires

CNPSY - Consultation au cabinet par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié

CDE - Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie

TCG - Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin généraliste ou spécialiste en médecine générale dit « téléconsultant »

TC - Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin non généraliste ou non spécialiste en médecine générale dit « téléconsultant »

TE1 - Acte de téléexpertise de niveau 1 d'un médecin sollicité par un autre médecin

TE2 - Acte de téléexpertise de niveau 2 d'un médecin sollicité par un autre médecin

RNO - Réalisation d'un bilan visuel à distance dans le cadre d'un protocole de délégation entre l'ophtalmologue et l'orthoptiste

V - Visite au domicile du malade par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme

VL - Visite très complexe réalisée au domicile du patient

VS - Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié

VNPSY - Visite au domicile du malade par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié

K - Actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin (selon les dispositions de l'article III-1 du Livre III de la décision UNCAM du 11/03/05)

KMB - Prélèvement par ponction veineuse directe réalisée par le médecin biologiste

Z - Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqué par le médecin (selon les dispositions de l'article III-1 du Livre III de la décision UNCAM du 11/03/05) ou le chirurgien-dentiste

ORT - Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin

TO - Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le chirurgien-dentiste

SP - Séance de suivi postnatal réalisé par la sage-femme

SF - Actes pratiqués par la sage-femme

SFI - Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme

AMS - Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectué par le masseur-kinésithérapeute

AMK - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé

AMC - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autre que ceux qui donnent lieu à application de la lettre clé AMK

AMI - Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière, à l'exception des actes pratiqués dans le cadre de la dépendance et donnant lieu à l'application du BSI

AIS - Actes infirmiers de soins. La lettre clé AIS est applicable aux séances de soins infirmiers et aux gardes au domicile des malades

DI - Démarche de soins infirmiers

AMP - Actes pratiqué par le pédicure

POD - Acte de prévention pratiqué par le pédicure-podologue

AMO - Actes pratiqué par l'orthophoniste

AMY - Acte pratiqué par l'orthoptiste

VAC - Acte de vaccination pour le vaccin grippal pandémique A(H1N1) 2009, réalisé par un médecin au cours d'une séance de vaccination spécifique au cabinet ou au domicile du patient

BSA - Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite « légère »

BSB - Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite « intermédiaire »

BSC - Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite « lourde »

IFI - Indemnité forfaitaire infirmier applicable dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant relevant du dispositif défini à l'article 23.3 des Dispositions générales de la NGAP ou de la prise en charge d'un patient par un infirmier de pratique avancée dont les interventions sont inscrites au titre XVI, chapitre III, article 1^{er} de la NGAP

PAI - Soins infirmiers en pratique avancée

AMX - Acte pratiqué par l'infirmier ou l'infirmière, applicable aux soins réalisés à domicile pour les patients dépendants en sus des séances ou des forfaits

RQD - Acte de demande de télé-expertise

TMI - Téléssoin pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière. La valeur est identique à celle de la lettre clé AMI

2. Coefficient

Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel.

Article 3. - Notation d'un acte

Le praticien ou l'auxiliaire médical doit indiquer sur la feuille de maladie non pas la nature de l'acte pratiqué, mais simplement sa codification, comportant le numéro de code de l'acte figurant à la Nomenclature.

Toutefois, à titre transitoire, et jusqu'à la date à compter de laquelle l'obligation de codification deviendra effective, le praticien doit indiquer sur la feuille de soins :

- 1) la lettre clé prévue à l'article précédent selon le type de l'acte et la qualité de celui qui l'exécute ;
- 2) immédiatement après le coefficient fixé par la Nomenclature.

Article 4. - Remboursement par assimilation modifié suite au décret n° 2001-532 du 20/06/01 (JO du 22/06/01)

Article abrogé par la décision UNCAM du 11/03/05 pour les actes inscrits au Livre II (CCAM)

1. Lorsqu'un malade présente une pathologie inhabituelle justifiant un acte ne figurant pas à la Nomenclature, l'acte exceptionnel peut être assimilé à un acte de même importance porté sur la Nomenclature et, en conséquence, affecté du même coefficient. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'avis favorable du contrôle médical rendu après examen clinique du bénéficiaire par le praticien-conseil et à l'accomplissement des formalités de l'accord préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Toutefois, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de quinze jours doit être considéré comme un accord tacite de la demande d'assimilation.

2. Lorsqu'un acte ne figure pas à la Nomenclature en raison de l'évolution des techniques médicales, les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Agriculture peuvent, sur proposition le cas échéant des caisses nationales d'Assurance Maladie compétentes, autoriser son remboursement par application d'une cotation provisoire qu'ils déterminent pour une période de un an renouvelable. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'accomplissement des formalités d'accord préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Le délai prévu au paragraphe C dudit article est, dans ce cas, porté à quinze jours, l'expiration de ce délai devant être considérée comme un assentiment à la demande d'assimilation.

Article 5. - Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession :

- a) les actes effectués personnellement par un médecin ;
- b) les actes effectués personnellement par un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, sous réserve qu'ils soient de leur compétence ;
- c) les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence.

Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet.

Article 6. - Actes effectués par des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux sous la surveillance et la responsabilité directe du médecin

Dans tous les cas où une sage-femme ou un auxiliaire médical exerce son activité professionnelle sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin pouvant contrôler et intervenir à tout moment, la cotation et le remboursement s'effectuent sur la base de la lettre clé correspondant à la qualité de l'auxiliaire médical ou de la sage-femme, même si les honoraires y afférents sont perçus par le médecin. Dans ce cas, la feuille de soins est signée à la fois par l'auxiliaire médical pour attester l'exécution de l'acte et par le médecin pour la perception des honoraires.

Article 7. - Accord préalable [modifiée par décret n° 2001-492 du 06/06/01 (JO du 10/06/01) et décret n° 2001-532 du 20/06/01 (JO du 22/06/01), décision UNCAM du 02/10/12, du 15/10/13, du 20/12/19]

« Article 7 - Accord préalable »

La caisse d'Assurance Maladie ne participe aux frais résultant de certains actes que si, après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

A. Indépendamment des cas visés dans d'autres textes réglementaires, sont soumis à la formalité de l'accord préalable :

- 1) les actes ne figurant pas à la nomenclature et remboursés par assimilation, conformément aux dispositions de l'article 4 ;
- 2) les actes ou traitements pour lesquels cette obligation d'accord préalable est indiquée par une mention particulière ou par la lettre AP.

- B. Lorsque l'acte est soumis à cette formalité, le praticien qui dispense cet acte (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, auxiliaire médical) est tenu, préalablement à son exécution, d'adresser au contrôle médical une demande d'accord préalable remplie et signée.
- Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, la demande d'accord préalable doit être accompagnée de l'ordonnance médicale qui a prescrit l'acte ou de la copie de cette ordonnance. Les demandes d'accord préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par le ministre des Affaires Sociales et de la Santé.
- C. Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la date de réception de la demande d'accord préalable.
- La réponse de la caisse d'Assurance Maladie doit être adressée au malade et en copie au praticien, au plus tard le 15ème jour à compter de la date de réception de la demande par le service du contrôle médical, la caisse ou la mutuelle.
- Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article, préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par un organisme de sécurité sociale, le silence gardé pendant plus de quinze jours par cet organisme sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation.
- Faute de réponse dans ce délai, son assentiment est réputé acquis. Dans ce dernier cas, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à la caisse d'Assurance Maladie sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.
- Lorsque la demande est incomplète, la caisse indique au demandeur les pièces manquantes dont la production est indispensable à l'instruction de la demande.
- Elle fixe un délai pour la réception de ces pièces.
- Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la réception des pièces requises.
- Lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la formalité ci-dessus indiquée en portant la mention : « acte d'urgence ».
- D. Lorsque la demande d'accord préalable porte sur des actes d'orthopédie dento-faciale, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de quinze jours, vaut accord de la demande.
- E. Pour des motifs de santé publique, certaines prestations peuvent justifier la mise en œuvre d'une procédure d'accord préalable, mentionnée à l'avant-dernier alinéa du II. de l'article L.315-2 du code de la sécurité sociale.
- Le prescripteur établit la demande d'accord préalable de manière dématérialisée via un télé service de l'assurance maladie développé à cet effet, sauf mention expresse précisant que le prescripteur peut adresser sa demande au service du contrôle médical placé auprès de l'organisme d'assurance maladie de l'assuré par voie postale.
- Pour les demandes d'accord préalable en chirurgie bariatrique, celles-ci doivent être réalisées exclusivement sous format dématérialisé via le télé service susvisé.

Le prescripteur reçoit, à l'issue de cette demande dématérialisée, une notification l'informant immédiatement soit de l'avis médical rendu automatiquement valant accord ou refus de la prise en charge, soit de la nécessité d'une évaluation par le service du contrôle médical de l'assurance maladie.

Dans les cas où, la décision d'accord préalable nécessite une évaluation par le service du contrôle médical, l'absence de réponse de l'organisme d'assurance maladie dans un délai de 15 jours à compter de la réception d'une demande complète d'accord préalable par le service du contrôle médical vaut accord de prise en charge.

En cas de refus, la décision est notifiée à l'assuré avec la mention des motifs par l'organisme d'assurance maladie. Elle mentionne les voies et délais de recours qui lui sont applicables. Le prescripteur à l'origine de la demande en est informé.

La décision d'accord préalable du service médical émise de manière dématérialisée peut être consultée par le prescripteur via un télé service mis en place par la caisse.

Dans les cas où, la décision ne peut être émise de manière dématérialisée, le prescripteur sera informé de la décision du service médical par courrier envoyé dans un délai raisonnable dans les cas où la décision a fait l'objet d'un refus.

Article 11. - Actes multiples au cours de la même séance (modifié par les décisions UNCAM du 11/03/05, 05/02/08, 08/10/08, 02/10/12, 21/03/13, 15/10/13, 18/04/14, 17/06/15, 18/07/19)

A. Actes effectués dans la même séance qu'une consultation

Les honoraires de la consultation et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance, sauf exception prévue ci-dessous. Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP.

Seul l'acte dont les honoraires sont les plus élevés est noté sur la feuille de maladie.

Exception :

- La consultation donnée par un chirurgien ou un spécialiste qui examine un malade pour la première fois dans un établissement de soins peut être notée sur la feuille de maladie en sus de l'intervention chirurgicale qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée d'urgence et entraîne l'hospitalisation du malade ;

B. Actes en K, KMB, SF, SP, SFI, AMI, AMX, AIS, AMP, BSA, BSB, BSC, TLS, TLD, TLL, AMO, AMY, effectués au cours de la même séance

1. Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre.

Le deuxième acte est ensuite noté à 50% de son coefficient.

Toutefois, le second acte est noté à 75% de son coefficient en cas d'intervention de chirurgie soit pour lésions traumatiques multiples et récentes, soit portant sur des membres différents, ou sur le tronc ou la tête et un membre.

Les actes suivant le second ne donnent pas lieu à honoraires et n'ont pas à être notés sur la feuille de maladie. Toutefois, en cas de lésions traumatiques multiples et récentes, le troisième acte opératoire éventuel est exceptionnellement noté à 50% de son coefficient.

2. En cas d'actes multiples au cours de la même séance, le praticien ne doit pas noter le coefficient global, mais les coefficients correspondant à chacun des actes effectués.

Exemple : Soit un acte coté K 20 et un acte coté K 10 effectué dans la même séance, la feuille de maladie doit être annotée K 20 + K 10/2 et non K 25 afin de permettre le contrôle médical et, le cas échéant, l'application de la règle prévue au paragraphe B de l'article 8.

3. Lorsque plusieurs actes sont accomplis dans la même séance sur un même malade, ils ne peuvent donner lieu à honoraires pour plusieurs praticiens que si ceux-ci sont des spécialistes ou compétents exclusifs ou des auxiliaires médicaux de disciplines différentes.

Pour chaque praticien, les actes sont notés conformément aux 1. et 2. ci-dessus.

4. Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas :

- a) aux actes nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes ;
- b) aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;
- c) aux actes d'accompagnement infirmier à la téléconsultation TLS, TLD et TLL ;
- d) aux actes infirmiers de vaccination réalisés à domicile.

5. Les forfaits journaliers infirmiers BSA, BSB, BSC, définis à l'article 23.3, sont toujours facturés à taux plein. Lorsqu'au cours d'une séance de soins en rapport avec la dépendance, un acte en AMX est réalisé, il est noté à 50% de son coefficient, quelle que soit la valeur du coefficient (sauf dérogations listées au Titre XVI, Chapitre I, article 12).

Les conditions de cumul de l'AIS avec un acte en AMI sont limitatives et définies au Titre XVI - chapitre I - article 11 - § 2 et 4.

Les actes en AMO ne sont pas cumulables entre eux selon le Titre IV - Chapitre II - article 2.

Article 13. - Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade (modifié par décision UNCAM du 20/03/12, 10/09/15, 18/07/19, 13/02/20 et du 14/01/21)

Lorsqu'un acte inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du professionnel de santé sont remboursés, en sus de la valeur de l'acte ; ce remboursement est, selon le cas, forfaitaire ou calculé en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le professionnel de santé.

A. Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin généraliste ou spécialiste qualifié, du chirurgien-dentiste omnipraticien ou spécialiste qualifié, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical sont situés dans la même agglomération, ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à deux kilomètres en plaine ou à un kilomètre en montagne, l'indemnité de déplacement est forfaitaire. La valeur de cette indemnité forfaitaire de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

Toutefois, cette indemnité forfaitaire de déplacement ne s'applique pas :

- à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste et désignée par la lettre clé V
- si au sein du même domicile, l'infirmier intervient au cours du même passage sur un ou plusieurs patients ayant des soins relevant d'une prise en charge définie dans l'article 23.3 des dispositions générales.

B. Indemnité spéciale de dérangement (ISD)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin sont situés à Paris, Lyon, ou Marseille, la convention peut prévoir pour les actes effectués au domicile du malade une indemnité spéciale de dérangement.

La valeur en unité monétaire de cette indemnité est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

Toutefois, cette indemnité spéciale de dérangement ne s'applique pas à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste et désignée par la lettre clé V.

L'indemnité spéciale de dérangement ne peut se cumuler ni avec l'indemnité horokilométrique prévue au paragraphe C de l'article 13 ni avec les majorations prévues à l'article 14 pour les actes effectués la nuit ou le dimanche.

C. Indemnité horokilométrique (IK)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du professionnel de santé ne sont pas situés dans la même agglomération, et lorsque la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine ou 1 km en montagne, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une indemnité horokilométrique dont la valeur unitaire est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

Pour les visites réalisées par les médecins généralistes, l'indemnité horokilométrique mentionnée ci-dessus est remboursée à la condition que la visite ouvre droit à la majoration d'urgence (MU) prévue à l'article 14-1 ou à la majoration de déplacement prévue à l'article 14-2.

L'indemnité horokilométrique s'ajoute à la valeur de l'acte ; s'il s'agit d'une visite, cette indemnité s'ajoute au prix de la visite et non à celui de la consultation. Pour les actes en K, Z, SP, SF, SFI, AMS, AMK, AMC, AMI, AIS, DI, AMX, BSA, BSB, BSC, TLL, TLD, TLS, PAI, AMP, POD, AMO et AMY

de la NGAP ou les actes équivalents inscrits à la CCAM, l'indemnité horokilométrique se cumule avec les indemnités forfaitaires prévues aux paragraphes A et D.

L'indemnité horokilométrique est calculée et remboursée dans les conditions ci-après :

1° L'indemnité due au professionnel de santé est calculée pour chaque déplacement à partir de son domicile professionnel et en fonction de la distance parcourue sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à 2 sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à 1 km en montagne et en haute montagne dont les zones sont définies par la Loi n°85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne.

Il n'y a pas lieu à abattement pour les visites et les accouchements effectués par les sages-femmes.

En cas d'acte global (intervention chirurgicale, par exemple), chaque déplacement du praticien occasionné soit par l'acte initial, soit par les soins consécutifs donne lieu à l'indemnité de déplacement forfaitaire et, le cas échéant, horokilométrique, calculée comme il est dit ci-dessus.

2° Les indemnités horokilométriques pour les actes en AMI, AIS, DI, AMX, BSA, BSB, BSC, TLL, TLD et TLS et en cumul avec l'IFD ou l'IFI sont soumises à un dispositif de plafonnement journalier du montant facturé.

Cet abattement est déterminé au regard de la distance journalière facturée par l'infirmier (la distance journalière étant définie comme le cumul des kilomètres facturables, après déduction des 1 et 2 km définis à l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature précitée, du premier au dernier patient du début à la fin du jour civil de réalisation des soins).

Les modalités de l'abattement sont les suivantes :

- jusqu'à 299 kilomètres cumulés inclus, aucun abattement n'est appliqué ;
- à partir de 300 kilomètres et jusqu'à 399 kilomètres cumulés, bornes incluses, un abattement de 50% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturées est appliqué ;
- à partir de 400 kilomètres cumulés inclus, un abattement de 100% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturés.

En parallèle, les infirmiers conservent la possibilité de pouvoir facturer les indemnités kilométriques à partir du cabinet professionnel et, ce même, dans le cadre des tournées journalières au domicile des patients pour lesquels les infirmiers ne reviennent pas systématiquement, entre chaque passage, à leur cabinet.

3° Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un professionnel de santé ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au professionnel de santé de la même discipline, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade.

Toutefois, lorsque l'assuré fait appel à un médecin spécialiste qualifié ou à un chirurgien-dentiste spécialiste qualifié, le remboursement n'est calculé par rapport au spécialiste de même qualification le plus proche que si l'intervention du spécialiste a été demandée par le médecin traitant ou le chirurgien-dentiste traitant, dans le cas contraire, le remboursement est calculé par rapport au médecin généraliste ou au chirurgien – dentiste omnipraticien le plus proche.

De même, par dérogation, lorsque le médecin traitant n'est pas le médecin le plus proche de la résidence du malade, le médecin traitant du malade peut facturer des indemnités kilométriques à condition que le domicile professionnel du praticien soit situé à une distance raisonnable de la résidence du malade, soit dans la limite de 10 km en zone urbaine, et de 30 km en zone rurale.

À titre dérogatoire, la règle mentionnée au 3° ne s'applique pas :

- lorsque les déplacements du professionnel de santé sont effectués dans le cadre des programmes de retour à domicile mis en place par les Caisses d'Assurance Maladie répondant aux objectifs des articles L. 1110-1 du Code de la santé publique, L. 162-1-11 alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, et L. 111-2-1 et L. 111-1 du Code de la sécurité sociale ;
- lorsque les déplacements sont effectués dans le cadre de soins en pratique avancée par un infirmier en pratique avancée.

D. IFI – Indemnité forfaitaire infirmier

Lorsque les soins sont réalisés dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant relevant du dispositif défini à l'article 23.3 des dispositions générales ou de la prise en charge d'un patient par un infirmier de pratique avancée dont les interventions sont inscrites au titre XVI, chapitre III, article 1er, la convention nationale prévoit pour les actes effectués par l'infirmier au domicile du patient des indemnités forfaitaires infirmiers de déplacement cotées IFI avec coefficient défini ci-dessous.

La valeur en unité monétaire de cette indemnité est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

Dans le cadre du dispositif défini à l'article 23.3 des dispositions générales de la NGAP, cette indemnité forfaitaire est cotable à chaque déplacement réalisé dans la journée pour des soins liés à la dépendance dès lors qu'un forfait BSA, BSB ou BSC ou DI dans le cadre de l'article 12 du chapitre I du titre XVI de la NGAP est facturé le même jour au patient. Elle peut être facturée isolément ou avec un acte infirmier coté en AMX. De plus, cette indemnité forfaitaire peut se cumuler avec les IK et les majorations autorisées dans les articles 14 et 23.2 des dispositions générales de la NGAP.

Au maximum, 4 indemnités forfaitaires de déplacement peuvent être facturées dans la même journée pour un même patient.

Pour chaque déplacement, le coefficient associé à l'IFI dépend du nombre de patients au sein du même domicile, sur lequel l'infirmier intervient pour des soins décrits à l'article 23.3 des dispositions générales :

- l'infirmier facture un acte IFI de coefficient égal à 1, s'il intervient sur un seul patient ;
- si plusieurs personnes sont concernées par ces types de soins, l'infirmier facture un acte IFI de coefficient égal à 1 pour le premier patient et de coefficient égal à 0.01 pour chacun des autres patients vus au cours du même passage ;
- si au sein d'un même domicile, l'infirmier intervient également sur des patients ayant des soins autres que ceux relevant d'une prise en charge définie dans l'article 23.3 des dispositions générales, seules les indemnités forfaitaires de déplacement (IFI avec coefficient) sont facturées pour les patients dépendants concernés, de la manière décrite précédemment. Pour les autres patients, l'infirmier ne facture aucun frais de déplacement.

Dans le cadre des soins inscrits au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP, l'acte IFI de coefficient égal à 1 est cotable à chaque déplacement réalisé pour des soins de pratique avancée pendant un trimestre dès lors qu'un forfait initial ou de suivi, décrits au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP, est facturé au préalable sur le trimestre considéré. L'IFI Cette indemnité peut être facturée isolément. De plus, l'IFI elle est cotable le jour de la facturation du forfait d'éligibilité.

Article 13.1 - Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées régi par le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin, le chirurgien-dentiste ou l'auxiliaire médical intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées, pour effectuer des actes sur plus d'un patient, les frais de déplacement ne peuvent être facturés, selon les modalités prévues par l'article 13 ci-dessus, qu'une seule fois.

Article 14. - Actes effectués la nuit ou le dimanche (modifié par les décisions UNCAM du 11/03/05, 08/10/08)

Lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes sont effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, ils donnent lieu, en plus des honoraires normaux et, le cas échéant, de l'indemnité de déplacement, à une majoration.

Sont considérés comme actes de nuit les actes effectués entre 20 heures et 8 heures, mais ces actes ne donnent lieu à majoration que si l'appel au praticien a été fait entre 19 heures et 7 heures.

A. Actes effectués par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes (modifié par décision UNCAM du 05/02/08)

1. Visites du dimanche, de jours fériés légaux, visites de nuit, actes de coefficient inférieur à 15, forfait d'accouchement

À la valeur des lettres-clés V, VS et VNPSY et exceptionnellement C, CS et CNPSY, de même qu'à celles des actes K, KMB, Z, SP, SF d'un coefficient inférieur à 15 et au forfait d'accouchement, s'ajoute une majoration du dimanche ou une majoration de nuit, dont la valeur est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

En matière d'accouchement, seule est à prendre en considération pour l'octroi de cette majoration l'heure de la naissance.

1 bis. La majoration de nuit pour les actes de nuit effectués par les médecins généralistes, les pédiatres et les sages-femmes, dans les conditions mentionnées ci-dessus, peut faire l'objet d'une différenciation. Les valeurs des majorations sont déterminées dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

2. Actes d'un coefficient égal ou supérieur à 15

- Actes de nuit

Pour les actes en K, Z, SP, SF, d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 10% du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser 15 fois la valeur de la lettre clé, ni être inférieur à la valeur de la majoration prévue au 1 ci-dessus.

- Actes du dimanche et jours fériés légaux

Pour les actes en K, Z, SP, SF, d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 5% du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser 8 fois la valeur de la lettre clé, ni être inférieur à la valeur de la majoration prévue au 1 ci-dessus.

B. Actes effectués par les auxiliaires médicaux et par les sages-femmes lorsqu'elles dispensent des soins infirmiers

La valeur des majorations forfaitaires pour actes effectués la nuit et le dimanche ou jours fériés légaux est déterminée dans les mêmes conditions que la valeur des lettres clés prévues à l'article 2. Pour les actes infirmiers répétés, ces majorations ne peuvent être perçues qu'autant que la prescription du médecin indique la nécessité impérieuse d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne.

La majoration forfaitaire pour les actes de nuit effectués par les infirmiers ainsi que par les sages-femmes lorsqu'elles dispensent des soins infirmiers peut faire l'objet d'une différenciation. Les valeurs des majorations sont déterminées dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

Article 14.9.5 - Accompagnement du patient par l'infirmier à la téléconsultation réalisée par un médecin ou une sage-femme dit « téléconsultant » (créée par décision UNCAM du 18/07/19)

L'infirmier, en tant que professionnel de santé accompagnant, a notamment pour rôle d'assister le médecin dans la réalisation de certains actes participant à l'examen clinique et éventuellement d'accompagner le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée.

Selon la situation, trois codes prestation sont prévus :

- lorsque l'acte est réalisé au décours d'un soin infirmier, le code prestation est TLS. Dans ce cas, il est cumulable avec les actes réalisés au cours de la même séance, et à taux plein conformément à l'article 11B.4.c
- lorsque l'acte est réalisé isolément, dans un lieu dédié aux téléconsultations, le code prestation est TLL. Dans ce cas, par dérogation à l'article 13 des Dispositions générales, les indemnités de déplacement sont applicables par l'infirmier. Elles ne sont applicables qu'une fois lorsque l'infirmier accompagne plusieurs patients au cours de téléconsultations réalisées successivement dans un même lieu dédié. Deux déplacements dans un lieu dédié aux téléconsultations, au plus, sont facturables par jour.

- lorsque l'acte est réalisé isolément à domicile (intervention spécifique programmée non réalisée au décours d'un soin infirmier), le code prestation est TLD. Dans ce cas, les indemnités de déplacement s'appliquent.

La téléconsultation est organisée dans le respect du parcours de soins coordonnés selon les modalités définies à l'article 6.2.1 de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers.

La téléconsultation doit être obligatoirement réalisée par vidéotransmission dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises, la traçabilité des échanges, la confidentialité des échanges et l'intimité des patients. Lorsque la téléconsultation est réalisée dans des conditions définies à l'alinéa 5 de l'article 6.2.1 de la convention nationale des infirmiers, l'infirmier peut être amené à transmettre les données administratives du patient au médecin. L'infirmier dispose des équipements nécessaires conformément, à l'article 6.2.3 et 6.2.5 de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers.

Par dérogation à l'article 5 des Dispositions Générales de la NGAP, l'acte d'accompagnement à la téléconsultation réalisé par les infirmiers n'a pas à faire l'objet d'une prescription médicale.

14.9.6 : Acte de demande d'une téléexpertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin ou d'une sage-femme (créée par décision UNCAM du 13/01/22 et modifiée par décision UNCAM du 28/03/22 et du 08/02/23)

L'acte de demande d'une téléexpertise auprès d'un médecin ou d'une sage-femme est ouvert aux médecins, sages-femmes, orthophonistes et infirmiers.

Devant une situation clinique, la demande de téléexpertise du professionnel de santé requérant s'inscrit dans le besoin d'obtenir l'avis du professionnel de santé requis pour éclairer sa décision diagnostique ou thérapeutique pour la prise en charge de son patient au regard des pratiques recommandés dans les référentiels.

La téléexpertise est réalisée dans les conditions définies à l'article 14.9.4 de la NGAP. La demande de téléexpertise doit être rapportée dans le dossier médical du patient tenu par le professionnel de santé requérant ainsi que dans le dossier médical partagé (DMP) du patient si celui est ouvert. Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre au médecin ou à la sage-femme requis par moyen sécurisé les paramètres cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

Cette demande est facturable par le professionnel de santé requérant par la lettre clé RQD dans la limite :

- 4 actes par an et à tarif opposable, par médecin requérant pour un même patient,
- 2 actes par an par orthophoniste requérant, pour un même patient.
- 2 actes par an par sage-femme requérante, pour un même patient.
- 4 actes par an par infirmier requérant, pour un même patient.

Article 23. - Majorations pour certains actes ou forfaits réalisés par des infirmiers (créée par décision UNCAM du 20/12/11 et modifiée par décision UNCAM du 18/07/19)

Article 23.1 - Majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique (créée par décision UNCAM du 20/12/11 et modifiée le 18/07/19)

Lorsqu'au cours de son intervention, l'infirmier (ère) réalise un acte unique en AMI avec coefficient inférieur ou égal à 1,5 au cabinet ou au domicile du patient, cet acte donne lieu à la majoration d'acte unique (MAU). La MAU peut se cumuler avec la majoration jeune enfant (MIE) créée à l'article 5.3 de l'avenant 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'Assurance maladie. Elle ne se cumule pas avec les forfaits BSA, BSB ou BSC ni avec les actes cotés en AMX ni avec l'IFI.

Cette majoration ne se cumule pas avec la majoration de coordination infirmière (MCI).

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 23.2 - Majoration de coordination infirmier(ère) (créée par décision UNCAM du 20/12/11)

Lorsque l'infirmier(ère) réalise à domicile :

- un pansement lourd et complexe inscrit au titre XVI, chapitre I, article 3 ou chapitre II, article 5bis ;
- ou
- des soins inscrits au titre XVI à un patient en soins palliatifs.

Ces prises en charge donnent lieu à la majoration de coordination infirmier(ère) (MCI) du fait du rôle spécifique de l'infirmier(ère) en matière de coordination, de continuité des soins et de gestion des risques liés à l'environnement.

Cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois par intervention.

La prise en charge en soins palliatifs est définie comme la prise en charge d'un patient ayant une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. Elle vise à soulager la douleur et l'ensemble des symptômes digestifs, respiratoires, neurologiques et autres, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 23.3 - Forfaits journaliers de prise en charge d'un patient dépendant, à domicile (créée par décision UNCAM du 18/07/19)

Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « légère ». Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSA ;

Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « intermédiaire ». Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSB ;

Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « lourde ». Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSC.

Le type de forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant est déterminé par l'outil bilan de soins infirmiers (BSI) à partir des interventions réalisées en propre par l'infirmier et cochées dans cet outil. La règle de classement des forfaits est définie en annexe 1 de la NGAP.

Article 23.4 - Majoration pour réalisation d'un soin infirmier en pratique avancée liée à l'âge du patient (créée par décision UNCAM du 13/02/20)

Lorsque l'infirmier(ère) réalise un suivi en pratique avancée, dont les interventions sont inscrites au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP ; cette prise en charge donne lieu à une majoration liée à l'âge du patient (MIP), lorsque le patient suivi est âgé de moins de 7 ans ou de 80 ans et plus.

TITRE XVI. - SOINS INFIRMIERS

PARTIE 1 - SOINS INFIRMIERS

CHAPITRE I - SOINS DE PRATIQUE COURANTE

Article 1er - Prélèvements et injections (modifié par décision UNCAM du 08/10/08 et du 18/07/19 et par décret n°2018-805 du 25/09/18)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prélèvement par ponction veineuse directe Cet acte est cumulable à taux plein quel que soit le coefficient de l'acte associé par dérogation à l'article 11B des Dispositions générales	1,5	AMI ou AMX ou SFI
Saignée	5	AMI ou SFI
Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques	1	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe isolée	2	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe en série	1,5	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de cinq ans	2	AMI ou SFI
Injection intramusculaire Dans les conditions fixées par décret n°2022-610 du 21 avril 2022, la réalisation des actes infirmiers de vaccination peut ne pas être soumise à prescription médicale préalable	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance	5	AMI ou SFI
Injection sous-cutanée Dans les conditions fixées par décret n°2022-610 du 21 avril 2022, la réalisation des actes infirmiers de vaccination peut ne pas être soumise à prescription médicale préalable	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection intradermique	1	AMI ou AMX ou SFI

Injection d'un ou plusieurs allergènes, poursuivant un traitement d'hyposensibilisation spécifique, selon le protocole écrit, y compris la surveillance, la tenue du dossier de soins, la transmission des informations au médecin prescripteur	3	AMI ou SFI
Injection d'un implant sous-cutané	2,5	AMI ou SFI
Injection en goutte à goutte par voie rectale	2	AMI ou SFI
Vaccination avec prescription médicale ou lorsque le vaccin ne nécessite pas de prescription	2,4	AMI ou AMX
Vaccination sans prescription médicale	3,05	AMI ou AMX

Article 2 - Pansements courants (modifié par décision UNCAM du 18/07/19) et du 13/01/2022

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pansement de stomie	3	AMI
	2	SFI
Pansement de trachéotomie, y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule ou sonde	3	AMI
	2,25	SFI
Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel	2	AMI ou SFI
Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel	4	AMI ou SFI
Pansement de plaies opératoires étendues ou multiples, après abdominoplastie ou chirurgie mammaire. Dans le cadre de la chirurgie mammaire et en cas de bilatéralité, deux actes peuvent être facturés, le deuxième à 50 % de son coefficient en application de l'article 11B des Dispositions générales.	3	AMI
Pansement postopératoire d'exérèses multiples de varices et /ou de ligatures multiples de veines perforantes avec ou sans stripping. Quelle que soit la localisation des plaies (sur un seul membre ou sur les 2 membres), deux actes au plus peuvent être facturés.	3	AMI
Autre pansement	2	AMI ou SFI

Article 3 - Pansements lourds et complexes (modifié par décision UNCAM du 18/07/19) et du 13/01/2022

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Bilan à la première prise en charge d'une plaie nécessitant un pansement lourd et complexe. Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, la prescription médicale des pansements de plaies comprend aussi la réalisation du bilan dans les conditions citées ci-dessous. Une séance au plus peut être facturée annuellement pour les plaies dont la durée de prise en charge est supérieure à un an ; pour les plaies d'une durée inférieure à un an, un nouveau bilan pourrait être réalisé en cas de récurrence définie par une interruption des soins liés à la plaie d'au moins deux mois. Ce bilan comprend l'évaluation de la situation du patient, l'établissement d'une fiche descriptive de la plaie, l'élaboration d'un projet de soins et la réalisation du pansement. Cet acte n'est pas associable avec la majoration de coordination infirmière définie à l'article 23.2 des Dispositions générales.	11	AMI ou AMX
Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieure à 5 % de la surface corporelle.	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement de brûlure suite à radiothérapie, sur une surface supérieure à 2% de la surface corporelle.	4	AMI ou AMX
Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm ² .	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'amputation nécessitant détersion, épluchage et régularisation.	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement de fistule digestive.	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement pour pertes de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses.	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement nécessitant un méchage ou une irrigation.	4	AMI ou AMX ou SFI

Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons.	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé.	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'ulcère ou de greffe cutanée, avec pose de compression.	5,1	AMI ou AMX
Analgésie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre. L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie topique et la mise en attente. L'analgésie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continu, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation. Lorsque l'analgésie et le pansement sont réalisés au cours de la même séance, les cotations de ces deux actes peuvent se cumuler entre eux à taux plein en dérogation à l'article 11B des Dispositions générales.	1,1	AMI ou AMX
Pose de système de traitement par pression négative (console et pansement) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir. Prescription initiale hospitalière pour 30 jours et pouvant être renouvelée une fois au maximum. Suivi hebdomadaire par le prescripteur initial de l'évolution de la plaie et de l'état général du patient. Indications médicales selon les recommandations HAS: traitement de seconde intention des plaies chroniques (ulcères de jambe veineux ou mixtes à prédominance veineuse et plaies du pied diabétique) faiblement à modérément exsudatives, après échec d'un traitement de première intention bien conduit. Un nouveau système de traitement est posé lorsque le système en place est saturé ou après 7 jours de traitement.	4,6	AMI ou AMX
Mise en place de pansement additionnel (sans changement de console) pour traitement par pression négative (TPN) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir. Indications médicales selon les recommandations HAS.	2,1	AMI ou AMX

Article 4 - Pose de sonde et alimentation

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pose de sonde gastrique	3	AMI ou SFI
Alimentation entérale par gavage ou en déclive ou par nutri-pompe, y compris la surveillance, par séance	3	AMI ou SFI
Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie, y compris le pansement et la surveillance, par séance	4	AMI ou SFI

Article 5 - Soins portant sur l'appareil respiratoire

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance d'aérosol	1,5	AMI ou SFI
Lavage d'un sinus	2	AMI ou SFI

Article 6 - Soins portant sur l'appareil génito-urinaire

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Injection vaginale	1,25	AMI ou SFI
Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie	1,5	AMI ou SFI
Cathétérisme urétral chez la femme	3	AMI ou SFI
Cathétérisme urétral chez l'homme	4	AMI ou SFI
Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme	3	AMI ou SFI
Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme	4	AMI ou SFI

Éducation à l'autosondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances	3,5	AMI ou SFI
Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel	4,5	AMI ou SFI
Les deux cotations précédentes ne sont pas cumulables avec celles relatives au cathétérisme urétral ou au changement de sonde urinaire		
Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place)	1,25	AMI ou SFI
Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures	1	AMI ou SFI
Retrait de sonde urinaire	2	AMI

Article 7 - Soins portant sur l'appareil digestif

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Soins de bouche avec application de produits médicamenteux au décours immédiat d'une radiothérapie	1,25	AMI ou SFI
Lavement évacuateur ou médicamenteux.	3	AMI ou SFI
Extraction de fécalome ou extraction manuelle des selles	3	AMI ou SFI

Article 8 - Test et soins portant sur l'enveloppe cutanée

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pulvérisation de produit(s) médicamenteux	1,25	AMI ou SFI
Réalisation de test tuberculinique	0,5	AMI ou SFI
Lecture d'un timbre tuberculinique et transmission d'informations au médecin prescripteur	1	AMI ou SFI

Article 9 – Perfusions (supprimé par décision UNCAM du 21/07/14)**Article 10 - Surveillance et observation d'un patient à domicile (modifié par décision UNCAM du 18/07/19 et du 29/09/20)**

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques ou cognitifs (maladies neurodégénératives ou apparentées) avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage.	1,2	AMI	
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage.	1	SFI	
Au-delà du premier mois, par passage.	1,2	AMI	AP
	1	SFI	
(1) Pour l'application des deux cotations ci-dessus, la notion de domicile n'inclut ni les établissements de santé mentionnés à l'article L 6111-1 du code de la santé publique, ni les établissements d'hébergement de personnes âgées, des adultes handicapés ou inadaptés mentionnés au 5° de l'article 3 de la loi n° 75 - 535 du 30/06/1975 modifiée, à l'exception toutefois des Résidences Autonomie. 30/06/1975 modifiée, à l'exception toutefois des Résidences Autonomie.			
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en oeuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze passages.	1	AMI	
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en oeuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze jours, par jour.	1	SFI	

Accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse, lors de la mise en œuvre ou de la modification d'un traitement ou au cours d'une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique, pour un patient non dépendant, polymédiqué et présentant des critères de fragilité identifiés par le médecin, avec un retour écrit au médecin.		
Trois séances incluant chacune : • prise de contact, • mise en œuvre, • évaluation et compte rendu, sont à réaliser dans un délai maximal d'un mois, renouvelables sur prescription une fois dans l'année au cours des 12 mois suivants : • Surveillance : relevé d'éléments cliniques objectifs : pouls, TA... • Observation : relevé d'éléments cliniques « subjectifs » : plainte, comportement... • Vérification de la : - compréhension de ou des ordonnances par le patient et/ou son entourage, recherche de co-prescripteurs, - préparation du pilulier selon la ou les prescriptions en cours, - prise médicamenteuse et selon contrainte horaire, par rapport aux repas, selon aliments..., - gestion du stock médicamenteux selon le ou les prescripteurs (accumulation de médicaments, recherche d'automédication /médicaments autres), • Recherche de motifs de non prise des médicaments ou des modifications de posologie/recherche d'effet secondaire, • Recueil des éléments du contexte social pouvant retentir sur l'observance, • Recherche des éléments explicatifs d'une non observance en cours de traitement selon demande précise du médecin, • Retour au médecin prescripteur et au médecin traitant s'il n'est pas le prescripteur. Les autres actes inscrits à l'article 10 peuvent faire suite à cet acte d'accompagnement. Au cours de la même séance, dans la même journée, l'acte d'accompagnement n'est pas cumulable avec les autres actes de cet article.	5,1 4,6 4,6	AMI AMI AMI

Article 11 - Soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente à l'exclusion des soins relevant du périmètre de l'article 12 du même chapitre (supprimé par décision UNCAM Généralisation du BSI le 3/10/2023)

Article 12 - Soins infirmiers à domicile pour un patient en situation de dépendance temporaire ou permanente (créé par décision UNCAM du 18/07/19 et modifié par décision UNCAM du 13/01/2022)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
I. Élaboration du bilan de soins infirmiers (BSI) à domicile nécessaire à la réalisation de soins infirmiers chez un patient dépendant dans le cadre de soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie (forfaits), d'une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, ou de la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie.		
Pour un même patient : - le bilan initial est coté - les bilans de renouvellement réalisés à échéance des 12 mois sont cotés - les bilans intermédiaires éventuels (2 au maximum dans les 12 mois) en cas de situation clinique évolutive du patient impactant de façon substantielle sa prise en charge infirmière, sont cotés. Par dérogation à l'article 5 des dispositions générales, la prise en charge d'un BSI intermédiaire ne nécessite pas de nouvelle prescription, sa facturation est rattachée à la dernière prescription médicale datant de moins de 1 an pour réalisation d'un BSI.	2,5 1,2 1,2	DI DI DI

La cotation du bilan de soins infirmiers (BSI) inclut : Le BSI comporte 3 volets dématérialisés définis selon les dispositions de la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'assurance maladie. Un volet administratif : identification de l'infirmier, du médecin prescripteur, du patient, modalités de prise en charge par l'Assurance maladie, type de BSI (initial, de renouvellement ou intermédiaire), date de réalisation du BSI, date de prescription et consentement du patient. Un volet médical comprenant notamment: • les indications relatives à l'environnement humain et matériel du patient, à son état et à son comportement ; • l'énoncé du ou des diagnostic(s) infirmier(s) en rapport avec la non satisfaction des besoins fondamentaux, les objectifs et les actions de soins mis en œuvre pour chacun d'eux ; • les autres risques présentés par le patient ; • l'objectif global de soins et la prescription des interventions infirmières. Un volet facturation : proposition d'un plan de soins infirmiers : nombre de passages par jour, prévu en situation habituelle, fréquence hebdomadaire des soins et leurs modalités de facturation (3 niveaux de forfaits de prise en charge quotidienne des patients dépendants fixés à l'art.23.3 des Dispositions générales). Le BSI fait l'objet d'un échange avec le médecin prescripteur, en lien avec le médecin traitant via le téléservice BSI. Le BSI est automatiquement clôturé dans un délai de 5 jours en l'absence de réponse du médecin prescripteur.		
II. Les soins sont réalisés dans le cadre de forfaits, définis à l'article 23.3 des Dispositions générales, différents selon la charge en soins des patients :		

• patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « légère » (BSA) ; • patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « intermédiaire » (BSB) ; • patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « lourde » (BSC). La prise en charge de la dépendance comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne. Les forfaits de soins infirmiers comprennent l'ensemble des actes liés à la prise en charge de la dépendance, relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la journée. La cotation forfaitaire inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la ou des séance(s) d'une même journée, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle. Ainsi, la MAU ne peut être facturée dans le cadre des soins liés à la prise en charge du patient dépendant.		
Par dérogation à cette disposition et à l'article 11 B des Dispositions générales, la séance de soins infirmiers peut se cumuler avec la cotation : • d'une perfusion, telle que définie au chapitre II articles 3, 4 et 5 du présent titre ; • ou d'un pansement lourd et complexe (chapitre I article 3 et chapitre II article 5 bis) • ou d'une séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) au chapitre II article 5 ter du présent titre ; • ou un prélèvement par ponction veineuse directe de l'article 1 du chapitre I du présent titre. En application de l'article 11B des Dispositions générales, chacun des actes suivants peut se cumuler, à 50% de son coefficient, dans le cadre de forfait : • injection intra-musculaire, intradermique ou sous cutanée (chapitre I article 1er et chapitre II article 4 du présent titre) ; • injection sous-cutanée d'insuline et acte de surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané (chapitre II article 5 bis du présent titre).		

La cotation de forfaits de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable du bilan de soins infirmiers.

Article 13 - Garde à domicile (modifié par décision UNCAM du 18/07/19)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Garde d'un malade à domicile, nécessitant une surveillance constante et exclusive et des soins infirmiers répétés, y compris les soins d'hygiène, effectuée selon un protocole écrit			
Par période de six heures :			
- entre 8 heures et 20 heures	13	AIS	AP
- entre 20 heures et 8 heures	16	AIS	AP
La même infirmière ne peut noter plus de deux périodes consécutives de six heures de garde			

Article 14 - Actes de surveillance à distance (créée par décision UNCAM du 08/02/23)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Acte de surveillance à distance (télésoin avec vidéotransmission) d'un pansement 4 actes au maximum peuvent être facturés par mois et par patient sous réserve qu'un pansement préalable ait été réalisé pour cet épisode de soins en présence du patient. L'acte de surveillance de pansement ne peut être facturé avec un acte de pansement le même jour. Commentaire hors décision : le code TMI doit être utilisé à la place d'AMI	1,6	TMI

TITRE XVI. - SOINS INFIRMIERS

CHAPITRE II - SOINS SPÉCIALISÉS

(modifié par décision UNCAM du 21/07/14)

Soins demandant un protocole thérapeutique, l'élaboration et la tenue des dossiers de soins, la transmission d'informations au médecin prescripteur.

Article 1er - Soins d'entretien des cathéters (modifié par décision UNCAM du 21/07/14)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance d'entretien de cathéter(s) en dehors des perfusions, y compris le pansement :		
- cathéter péritonéal	4	AMI ou SFI
- cathéter extériorisé ou site implantable ou cathéter veineux central implanté par voie périphérique	4	AMI ou SFI

Article 2 - Injections et prélèvements

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Injection d'analgésique(s), à l'exclusion de la première par l'intermédiaire d'un cathéter intrathécal ou péri-dural	5	AMI ou SFI	AP
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un site implanté, y compris l'héparinisation et le pansement	4	AMI ou SFI	
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter central, y compris l'héparinisation et le pansement	3	AMI ou SFI	
Prélèvement sanguin sur cathéter veineux central extériorisé ou chambre implantable	1	AMI ou SFI	

Article 3 - Perfusions (modifié par décision UNCAM du 21/07/14 et du 18/07/19)

Ces actes sont réalisés soit en application d'une prescription médicale qui sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin.

La séance de perfusion permet d'administrer chez un patient des solutés et/ou des médicaments de façon continue ou discontinue par voie veineuse ou par voie sous cutanée ou par voie endorectale.

Selon le protocole thérapeutique établi par le médecin prescripteur, la perfusion nécessite soit la surveillance continue de l'infirmier, soit l'organisation d'une surveillance pour les perfusions dont la durée est supérieure à une heure.

La séance de perfusion sous surveillance continue comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance et l'arrêt de la perfusion avec le pansement.

La séance de perfusion supérieure à une heure, sans surveillance continue, comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la pose de la perfusion, l'organisation de contrôles et la gestion des complications éventuelles ; ces contrôles et les interventions à domicile pour complications peuvent donner lieu à des frais de déplacement.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	9	AMI ou AMX ou SFI
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure, avec organisation d'une surveillance	14	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion, y compris le pansement, la tenue du dossier de soins éventuellement la transmission d'informations nécessaires au médecin prescripteur ; ce forfait ne se cumule pas avec un forfait de perfusion sous surveillance continue.	5	AMI ou AMX ou SFI

Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination avec les autres professionnels de santé, les prestataires et les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacements ou des majorations de nuit ou de dimanche).	4	AMI ou AMX ou SFI
Changement de flacon(s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention pour débranchement ou déplacement du dispositif ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose.	4,1	AMI ou AMX ou SFI
Un forfait pour séance de perfusion sous surveillance continue et un forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à 1 heure avec organisation de la surveillance par contrôle, se cumulent le cas échéant à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales.		

**Article 4 - Actes du traitement à domicile d'un patient immunodéprimé ou cancéreux
(modifié par décision UNCAM du 21/07/14 et du 18/07/2019)**

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Soins portant sur l'appareil respiratoire		
- Séance d'aérosols à visée prophylactique	5	AMI ou SFI

Injection :		
- Injection intramusculaire ou sous-cutanée	1,5	AMI ou AMX ou SFI
- Injection intraveineuse	2,5	AMI ou SFI
- Injection intraveineuse d'un produit de chimiothérapie anticancéreuse	7	AMI ou SFI
Perfusions, surveillance et planification des soins : Ces actes sont réalisés soit en application d'une prescription médicale qui sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin. La séance de perfusion permet d'administrer chez un patient des solutés et/ou des médicaments de façon continue ou discontinue par voie veineuse ou par voie sous cutanée ou par voie endorectale. Selon le protocole thérapeutique établi par le médecin prescripteur, la perfusion nécessite soit la surveillance continue de l'infirmier, soit l'organisation d'une surveillance pour les perfusions dont la durée est supérieure à une heure. La séance de perfusion sous surveillance continue comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance et l'arrêt de la perfusion avec le pansement. La séance de perfusion supérieure à une heure, sans surveillance continue, comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la pose de la perfusion, l'organisation de contrôles et la gestion des complications éventuelles ; ces contrôles et les interventions à domicile pour complications peuvent donner lieu à des frais de déplacement.		
Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	10	AMI ou AMX ou SFI
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance	15	AMI ou AMX ou SFI

Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination avec les autres professionnels de santé, les prestataires et les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacements ou des majorations de nuit ou de dimanche).	4	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion, y compris le pansement, la tenue du dossier de soins éventuellement la transmission d'informations nécessaires au médecin prescripteur ; ce forfait ne se cumule pas avec un forfait de perfusion sous surveillance continue.	5	AMI ou AMX ou SFI
Changement de flacon(s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention pour débranchement ou déplacement du dispositif ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose.	4,1	AMI ou AMX ou SFI
Un forfait pour séance de perfusion sous surveillance continue et un forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à 1 heure avec organisation de la surveillance par contrôle, se cumulent le cas échéant à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales.		

Article 5 - Traitement à domicile d'un patient atteint de mucoviscidose par perfusions d'antibiotiques sous surveillance continue selon le protocole thérapeutique rédigé par un des médecins de l'équipe soignant le patient (modifié par décision UNCAM du 21/07/14 et du 18/07/2019)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Le protocole doit comporter : 1. le nom des différents produits injectés ; 2. leur mode, durée et horaires d'administration ; 3. les nombre, durée et horaires des séances par vingt-quatre heures ; 4. le nombre de jours de traitement pour la cure, 5. les éventuels gestes associés (prélèvements intraveineux, héparinisation...).		

Séance de perfusion intraveineuse d'antibiotiques, quelle que soit la voie d'abord, sous surveillance continue, chez un patient atteint de mucoviscidose, la séance. Cette cotation est globale ; elle inclut l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte et à la surveillance du patient, ainsi que les autres actes infirmiers éventuels liés au traitement de la mucoviscidose. Une feuille de surveillance détaillée permettant le suivi du malade doit être impérativement tenue au domicile du malade. En l'absence de surveillance continue, le forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance s'applique.	15	AMI ou AMX ou SFI

Article 5 bis - Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité (modifié par décision UNCAM du 18/07/2019 et du 13/01/2022)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané, y compris la tenue d'une fiche de surveillance, par séance	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection sous-cutanée d'insuline	1	AMI ou AMX ou SFI
Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d'une durée d'une demi-heure, pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans Cette cotation inclut : • l'éducation du patient et/ou de son entourage ; • la vérification de l'observance des traitements et du régime alimentaire, le dépistage du risque d'hypoglycémie ; • le contrôle de la pression artérielle ; • la participation au dépistage et le suivi des éventuelles complications, en particulier neurologiques, infectieuses, cutanées ; • la prévention de l'apparition de ces complications, en particulier par le maintien d'une hygiène correcte des pieds ; • la tenue d'une fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant, qui doit être immédiatement alerté en cas de risque de complications ; • la tenue, si nécessaire, de la fiche de liaison et la transmission des informations utiles à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue. La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une prise en charge dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant prévue au titre XVI, chapitre 1er, article 11 ou article 12.	4	AMI ou SFI
Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant une détersion avec défibrination	4	AMI ou AMX ou SFI

Analgésie topique préalable à un pansement L'acte comprend : la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie topique et la mise en attente. L'analgésie topique préalable à un pansement, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continu, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation	1,1	AMI ou AMX
Ces actes peuvent se cumuler entre eux sans application de l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels		

Article 5 ter - Prise en charge spécialisée (modifié par décision UNCAM du 18/07/19)

Désignation de l'acte	Coef.	Lettre clé
Séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO). Ces séances s'inscrivent dans un programme de suivi infirmier en complément du suivi médical après sortie des patients hospitalisés pour décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'une exacerbation de BPCO. Il est réalisé selon le protocole thérapeutique et de surveillance contenu dans le document de sortie adressé au médecin traitant et aux professionnels de santé désignés par le patient. Selon le protocole thérapeutique et de surveillance, la séance comprend : • l'éducation du patient et/ou de son entourage, • la vérification de l'observance des traitements médicamenteux et des mesures hygiéno- diététiques dans la vie quotidienne ainsi que l'adhésion du patient aux traitements, la surveillance des effets des traitements, de leur tolérance et de leurs effets indésirables, la vérification de la bonne utilisation des dispositifs d'auto mesure tensionnelle et de l'oxygénothérapie éventuellement, le contrôle des constantes cliniques (poids, œdèmes, pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, cyanose, sueurs, dyspnée...) et de l'état général, la participation au dépistage des complications de la maladie et des traitements. La séance inclut : • la tenue d'une fiche de surveillance, • la transmission des informations au médecin traitant dans les 48 h par voie électronique sécurisée. Facturation : Le programme du suivi infirmier comprend une visite hebdomadaire pendant au moins deux mois avec une première visite dans les 7 jours après la sortie. Le rythme peut être adapté en fonction du protocole. La durée de prise en charge est de 4 à 6 mois pour l'insuffisance cardiaque et jusqu'à 6 mois pour les formes sévères de bronchopathie chronique obstructive (stade II et suivants). Le nombre maximum de séances est de 15. La facturation de cet acte est conditionnée à la formation des IDE à ce suivi post hospitalisation. Des majorations de nuit ou de jours fériés, ne peuvent pas être cotées à l'occasion de cet acte. La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention prévue au Titre XVI chapitre 1 article 11, ni avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans prévue au Titre XVI chapitre II article 5 bis.	5,8	AMI ou AMX

Article 6 - Soins portant sur l'appareil digestif et urinaire

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Irrigation colique dans les suites immédiates d'une stomie définitive, incluant le pansement et la surveillance de l'évacuation, avec un maximum de vingt séances, par séance	4	AMI ou SFI
Dialyse péritonéale, avec un maximum de quatre séances par jour, par séance	4	AMI ou SFI
Dialyse péritonéale par cycleur :		
- branchement ou débranchement, par séance	4	AMI ou SFI
- organisation de la surveillance, par période de douze heures	4	AMI ou SFI

Article 7 - Soins postopératoires à domicile selon protocole

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Les séances de surveillance ci-après sont des actes réalisés avec élaboration d'un protocole écrit, préalablement établi par le chirurgien et/ou l'anesthésiste pour les patients dont l'éligibilité à une chirurgie ambulatoire ou à un parcours clinique de réhabilitation améliorée après chirurgie dépend d'un accompagnement infirmier ponctuel pour le retour à domicile en postopératoire.		

Séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire à domicile pour les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire ou à un parcours de soins de réhabilitation améliorée (RAAC) La séance inclut : - la vérification de la compréhension et de l'observance des consignes et des prescriptions de sortie ; - le suivi des paramètres de surveillance prescrits ; - le remplissage de la fiche de suivi postopératoire ou tout autre support où sont collectées les données de surveillance infirmière ; - en cas d'anomalie, le contact avec l'équipe médicale par le vecteur prévu. Trois séances au plus peuvent être facturées : - sur une période qui s'étend du jour de l'arrivée du patient à son domicile, dénommé J0, à la veille de la première consultation post opératoire avec le chirurgien lorsqu'elle est programmée avant J+6 inclus, - ou, en l'absence de rendez-vous de consultation chirurgicale au cours de la première semaine postopératoire, sur une période qui s'étend de J0 à J+6 inclus.	3,9	AMI
Séance de surveillance et/ou retrait de cathéter périmerveux pour analgésie postopératoire La séance inclut : - la vérification de la compréhension et de l'observance des consignes du traitement antalgique ; - l'évaluation de la douleur au repos et à la mobilisation ; - la surveillance des effets secondaires, de l'étanchéité du pansement, si nécessaire du point de ponction ; - l'appel de l'anesthésiste ou de l'équipe ressource douleur en cas d'anomalie ; - le retrait du cathéter à la date prescrite. Un acte au plus de surveillance de cathéter périmerveux pour analgésie postopératoire peut-être facturé par jour avec présence d'un aidant à domicile ou 2 actes au plus en l'absence d'aidant, 3 jours consécutifs au plus.	4,2	AMI
Retrait de sonde urinaire	2	AMI
Surveillance de drain de redon et/ou retrait postopératoire de drain Cotation dans la limite de deux séances à partir du retour au domicile.	2,8	AMI

Les séances de surveillance postopératoire et de surveillance de cathéter périnerveux ne sont pas cumulables entre elles. Le retrait de sonde et la surveillance de drain ainsi qu'une séance de surveillance post-opératoire ou de cathéter périnerveux peuvent être associés sans application de l'article 11B des Dispositions générales.		

TITRE XVI. - SOINS INFIRMIERS

Partie II - SOINS DE PRATIQUE AVANCÉE

(créée par décision UNCAM du 08/02/23)

Le médecin oriente les patients vers un infirmier en pratique avancée (IPA) selon deux modalités pour effectuer, soit un suivi régulier du patient de pathologie(s), soit une prise en charge ponctuelle d'une pathologie chez un patient ne faisant pas l'objet d'un suivi régulier. Pour un même motif de recours, un patient ne peut pas être suivi simultanément selon les 2 modalités.

Dispositions communes aux différents forfaits et séances ponctuelles (Chapitre I et II):

- Les frais de déplacement sont facturables à chaque passage de l'infirmier en pratique avancée au domicile du patient (IFI et éventuellement IK) ;
- La majoration (MIP) dédiée, liée à l'âge du patient (pour les patients de moins de 7 ans et ceux âgés de 80 ans et plus) peut être associée à la facturation de ces différents forfaits et prises en charge ponctuelles.

CHAPITRE I - SUIVI RÉGULIER PAR L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

(créée par décision UNCAM du 08/02/23)

Ce forfait concerne un patient orienté par un médecin à un IPA pour assurer un suivi régulier de celui-ci.

Il comprend toutes les interventions de l'infirmier en pratique avancée au cours du premier trimestre de prise en charge des patients.

Il comporte la vérification de l'éligibilité du patient au suivi par l'IPA, le bilan global ou la surveillance et les conclusions cliniques, les actions d'éducation, de prévention (dont la vaccination), d'orientation et de dépistage, l'activité de concertation et de coordination auprès des médecins et des autres acteurs de santé amenés à assurer la prise en charge de ces patients, et les activités transversales.

L'IPA est autorisé à effectuer des actes sans prescription médicale ; ils ne peuvent donner lieu à facturation en sus du forfait.

Les majorations de nuit, dimanche et jour férié, MIE, MCI et MAU ne sont pas associables à ces rémunérations forfaitaires.

Les demandes de téléexpertise sont comprises dans ces forfaits.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
a) Forfait d'initiation Le premier contact avec le patient doit être réalisé en sa présence. Les autres contacts réalisés par l'IPA au cours de ce premier trimestre peuvent être réalisés à distance.	6	PAI
b) Forfait de suivi Ce forfait est facturable chaque trimestre de soins à la suite du premier trimestre de prise en charge lié au forfait d'initiation. Il est facturable au premier contact trimestriel qui peut être réalisé en présence du patient ou à distance.	5	PAI
Au cours de la première année de soins, quatre forfaits (un d'initiation et trois de suivi) sont facturables au maximum par patient. Les années suivantes : quatre forfaits de suivi sont facturables par année civile (un forfait de suivi par trimestre) et par patient dès lors qu'au moins un contact avec le patient a eu lieu au cours de chaque trimestre. Par dérogation, au cours des deux premières années de prise en charge du patient, deux forfaits sont facturables par semestre dès lors qu'au moins deux contacts avec le patient ont eu lieu au cours du semestre.		

CHAPITRE II - PRISE EN CHARGE PONCTUELLE PAR L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

Cette prise en charge concerne un patient non régulièrement suivi dans le cadre de la pratique avancée. Sur orientation du médecin, l'IPA peut réaliser chez ce patient un bilan ponctuel ou des séances de soins ponctuelles.

Les comptes rendus de ces prises en charge sont versés au dossier médical du patient partagé lorsqu'il est ouvert.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
c) Bilan ponctuel Ce bilan, réalisé obligatoirement en présence du patient, comprend une anamnèse, un examen clinique, la réalisation d'actes techniques le cas échéant, les mesures de prévention (secondaire ou tertiaire), d'éducation thérapeutique, de dépistage et d'orientation, l'élaboration de conclusion clinique et, le cas échéant, la réalisation de prescriptions autorisées par la réglementation. À l'issue du bilan, un compte rendu est adressé au médecin ayant orienté le patient vers l'IPA. Ce bilan ponctuel peut être facturé au maximum une fois par année civile par patient.	3	PAI
d) Séance de soins ponctuelle Lorsque le patient est orienté de manière ponctuelle par un médecin vers l'infirmier en pratique avancée, ce dernier peut réaliser un ou plusieurs actes techniques relevant du champ de compétences propre de l'IPA selon la réglementation en vigueur. Cette séance peut être facturée au maximum quatre fois par année civile par patient en pratique avancée. Les majorations de nuit, dimanche et jour férié, MIE, MCI et MAU sont associables aux séances.	1,6	PAI

TARIFS CONVENTIONNELS APPLICABLES À L'ACTIVITÉ DES INFIRMIERS LIBÉRAUX

Ce tableau présente l'ensemble des tarifs applicables selon votre lieu d'exercice.

Tarifs conventionnels applicables aux infirmiers libéraux (à compter du 1er janvier 2020)		
Actes professionnels	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
AMI : Actes techniques (hors cadre de la dépendance)	3,15 €	3,30 €
AMX : Actes techniques dans le cadre de la dépendance	3,15 €	3,30 €
AIS : Actes infirmiers de soins	2,65 €	2,70 €
BSA : Forfait dépendance léger	13,00 €	13,25 €
BSB : Forfait dépendance intermédiaire	18,20 €	18,55 €
BSC : Forfait dépendance lourd	28,70 €	29,25 €
DI : Élaboration d'une démarche de soins infirmiers	10,00 €	10,00 €
IFD : Indemnité forfaitaire de déplacement	2,75 €	2,75 €

La mise en œuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Tarifs conventionnels applicables aux infirmiers libéraux (à compter du 1er janvier 2020)		
Actes professionnels	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
IFI : Indemnité forfaitaire de déplacement dans le cadre d'un forfait dépendance ou d'une prise en charge IPA	2,75 €	2,75 €
IK : Indemnité kilométrique en plaine	0,35 €	0,35 €
IK : Indemnité kilométrique en montagne	0,50 €	0,50 €
IK : Indemnité kilométrique à pied ou à ski	3,40 €	3,66 €
Majorations de nuit de 20h à 23h et de 5h à 8h	9,15 €	9,15 €
Majorations de nuit de 23h à 5h	18,30 €	18,30 €
Majoration de dimanche et jours fériés (1)	8,50 €	8,50 €
MAU : Majoration d'acte unique	1,35 €	1,35 €
MCI : Majoration de coordination infirmière	5,00 €	5,00 €
MIE : Majoration enfant moins de 7 ans	3,15 €	3,15 €
TLS : Accompagnement téléconsultation réalisée lors d'un soin prévu	10,00 €	10,00 €

La mise en œuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Tarifs conventionnels applicables aux infirmiers libéraux (à compter du 1er janvier 2020)		
Actes professionnels	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
TLL : Accompagnement téléconsultation réalisé de manière spécifique dans un lieu dédié aux téléconsultations	12,00 €	12,00 €
TLD : Accompagnement téléconsultation réalisé de manière spécifique à domicile (pas au décours d'un soin prévu)	15,00 €	15,00 €
TMI : Actes réalisés à distance	3,15 €	3,30 €

(1) La majoration de dimanche s'applique à compter du samedi 8 h pour les appels d'urgence.

La mise en œuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

TARIFS CONVENTIONNELS APPLICABLES AUX INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCÉE (IPA)

Le suivi des patients par l'infirmier en pratique avancée (IPA) est valorisé par 3 forfaits et une majoration pour les prises en charge complexes liées à l'âge du patient.

Tarifs conventionnels applicables aux infirmiers en pratique avancée (IPA) (à compter de la décision Uncam du 13 février 2020, JO du 9 avril 2020)		
	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
Acte et majoration		
PAI : code prestation pour prise en charge du patient pour des soins en pratique avancée	10 €	10,50 €
MIP : majoration liée à l'âge du patient (moins de 7 ans ou 80 ans et plus)	3,90 €	
Forfaits		
Forfait initiation du suivi	PAI 6	
Forfait de suivi	PAI 5	
Forfait bilan ponctuel IPA	PAI 3	
Forfait séance de soins ponctuelle IPA	PAI 1,6	
Frais de déplacement		
Indemnité forfaitaire de déplacement infirmier	IFI 1	IFI 1

Les majorations de nuit, dimanche et jour férié, MIE, MCI et MAU ne peuvent pas être associées à ces rémunérations forfaitaires (forfaits d'éligibilité, initial et de suivi).

Les frais de déplacement se cotent en association à chaque forfait, via le code prestation IFI (avec IK éventuelles). Si besoin, des frais de déplacement supplémentaires peuvent être facturés à chaque passage au domicile du patient en dehors du passage avec facturation des forfaits.

La mise en œuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Convention Nationale des Infirmiers libéraux du 18 juillet 2007

25 juillet 2007

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 33 sur 140

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à régir les rapports entre les infirmières et les infirmiers libéraux et les organismes d'assurance maladie

NOR : SJSS0759717A

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-9, L. 162-14-1 et L. 162-15,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvée la convention nationale des infirmiers annexée au présent arrêté et conclue le 22 juin 2007 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, Convergence infirmière, la Fédération nationale des infirmiers, l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux et le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux.

Art. 2. – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et au ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 18 juillet 2007.

*La ministre de la santé,
de la jeunesse et des sports,*
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

*Le ministre du budget, des comptes publics
et de la fonction publique,*
ERIC WOERTH

CONVENTION NATIONALE

DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par Frédéric Van Rookeghem, directeur général,

et :

Convergence infirmière, représentée par Marcel Affergan, président ;

La Fédération nationale des infirmiers, représentée par Philippe Tisserand, président ;

L'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux, représentée par Béatrice Galvan, vice-présidente ;

Le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux, représenté par Annick Touba, présidente, en application des articles L. 162-9 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale sont convenus des termes de la convention qui suit :

PRÉAMBULE

TITRE I^{er}VALORISATION DE L'ACTIVITÉ
DES INFIRMIÈRES LIBÉRALES

1.1. Optimisation des compétences des infirmières libérales et développement de nouveaux rôles.

25 juillet 2007

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 33 sur 140

1.1.1. L'implication des infirmières libérales dans la prise en charge, la surveillance et le suivi des patients atteints de pathologies chroniques.

1.1.2. La participation à des actions d'éducation, de prévention et de promotion de la santé.

1.1.3. L'accompagnement de la prescription de dispositifs médicaux par les infirmières et engagements de maîtrise médicalisée.

1.2. Valorisation de l'activité.

TITRE II

ACCÈS ET QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS

2.1. Préserver et améliorer l'accès aux soins infirmiers.

2.2. Qualité des soins.

TITRE III

COORDINATION DES SOINS

3.1. L'infirmière et le parcours coordonné.

3.2. L'infirmière libérale et l'offre en structure.

TITRE IV

ÉVALUATION ET SUIVI

TITRE V

MODALITÉS D'EXERCICE CONVENTIONNEL

5.1. Champ d'application de la convention.

5.2. Délivrance des soins aux assurés.

5.2.1. Modalités pratiques liées à l'activité du professionnel.

5.2.2. Conditions d'installation en exercice libéral sous convention.

5.2.3. Conditions d'exercice des remplaçantes.

5.2.4. Documents ouvrant droit au remboursement des prestations.

5.2.5. Rédaction des ordonnances.

5.2.6. Facturation des honoraires.

5.2.7. Modalités de paiement des honoraires.

5.3. Télétransmission des documents nécessaires au remboursement.

5.3.1. Télétransmission des feuilles de soins électroniques par les infirmières et infirmiers libéraux.

5.3.2. Maintenance et évolution du système SESAM-Vitale.

5.3.3. Aides à la télétransmission.

5.3.4. Comité technique paritaire permanent.

5.4. Cotation et hiérarchisation des actes.

5.4.1. Cotation et codage des actes.

5.4.2. Commission de hiérarchisation des actes infirmiers.

5.5. Honoraires.

5.5.1. Fixation des honoraires.

5.5.2. Dépassements.

TITRE VI

DISPOSITIONS SOCIALES

TITRE VII

VIE CONVENTIONNELLE

7.1. Durée et résiliation de la convention.

7.1.1. Durée de la convention.

- 7.1.2. Résiliation de la convention.
- 7.2. Modalités de notification et d'adhésion des praticiens.
 - 7.2.1. Notification.
 - 7.2.2. Modalités d'adhésion.
- 7.3. Instances conventionnelles.
 - 7.3.1. Commission paritaire nationale (CPN).
 - 7.3.2. Commission paritaire régionale (CPR).
 - 7.3.3. Commission paritaire départementale (CPD).
 - 7.3.4. Dispositions communes aux instances.
- 7.4. Mesures conventionnelles.
 - 7.4.1. Non-respect des dispositions de la présente convention.
 - 7.4.2. Condamnation par une instance ordinale ou judiciaire.

TITRE VIII

FORMATION CONTINUE CONVENTIONNELLE

- 8.1. Principes.
- 8.2. Instances de la formation continue conventionnelle.
- 8.3. Modalités de gestion et de mise en œuvre de la formation continue conventionnelle.
 - 8.3.1. Thèmes de formation.
 - 8.3.2. Choix des formations.
 - 8.3.3. Financement des formations relevant de la formation continue conventionnelle.
 - 8.3.4. Indemnisation pour perte de ressources de l'infirmier formé dans le cadre du dispositif de la formation continue conventionnelle.
 - 8.3.5. Actions de formation conventionnelle interprofessionnelle.
 - 8.3.6. Gestion des actions de formation.
 - 8.3.7. Evaluation de la formation continue conventionnelle.

TITRE IX

ANNEXES

- 9.1. Tarifs des honoraires et frais accessoires.
- 9.2. Règlements intérieurs types des instances conventionnelles.
- 9.3. Cas particuliers.
- 9.4. Contrat de santé publique.

PRÉAMBULE

Afin de préserver le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie auquel elles sont attachées, les parties signataires entendent contribuer, chacune pour leur part, à la qualité des soins et au bon usage des ressources qui lui sont consacrées par la collectivité.

Conscientes de la situation financière de l'assurance maladie, les parties signataires ont pour objectif d'accroître l'efficacité du système de soins, de manière à participer à son équilibre économique tout en dégageant les ressources nécessaires à la juste rémunération des actes infirmiers.

L'UNCAM et les syndicats représentatifs des infirmières libérales ont convenu, dans le cadre d'un protocole d'accord conclu le 19 avril 2007, de négocier une nouvelle convention nationale.

Les parties signataires se sont engagées à concrétiser cette démarche par la conclusion d'une convention nationale innovante, poursuivant notamment les objectifs suivants :

- reconnaître la place de l'infirmière libérale dans le système de soins ;
- optimiser les compétences de l'infirmière libérale et développer de nouveaux rôles ;
- préserver et améliorer l'accès aux soins sur le territoire ;
- valoriser la profession des infirmières libérales ;
- améliorer et moderniser les relations entre les infirmières libérales et les caisses d'assurance maladie ;
- rénover la vie conventionnelle ;
- favoriser la qualité des soins en améliorant la gestion et l'évaluation de la qualité de la formation continue conventionnelle.

Les parties signataires conviennent en outre d'évaluer régulièrement les actions définies dans le cadre de la présente convention et de poursuivre les travaux entrepris lors de leurs rencontres, qui ont conduit à l'élaboration de la présente convention.

Elles se fixent pour objectif de parvenir à une modernisation de l'exercice libéral, au service de la population, grâce à des relations régulières, transparentes et apaisées.

TITRE I^{er}

VALORISATION DE L'ACTIVITÉ DES INFIRMIÈRES LIBÉRALES

1.1. *Optimisation des compétences des infirmières libérales et développement de nouveaux rôles*

Les parties signataires souhaitent reconnaître pleinement et valoriser le métier d'infirmier(e) libéral(e). L'exercice de la profession d'infirmier(e) a évolué, allant de la prise en charge des personnes dépendantes aux compétences nouvelles dévolues à l'infirmière libérale, notamment la création d'un droit de prescription de dispositifs médicaux. Les parties signataires entendent répondre à l'ensemble de ces missions, qui ont pour vocation d'améliorer la prise en charge des patients dont bon nombre souffrent de maladies chroniques et pour lesquels la garantie d'accessibilité et de proximité avec l'infirmière libérale est essentielle.

Les articles R. 4311-1 et suivants du code de la santé publique, relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, précisent le champ des soins infirmiers, notamment le rôle de l'infirmier dans la protection et le maintien de la santé des personnes.

Au regard des perspectives démographiques des professions de santé et afin d'optimiser les ressources de l'assurance maladie, les partenaires conventionnels souhaitent accompagner le développement de nouveaux rôles pour l'infirmière libérale tant sur son rôle propre que sur celui des compétences partagées avec d'autres professions de santé.

L'émergence de ces nouveaux rôles, quand elle concerne des compétences partagées, ne peut se concevoir sans une participation étroite des différentes professions de santé concernées. C'est la raison pour laquelle les parties signataires souhaitent développer dans ce domaine précis une coopération à travers la signature d'accords conventionnels multiprofessionnels dont le premier thème pourrait être relatif à la prise en charge des pathologies chroniques.

1.1.1. **L'implication des infirmières libérales dans la prise en charge, la surveillance et le suivi des patients atteints de pathologies chroniques**

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, en créant la Haute Autorité de santé (HAS) et en mettant en place le parcours coordonné de soins, autour du médecin traitant, a introduit des évolutions législatives importantes dans le domaine des affections de longue durée.

Les partenaires conventionnels conviennent du rôle que peuvent jouer les infirmières libérales dans la prévention et la prise en charge de ces pathologies chroniques.

Les premières recommandations relatives aux affections de longue durée (ALD) ont été publiées fin mai 2006 et portent en particulier sur le diabète. Les partenaires conventionnels s'entendent pour engager les premiers travaux sur ce thème.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, en son article 91-II, légitime notamment l'action de l'assurance maladie en matière d'accompagnement des patients : « *Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé.* »

Un comité scientifique piloté par la CNAMTS, et composé notamment de représentants des médecins, est mis en place afin d'organiser un programme d'accompagnement des patients diabétiques destiné à garantir une meilleure prise en charge de ces patients, et ainsi à améliorer leur état de santé, tout en optimisant les coûts.

Les partenaires conventionnels conviennent de nommer deux représentants de la profession à ce comité.

Dans l'attente de l'aboutissement de ces travaux, prévu pour le mois de septembre 2008 sur certains sites pilotes, les partenaires conventionnels prorogent le contrat de santé publique relatif au suivi des patients insulinotraités de plus de 75 ans, pour une durée d'un an. Les modalités de ce contrat sont définies à l'annexe 9.4 de la présente convention.

Les parties signataires s'attacheront par ailleurs à promouvoir le thème de la délivrance à domicile des soins palliatifs, dès que les textes réglementaires le permettront.

1.1.2. **La participation à des actions d'éducation, de prévention et de promotion de la santé**

Conscientes de la place des infirmières comme acteurs de santé publique dans leur domaine d'intervention, les parties signataires s'engagent à poursuivre, en 2007, leurs travaux visant à définir et mettre en œuvre des actions de prévention afin de reconnaître l'implication et la compétence de la profession dans ce domaine.

Dans un premier temps, elles initieront cette démarche dans le cadre de la vaccination antigrippale, hors primo-injection. Dès lors, elles s'engagent à solliciter les autorités compétentes pour permettre la réalisation de ces actes par les infirmières libérales, en coordination avec le médecin traitant, dans le cadre de la prise en charge assurée par l'assurance maladie.

Les parties signataires entendent rendre opérationnel ce dispositif dès la campagne de vaccination 2007, sous réserve des modifications réglementaires. L'assurance maladie et les infirmières libérales délivreront une information adéquate aux patients concernés et les sensibiliseront au besoin de renouvellement de leur vaccin. Lors de la réalisation de ce vaccin, elles s'assureront de l'absence de contre-indications afin de garantir une sécurité des soins optimale.

Les partenaires conventionnels s'engagent à promouvoir en direction des assurés, des médecins généralistes et des infirmières libérales, dès la parution du texte modificatif, cette nouvelle compétence.

Ils s'accordent sur une valorisation de la vaccination antigrippale hors primo-injection à un niveau équivalent à AMI 2.

Ils s'engagent également à développer progressivement, et en fonction des possibilités offertes par les lois de financement de la sécurité sociale, d'autres dispositifs de prévention ou d'éducation thérapeutique.

1.1.3. L'accompagnement de la prescription de dispositifs médicaux par les infirmières et engagements de maîtrise médicalisée

a) *Accompagnement de la prescription de dispositifs médicaux*

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 donne désormais le droit aux infirmières libérales de prescrire certains dispositifs médicaux.

Les parties conventionnelles veilleront à promouvoir la mise en œuvre auprès des professionnels libéraux de ce droit de prescription de dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par un arrêté du 13 avril 2007.

Les parties signataires s'accordent sur la nécessité d'informer les infirmières libérales sur les modalités d'application de ce nouveau droit.

Elles estiment également nécessaire de communiquer auprès des médecins et des assurés sur cette évolution de la compétence des infirmières.

b) *Maîtrise médicalisée*

Les parties signataires conviennent de la nécessité de favoriser le bon usage des soins et le respect des règles de prise en charge collective. Ils souhaitent développer une démarche de maîtrise médicalisée conventionnelle. Celle-ci s'appuie sur les outils suivants :

- l'extension du champ des recommandations de bonne pratique à l'ensemble des soins faisant l'objet d'une prise en charge collective. A cet effet, les parties étudieront chaque année les thèmes à soumettre à la Haute Autorité de santé afin d'améliorer l'efficacité de l'intervention de l'infirmière libérale dans le système de soins ;
- le développement de l'information des infirmières et des patients sur les règles de prise en charge collective, dès lors qu'elles touchent au taux de remboursement des prestations.

Un premier thème de maîtrise médicalisée est retenu par les partenaires conventionnels : l'optimisation de la prescription des dispositifs médicaux pouvant être prescrits par les infirmières libérales.

En effet, les partenaires conventionnels, forts de ce nouveau droit de prescription, s'accordent pour dire que les infirmières libérales peuvent favoriser une prescription plus adaptée au soin, en particulier sur le petit matériel, et permettre ainsi une optimisation de la dépense.

En ce sens, elles observeront l'évolution en volume des dépenses de dispositifs médicaux vendus en officine, ainsi que de la part prescrite par les infirmières libérales.

Les partenaires conventionnels évalueront au minimum une fois par an les évolutions en la matière. Au regard des résultats de ces évaluations annuelles et en cas d'optimisation avérée de la dépense, les partenaires conventionnels s'accorderont par voie d'avenant, avant le 31 décembre 2007, sur les modalités de retour à la profession d'une partie des dépenses ainsi évitées.

1.2. *Valorisation de l'activité*

Afin de mieux rémunérer les contraintes liées à l'activité des infirmières libérales, les parties signataires décident de revaloriser les tarifs des actes de la profession selon le tableau figurant à l'annexe 9.1 de la présente convention.

Elles étudieront pour l'avenir les moyens de mieux corréler les revalorisations à la charge en soins et à la pénibilité des actes. Dans ce cadre, les parties signataires conviennent d'étudier les conditions de mise en place d'une valorisation de certains actes isolés dont elles définiront le périmètre et la valeur avant le 1^{er} mars 2008.

TITRE II

ACCÈS ET QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS

Conscientes de la nécessité de dispenser des soins efficaces et de qualité aux assurés sociaux sur l'ensemble du territoire, les parties conventionnelles s'engagent à participer activement à la mise en œuvre d'une politique de santé de qualité qui en garantisse l'accès à tous.

25 juillet 2007

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 33 sur 140

2.1. *Préserver et améliorer l'accès aux soins infirmiers*

Dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins infirmiers de la population, et sous réserve de l'instauration d'un cadre juridique adapté, les parties signataires décident de soutenir conjointement les démarches nécessaires à l'adaptation des dispositions légales et réglementaires permettant un rééquilibrage de l'offre de soins infirmiers. Ces démarches s'inscrivent en cohérence avec les dispositions de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Les parties signataires s'appuieront notamment sur les termes du protocole d'accord relatif à la mise en place d'un dispositif de rationalisation démographique signé le 22 juin 2007.

2.2. *Qualité des soins*

Les parties signataires conviennent que le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie ne pourra perdurer qu'au prix d'une action volontariste et résolue impliquant l'ensemble des professionnels de santé dans un effort collectif visant à favoriser le bon usage des soins et le respect des règles de prise en charge collective, ainsi que des priorités définies par la loi de santé publique de 2004.

Les infirmières placées sous le régime de la présente convention nationale s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession, à optimiser l'activité en soins infirmiers dans des conditions telles que les patients bénéficient de soins permanents, continus, éclairés, consciencieux et conformes aux données acquises de la science. A ce titre, les infirmières participent activement à l'amélioration de la qualité des soins.

Les recommandations et les références professionnelles élaborées par la Haute Autorité de santé en matière de soins infirmiers seront prises en compte par les partenaires au fur et à mesure de leur publication, afin de participer à l'amélioration des pratiques professionnelles.

Les partenaires veilleront à ce que la mise en application de ces recommandations et références place le patient au cœur du système de santé, et associeront l'ensemble des acteurs concernés.

Ils considèrent que la formation continue conventionnelle participe à l'amélioration de la qualité et encourageront les actions portant à la fois sur la qualité des soins et sur leur optimisation économique.

TITRE III

COORDINATION DES SOINS

Compte tenu du vieillissement de la population, de la réduction des durées d'hospitalisation et du nombre croissant de personnes dépendantes ou fragilisées, les besoins en soins infirmiers vont augmenter de façon importante dans les années à venir. Les parties signataires reconnaissent que, du fait de la multiplicité des structures et des intervenants, l'organisation actuelle des soins en ambulatoire ne permet pas une prise en charge optimale des patients.

Dès lors, il convient de mettre en place une organisation nouvelle qui garantisse la cohérence des interventions des différents acteurs dans le respect du libre choix de la personne soignée.

3.1. *L'infirmière et le parcours coordonné*

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé le parcours de soins afin que les patients soient pris en charge de façon coordonnée. Dans le respect de ce parcours, les partenaires conventionnels sont conscients du rôle spécifique de l'infirmière libérale dans le système de soins, notamment en matière de prise en charge des patients à domicile au travers notamment de l'exercice de leur rôle propre.

En particulier, les parties signataires entendent améliorer l'organisation du maintien à domicile des personnes dépendantes en favorisant la coordination médecin traitant-infirmière.

Au regard des résultats obtenus par la démarche de soins infirmiers, les parties signataires souhaitent remplacer le dispositif afin de garantir l'efficacité de l'intervention de l'infirmière libérale auprès des personnes dépendantes.

Dans l'attente de son remplacement, les parties conventionnelles s'entendent pour intégrer cette réflexion dans le cadre d'un groupe de simplification administrative dont l'objectif sera de proposer, dès le mois de septembre 2007, des mesures et, au plus tard avant le 30 juin 2008, des propositions concernant un dispositif de remplacement de la démarche de soins infirmiers.

Dès sa mise en place, les parties signataires privilégieront ce nouveau dispositif comme moyen de promotion de la qualité des soins.

3.2. *L'infirmière libérale et l'offre en structure*

L'intervention des infirmières libérales à domicile doit s'articuler avec les réponses apportées par les autres composantes de l'offre de proximité, telles que notamment les structures de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), d'hospitalisation à domicile (HAD), les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les centres de soins infirmiers (CSI).

Les parties signataires s'engagent à favoriser la complémentarité et la cohérence de l'intervention des différentes composantes de l'offre de soins, en s'appuyant sur les conclusions de la mission confiée à l'inspection générale des affaires sociales par le ministre de la santé et des solidarités.

TITRE IV

ÉVALUATION ET SUIVI

Au regard des modifications introduites dans la présente convention, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de créer un observatoire conventionnel.

Celui-ci aura notamment pour missions le suivi et l'évaluation des mesures conventionnelles innovantes, dans leurs aspects médico-économiques, juridiques et financiers.

Les thèmes de travail porteront notamment sur :

- en priorité, l'impact des transferts de charge en soins infirmiers qui s'opèrent de l'hôpital vers la ville avant le 31 mars 2008 ;
- la répartition de l'offre de soins infirmiers sur le territoire, en particulier au travers de l'analyse du dispositif de régulation et du rapport de l'IGAS. Les conclusions de l'observatoire sur ce thème seront transmises à l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et au Haut Conseil pour les professions paramédicales ;
- la mise en œuvre du dispositif permettant la vaccination antigrippale par les infirmières sans prescription (hors primo-injection) ;
- l'impact des nouvelles responsabilités dévolues à l'infirmière libérale, comme dans le cas de la prescription de dispositifs médicaux ;
- l'évolution des dépenses de soins des infirmiers libéraux.

Les études médico-économiques nécessaires seront menées en fonction des données disponibles et des possibilités actuelles des systèmes d'information.

Cet observatoire sera une émanation de la commission paritaire nationale. Un avenant à la présente convention définira précisément ses missions, sa composition et son fonctionnement.

TITRE V

MODALITÉS D'EXERCICE CONVENTIONNEL

5.1. *Champ d'application de la convention*

La présente convention s'applique, d'une part, aux caisses primaires d'assurance maladie, aux caisses de mutualité sociale agricole et aux caisses du régime social des indépendants et, d'autre part, aux infirmières exerçant à titre libéral, pour les soins dispensés au cabinet, au domicile du malade ou à son substitut.

Sont exclues du champ d'application de la convention les infirmières exerçant :

- dans un établissement public ou privé d'hospitalisation ;
- dans un centre de santé agréé ;
- dans des locaux commerciaux ou leurs dépendances, au sens du droit commercial.

Les infirmières placées sous le régime de la présente convention s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession.

Les infirmières sont tenues de faire connaître aux caisses le numéro d'inscription à l'ordre des infirmiers de leur département d'exercice, ainsi que l'adresse de leur lieu d'exercice professionnel principal et/ou secondaire. Le cabinet professionnel peut être soit un cabinet personnel, soit un cabinet de groupe. Il doit être réservé à l'exercice de la profession d'infirmière.

Il peut s'agir soit d'un cabinet personnel, soit d'un cabinet de groupe, soit d'une société. Les infirmières doivent faire connaître aux caisses les modifications intervenues dans leur mode d'exercice, dans un délai de deux mois au maximum à compter de cette modification.

Il appartient aux caisses de s'assurer que les conditions d'activité libérale sont bien respectées pour l'exercice sous convention.

Les partenaires conventionnels conviennent d'étudier dans le cadre d'un groupe de travail la possibilité à terme de conventionner les structures juridiques comme personnes morales.

Les infirmières placées sous le régime de la présente convention s'engagent à s'abstenir de tout moyen direct ou indirect de publicité et s'obligent à ne pas utiliser comme moyen de publicité auprès du public la prise en charge des soins infirmiers par les caisses d'assurance maladie.

5.2. *Délivrance des soins aux assurés*

5.2.1. *Modalités pratiques liées à l'activité du professionnel*

a) *Le libre choix du patient*

Les assurés et leurs ayants droit ont le libre choix entre toutes les infirmières légalement autorisées à exercer en France et placées sous le régime de la présente convention.

25 juillet 2007

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 33 sur 140

Les caisses s'engagent à ne faire aucune discrimination entre les infirmières placées sous le régime de la présente convention et les autres praticiens ou professionnels conventionnés, légalement habilités à dispenser les mêmes actes.

Les caisses s'engagent à donner à leurs ressortissants toutes informations utiles sur la situation des infirmières de leur circonscription au regard de la présente convention. Les syndicats locaux peuvent faire de même à l'égard de leurs adhérents.

b) *Les infirmières exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement et structures de soins accueillant des personnes âgées*

Les infirmières libérales intervenant dans les établissements d'hébergement et structures de soins accueillant des personnes âgées sont tenues de respecter des modalités particulières pour que les soins dispensés soient pris en charge par l'assurance maladie.

Paragraphe 1

Du libre choix

Les deux parties s'engagent à respecter le libre choix de l'infirmière par le malade. A cet effet, la direction de l'établissement demande à l'intéressé de choisir librement parmi la liste des infirmières libérales celle qui lui dispensera, si nécessaire, les soins infirmiers et l'informe des conséquences de son choix pour le cas où il déciderait de faire appel à une infirmière non conventionnée.

A défaut, la direction fait appel à l'infirmière conventionnée la plus proche ou à celle qui assure la réponse à l'urgence. A tout moment, le malade peut modifier son choix.

L'infirmière doit disposer d'un cabinet professionnel et d'une clientèle personnelle en dehors de l'établissement.

Paragraphe 2

Des soins

L'infirmière dispense les soins de façon attentive, dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires qui lui sont applicables et dans le respect de celles applicables aux établissements.

Elle exerce sous sa propre responsabilité et selon les seules directives des médecins prescripteurs en dehors de toute intervention de l'établissement. Elle utilise son matériel et son véhicule.

L'infirmière organise librement son travail en fonction des besoins des malades, des prescriptions médicales et du plan de prise en charge qu'elle élabore. Elle détermine notamment, dans le respect de la prescription médicale, les heures et le rythme de ses interventions compatibles avec le bon fonctionnement de l'établissement et le respect de la vie privée des résidents.

En cas de remplacement temporaire, l'infirmière communique en temps utile à ses patients et à la direction de l'établissement le nom de la remplaçante qui est investie de ses droits et obligations.

Paragraphe 3

Des honoraires

L'infirmière établit une feuille de soins dans les conditions prévues par la Nomenclature générale des actes professionnels et par la présente convention.

Le malade, sa famille ou les caisses d'assurance maladie règlent directement à l'infirmière les honoraires qui lui sont dus. Ces honoraires ne peuvent en aucun cas être encaissés par l'établissement.

L'infirmière ne perçoit, au titre de son activité libérale, aucune rémunération de l'établissement, sous quelque forme que ce soit.

L'infirmière s'interdit de concourir à la formation du bénéfice de l'établissement sous quelque forme que ce soit et notamment en versant une participation financière à quelque titre que ce soit, en assurant pour le compte de l'établissement des prestations non rémunérées ou en prenant en charge des prestations incombant à l'établissement ou aux familles.

Paragraphe 4

Dispositions diverses

Ces modalités sont applicables pendant toute la période d'intervention de l'infirmière dans l'établissement, auprès des résidents (ou malades) qui l'ont choisie. Elles sont formalisées dans une convention d'exercice libéral passée entre l'infirmière et l'établissement ou figurent, le cas échéant, dans le règlement intérieur de l'établissement.

La commission paritaire départementale ou les caisses pourront, le cas échéant, demander communication du contrat ou du règlement intérieur.

En cas de manquements à ses obligations par l'une des parties, l'autre partie peut mettre fin à cette collaboration par lettre recommandée avec accusé de réception, à condition de ne pas porter préjudice à la santé des personnes hébergées dans l'établissement.

5.2.2. Conditions d'installation en exercice libéral sous convention

Les partenaires conventionnels souhaitent affirmer la prééminence du projet professionnel dans les conditions d'installation en exercice libéral sous convention.

Ils s'accordent en outre sur la nécessité de mener une réflexion sur une évolution éventuelle des modalités actuelles d'installation et de remplacement. Ils s'appuieront notamment sur les résultats de l'évaluation de l'expérimentation de tutorat mis en place en Haute-Normandie.

Par ailleurs, les parties signataires encouragent l'installation des infirmières en groupe. Elles souhaitent en particulier favoriser le statut de collaborateur libéral.

a) Principes

Le diplôme d'Etat d'infirmière garantit la qualification des professionnelles qui en sont titulaires.

Conformément à l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, les parties conventionnelles reconnaissent néanmoins que la spécificité de l'exercice libéral nécessite une expérience professionnelle préalable d'une durée minimum acquise en équipe de soins généraux au sein d'un service organisé.

Est reconnue toute expérience professionnelle acquise dans tout établissement de santé ou structure de soins, ou dans un groupement de coopération sanitaire défini par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé et les procédures de création d'établissement, dès lors qu'elle est acquise en équipe de soins au sein d'un service organisé où l'infirmière est amenée à dispenser des soins infirmiers effectifs à une population dont l'état de santé justifie des interventions infirmières diversifiées. Ces actes doivent être effectués sous la responsabilité d'un médecin ou d'une infirmière cadre.

Cette expérience doit être acquise à compter de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmière ou de l'autorisation légale d'exercice dans un établissement de soins ou une structure de soins généralisés, installée dans l'un des Etats membres de l'Union européenne ou en Suisse.

b) Règle générale

Peuvent s'installer immédiatement en exercice libéral sous convention les infirmières justifiant d'une expérience professionnelle de vingt-quatre mois, c'est-à-dire 3 200 heures équivalent temps plein en temps de travail effectif, au cours des six années précédant la demande d'installation en libéral sous convention.

Lorsqu'il s'agit d'une première installation en libéral, l'infirmière doit justifier de cette expérience minimale en qualité d'infirmière exerçant dans un établissement de soins ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire, tels que définis au *a* « Principes » de l'article 5.2.2.

Lorsqu'il s'agit d'une réinstallation, cette expérience professionnelle est acquise :

- soit en qualité d'infirmière exerçant en établissement de soins dans les conditions définies au *a* « Principes » de l'article 5.2.2 ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire tel que défini dans le même paragraphe ;
- soit en qualité d'infirmière libérale conventionnée sur la période considérée (dès lors qu'elle remplissait les conditions pour ce faire) ;
- soit en qualité de remplaçante d'infirmière libérale conventionnée (dès lors qu'elle remplissait les conditions pour ce faire) ;
- soit pour partie en qualité d'infirmière exerçant en établissement de soins dans les conditions définies au *a* « Principes » de l'article 5.2.2 ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire tel que défini dans le même paragraphe et, pour autre partie, en qualité d'infirmière libérale conventionnée ou remplaçante d'infirmière libérale conventionnée.

Cette expérience professionnelle est comptabilisée en heures, soit 3 200 heures au total d'expérience.

c) Cas particuliers

Doivent justifier, dans les six ans qui précèdent la demande d'installation ou de réinstallation, d'une expérience complémentaire de douze mois équivalent temps plein (soit 1 600 heures) dans une équipe de soins généraux au sein d'un service organisé dans un établissement de soins ou dans un groupement de coopération sanitaire tels que définis au *a* « Principes » de l'article 5.2.2 :

- les professionnelles qui justifient, dans les six ans précédant la demande d'installation sous convention, de vingt-quatre mois, soit 3 200 heures, d'une expérience professionnelle en tant qu'infirmière acquise en dehors d'une équipe de soins généraux au sein d'un service organisé, telle que définie au *a* « Principes » de l'article 5.2.2 ;

- les professionnelles qui justifient, dans une période de douze ans précédant la demande d'installation sous convention, d'une expérience professionnelle d'au moins vingt-quatre mois (soit 3 200 heures) :
- dans une équipe de soins généraux au sein d'un établissement, d'une structure ou d'un groupement définis au *a* « Principes » de l'article 5.2.2 ;
- et/ou en tant qu'infirmière libérale conventionnée ;
- et/ou en tant que remplaçante d'infirmière libérale conventionnée.

Les infirmières ne justifiant pas d'une expérience de vingt-quatre mois comme définie au *a* « Principes » de l'article 5.2.2 dans les six ans précédant leur demande d'installation doivent compléter leur expérience professionnelle à concurrence des vingt-quatre mois (3 200 heures), à moins qu'elles ne relèvent des situations ouvrant droit à dérogation qui sont définies au *d* de l'article 5.2.2 de la présente convention.

Si l'infirmière n'a pas exercé son activité à quelque titre que ce soit dans les quarante-huit mois précédant sa demande d'installation ou de réinstallation, une infirmière libérale conventionnée a l'obligation de suivre, dans les douze mois suivant son installation ou sa réinstallation, l'intégralité d'une action de formation continue conventionnelle dont le thème portera sur les conditions et obligations liées à l'exercice libéral sous convention.

d) Dérogations exceptionnelles

Dans l'objectif de fournir une réponse aux besoins de soins infirmiers avérés des patients, les parties conventionnelles décident d'ouvrir la possibilité dans tous les départements de mesures dérogatoires pour les demandes d'installation qui ne répondent pas entièrement aux critères définis à l'article 5.2.2 (*a* et *b*) et pour les demandes de remplacement qui ne répondent pas entièrement aux critères définis à l'article 5.2.1 (*b*).

Ces dérogations aux conditions d'installation et de remplacement ne peuvent être accordées, à titre exceptionnel, et en respect des dispositions des articles 7.3.3 et 7.3.2 de la présente convention, que dans la mesure où sont dûment constatées les situations suivantes :

- une carence démographique dans certaines zones géographiques (ces zones peuvent être infradépartementales), qui ne permet pas un égal accès de la population aux soins infirmiers, et au moins une des deux situations suivantes :
- une prise en charge de patients dont l'accès aux soins est difficile sur un secteur géographique donné ;
- des modifications substantielles des conditions d'exercice d'une infirmière conventionnée ou d'un groupe d'infirmières libérales conventionnées (ex. : maladie ou décès d'un associé, augmentation avérée de l'activité d'un cabinet).

Ces dérogations déterminent le lieu d'exercice principal des infirmières pouvant s'installer ou remplacer à titre dérogatoire.

L'infirmière adresse sa demande de dérogation à la CPAM dans le ressort géographique de laquelle se situe le secteur de l'installation envisagée, sous la forme d'un dossier motivé, envoyé par courrier recommandé avec accusé de réception. L'infirmière peut également être entendue par la commission paritaire départementale avant que celle-ci rende son avis. La CPAM transmet sa demande à la commission paritaire départementale qui dispose d'un délai de trente jours pour étudier le dossier et rendre un avis à la CPAM. Ce dossier doit être exhaustif, argumenté et constitué de données objectives, afin de garantir une égalité de traitement dans les questions de dérogations. Sur avis de la commission paritaire départementale, le directeur de la CPAM, seul compétent, notifie dans les meilleurs délais à l'infirmière sa décision d'accorder ou de refuser la dérogation. Sa décision est motivée. Le directeur de la CPAM agit pour le compte des autres régimes.

En cas de carence de la commission paritaire départementale, la CPAM saisit la commission paritaire régionale dans un délai de trente jours. La commission paritaire régionale dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour rendre un avis. Elle le transmet à la CPAM pour décision. Le directeur de la CPAM notifie alors à l'infirmière sa décision d'accorder ou de refuser la dérogation. Sa décision est motivée.

Au cours du premier trimestre de chaque année, la CPAM adresse à la commission paritaire nationale, à la commission paritaire régionale et à la commission paritaire départementale un document de synthèse récapitulant la liste de toutes les demandes de dérogation déposées de l'année précédente, leurs motifs et leurs conclusions.

e) Justificatifs d'activité ou d'expérience

Il appartient aux infirmières concernées de produire, à l'appui de leur demande d'installation ou de remplacement sous convention, la ou les attestations d'activité ou d'expérience validées par le ou les employeurs, permettant de vérifier que les conditions d'acquisition de l'expérience précitée sont bien remplies (date, durée exprimée en heures, lieu, nature de l'expérience, etc.).

Les infirmières libérales qui ont exercé sous convention ou les remplaçantes communiquent les attestations de paiement des cotisations sociales correspondant à leur activité et précisent la durée ainsi que le ou leurs lieux d'exercice.

5.2.3. Conditions d'exercice des remplaçantes

La remplaçante d'une infirmière placée sous le régime de la présente convention est tenue de se conformer aux règles suivantes :

- être titulaire d'un diplôme d'Etat d'infirmière et d'une autorisation de remplacement en cours de validité délivrée par le préfet du département de son lieu d'exercice principal ;
- conclure un contrat de remplacement avec l'infirmière libérale remplacée dès lors que le remplacement dépasse une durée de 24 heures ou s'il est d'une durée inférieure mais répétée ;
- ne remplacer au maximum que deux infirmières simultanément ;
- justifier d'une activité professionnelle de dix-huit mois, soit un total de 2 400 heures de temps de travail effectif, dans les six années précédant la date de demande de remplacement ;
- avoir réalisé cette activité professionnelle dans un établissement de soins, une structure de soins ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire tels que définis à l'article 5.2.2 de la présente convention.

La remplaçante d'une infirmière placée sous le régime de la présente convention est tenue de faire connaître aux caisses son numéro d'inscription à l'ordre des infirmiers ainsi que l'adresse du cabinet professionnel dans lequel elle assure son activité de remplaçant.

Durant la période effective de son remplacement, l'infirmière remplacée s'interdit toute activité dans le cadre conventionnel, à l'exception toutefois du suivi d'une formation continue conventionnelle.

Les caisses peuvent demander, en tant que de besoin, la communication de l'attestation de remplacement.

L'infirmière remplacée vérifie que l'infirmière remplaçante remplit bien les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention. Ainsi, elle s'engage à porter à la connaissance de sa remplaçante les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à elle dans ce cadre.

L'infirmière remplaçante prend la situation conventionnelle de l'infirmière qu'elle remplace. En conséquence, l'infirmière remplaçante ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, une infirmière déconventionnée.

Les points *c* et *d* de l'article 5.2.2 sont également applicables aux remplaçantes.

Concernant les cas particuliers, nécessitant une expérience complémentaire de douze mois en équipe de soins généraux dans les six dernières années, la durée d'exercice dans les six ans précédant la demande de remplacement, réalisée hors équipe de soins généraux ou groupement de coopération sanitaire, est réduite à dix-huit mois. De même, dans les douze ans précédant la demande, la durée d'exercice en équipe de soins généraux ou groupement de coopération sanitaire requise est de dix-huit mois pour les remplaçantes.

Concernant les dérogations exceptionnelles, la procédure et ses conditions sont similaires aux demandes d'installation sous convention telles que prévues par l'article 5.2.2 (*d*).

Si l'infirmière ne justifie pas d'une expérience de dix-huit mois comme définie au *a*) « Principes » de l'article 5.2.2 dans les six ans précédant sa demande, elle complète son expérience professionnelle à concurrence des dix-huit mois.

Les caisses s'engagent à identifier les infirmières remplaçantes dans les meilleurs délais dès lors qu'elles seront en possession d'un numéro à l'ordre des infirmiers. La question de l'identification des remplaçantes sera traitée dans le cadre d'un groupe de simplification administrative.

5.2.4. Documents ouvrant droit au remboursement des prestations

Les infirmières s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents sur support papier ou électronique conformes aux modèles prévus par les lois et règlements en vigueur.

Pour les actes dispensés dans un établissement ou une structure d'hébergement et non pris en charge par l'assurance maladie à un autre titre (forfait de soins...), les infirmières doivent noter sur la feuille de soins, à côté du pavé d'identification, l'adresse et la raison sociale de l'établissement (maison de retraite, foyer-logement...) ou de la structure où ont été effectués les soins.

L'UNCAM s'engage à consulter les organisations syndicales nationales signataires préalablement à toute création ou modification d'imprimés nécessaires à l'application de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale.

5.2.5. Rédaction des ordonnances

L'infirmière formule ses prescriptions sur une ordonnance portant, de façon lisible, son nom, son adresse, son numéro d'identification et sa signature ainsi que le nom et le prénom du bénéficiaire. Enfin, la date de la prescription doit figurer sur l'ordonnance.

Les ordonnances sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision nécessaire ; elles doivent être conformes à la réglementation en vigueur. Ainsi les infirmières ne peuvent rédiger d'ordonnance que pendant la durée d'une prescription médicale d'actes infirmiers, sauf indication contraire du médecin et sous réserve, pour certains dispositifs médicaux, d'une information du médecin traitant désigné par le patient.

En application de l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale, lorsqu'elle prescrit un dispositif médical non remboursable, l'infirmière en informe son patient et porte la mention « NR » sur l'ordonnance, en face du dispositif médical concerné.

Les parties signataires à la présente convention s'engagent à porter à la connaissance des partenaires locaux toute information utile sur les modalités d'application du droit de prescription des infirmières.

5.2.6. Facturation des honoraires

Lors de chaque acte, l'infirmière porte sur la feuille de soins ou le document de facturation toutes les indications prévues par la réglementation en vigueur.

Lorsqu'elle réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, l'infirmière est tenue de mentionner ces actes sur une feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu.

Lorsque l'infirmière réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, elle n'établit pas de feuilles de soins ni d'autre support en tenant lieu, conformément aux articles L. 162-4 et L. 162-8 du code de la sécurité sociale.

La prestation des soins, y compris lorsqu'il s'agit d'actes en série, doit être mentionnée au jour le jour, en utilisant la cotation prévue à la Nomenclature générale des actes professionnels.

Pour les assurés bénéficiaires d'actes dispensés à titre gratuit, l'infirmière porte sur la feuille de soins la mention « acte à titre gratuit ».

Elle est tenue d'inscrire, sur la feuille de soins ou le document de facturation, l'intégralité du montant des honoraires (y compris le DE) qu'elle a perçus au titre des actes remboursables et en donne l'acquit par sa signature.

Elle ne donne l'acquit que pour les actes qu'elle a accomplis personnellement, et pour lesquels elle a perçu l'intégralité des honoraires dus, réserve faite des dispositions des articles 5.2.6 et 5.2.7 au point *b*.

En cas d'actes en série, sous réserve de respecter les dispositions prévues au présent point, l'infirmière peut éventuellement donner l'acquit des honoraires lorsque la série des séances est achevée.

Sous réserve d'une modification éventuelle de la réglementation en vigueur, l'infirmière remplit et signe les imprimés nécessaires aux demandes d'entente préalable dans les conditions prévues à la Nomenclature générale des actes professionnels.

En aucun cas la feuille de soins acquittée ne doit être conservée par l'infirmière, sous réserve des dispositions réglementaires ou contractuelles particulières applicables à certaines catégories d'assurés.

5.2.7. Modalités de paiement des honoraires

a) *Le règlement direct*

Le patient règle directement à l'infirmière ses honoraires. Seuls donnent lieu à un remboursement par l'assurance maladie les actes pour lesquels l'infirmière atteste qu'ils ont été dispensés et rémunérés, conformément à la réglementation en vigueur.

Pour les assurés bénéficiaires d'actes dispensés à titre gratuit, l'infirmière peut porter, sur la feuille de soins, la mention « acte gratuit ».

b) *Modalité particulière : dispense d'avance des frais*

En dehors des cas de dispenses d'avance des frais légales (aide médicale d'Etat, CMU, AT...), l'infirmière libérale peut accepter, dans des cas exceptionnels justifiés par des situations sociales particulières, le paiement différé de ses honoraires.

Dans ce cas, l'infirmière coche, sur la feuille de soins, la ou les cases suivantes : « l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire » et/ou « l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire ».

La procédure de paiement différé des honoraires s'applique pour les dépenses relevant des risques maladie et maternité, au sens du code de la sécurité sociale.

La procédure de dispense d'avance des frais est laissée à l'appréciation de l'infirmière.

En l'absence d'ouverture des droits aux prestations, la caisse en avise l'infirmière et l'assuré. Elle restitue le dossier de l'assuré concerné à l'infirmière.

En cas d'erreur de transmission du dossier, la caisse précise, s'il y a lieu, l'organisme dont relève l'assuré afin que l'infirmière le lui transmette.

En l'absence d'exonération du ticket modérateur constatée lors de la liquidation, la caisse règle la part due par l'assurance maladie à l'infirmière.

Le recouvrement de la participation de l'assuré est laissé à la diligence de l'infirmière.

L'infirmière ne peut, lorsqu'elle utilise cette procédure, appliquer les dispositions de la convention concernant les dépassements (DE).

Le règlement des dossiers s'effectuera directement par la caisse à l'infirmière, pour la part obligatoire, dans un délai qui ne saurait excéder quinze jours en cas de feuille de soins papier et cinq jours en cas de feuille de soins électronique.

5.3. Télétransmission des documents nécessaires au remboursement

Dans le cadre de la réglementation relative à la télétransmission des feuilles de soins électroniques, les parties signataires ont défini comme suit les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement des actes.

5.3.1. Télétransmission des feuilles de soins électroniques par les infirmières et infirmiers libéraux

Toute infirmière ou infirmier adhérant à la présente convention s'engage à proposer le service de la télétransmission des feuilles de soins aux assurés sociaux.

Il met en œuvre les moyens nécessaires à la réalisation et à l'émission des feuilles de soins électroniques conformément à la réglementation et à la dernière version du cahier des charges ou l'addendum du cahier des charges, publié par le GIE SESAM-Vitale.

Les parties signataires à la convention favorisent la procédure d'échange électronique des feuilles de soins sécurisées, notamment en menant des actions partenariales en direction des infirmières et infirmiers qui ne facturent pas sous format électronique SESAM-Vitale.

Dans le cadre de la télétransmission des documents nécessaires au remboursement, les partenaires conventionnels considèrent comme une priorité la mise à disposition au niveau des cabinets multipraticiens d'une procédure de simplification de gestion des échanges électroniques. Cette mesure est de nature à favoriser le regroupement des professionnels et indirectement peut impacter la régulation démographique.

Ces actions se traduisent notamment par l'identification des correspondants dans chaque organisme local de l'assurance maladie, de manière à apporter toutes les informations, l'assistance et le conseil qui leur sont nécessaires, sur le dispositif SESAM-Vitale et sa mise en œuvre.

Compte tenu des aides décrites ci-après, les parties signataires conviennent de faire progresser de manière significative le taux de télétransmission des feuilles de soins électroniques d'ici le terme de la convention. Ils s'engagent sur une progression annuelle du taux de télétransmission, avec pour objectif d'atteindre à terme un taux de télétransmission de l'ordre de 85 %.

Les parties signataires s'accordent pour considérer que c'est par l'incitation des praticiens à télétransmettre, et non par des sanctions conventionnelles, que cet objectif pourra être atteint.

a) Mise en œuvre de la télétransmission

L'infirmière ou l'infirmier a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il (elle) effectue la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE).

Pour assurer l'élaboration et la télétransmission des feuilles de soins électroniques sécurisées, l'infirmière ou l'infirmier s'engage à se doter :

- ou bien d'un logiciel agréé par le Centre national de dépôt et d'agrément de l'assurance maladie (CNDA) et d'un lecteur de cartes homologué conforme aux référentiels publiés par le GIE SESAM-Vitale ;
- ou bien d'un dispositif équivalent, homologué conforme au référentiel publié par le GIE SESAM-Vitale ;
- et des moyens de télécommunication suffisants.

b) Carte de professionnel de santé

La réalisation et l'émission de feuilles de soins électroniques conformément aux spécifications SESAM-Vitale nécessitent l'utilisation d'une carte de professionnel de santé.

L'infirmière ou l'infirmier se dote d'une carte de professionnel de santé (CPS ou CPE).

c) Liberté de choix du réseau

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant le protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale.

L'infirmière ou l'infirmier a le libre choix de son fournisseur d'accès internet ou de tout service informatique dès lors qu'il est conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale et compatible avec la configuration de son équipement.

Le professionnel peut aussi recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et relatives à la confidentialité et à l'intégrité des feuilles de soins électroniques.

Cet organisme tiers, dont l'infirmière ou l'infirmier a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité du professionnel de santé, avec lequel il conclut un contrat à cet effet.

Lorsqu'il (elle) souhaite utiliser les services d'un OCT, l'infirmière ou l'infirmier doit impérativement s'assurer que les procédures de mise en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de flux électroniques.

25 juillet 2007

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 33 sur 140

d) Procédure de transmission des feuilles de soins électroniques

Paragraphe 1

Etablissement de la feuille de soins électronique

La télétransmission des feuilles de soins électroniques s'applique à l'ensemble des infirmières et infirmiers, et des caisses d'assurance maladie du territoire national selon des règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur, complétées des dispositions de la présente convention. L'infirmière ou l'infirmier réalise des télétransmissions des feuilles de soins électroniques pour toutes les catégories d'assurés sociaux.

Paragraphe 2

Validité des informations contenues dans la carte

Les informations contenues dans la carte d'assurance maladie le jour de la réalisation de l'acte sont opposables aux caisses comme à l'infirmière ou à l'infirmier et sont seules prises en compte pour le règlement des prestations dues.

La mise à jour par l'assuré des données administratives contenues dans la carte d'assurance maladie, en particulier pour ce qui concerne la validité des droits ou l'ouverture d'une exonération du ticket modérateur, est de la seule responsabilité des caisses.

Paragraphe 3

Garantie de paiement

Les caisses d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement aux infirmières et infirmiers de la part obligatoire des prestations facturées dans la feuille de soins électronique, sur la base des informations relatives à la couverture maladie obligatoire contenues dans la carte d'assurance maladie au jour de sa présentation.

La garantie de paiement intervient sous réserve que la carte ne figure pas sur la liste d'opposition, laquelle fera l'objet, dès qu'elle sera disponible, d'une consultation en ligne en temps réel.

e) Transmission des feuilles de soins électroniques

L'infirmière ou l'infirmier s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés.

Paragraphe 1

Tiers payant légal

La gestion du tiers payant légal par l'assurance maladie obligatoire suit les mêmes modalités que celles de la délégation de paiement conventionnelle.

Paragraphe 2

Tri et transmission des ordonnances

En cas de dispense d'avance des frais et sauf disposition particulière énoncée à l'alinéa suivant, l'infirmière ou l'infirmier s'engage à transmettre simultanément les ordonnances papier à l'organisme d'assurance maladie (régime de l'assuré mais circonscription d'exercice du professionnel de santé) dans les mêmes délais que ceux réglementairement prévus pour la transmission des feuilles de soins électroniques, et non à la caisse gestionnaire de l'assuré.

Si l'ordonnance est déjà transmise à la caisse de l'assuré avec une demande d'entente préalable ou si l'ordonnance est transmise à l'appui d'une feuille de soins antérieure, aucune copie n'en sera exigée par la caisse.

Dans tous les cas, l'ordonnance est nécessaire pour la prise en charge des soins.

Paragraphe 3

Traitement des incidents

Informations réciproques

Les partenaires conventionnels s'engagent à s'informer réciproquement de tout dysfonctionnement du système et à collaborer pour y apporter une réponse appropriée dans les meilleurs délais.

Dysfonctionnement lors de l'élaboration des feuilles de soins électroniques

En cas de dispense d'avance des frais, de tiers payant ou d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique sécurisée, chaque organisme d'assurance maladie peut autoriser l'infirmière ou l'infirmier à lui transmettre des feuilles de soins électroniques en mode « dégradé », c'est-à-dire non signées électroniquement par l'assuré. Parallèlement, l'infirmière ou l'infirmier transmet la feuille de soins papier correspondante à l'organisme d'assurance maladie. La feuille de soins ainsi transmise comporte explicitement la notion de télétransmission en mode « dégradé ».

Dans tous les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, l'infirmière ou l'infirmier remplit une feuille de soins sur support papier sans mention particulière.

Dysfonctionnement lors de la transmission des feuilles de soins électroniques

En cas d'échec de la télétransmission d'une feuille de soins électronique, l'infirmière ou l'infirmier fait une nouvelle tentative dans le délai réglementairement prévu par l'article R. 161-47 du code de la sécurité sociale. L'infirmière dispose, à compter de l'accusé de réception de l'organisme d'assurance maladie mentionnant une altération des documents transmis ou en l'absence de l'accusé de réception dans les deux jours ouvrés suivant leur transmission, de deux jours ouvrés pour transmettre à nouveau les documents ou, au plus tard jusqu'à la transmission d'une nouvelle feuille de soins.

En cas de nouvel échec dans la télétransmission de la feuille de soins électronique, et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, l'infirmière ou l'infirmier établit un duplicata sous forme papier de la feuille de soins électronique. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la FSE non transmise (numéro de FSE et de lot).

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais consentie à l'assuré, l'infirmière ou l'infirmier signe le duplicata et le remet à l'assuré.

En cas de duplicata de dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, l'infirmière ou l'infirmier adresse à la caisse gestionnaire de l'assuré le duplicata de feuille de soins signé par lui-même et si possible par l'assuré ; à défaut, il (elle) coche la case « l'assuré n'a pas pu signer ».

Paragraphe 4

Les retours d'information

Les retours tiers sont les informations transmises par l'assurance maladie sous la norme NOEMIE concernant l'état de la liquidation des prestations servies par l'infirmière ou l'infirmier.

Les caisses s'engagent à développer la norme NOEMIE afin de permettre aux professionnels de santé de disposer des informations utiles et d'améliorer leur lisibilité. Son développement implique en particulier la définition des informations essentielles permettant l'identification et le traitement de la facturation de tout autre paiement ou régulation comptable.

Les parties signataires définissent les principaux éléments du retour :

- le libellé sera identifié par les caractéristiques de la facture transmise. Il sera commun à tous les organismes d'assurance maladie obligatoire, exceptées les situations spécifiques ;
- le retour correspondra au virement bancaire effectué sur la base du total du remboursement issu des traitements effectués par la caisse pour une journée comptable donnée. Il ne peut pas être partiel ;
- le cumul, la régulation ou la récupération d'indus seront clairement signalés ;
- le rejet sera accompagné des informations permettant d'identifier l'erreur. Il impliquera la modification et le renvoi de la facture par l'infirmière ou l'infirmier ;
- tout mouvement financier ou paiement conventionnellement prévu sera spécifié distinctement des factures honorées.

5.3.2. Maintenance et évolution du système SESAM-Vitale

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour spécifier et organiser au mieux les évolutions du système SESAM-Vitale imposées par la réglementation, contraintes par des changements techniques ou demandées par les usagers ;
- pour faciliter aux infirmières et infirmiers les opérations de mise à jour du système qui les concernent.

L'infirmière ou l'infirmier met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la dernière version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux et pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques, également en cas de dysfonctionnement de son équipement.

5.3.3. Aides à la télétransmission

a) *Aide pérenne*

Les infirmières et infirmiers reçoivent à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention, une aide forfaitaire annuelle d'un montant de 300 euros.

Cette aide est octroyée pour les FSE élaborées, émises par l'infirmière ou l'infirmier et reçues par la caisse conformément aux spécifications SESAM-Vitale, lorsque la part d'activité télétransmise correspond au moins à 70 %. Concernant les infirmières et infirmiers dont le taux de télétransmission se situe entre 65 % et 70 %, la commission paritaire départementale examinera les situations individuelles et, en fonction des motifs de non atteinte du taux de 70 %, pourra décider à titre dérogatoire du versement de l'aide pérenne.

Le taux de télétransmission est égal au ratio entre le nombre d'actes télétransmis et le nombre d'actes total établi selon les données issues du système national informationnel de l'assurance maladie. Le calcul s'effectue sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année considérée ou, lorsque le professionnel a démarré la télétransmission au cours de l'année, à compter du premier jour du mois qui suit sa date de première feuille de soins électronique sécurisée.

La télétransmission d'une feuille de soins non sécurisée ne peut faire l'objet d'une aide à la télétransmission.

b) *Aide à la maintenance*

En contrepartie de l'obligation de maintenance, une aide forfaitaire de 100 euros sera versée chaque année à la condition d'avoir transmis au moins une feuille de soins électronique sécurisée au cours de l'année considérée.

c) *Aide CPS*

Les coûts relatifs à l'attribution de la carte de professionnel de santé sont pris en charge par les caisses pour la durée de la présente convention.

d) *Modalités de versement*

Chaque aide est versée annuellement par les caisses d'assurance maladie, au plus tard au mois de mars de chaque année, au titre de l'année civile précédente.

Chaque aide est versée par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'installation de l'infirmière ou de l'infirmier, pour le compte de l'ensemble des régimes.

La période prise en compte pour le calcul du taux de télétransmission est individualisée par professionnel et calculée à compter du premier jour du mois suivant l'émission de la première feuille de soins électronique.

5.3.4. Comité technique paritaire permanent

L'information des procédures, la dématérialisation des documents, le développement des échanges électroniques, la mise en place des services en ligne, s'inscrivent dans le cadre des échanges entre les infirmières et les infirmiers et les caisses d'assurance maladie.

Ces échanges doivent permettre à chaque partie d'évaluer et d'harmoniser ses propres besoins par une réponse technique appropriée.

Un comité technique paritaire permanent (CTPP) sera donc instauré près la CPN. Il est composé selon la même représentation que la CPN.

Ce comité se réunira au moins deux fois par an et (ou) à la demande d'une des parties en tant que de besoin.

5.4. Cotation et hiérarchisation des actes

5.4.1. Cotation et codage des actes

Les infirmières s'engagent à respecter les dispositions prévues à la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et à en utiliser les cotations.

Les parties signataires rappellent que le maintien de la distribution de soins à un haut niveau de qualité s'accompagne d'une révision d'ensemble puis d'une adaptation régulière de la nomenclature générale des actes professionnels.

Les parties signataires entendent promouvoir des soins de haute qualité, par une prise en charge des malades par les infirmières comportant notamment l'analyse de situation des patients, l'accomplissement de leur rôle propre, les contrôles préalables à l'exécution des soins, la surveillance et le dépistage des réactions immédiates et des effets secondaires, la relation d'aide thérapeutique, la transmission des informations et l'identification des besoins en suppléances.

Les syndicats signataires et les caisses s'engagent à faciliter la mise en œuvre du codage des actes pour ce qui concerne les infirmières et infirmiers.

25 juillet 2007

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 33 sur 140

5.4.2. Commission de hiérarchisation des actes infirmiers

Une commission de hiérarchisation des actes et prestations infirmiers est mise en place en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

a) *Rôle de la commission*

La commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des actes et prestations infirmiers pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie et de valider la hiérarchisation qui en résulte. Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts, des sociétés savantes ou des experts économistes.

b) *Composition de la commission*

La commission est composée de représentants des syndicats représentatifs et de représentants de l'UNCAM. Un représentant de l'Etat assiste à ses travaux.

Sont membres avec voix délibérative :

Deux collèges comprenant autant de membres chacun :

- le collège professionnel, composé de deux représentants pour chaque syndicat représentatif des infirmiers, avec, pour chacun d'entre eux, un titulaire et un suppléant ;
- le collège de l'UNCAM comprenant autant de membres (titulaires et suppléants) que le collège professionnel ;
- un président désigné d'un commun accord par les membres de la commission.

Peuvent assister aux travaux avec voix consultative :

- un représentant de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ou de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ;
- un représentant de la Haute Autorité de santé (HAS).

Le secrétariat de cette commission est assuré par l'UNCAM.

c) *Indemnisation des membres de la commission*

Le président et les membres titulaires du collège professionnel de la commission ou, en leur absence, les membres suppléants perçoivent une indemnité pour perte de ressources dont le montant est établi selon les règles d'indemnisation définies par la convention nationale des infirmières et infirmiers pour la commission paritaire nationale.

Les frais de déplacement du président, des membres titulaires du collège professionnel de la commission (ou, en leur absence, des membres suppléants) et des personnalités ou experts désignés par le président après avis de la commission sont pris en charge par la CNAMTS dans les conditions applicables aux agents de direction de la CNAMTS.

Des honoraires peuvent être versés aux personnalités ou experts désignés par le président après avis de la commission. Le montant de ces honoraires est fixé au cas par cas par le président, en fonction de l'importance des travaux demandés.

d) *Règlement intérieur*

La commission élabore et adopte un règlement intérieur, qui précise notamment les règles de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et de vote.

5.5. Honoraires

5.5.1. Fixation des honoraires

L'infirmière établit ses honoraires conformément aux dispositions de la présente convention et aux tarifs en vigueur au jour de la réalisation de l'acte.

Les tarifs d'honoraires, frais accessoires et les majorations correspondant aux soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés à l'annexe 9.1 de la présente convention.

5.5.2. Dépassements

L'infirmière peut appliquer un dépassement d'honoraires dans les deux situations suivantes :

- circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade (DE) ;
- lorsque le déplacement n'est pas prescrit (DD).

Elle indique le motif du dépassement sur la feuille de soins (DE ou DD) et en avertit l'assuré dès le début des soins.

Dans les cas prévus ci-dessus, l'infirmière fixe ses honoraires avec tact et mesure et indique le montant total perçu sur la feuille de soins.

TITRE VI

DISPOSITIONS SOCIALES

Les parties signataires de la convention conviennent que les caisses d'assurance maladie participeront au financement des cotisations sociales dues par les infirmières et infirmiers libéraux conventionnés selon les modalités suivantes.

Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les infirmières et infirmiers libéraux conventionnés doivent une cotisation prévue à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale.

La participation des caisses est assise sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires. Cette participation correspond à 9,7 % de ce montant.

Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse prévu à l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale, la participation des caisses à la cotisation due par les infirmières et infirmiers libéraux conventionnés est fixée au double de la cotisation des infirmières et infirmiers libéraux bénéficiaires. Le montant de cette dernière est fixé à quarante fois la valeur de l'index AMV.

Ces dispositions pourront être revues ultérieurement par les partenaires dans le cadre de la convention, ou, éventuellement, dans le cadre d'un accord commun interprofessionnel.

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel, par :

- la CPAM du lieu d'installation de l'infirmière ou infirmier libéral(e) pour la cotisation due au titre du régime d'assurance maladie, maternité et décès ;
- chacun des organismes participant au financement pour la cotisation due au titre du régime des avantages complémentaire vieillesse.

Le montant annuel de la participation des caisses aux cotisations sociales des infirmières et infirmiers libéraux est réparti entre les régimes d'assurances maladie selon des clefs fixées par arrêté interministériel pour les répartitions de la contribution prévue à l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale et des remises prévues à l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale.

TITRE VII

VIE CONVENTIONNELLE

7.1. *Durée et résiliation de la convention*

7.1.1. **Durée de la convention**

La convention est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur du texte.

Les parties signataires s'engagent à se concerter six mois avant l'expiration de la période de validité de la convention en vue d'étudier, en commun, les résultats de l'application de la convention et des adaptations qui leur apparaîtraient devoir y être apportées.

7.1.2. **Résiliation de la convention**

La présente convention peut être résiliée, soit par une décision de l'UNCAM, soit par décision conjointe des organisations syndicales représentatives signataires, dans les cas suivants :

- non-respect grave et répété des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les infirmières et infirmiers libéraux.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception adressée à tous les signataires de la convention. La résiliation ne prend effet qu'à échéance d'un délai de deux mois à compter de l'envoi de la lettre recommandée. L'UNCAM invite alors les organisations syndicales représentatives à engager de nouvelles négociations conventionnelles dans un délai de six mois.

7.2. *Modalités de notification et d'adhésion des praticiens*

7.2.1. **Notification**

Les URCAM notifient par courrier aux infirmières et infirmiers exerçant dans les conditions définies à l'article 5.1 le présent texte conventionnel, ainsi que ses avenants, dans le mois qui suit leur publication.

7.2.2. **Modalités d'adhésion**

Les infirmières et infirmiers précédemment conventionnés à la date d'entrée en vigueur de la convention sont considérés comme y adhérant tacitement.

L'infirmière ou l'infirmier qui souhaite ne plus être régi par les dispositions de la convention en informe la caisse primaire de son lieu d'installation par lettre recommandée avec avis de réception. Sa décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse.

Les infirmières et infirmiers précédemment placés en dehors de la convention nationale, de même que les professionnels qui s'installent en exercice libéral au cours de la vie conventionnelle et qui souhaitent adhérer à la convention en font la demande par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité. Leur adhésion à la convention est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de leur demande.

7.3. *Les instances conventionnelles*

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle et mettent en place pour en faciliter l'exercice :

- une commission paritaire nationale ;
- une commission paritaire dans chaque région correspondant aux circonscriptions des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) ;
- une commission paritaire dans chaque département.

7.3.1. **La commission paritaire nationale (CPN)**

Il est institué, entre parties signataires, une commission nationale composée paritairement. Elle se réunit en tant que de besoin et au minimum trois fois par an.

a) *Composition*

La CPN est composée pour moitié :

- de représentants des organisations syndicales signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle ;
- de représentants de l'UNCAM, qui constituent la section sociale.

La présidence de la section professionnelle est confiée au syndicat reconnu comme le plus représentatif.

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 8 sièges répartis comme suit :

- 2 infirmières ou infirmiers désignés par Convergence infirmière ;
- 2 infirmières ou infirmiers désignés par la Fédération nationale des infirmiers (FNI) ;
- 2 infirmières ou infirmiers désignés par l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux (ONSIL) ;
- 2 infirmières ou infirmiers désignés par le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL).

Les représentants des syndicats signataires sont désignés parmi leurs adhérents placés sous le régime de la présente convention. Seuls les infirmières et infirmiers conventionnés libéraux en exercice peuvent siéger dans cette instance.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Section sociale

La section sociale comprend 8 représentants de l'UNCAM, dont 2 praticiens conseils, répartis comme suit :

- 5 représentants pour le régime général : 2 administratifs, 1 conseiller, 2 praticiens-conseil ;
- 2 représentants pour le régime agricole ;
- 1 représentant pour le régime social des indépendants.

La qualité de membre d'une profession de santé libérale en exercice est incompatible avec celle de représentant de la section sociale à la commission paritaire nationale.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

b) *Missions*

La CPN a un rôle d'orientation et de coordination par une concertation permanente entre les caisses nationales d'assurance maladie et les organisations syndicales nationales signataires de la présente convention ; elle décide des actions à mener afin de garantir la réussite de la politique conventionnelle et assure le suivi régulier des différents aspects de la vie conventionnelle.

Ses travaux portent sur l'ensemble du champ conventionnel, et en particulier sur :

Le suivi de l'évolution des dépenses d'assurance maladie concernant les soins infirmiers ; elle étudie toutes les statistiques concernant les soins ambulatoires et hospitaliers dont l'UNCAM dispose ;

L'étude des documents de synthèse récapitulant les demandes d'installation et de remplacement à titre dérogatoire déposées et leur motif, adressés par les CPAM au cours du premier trimestre de chaque année ;

L'élaboration et le suivi d'outils de régulation nationaux, ainsi que, le cas échéant, la définition des modalités de leur mise en œuvre au niveau régional ;

La proposition d'actions permettant de préciser les conditions de prise en charge des soins et/ou de renforcer le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux conditions de prise en charge des actes, ainsi que les modalités de paiement et de remboursement de ces actes ;

La préparation des avenants et annexes à la convention ;

La mise en œuvre de mesures facilitant l'exercice de la profession.

Enfin, la CPN :

- installe la Commission paritaire nationale de formation continue conventionnelle (CPN-FCC), dont les missions sont décrites au titre VIII de la présente convention ;
- installe et suit les travaux du Comité technique paritaire permanent (CTPP), décrit à l'article 5.3.4 ;
- étudie, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires, d'une commission paritaire régionale ou départementale, tout problème d'ordre général soulevé par les rapports entre les infirmières et infirmiers et les caisses ; la CPN propose alors une solution pour régler ces difficultés ;
- prend toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances paritaires.
- fait des propositions en cas de carence d'une commission paritaire départementale ou régionale dans l'hypothèse de sa non-installation dans les trois mois.

7.3.2. La commission paritaire régionale (CPR)

Il est institué une commission régionale composée paritairement. Elle se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

a) Composition

La CPR est composée pour moitié :

- de représentants des organisations syndicales signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle ;
- de représentants des caisses d'assurance maladie, qui constituent la section sociale.

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 8 sièges répartis entre :

- 2 infirmières et infirmiers représentant Convergence infirmière ;
- 2 infirmières et infirmiers représentant la Fédération nationale des infirmiers (FNI) ;
- 2 infirmières et infirmiers représentant l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux (ONSIL) ;
- 2 infirmières et infirmiers représentant le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL).

Les représentants régionaux des syndicats d'infirmières et infirmiers signataires sont désignés parmi leurs adhérents libéraux conventionnés et exerçant à titre principal dans la région.

Néanmoins, les membres de la section professionnelle de la commission paritaire nationale peuvent s'accorder sur une répartition régionale différente, notamment dans les régions où il existe une carence d'une ou de plusieurs représentations.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Section sociale

La section sociale comprend 8 sièges, dont 2 praticiens-conseils, répartis comme suit :

- 5 représentants pour le régime général : 2 administratifs, 1 conseiller, 2 praticiens-conseil ;
- 2 représentants pour le régime agricole ;
- 1 représentant pour le régime social des indépendants.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

b) Missions

Les CPR ont notamment pour mission en matière de régulation de la démographie des infirmières et infirmiers libéraux de :

- contribuer aux travaux de la mission régionale de santé en étant son interlocuteur privilégié dans sa mission relative aux orientations sur l'évolution de la répartition territoriale des infirmières et infirmiers libéraux et la définition des zones géographiques déficitaires en matière d'accès de la population aux actes infirmiers ;

25 juillet 2007

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 33 sur 140

- mettre en œuvre et suivre les dispositifs conventionnels que les parties signataires pourraient adopter dans le cadre prévu à l'article 2.1 de la présente convention ;
- suivre l'évolution régionale des dépenses en soins actes infirmiers et les analyser au regard des besoins de santé de la population et de la morbidité régionale, afin de déterminer et d'orienter les actions prévisionnelles prioritaires en matière de santé publique ;
- donner un avis sur les dossiers des infirmières qui souhaitent s'installer à titre libéral ou remplacer sous convention, en cas de carence de la commission paritaire départementale, dans les conditions suivant la procédure dérogatoire définies par l'article 5.2.2 ;
- étudier les documents de synthèse récapitulant les demandes d'installation ou de remplacement à titre dérogatoire déposées et leur motif, adressés par les CPAM au cours du premier trimestre de chaque année.

La CPR adresse à la CPN, au cours du dernier trimestre de chaque année, un rapport sur ses activités de l'année en cours ; elle informe régulièrement l'instance nationale de ses travaux.

7.3.3. La commission paritaire départementale (CPD)

Il est institué une commission départementale composée paritairement. Elle se réunit en tant que de besoin et au minimum trois fois par an.

a) Composition

La CPD est composée pour moitié :

- de représentants des organisations syndicales signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle ;
- de représentants des caisses d'assurance maladie, qui constituent la section sociale.

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 8 sièges répartis entre :

- 2 infirmières et infirmiers représentant Convergence infirmière ;
- 2 infirmières et infirmiers représentant la Fédération nationale des infirmiers (FNI) ;
- 2 infirmières et infirmiers représentant l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux (ONSIL) ;
- 2 infirmières et infirmiers représentant le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIL).

Néanmoins, les membres de la section professionnelle de la commission paritaire nationale peuvent s'accorder sur une répartition départementale différente, notamment dans les départements où il existe une carence d'une ou de plusieurs représentations.

Les représentants départementaux des syndicats d'infirmières et infirmiers signataires sont désignés parmi leurs adhérents libéraux conventionnés et exerçant à titre principal dans le département du ressort de la CPD.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Section sociale

La section sociale comprend 8 sièges, dont 2 praticiens-conseils, et répartis comme suit :

- 5 représentants pour le régime général : 2 administratifs, 1 conseiller, 2 praticiens-conseils ;
- 2 représentants pour le régime agricole ;
- 1 représentant pour le régime social des indépendants.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

b) Missions

La CPD a pour rôle de faciliter l'application de la convention par une concertation permanente au plan local entre les caisses et les représentants des infirmières et infirmiers.

La CPD a également pour missions, notamment :

- d'analyser les dépenses d'assurance maladie relatives aux soins dispensés par les infirmières et les infirmiers présentées par les caisses ;
- de suivre la mise en œuvre de l'application des recommandations de la HAS ;
- de s'assurer du respect de l'égal accès de la population aux soins infirmiers ;
- d'examiner les demandes d'installation sous convention à titre exceptionnel conformément aux conditions et procédures définies au point d de l'article 5.2.2 de la présente convention ;
- d'étudier les documents de synthèse récapitulant les demandes d'installation et de remplacement à titre dérogatoire déposées et leur motif adressés par les CPAM ;

- de veiller au respect de la présente convention par les parties.

La CPD étudie toutes les statistiques concernant les soins ambulatoires et hospitaliers dont l'assurance maladie dispose. Elle peut, par ailleurs, entamer tous travaux sur les thèmes de nature économique, médicale ou sociale et diligenter des enquêtes.

La CPD rend un avis sur les situations individuelles de non-respect des règles conventionnelles constatées par les caisses, conformément à la procédure décrite à l'article 7.4.1, point *b*, du présent texte.

La CPD adresse à la CPN, au cours du dernier trimestre de chaque année, un rapport sur ses activités et travaux au cours de l'année écoulée.

7.3.4. Dispositions communes aux instances

Les instances conventionnelles sont mises en place dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur de la convention.

Pour ce qui concerne les CPD et CPR, lorsque la commission n'est pas constituée dans le délai de trois mois du fait d'un désaccord entre les syndicats sur leur représentation respective, la section professionnelle de la CPN dispose d'un délai d'un mois pour proposer une composition.

Si aucune proposition n'est faite dans ce délai ou si les représentants au niveau local ne l'acceptent pas, la section sociale se substitue de plein droit dans les attributions de la commission, le temps que celle-ci se mette en place.

En l'absence de signature d'un des syndicats visés aux points *a* des articles 7.3.2 et 7.3.3 ou à défaut de représentants ou de représentation syndicale départementale ou régionale appartenant à une organisation professionnelle signataire, la totalité des sièges est attribuée aux représentants des autres organisations syndicales signataires représentées dans le département ou dans la région.

Chaque instance adopte un règlement intérieur, reprenant *a minima* le règlement type en annexe, qui précise notamment les règles de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et les procédures de vote. Dans le cas où un règlement intérieur ne serait pas adopté par la commission, le règlement type annexé à la convention s'appliquera en l'état.

Les présidents de chacune des sections assurent, par alternance annuelle (année civile), la présidence et la vice-présidence de l'instance.

Les sections professionnelle et sociale s'engagent à être toujours représentées dans des conditions permettant le fonctionnement des commissions.

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'UNCAM pour la CPN, l'URCAM pour la CPR, et la caisse d'assurance maladie locale pour la CPD. Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance et rédige chaque année un bilan d'activité.

Chaque instance, ainsi que chacune de ses sections, fait appel aux conseillers techniques dont elle juge la présence nécessaire. Le nombre de conseillers est limité à un par syndicat. Les conseillers techniques n'interviennent que sur le point inscrit à l'ordre du jour pour lequel leur compétence est requise.

En cas de cessation de fonction de l'un des membres, celui-ci en informe la commission dont il était membre ; la partie intéressée pourvoit alors à son remplacement dans les trente jours suivant cette cessation.

Les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité de vacation égale à 35 AMI par demi-journée et une indemnité de déplacement dans les conditions prévues par le règlement intérieur de l'instance à laquelle ils appartiennent. Les mêmes dispositions s'appliquent aux infirmières et infirmiers qui participent à la CPN-FCC, au CTPP et aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles, ainsi qu'à la commission chargée de déterminer les règles de hiérarchisation des actes et prestations.

7.4. Mesures conventionnelles

7.4.1. Non-respect des dispositions de la présente convention

Les parties signataires sont convenues de définir dans le présent paragraphe les situations pour lesquelles un professionnel qui, dans son exercice, ne respecte pas ses engagements conventionnels est susceptible de faire l'objet d'un examen de sa situation par les instances paritaires et d'une éventuelle sanction.

Les partenaires conventionnels souhaitent néanmoins que les caisses, les CPD et les professionnels favorisent autant que possible le dialogue et la concertation avant d'entamer une procédure.

Ils rappellent que les sanctions conventionnelles visent avant tout à atteindre un changement durable de comportement qui ne serait pas conforme à la convention.

a) *Non-respect des règles conventionnelles constaté par une caisse*

En cas de constatation, par une caisse, du non-respect des dispositions de la présente convention par une infirmière ou un infirmier libéral, notamment sur :

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables ;

- l'utilisation abusive du DE ;
- la non-utilisation ou la mauvaise utilisation, de façon répétée, des documents ou de la procédure auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ;
- la non-inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de l'article 5.2.6 de la présente convention ;
- le non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (NGAP),

la procédure décrite au *b* peut être mise en œuvre.

b) Procédure

Paragraphe 1 :

La CPAM du lieu d'implantation du cabinet professionnel principal qui constate le non-respect par une infirmière ou un infirmier des dispositions de la présente convention lui adresse un avertissement par lettre recommandée avec accusé de réception. L'avertissement doit comporter l'ensemble des faits qui sont reprochés au professionnel.

L'infirmière ou l'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique :

- si, à l'issue de ce délai, l'infirmière ou l'infirmier n'a pas modifié la pratique reprochée, la CPAM du lieu d'implantation du cabinet professionnel principal, qui agit pour le compte de l'ensemble des caisses, communique le relevé des constatations à l'infirmière ou à l'infirmier concerné par lettre recommandée avec avis de réception, avec copie aux membres titulaires des deux sections de la CPD ;
- la CPAM procédera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai d'un an suivant le courrier d'avertissement non suivi de sanction, l'infirmière ou l'infirmier a renouvelé les mêmes faits reprochés.

Paragraphe 2 :

L'infirmière ou l'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de communication du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles et/ou être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. L'infirmière ou l'infirmier peut se faire assister par un avocat ou une infirmière de son choix exerçant régulièrement sa profession et placée sous le régime de la présente convention.

La CPD, pour donner son avis, invite l'infirmière à lui faire connaître ses observations écrites et demande à l'entendre dans un délai qu'elle lui fixe. Dans le même temps, l'infirmière peut être entendue à sa demande par la CPD, elle peut se faire assister par un avocat ou une infirmière de son choix exerçant régulièrement sa profession et placée sous le régime de la présente convention.

L'avis de la CPD est rendu dans les 60 jours à compter de sa saisine. A l'issue de ce délai, l'avis est réputé rendu.

A l'issue de ce délai, les caisses décident de l'éventuelle sanction.

Le directeur de la CPAM, pour le compte des autres régimes, notifie au professionnel la mesure prise à son encontre par lettre recommandée avec accusé de réception. La caisse communique également la décision aux membres de la CPD en lui envoyant la copie de la lettre adressée au professionnel.

Cette notification précise la date d'effet de la décision et les voies de recours ; cette décision doit être motivée.

Lorsque le directeur de la CPAM prend à l'encontre d'un professionnel une mesure :

- de suspension de tout ou partie de la participation des caisses au financement des cotisations sociales supérieure ou égale à 6 mois,
- ou de suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel supérieure ou égale à 3 mois,

et que cette mesure est supérieure à celle proposée par la CPD dans son avis, il en informe par courrier le secrétariat de la CPN qui inscrit ce point à l'ordre du jour de la réunion suivante. L'application de la décision du directeur est dans ce cas suspendue jusqu'à avis de la CPN.

c) Mesures encourues

Lorsqu'une infirmière ou un infirmier ne respecte pas les dispositions de la présente convention, il peut, après mise en œuvre de la procédure prévue au *b*, encourir une ou plusieurs des mesures suivantes :

- interdiction temporaire ou définitive de pratiquer le DE ;
- suspension de tout ou partie de la participation des caisses au financement des cotisations sociales du professionnel. Cette suspension est de 3, 6, 9 ou 12 mois ;
- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel. Cette suspension peut être temporaire (1 semaine, 1, 3, 6, 9 ou 12 mois) ou prononcée pour la durée d'application de la convention, selon l'importance des griefs. La mise hors convention de 3 mois ou plus entraîne la suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

7.4.2. Condamnation par une instance ordinale ou judiciaire

Lorsque les chambres disciplinaires de première instance ou nationale d'appel des conseils régionaux de l'ordre et du Conseil national de l'ordre des infirmières et infirmiers (en cours d'installation) ou une autre juridiction ont prononcé, à l'égard d'une infirmière ou d'un infirmier, une sanction devenue définitive :

- d'interdiction temporaire ou définitive de donner des soins ;
- d'interdiction temporaire ou définitive d'exercer.

Le professionnel se trouve placé de fait et simultanément hors convention, à partir de la date d'application de la sanction ordinale ou judiciaire, et pour une durée équivalente.

Lorsqu'une juridiction a prononcé à l'égard d'une infirmière ou d'un infirmier une peine effective d'emprisonnement, le professionnel se trouve placé de fait et simultanément hors convention à partir de la date d'application de la sanction judiciaire et pour la même durée.

Le directeur de la CPAM informe le professionnel de sa situation par rapport à la convention. Une copie de cette lettre est adressée aux membres de la CPD.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituent, en outre, une infraction au regard des règles et/ou des pratiques conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du professionnel concerné l'une des mesures prévues au point *c* de l'article 7.4.1, en application de la procédure décrite au point *b* du même article.

TITRE VIII

FORMATION CONTINUE CONVENTIONNELLE

8.1. Principes

Les parties signataires rappellent l'intérêt commun qu'elles attachent au développement et à la promotion de la formation continue, qui doit permettre au professionnel infirmier d'entretenir et de perfectionner ses connaissances et de lui garantir une adaptation permanente et nécessaire aux évolutions des pratiques et des techniques de soins.

Dans un souci d'amélioration de la qualité des soins et d'optimisation des dépenses de santé, les parties signataires s'entendent pour promouvoir la formation continue conventionnelle comme modalité de formation offerte aux infirmiers conventionnés. Le dispositif de la FCC accompagne les orientations de la convention, et notamment les engagements de maîtrise médicalisée.

Les parties signataires définissent les orientations et les thèmes de formation continue qu'elles souhaitent soutenir dans le cadre conventionnel. Elles entendent notamment élargir les formations dans une approche interprofessionnelle, conduite avec les syndicats signataires des conventions nationales des différentes professions de santé.

Les parties signataires définissent les modalités de financement et de gestion de la formation continue conventionnelle.

Les caisses nationales, chacune en ce qui la concerne, participent au financement de la formation continue conventionnelle des infirmiers placés sous le régime de la présente convention, par le versement :

- d'indemnités quotidiennes de formation compensatrices de perte de ressources pour les infirmiers libéraux soumis à la convention ;
- d'une dotation à l'organisme gestionnaire comprenant la prise en charge des formations titulaires de l'agrément conventionnel et la prise en charge des frais de structure de l'organisme gestionnaire.

8.2. Instances de la FCC

La CPN installe :

a) Une commission paritaire nationale de formation continue conventionnelle (CPN-FCC), à laquelle elle délègue la mise en œuvre de la FCC. La CPN-FCC est composée et fonctionne sur le mode de la CPN définie au point *b* de l'article 7.3.1 et aux articles 7.3.4 et 9.2.

Le président de l'organisme gestionnaire et un membre désigné par la Haute Autorité de santé participent aux réunions de la CPN-FCC avec voix consultative.

En collaboration avec l'organisme gestionnaire, la CPN-FCC :

- arrête chaque année les thèmes de formation qui doivent être en rapport avec les thèmes conventionnels de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et avec les objectifs de la loi de santé publique ;
- prépare les appels d'offres destinés aux organismes de formation ;
- rédige les cahiers des charges ;
- définit les critères d'agrément des organismes et des formations ;
- agréé les actions de formation ;
- évalue le dispositif de FCC mis en place ;

b) Un organisme gestionnaire mandaté par les partenaires conventionnels pour mettre en œuvre la formation continue conventionnelle de la profession et gérer la dotation allouée par la CNAMTS pour le compte des

caisses nationales d'assurance maladie. En particulier, l'organisme gestionnaire assure le lancement et la gestion des appels d'offres et transmet, après les avoir enregistrés, les projets présentés par les organismes de formation à la CPN-FCC. Un protocole de financement est signé entre l'organisme gestionnaire et la CNAMTS pour le compte des caisses nationales d'assurance maladie, pour détailler ses missions et les modalités de versement de la dotation allouée.

8.3. Modalités de gestion et de mise en œuvre de la formation continue conventionnelle

Les parties signataires définissent la politique qu'elles entendent mener pour favoriser le développement de la formation continue conventionnelle et en arrêtent les modalités de financement et de gestion.

8.3.1. Thèmes de formation

La commission paritaire nationale FCC arrête annuellement et avant le 1^{er} juillet la liste des thèmes d'actions de formation qu'elle entend promouvoir pour l'année suivante ainsi que le calendrier prévisionnel de l'appel d'offres FCC.

L'ensemble de ces thèmes constitue le « programme annuel » de FCC.

La commission paritaire nationale définit, en recourant le cas échéant à des experts, le contenu des actions de formation qu'elle souhaite promouvoir. Les indemnités de vacation et le défraiement des experts sont versés par l'organisme gestionnaire et sont inclus dans la dotation annuelle versée par les caisses au titre de la formation continue.

Les parties signataires mandatent l'organisme gestionnaire pour assurer la diffusion de ce programme auprès des organismes de formation continue selon le cahier des charges en vigueur.

8.3.2. Choix des formations

Pour la réalisation de ce programme annuel de formation, les parties signataires confient à l'organisme gestionnaire le lancement et la gestion d'un appel d'offres auprès des organismes de formation continue. Le cahier des charges relatif à cet appel d'offres est élaboré par la CPN-FCC.

En vue de l'agrément des projets déposés en réponse à l'appel d'offres, se tiennent :

- une commission d'ouverture des plis, constituée paritairement d'au moins un représentant de chacune des sections de la CPN-FCC, et du représentant de l'organisme gestionnaire ;
- une commission des marchés constituée paritairement de représentants de chacune des sections de la CPN-FCC, qui émet un avis sur chacun des projets de formation : avis sur le contenu pédagogique et sur la conformité budgétaire des projets de formation.

La CPN-FCC, réunie en commission des agréments, agréée les formations qui lui paraissent les mieux appropriées dans le respect des thèmes retenus pour l'année et des critères définis dans le cahier des charges. Les agréments sont délivrés dans la limite de la dotation attribuée annuellement par la CNAMTS.

Le représentant des organismes gestionnaires assiste à l'ensemble de ces commissions.

La CPN-FCC confie le suivi et la gestion des formations agréées à l'organisme gestionnaire.

8.3.3. Financement des formations relevant de la FCC

Le financement de la FCC est effectué par la CNAMTS sous la forme d'une dotation annuelle destinée à financer au cours de chaque année civile les actions de formation conventionnelle agréées ainsi que les frais de structure de l'organisme gestionnaire. Le financement des actions de formation prend la forme d'une prise en charge plafonnée du coût de la formation, par participant, dans les conditions fixées dans le cahier des charges de la FCC transmis aux organismes de formation.

Chaque caisse nationale participe au financement de la FCC à hauteur de la part respective que son régime représente dans les dépenses d'assurance maladie.

La dotation est arrêtée en CPN, sur proposition de la CPN-FCC, au cours de l'année qui précède l'année de réalisation des actions de formation conventionnelle, et sous réserve de disposer de crédits suffisants sur le Fonds national de l'action sanitaire et sociale (FNASS).

Un protocole de financement est conclu entre la CNAMTS et l'organisme gestionnaire pour la durée de la convention nationale, qui fixe les conditions et les modalités de versement de la dotation.

La CPN-FCC peut procéder à tout contrôle sur l'organisme gestionnaire, notamment au moyen d'audit.

8.3.4. Indemnisation pour perte de ressources de l'infirmier formé dans le cadre du dispositif de la FCC

Les caisses nationales s'engagent à favoriser la participation des infirmiers exerçant à titre libéral placés sous le régime de la convention aux actions de FCC, en prévoyant le versement à leur profit d'une indemnité de formation compensatrice de perte de ressources.

Chaque caisse nationale participe au financement des indemnités à hauteur de la part respective que son régime représente dans les dépenses d'assurance maladie.

Cette dotation annuelle est arrêtée en CPN, sur proposition de la CPN-FCC, au cours de l'année qui précède l'année de réalisation des actions de formation conventionnelle et sous réserve de disposer de crédits suffisants sur le Fonds national de l'action sanitaire et sociale (FNASS). Elle couvre l'indemnisation de l'ensemble des participants prévus aux formations agréées de l'année civile d'exercice.

a) *Champ d'application*

Les infirmiers peuvent prétendre au versement d'une indemnité quotidienne pour perte de ressources, sous réserve de remplir les conditions suivantes :

- exercer à titre libéral dans le champ conventionnel ;
- participer à une action agréée FCC d'une durée minimale de deux jours consécutifs, dans le cas des formations infirmières ;
- suivre une action de formation agréée au titre de la FCC Interprofessionnelle d'une journée ;
- suivre l'action de formation dans son intégralité ;
- ne pas avoir perçu, dans l'année civile au cours de laquelle s'est tenue l'action de formation agréée FCC, le nombre maximum d'indemnités quotidiennes pour perte de ressources précisé ci-après.

Seules sont indemnifiables les journées ouvrables.

b) *Montant de l'indemnité pour perte de ressources*

Le montant de l'indemnité pour perte de ressources est fixé à la valeur de 75 AMI par jour.

Cette indemnité est calculée au prorata de la durée des formations agréées FCC.

Le montant total des indemnités quotidiennes versées à un infirmier participant s'inscrit dans la limite de sept journées par année civile.

Vient s'ajouter, le cas échéant, l'indemnité quotidienne en cas de participation à une journée de formation conventionnelle interprofessionnelle comme défini dans l'article 8.3.5.

c) *Modalités de versement de l'indemnité de formation*

L'indemnité de formation est versée à l'infirmier par la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'exercice principal, dans les conditions définies ci-après.

L'indemnité est versée sur production d'une attestation de participation dûment complétée par l'organisme de formation et le professionnel formé. Elle est visée par l'organisme gestionnaire.

L'attestation de participation comprend notamment les informations suivantes :

- identification du professionnel ;
- numéro d'agrément conventionnel de la formation suivie ;
- thème, lieu, dates de la formation suivie, etc.

Le modèle de l'attestation de participation est arrêté entre les partenaires conventionnels et figure dans le cahier des charges.

L'indemnité pour perte de ressources est versée au professionnel dans un délai de deux mois à compter de la réception par la caisse primaire d'assurance maladie de l'attestation de participation.

8.3.5. **Actions de formation conventionnelle interprofessionnelle**

Afin de contribuer à l'amélioration de la coordination des soins, la commission paritaire nationale peut déterminer, en concertation avec les instances conventionnelles des autres professions de santé libérales, des thèmes réservés à des actions de formation interprofessionnelle.

Ces formations feront l'objet de cahiers des charges déterminés en commun par les instances conventionnelles des différentes professions concernées.

Ces actions ne pourront être financées, pour la part concernant les infirmiers, que si elles sont agréées par la CPN-FCC et limitées à une durée d'une journée.

Le montant de l'indemnisation versée à un infirmier dans le cadre d'une formation interprofessionnelle ne peut excéder une journée ouvrable par an. Cette journée distincte s'ajoute aux sept journées visées au point b de l'article 8.3.4.

Les autres dispositions prévues dans le cadre de la formation continue conventionnelle et concernant l'agrément des actions de formation, les modalités d'indemnisation des infirmiers participants et l'évaluation des actions de formation s'appliquent à la formation conventionnelle interprofessionnelle.

8.3.6. **Gestion des actions de formation**

En cas de résiliation du protocole de financement par l'une ou l'autre des parties, la CNAMTS garantit la prise en charge des actions de formation prévues au cours de l'année civile de sorte qu'elles puissent se réaliser. Les formations concernées sont les formations agréées pour lesquelles des frais ont été avancés par l'organisme de formation à la date où il est informé par l'organisme gestionnaire de la résiliation du protocole.

25 juillet 2007

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 33 sur 140

8.3.7. Evaluation de la formation continue conventionnelle

Au vu des résultats du bilan du programme annuel et de l'évaluation des actions FCC, la CPN-FCC met en œuvre toutes mesures destinées à améliorer la qualité et l'efficacité de la FCC.

a) Evaluation de l'impact des formations sur les pratiques

La CPN-FCC est chargée de définir les orientations de l'évaluation pédagogique des formations dispensées dans le cadre du programme annuel de formation conventionnelle et visant notamment à apprécier l'impact des formations sur les pratiques des infirmiers formés.

La CPN-FCC mandate l'organisme gestionnaire pour vérifier si les organismes de formation ont satisfait aux obligations d'évaluation telles que définies dans le cahier des charges de la FCC.

b) Bilan du programme annuel de FCC

Dans le cadre de son rapport annuel d'activité, l'organisme gestionnaire réalise un bilan du programme annuel de FCC permettant aux parties signataires d'apprécier notamment le coût et les conditions de réalisation des formations agréées.

L'organisme gestionnaire transmet le bilan du programme annuel de formation à la CPN-FCC.

Fait à Paris, le 22 juin 2007.

Pour l'UNCAM :
Le directeur général,
F. VAN ROEKEGHEM

Et :

Pour Convergence infirmière :

Le président,
M. AFFERGAN

Pour la Fédération nationale
des infirmiers :

Le président,
P. TISSERAND

Pour l'Organisation nationale
des syndicats d'infirmiers libéraux :

Pour le président :
La vice-présidente,
B. GALVAN

Pour le Syndicat national des infirmières
et infirmiers libéraux :

La présidente,
A. TOUBA

TITRE IX**ANNEXES****9.1. Tarifs des honoraires et frais accessoires**

A compter du 1^{er} juillet 2007, les tarifs sont les suivants :

	MÉTROPOLE (en euros)	DOM ET MAYOTTE (en euros)
AMI	3,00	3,00
AIS	2,50	2,50
IFD	2,20	2,20
IK Plaine	0,30	0,33

25 juillet 2007

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 33 sur 140

	MÉTROPOLE (en euros)	DOM ET MAYOTTE (en euros)
IK Montagne	0,45	0,50
IK Pied-Ski	3,35	3,66
Majorations de nuit : 20 heures - 23 heures et 5 heures - 8 heures 23 heures - 5 heures	9,15 18,30	9,15 18,30
Majoration de dimanche	7,80	7,80

A compter du 1^{er} août 2008, en fonction des possibilités ouvertes par la loi de financement de la sécurité sociale, compte tenu de l'engagement de la profession dans les mesures structurantes sur la répartition de l'offre de soins, les tarifs seront les suivants :

	MÉTROPOLE (en euros)	DOM ET MAYOTTE (en euros)
AMI	3,15	3,15
AIS	2,65	2,65
IFD	2,30	2,30
IK Plaine	0,30	0,33
IK Montagne	0,45	0,50
IK Pied-Ski	3,35	3,66
Majorations de nuit : 20 heures - 23 heures et 5 heures - 8 heures 23 heures - 5 heures	9,15 18,30	9,15 18,30
Majoration de dimanche	7,80	7,80

Dans un souci d'équité interprofessionnelle, les parties signataires conviennent, dans le délai de la convention, de mettre en place un groupe de travail visant à appliquer aux infirmières libérales des mesures consenties aux autres professions de santé des DOM (kinésithérapeutes et médecins en particulier).

9.2. Règlements intérieurs types des instances conventionnelles

Les instances sont mises en place dans les trois mois suivant la date d'entrée en vigueur de la convention.

Réunions et tenue du secrétariat :

La commission se réunit en tant que de besoin et au moins trois fois par an en ce qui concerne la CPN et les CPD et deux fois par an pour les CPR.

La réunion est de droit lorsqu'elle est demandée par le président ou par le vice-président.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la commission quinze jours avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour établi par le secrétariat en accord avec le président et le vice-président et, le cas échéant, de la documentation nécessaire.

Les moyens nécessaires à la tenue du secrétariat et au fonctionnement de l'instance sont mis en place par les caisses locales pour ce qui concerne les instances départementales, par l'URCAM pour ce qui concerne les instances régionales et par l'UNCAM en ce qui concerne les instances nationales. Le secrétariat assure toutes les tâches administratives de l'instance (convocations, relevés de décisions, constat de carence...).

Délibérations :

La commission ne peut délibérer valablement que si le quorum est atteint.

Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents ou valablement représentés au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections.

En l'absence de quorum, une nouvelle commission est convoquée dans un délai de quinze jours. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve que la parité soit respectée.

Les membres suppléants siègent en l'absence du membre titulaire.

En l'absence du titulaire ou du suppléant, une délégation de vote est donnée à un représentant présent de la même section.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations.

Conditions de vote :

Les décisions sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls.

En cas de partage égal des voix et s'il n'est pas présenté de proposition transactionnelle, la délibération sur le point litigieux est reportée à une réunion ultérieure de l'instance, intervenant au plus tard dans le mois qui suit.

Il est alors procédé à un second vote. La décision est adoptée à la majorité simple des voix exprimées. En cas de maintien du partage égal des voix lors de cette deuxième réunion, la voix du président est prépondérante.

La commission délibère hors la présence des conseillers techniques.

Les délibérations font l'objet d'un relevé de décisions, établi par le secrétaire dans les deux mois de la tenue de la commission, signé par le président et par le vice-président. Ce document, conservé par le secrétariat, est adressé à chaque membre, titulaire ou suppléant, de la commission, puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante.

Les instances départementales et régionales adressent, après approbation et signature, leurs relevés de décisions à l'UNCAM, qui assure le secrétariat de la CPN.

La constitution de groupes de travail :

Chaque instance conventionnelle met en place les groupes de travail qu'elle juge nécessaires.

Indemnité de vacation :

Les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité de vacation égale à 35 AMI par demi-journée et une indemnité de déplacement dans les conditions prévues par le règlement intérieur de l'instance à laquelle ils appartiennent. Les mêmes dispositions s'appliquent aux infirmières et infirmiers qui participent à la CPN-FCC, au CTPP et aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles, ainsi qu'à la commission chargée de déterminer les règles de hiérarchisation des actes et prestations.

Carence :

Il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut d'installation dans le délai imparti : dans ce cas, la section valablement constituée constate la carence et adresse, le cas échéant, ce constat à la CPN, qui fait des propositions pour pallier cette carence conformément au point *b* de l'article 7.3.1 et à l'article 7.3.4 ;
- dysfonctionnement : non-tenu de réunion résultant de l'incapacité répétée (deux fois consécutives) des sections soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section ;
- absence répétée de quorum (deux fois consécutives) à des réunions ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre des sections, refus répété (deux fois consécutives), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour ;
- refus répété (deux fois consécutives), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour.

Dans tous les cas, un constat de carence est dressé. Le cas échéant, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation dans les meilleurs délais. Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.

9.3. Cas particuliers

La présente convention est également applicable aux infirmières salariées d'un membre d'une profession à compétence médicale ou d'un directeur de laboratoire dès que les soins sont tarifés à l'acte.

Lorsqu'une infirmière a la qualité de salariée d'un professionnel de santé libéral, elle doit faire connaître aux caisses le nom, l'adresse et la qualification de son employeur ainsi que l'indication de son propre numéro d'immatriculation à la sécurité sociale.

Lorsque les actes sont effectués par une infirmière salariée d'un membre d'une profession médicale ou d'un directeur de laboratoire, la facturation des soins est particulière :

- les feuilles de soins sur lesquelles sont inscrits les soins doivent permettre l'identification nominale et codée de l'employeur, suivie de l'identification nominale de l'infirmière salariée ;
- l'infirmière salariée atteste la prestation de l'acte et le professionnel de santé employeur, le paiement des honoraires ; ils apposent respectivement leur signature dans la colonne réservée à l'exécution de l'acte et dans la colonne réservée à l'attestation du paiement des honoraires ;
- l'infirmière indique le montant des honoraires correspondant à la prestation du ou des actes ;
- la signature du professionnel de santé employeur, sur la feuille de soins, engage sa responsabilité sur l'application, par l'infirmière salariée, des cotations de la nomenclature générale des actes professionnels et des tarifs en vigueur.

Ces différentes conditions doivent être obligatoirement remplies pour que ces actes donnent lieu à un remboursement par la caisse.

9.4. *Contrat de santé publique*

Les parties signataires conviennent de mettre en œuvre un contrat de santé publique, auquel l'infirmière peut adhérer individuellement, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge infirmière des patients diabétiques traités par insuline de plus de 75 ans. Ce dispositif permet de valoriser le rôle des infirmières en matière de prévention des complications du diabète.

En contrepartie du respect de ses engagements, l'infirmière contractante bénéficiera, dans les conditions définies ci-après, d'un complément forfaitaire de rémunération à la charge de l'assurance maladie.

9.4.1. **Objet du contrat**

Ce contrat individuel met en place un dispositif attractif permettant à l'infirmière prenant en charge plusieurs patients diabétiques traités par insuline de plus de 75 ans de percevoir une rémunération forfaitaire en contrepartie d'un travail de coordination.

9.4.2. **Actes visés par le contrat**

Les parties signataires entendent par cet accord contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge infirmière des patients diabétiques traités par insuline de plus de 75 ans par un suivi personnalisé, une coordination des soins avec le médecin et une liaison avec l'entourage des patients.

Son objectif est de promouvoir auprès des infirmières les modalités de la surveillance hebdomadaire des patients traités par insuline de plus de 75 ans, comprenant :

- l'éducation des patients et/ou de leur entourage ;
- la vérification de l'observance des traitements et du régime alimentaire, le dépistage des risques d'hypoglycémie ;
- le contrôle de la pression artérielle ;
- la participation au dépistage et le suivi des éventuelles complications, en particulier neurologiques, infectieuses, cutanées ;
- la prévention de l'apparition de ces complications, en particulier par le maintien d'une hygiène correcte des pieds ;
- la tenue d'une fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant, qui doit être immédiatement alerté en cas de risque de complications ;
- la tenue, si nécessaire, de la fiche de liaison et la transmission des informations utiles à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue.

9.4.3. **Population visée par le contrat**

La population visée par le contrat concerne les patients diabétiques traités par insuline de plus de 75 ans auxquels le médecin a prescrit une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention dans les conditions fixées par la NGAP.

9.4.4. **Engagements de l'infirmière**

L'infirmière s'engage, pour la prise en charge de ces patients, à assurer chaque semaine un suivi personnalisé, une coordination des soins avec le médecin et une liaison avec l'entourage des patients. Ce suivi a une durée minimale d'un trimestre.

Elle tient une fiche de surveillance hebdomadaire, dont le modèle figure en annexe. L'infirmière contractante est invitée à utiliser la fiche de surveillance reproduite dans le carnet de surveillance du patient diabétique traité

par insuline de plus de 75 ans, édité par les trois caisses nationales, le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, l'Association française des diabétiques et l'Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (ALFEDIAM médicale et paramédicale).

9.4.5. Engagements des trois caisses nationales

Les trois caisses nationales s'engagent chaque année à verser à chaque infirmière contractante une rémunération forfaitaire de 200 euros par patient pour la tenue des fiches de surveillance et la transmission d'informations au médecin traitant. Il ne pourra pas être versé plus d'un forfait par patient et par an.

9.4.6. Modalités de suivi

Douze mois après la signature de son premier contrat de santé publique, l'infirmière adresse au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'exercice principal une fiche récapitulant l'ensemble des patients entrés dans le dispositif, avec pour chacun d'eux la durée de la prise en charge (date de la première et de la dernière séance hebdomadaire de surveillance).

Le service du contrôle médical pourra demander communication du carnet de surveillance ou des fiches de surveillance des patients entrant dans le champ du contrat auquel adhère l'infirmière.

Les instances conventionnelles feront un bilan annuel de ce dispositif.

9.4.7. Actes d'adhésion et de résiliation

L'infirmière formalise, auprès de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de son cabinet, son entrée dans le contrat pour chaque patient concerné par le biais d'un formulaire dont le modèle ci-après est fixé par les parties signataires. Ce contrat est également signé par le patient.

L'adhésion individuelle au contrat a une durée d'un an, reconductible tacitement.

Le contrat peut être rompu par écrit par l'infirmière ou les caisses en cas de non-respect grave et répété des engagements du contrat ou de modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les trois caisses nationales et les infirmières.

Contrat de santé publique conclu entre les caisses d'assurance maladie, les professionnels et les assurés sociaux relatif à la prise en charge infirmière des patients diabétiques traités par insuline de plus de 75 ans

Acte d'adhésion

A remplir par l'infirmière qui l'adresse en deux exemplaires au médecin-conseil placé auprès de la CPAM du lieu de son exercice principal :

Identification de l'infirmière :

Je, soussigné(e), Nom :

Prénom :

Numéro d'identification (qui figure également sur mes feuilles de soins) :

Adresse de mon lieu d'exercice principal :

.....

.....

Déclare adhérer au contrat de santé publique instauré par la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmières et les caisses nationales d'assurance maladie et en respecter les dispositions.

Cachet de l'infirmière :

Date :

Signature de l'infirmière :

Identification du bénéficiaire des soins :

Je, soussigné(e), nom :

Prénom :

Numéro d'immatriculation :

Date de naissance :

Identification de l'assuré (à renseigner si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré) :

Nom :

Prénom :

Numéro d'immatriculation :

Renseignements complémentaires obligatoires :

25 juillet 2007

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 33 sur 140

Domicile :

Régime d'affiliation :

Déclare être suivi, chaque semaine, dans le cadre d'un contrat de santé publique.

Date :

Signature du patient :

Accusé de réception :

☐ Adhésion enregistrée le : à effet du :☐ Adhésion non enregistrée et motif.....

Cachet du médecin-conseil placé auprès de la CPAM pour le compte des autres régimes :

Date :

**Contrat de santé publique relatif à la prise en charge infirmière
des patients diabétiques traités par insuline de plus de 75 ans*****Fiche annuelle récapitulative
Identification de l'infirmière***

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

Cette demande de forfait correspond à la période qui va du mois de 20.. au mois de 20..

NOM du patient	PRÉNOM	RÉGIME d'affiliation et numéro d'immatriculation	NOMBRE de forfaits perçus pour ce patient depuis l'adhésion	AU COURS de cette période	
				Date de la première séance hebdomadaire	Date de la dernière séance hebdomadaire
				JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA

Cachet de l'infirmière :

Date :

Signature de l'infirmière :

Cette fiche annuelle récapitulative permettant le règlement des forfaits est à remplir chaque année par l'infirmière à la date anniversaire de la signature du premier acte d'adhésion. Pour des raisons de secret médical, cette fiche doit être adressée au service du contrôle médical placé auprès de la CPAM du lieu d'exercice principal de l'infirmière.

**Contrat de santé publique relatif à la prise en charge infirmière
des patients diabétiques traités par insuline de plus de 75 ans*****Fiche de surveillance infirmière hebdomadaire***

Nom du patient :

Semaine :

Nom de l'infirmière :

Objectif glycémique :

Mesure du poids (kg) :

25 juillet 2007

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 33 sur 140

	OBSERVATIONS, constats	ÉDUCATION, conseils	TRANSMISSION (médecins, autres professionnels, entourage)
Observance des traitements. Préparation du pilulier.			
Alimentation. Etat nutritionnel.			
Hypoglycémie.			
Tension artérielle.			
Examen des tissus. Parties du corps examinées.			
Pieds : - hygiène ; - chaussage.			
Suivi de plaie(s) et de pansement(s) éventuel(s).			

Avenant n°1 du 17 octobre 2008

18 octobre 2008

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 36 sur 154

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE,
DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVEArrêté du 17 octobre 2008 portant approbation de l'avenant n° 1
à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux

NOR : SJSS0821851A

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-14-1 et L. 162-15,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvé l'avenant n° 1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux annexé au présent arrêté et conclu le 4 septembre 2008 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, Convergence infirmière, la Fédération nationale des infirmiers, l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux et le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux.

Art. 2. – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative et au ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 17 octobre 2008.

*La ministre de la santé,
de la jeunesse, des sports
et de la vie associative,*
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

*Le ministre du budget, des comptes publics
et de la fonction publique,*
ERIC WOERTH

A V E N A N T N° 1

À LA CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES INFIRMIÈRES
ET L'UNION NATIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par M. Van Roekeghem,

Et :

Convergence infirmière, représentée par M. Affergan (président),

La Fédération nationale des infirmiers, représentée par M. Tisserand (président),

L'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux, représentée par M. Elvira (président),

Le Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux, représenté par Mme Touba (présidente),

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-14-1 et L. 162-12-2 ;

Vu la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007 publiée au *Journal officiel* du 25 juillet 2007 et ses annexes ;

Compte tenu du protocole d'accord en date du 22 juin 2007 ;

Compte tenu du relevé de fin de négociations en date du 2 septembre 2008,

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

L'UNCAM et l'ensemble des syndicats représentatifs de la profession des infirmières libérales ont conclu, le 22 juin 2007, une convention nationale.

Ce texte définit un programme ambitieux de rénovation de la profession et d'amélioration de l'exercice au quotidien autour de quatre thèmes principaux :

- la régulation de l'offre globale de soins infirmiers ;
- l'optimisation des compétences et le développement de nouveaux rôles ;
- la promotion de la qualité et la maîtrise médicalisée ;
- la modernisation des instruments de coordination entre acteurs de santé.

Les partenaires conventionnels se sont réunis régulièrement sur l'ensemble de ces thèmes depuis lors.

Les efforts des partenaires sur le projet de régulation démographique ont conduit à la signature d'un protocole d'accord le 22 juin 2007, sur ce thème qui les préoccupait tout particulièrement, du fait de l'incidence de la situation actuelle sur l'accès aux soins et sur les conditions d'exercice et d'évolution de la profession. Ils ne disposaient en effet pas, au moment de la signature de la convention, du cadre juridique adapté pour la mise en place d'une régulation du conventionnement en fonction des zones d'exercice.

Ces efforts ont été suivis d'avancées :

- une modification de la législation par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, offrant aux partenaires conventionnels la possibilité de négocier sur un dispositif de régulation démographique de l'offre de soins infirmiers : définition des modalités de conventionnement selon les zones d'exercice mentionnées au 2° de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale ; définition de mesures d'adaptation en fonction du niveau de l'offre de soins infirmiers au sein de chaque région dans ces zones ;
- une lettre conjointe de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative et de la secrétaire d'Etat chargée de la solidarité auprès du ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité en date du 17 juin 2008, prévoyant pour la première fois une régulation parallèle des structures de soins infirmiers à domicile ;
- une lettre du directeur de cabinet de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative en date du 24 juillet 2008, à laquelle était joint un projet d'arrêté prévu par l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale.

Ces avancées permettent aujourd'hui aux partenaires de signer un avenant conventionnel portant notamment sur les principes et les modalités de mise en œuvre de la régulation démographique de l'offre globale de soins infirmiers pour une période expérimentale de deux ans. Cet avenant permet également d'acter une nouvelle étape de revalorisation tarifaire.

Les partenaires conventionnels conviennent toutefois de la nécessité de poursuivre leurs travaux, pour adapter, si besoin est, les mesures prévues au présent avenant et pour avancer sur les autres thèmes majeurs de la convention, en lien avec les autres représentants des professions de santé et les pouvoirs publics.

Article 1^{er}

Amélioration de l'accès aux soins

Les parties signataires confirment leur souhait de parvenir à un meilleur équilibre de l'offre de soins infirmiers sur le territoire, afin de garantir une réponse adaptée aux besoins de soins de la population.

Elles s'accordent sur des mesures d'adaptation incitatives et sur la définition d'un dispositif de régulation en fonction de l'offre globale de soins infirmiers au sein de chaque région, dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale.

Les dispositions figurant au présent article sont applicables pour les zones de recours aux soins ambulatoires définies par les missions régionales de santé. Elles ne peuvent être mises en œuvre que si les dispositions prévues à l'article 5 du présent avenant sont entrées en vigueur.

Les parties signataires notent que l'état des lieux en matière de répartition et de dénombrement de la population française a incontestablement évolué ces dernières années. Afin que ces zones soient définies de la façon la plus juste possible, elles considèrent que les missions régionales de santé (MRS) doivent utiliser les données les plus récentes issues du recensement de l'INSEE.

Par ailleurs, les parties signataires insistent sur la nécessité de régulation de l'offre globale de soins infirmiers.

Elles s'attachent à l'articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale dans le cadre d'une régulation concomitante de l'offre infirmière dans le cadre libéral et dans le cadre des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Elles s'engagent à solliciter les pouvoirs publics afin que les dispositions législatives et réglementaires soient adaptées pour permettre la mise en place d'une régulation des agréments des centres de soins infirmiers (CSI), selon les mêmes modalités que la régulation de la démographie infirmière libérale.

Conscientes que l'offre en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en service d'hospitalisation à domicile (HAD) représente une offre de soins infirmiers importante, les parties

signataires s'engagent par ailleurs, dans une démarche partenariale, à mener auprès des institutions ou structures en charge de leur développement d'ici le 30 juin 2011 les actions nécessaires à la cohérence du dispositif de régulation des infirmières libérales qu'elles ont mis en place.

1.1. Rééquilibrer l'offre de soins infirmiers entre les régions

Les parties signataires constatent qu'il existe des disparités régionales d'un facteur de 1 à 6 selon les régions. Elles affirment leur souhait de contribuer à la réduction progressive de ces disparités en mettant en œuvre par le présent avenant des mesures structurantes sur la répartition de l'offre de soins.

Afin de tendre au rééquilibrage de l'offre de soins infirmiers entre les régions, elles mettent en place un observatoire national, dans les conditions définies au présent avenant.

Elles s'entendent également pour diffuser largement les constats réalisés par l'observatoire national en matière de répartition démographique des libéraux.

Les parties signataires s'entendent pour mettre en place une campagne de communication auprès des étudiants en instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) visant à orienter et à accompagner les futurs professionnels de santé dans leur projet. Cette campagne sera réalisée par l'assurance maladie, en concertation avec les organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux et les organisations les plus représentatives des étudiants infirmiers.

Cette communication portera notamment sur :

- les constats réalisés par l'observatoire national en matière de répartition démographique des libéraux et de leurs conséquences en terme d'accès aux soins ;
- les conditions d'installation en libéral sous convention, y compris le dispositif et les mesures prévues au présent avenant ;
- les démarches administratives à accomplir lors d'une installation ;
- les différentes aides destinées à favoriser l'installation, aussi bien dans le cadre conventionnel que dans le cadre de dispositifs prévus par les collectivités locales du département dans lequel se situe l'IFSI ;
- les outils disponibles en vue de la détermination du lieu d'installation en libéral : c@rtosanté et inst@lsanté ;
- les modalités d'exercice en groupe.

La mise en place de mesures incitatives dans les zones « très sous-dotées » et de mesures d'accès au conventionnement dans les zones « surdotées » permet de contribuer à ce rééquilibrage.

1.2. Faire évoluer la formation des infirmières souhaitant exercer en libéral sous convention

Les parties signataires sont conscientes que les conditions actuelles d'installation et de remplacement ne mettent pas en valeur les projets professionnels des infirmières.

Elles s'entendent sur la mise en place à compter du 1^{er} juillet 2010 d'une formation adaptée facilitant l'élaboration par l'infirmière de son projet d'installation en libéral sous convention. Le contenu et les modalités de cette formation, notamment son caractère systématique, feront l'objet d'un avenant spécifique.

1.3. Mettre en œuvre des mesures de rééquilibrage de l'offre en infirmiers libéraux au sein de chaque région

1.3.1. Dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale

a) Principes généraux du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale :

Les mesures définies au présent article interviennent concomitamment à la date d'entrée en vigueur des mesures envisagées à l'article 5 du présent avenant.

Le dispositif prévu au présent article nécessite préalablement le classement des zones de la région par la MRS, conformément aux critères déterminés par l'arrêté mentionné à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, et après avis du conseil régional, des conseils généraux et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés.

Compte tenu de ce préalable, les mesures suivantes sont arrêtées :

- dans les zones « très sous-dotées », des mesures d'incitation à l'installation et au maintien en exercice libéral sont proposées, suivant le dispositif qui figure à l'article 1.3.2 du présent avenant ;
- dans les zones « surdotées », l'accès au conventionnement ne peut intervenir que si une infirmière cesse son activité définitivement dans la zone considérée et qu'une autre infirmière demande un conventionnement sur la zone considérée, compte tenu de ce départ.

Le point d de l'article 1.3.1 du présent avenant précise les conditions dans lesquelles un conventionnement peut intervenir dans les zones « surdotées » ;

- dans les autres zones, l'exercice libéral sous convention n'est soumis à aucune autre condition particulière que celles figurant à l'article 5.2.2 de la convention nationale.

Les présentes dispositions s'appliquent dans le cadre des dispositions prévues à l'article 5.2.2 de la convention nationale.

b) Mesures d'accompagnement du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale :

Les parties signataires conviennent de promouvoir une offre de services pour informer les infirmières souhaitant s'installer en libéral sous convention sur la répartition démographique de la profession.

Dans cet objectif, l'assurance maladie met à disposition des professionnelles l'outil « c@rtosanté ». Ce dernier permet d'aider les infirmières à établir une analyse de la zone où elles souhaitent s'installer en rendant disponible, en ligne, des données concernant l'offre de soins et la consommation de soins dans la circonscription.

Un autre outil, « inst@lsanté », qui intègre les aides des collectivités territoriales et permet d'organiser la rencontre avec les collectivités et les professionnels de santé, est également accessible en ligne.

Ces outils contribuent à l'élaboration de son projet par l'infirmière qui souhaite s'installer en libéral.

c) Conditions d'application du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale :

La lettre conjointe de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative et de la secrétaire d'Etat chargée de la solidarité auprès du ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, adressée aux syndicats de la profession le 17 juin 2008, précise que les infirmiers libéraux et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) seront soumis au même principe de régulation démographique.

Les parties signataires soulignent qu'elles ne s'engagent dans la régulation démographique que dans la mesure où les SSIAD sont soumis au même principe. Elles n'appliquent ainsi le principe de régulation démographique dans les zones « surdotées » que dans la mesure où il n'y est pas parallèlement créé, par un SSIAD, d'offre de soins alternative aux soins qu'elles délivrent.

Toutefois, convenant de la nécessité de pouvoir apprécier l'adéquation qualitative et quantitative de l'offre de soins avec les besoins de soins locaux, afin de permettre à la population de bénéficier d'une prise en charge de qualité, les parties signataires conviennent de la nécessité de pouvoir, de façon exceptionnelle et strictement objectivée, prendre en compte certains besoins spécifiques et bien définis.

Dans le cas où aurait lieu dans une zone « surdotée » la création d'un SSIAD ou l'extension d'un SSIAD existant, se traduisant par l'ouverture effective ou l'autorisation de places de SSIAD, le dispositif de régulation prévu par le présent article ne s'appliquerait pas dans la zone concernée, sauf si cette création ou extension de SSIAD répond à un besoin que l'offre de soins existante n'est pas en mesure de prendre en charge. L'objectivation de besoins non couverts par l'offre en soins infirmiers existante s'apprécie notamment à partir des critères suivants :

- existence d'une population rencontrant des difficultés d'accès aux soins ;
- possibilité de coopération entre infirmières libérales et SSIAD ;
- prise en compte de la totalité de l'offre de services médico-sociaux incluant notamment les EHPAD et les USLD.

Dès qu'elle a connaissance d'un projet d'ouverture ou d'extension de SSIAD, la CPR examine l'existence d'un éventuel besoin que l'offre de soins existante n'est pas en mesure de prendre en charge.

L'existence ou l'absence de ce besoin est constatée par la CPR à la majorité de ses membres plus une voix.

d) Gestion du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale : dispositions spécifiques en cas de demande de conventionnement dans une zone « surdotée » :

L'infirmière adresse sa demande de conventionnement à la CPAM dans le ressort géographique de laquelle se situe le lieu d'installation envisagé, par courrier précisant : ses nom et prénom, son numéro d'identification, le lieu et les conditions exacts de l'installation projetée.

Elle précise les possibilités d'intégration de son activité au regard des professionnelles déjà installées dans la zone considérée.

Le directeur de la CPAM saisit pour avis la CPD de la demande de conventionnement et informe l'infirmière de cette saisine. Il transmet à la CPD les éléments du dossier de demande de conventionnement. Il prévient également la CPD de toutes modifications et extensions de SSIAD.

La CPD rend alors un avis dans un délai de trente jours. Elle peut demander des compléments d'information et demander à entendre l'infirmière. L'infirmière peut également demander à être entendue.

A défaut d'avis dans ce délai, celui-ci est réputé rendu.

Au regard des éléments du dossier et compte tenu des règles du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale, le directeur de la CPAM notifie à l'infirmière concernée sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de quinze jours suivant l'avis de la CPD.

La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette décision est fondée sur des critères objectifs tenant compte notamment :

- de l'offre de soins compte tenu de la notification de la cessation définitive d'activité d'un infirmier ou d'une infirmière ;
- des conditions d'installation projetées (reprise d'un cabinet, intégration dans un cabinet de groupe) dans un objectif de continuité de la prise en charge de l'activité assurée par l'infirmier cessant son activité et d'intégration avec les autres professionnels dans la zone considérée.

La CPD est tenue informée de la décision du directeur de la CPAM sur la demande de conventionnement. Quand le projet de décision du directeur de la CPAM est différent de l'avis rendu par la CPD, la CPN est saisie de ce projet sous quinze jours. L'infirmière et la CPD sont tenues informées de cette saisine.

La CPN donne son avis au directeur de la CPAM concernée dans un délai d'un mois.

Suite à l'avis de la CPN, le directeur notifie sa décision en lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de quinze jours suivant la transmission de l'avis.

La CPAM transmet à la CPR, deux fois par an, à titre d'information, le nombre de conventionnements acceptés dans les zones « surdotées », le nombre de refus de conventionnements ainsi que leur motif.

e) Dispositions spécifiques en cas de demande de conventionnement dans une zone « surdotée » :

Afin de prendre en compte certaines situations particulières liées à l'intégration d'infirmières remplaçantes dans l'offre de soins, les parties signataires conviennent d'ouvrir la possibilité aux infirmières remplaçantes qui ne remplissent pas complètement les conditions fixées au point *b* de l'article 5.2.2 de la convention nationale de s'installer en libéral sous convention.

Cette disposition spécifique ne peut être accordée, à titre exceptionnel, que si les conditions suivantes sont réunies :

- un infirmier ou une infirmière a cessé définitivement son activité dans la zone considérée ;
- l'infirmière a effectué des remplacements durant au moins douze mois, de façon continue ou non, au sein d'un cabinet situé dans la zone considérée.

Dans ce cas, la demande de conventionnement est examinée dans les conditions définies au point *d* de l'article 1.3.1 du présent avenant.

Cette disposition de conventionnement est accordée pour une zone « surdotée » déterminée.

1.3.2. Mesures destinées à favoriser le maintien et l'installation en zones « très sous-dotées »

Les parties signataires souhaitent mettre en œuvre des mesures incitatives dans les zones « très sous-dotées », à la date de leur classement par les MRS selon les critères fixés par l'arrêté mentionné à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, valorisant l'organisation de l'offre de soins de premier recours.

Ces mesures favorisent une meilleure répartition des professionnels de premier recours sur le territoire et la qualité du service rendu à la population.

Elles font l'objet d'une option conventionnelle appelée « contrat santé solidarité » conclue entre les professionnels de santé et l'assurance maladie et portant sur un soutien matériel à l'installation et des mesures d'accompagnement.

Les parties signataires estiment nécessaire, par des mesures structurantes favorisant le regroupement et la continuité des soins, de privilégier l'implantation des infirmières libérales dans les zones « très sous-dotées » et de favoriser le maintien de l'activité des infirmières qui y sont d'ores et déjà installées. Elles souhaitent permettre à chaque infirmière de rompre son isolement, de limiter ses contraintes, de se former et ainsi de contribuer à la qualité des soins délivrés sur l'ensemble du territoire.

Sur la base notamment des dispositions figurant aux articles L. 162-12-2 (8°) et L. 162-14-1 (4°) du code de la sécurité sociale, les parties signataires créent une option conventionnelle, à adhésion individuelle, destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales en zone « très sous-dotée », dans le cadre de laquelle est allouée une participation aux équipements et aux frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice professionnel ainsi qu'une participation adaptée des caisses aux cotisations sociales obligatoires. Les modalités de ce « contrat santé solidarité » sont définies aux annexes 2 à 4 du présent avenant.

1.4. Suivi, évaluation et adaptation des différentes mesures de nature à préserver et améliorer l'accès aux soins

Conformément à l'article 7.3.2 de la convention nationale infirmière, la CPR évalue l'impact au niveau régional des mesures prévues au présent avenant.

De même, les parties signataires s'entendent pour qu'un suivi et une évaluation au niveau national des mesures figurant au présent avenant soient réalisés par l'observatoire conventionnel défini au titre IV de la convention nationale infirmière.

Les statistiques concernant les demandes de conventionnement dans les zones « surdotées » sont régulièrement transmises par les CPR à l'observatoire conventionnel national.

Au regard des résultats régionaux et des éventuelles difficultés rencontrées dans l'application des mesures de rééquilibrage de l'offre infirmière libérale, les CPR peuvent proposer des adaptations.

En cas de nécessité, les parties signataires feront évoluer le dispositif instauré par le présent avenant.

Une évaluation de l'impact du présent avenant sur l'offre de soins infirmiers sera réalisée avant le 30 juin 2011. En fonction des résultats de cette évaluation, les parties signataires pourront proposer les adaptations utiles dans le cadre de sa pérennisation.

Article 2

*Evaluation et suivi de la profession infirmière
par un observatoire conventionnel*

Les partenaires conventionnels avaient convenu, au titre IV de la convention nationale conclue le 22 juin 2007, de la création d'un observatoire conventionnel. Ils en avaient défini les thèmes de travail en renvoyant à un avenant les missions, la composition et le fonctionnement de cet observatoire.

Conformément à cette volonté, il est institué un observatoire conventionnel national.

Le titre IV de la convention nationale infirmière est donc complété comme suit :

« 4.1. Missions de l'observatoire

L'observatoire est un outil conventionnel de suivi et d'analyse de l'évolution des dépenses, au regard, notamment, des engagements pris dans le cadre de la convention nationale.

Il a pour mission le suivi et l'évaluation des mesures conventionnelles innovantes dans leur aspect médico-économique, juridique ou financier.

Il mène des études en fonction des données disponibles et des possibilités offertes par les systèmes d'information.

Il évalue la portée du dispositif conventionnel de régulation démographique en termes d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des infirmières libérales exerçant dans les zones « très sous-dotées ».

Il réalise des études sur l'offre globale de soins infirmiers, y compris sur l'offre de soins en centres de soins infirmiers, en HAD et en EHPAD. Pour la HAD, les critères d'inclusion en HAD pourront être plus spécifiquement analysés.

4.2. Composition de l'observatoire

L'observatoire est une instance nationale, émanation de la Commission paritaire nationale.

Il est composé pour moitié de représentants de l'UNCAM et de représentants des organisations syndicales signataires.

Membres de droit :

- huit représentants de l'UNCAM ;
- huit représentants des syndicats représentatifs signataires de la convention nationale.

Chaque organisation syndicale signataire désigne deux représentants pour siéger à l'observatoire.

Un nombre identique de suppléants est désigné selon la même répartition que les membres titulaires.

La présidence de l'observatoire est tenue pour un an, à tour de rôle, par un représentant des syndicats signataires de la convention nationale des infirmières libérales et par un représentant de l'UNCAM.

La vice-présidence est assurée par un représentant de l'autre section.

Membres consultatifs :

- un représentant du Conseil national de l'ordre infirmier ;
- un représentant du ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale.

4.3. Fonctionnement de l'observatoire

Le programme de travail de l'observatoire est défini par la Commission paritaire nationale des infirmières.

L'observatoire se réunit en tant que de besoin et au moins deux fois par an.

Il peut entendre des experts désignés par le président ou le vice-président.

Les représentants des syndicats infirmiers, membres de l'observatoire, ont droit à une indemnité forfaitaire, dans les conditions prévues par la convention nationale pour les représentants siégeant à la Commission paritaire nationale.

Le secrétariat de l'observatoire est assuré par l'UNCAM, qui a la responsabilité de son fonctionnement administratif. »

Article 3

*Commissions paritaires***3.1. Commission paritaire nationale**

Le point a de l'article 7.3.1 de la convention nationale est ainsi complété :

« Est membre de plein droit avec voix consultative un représentant du secteur libéral du Conseil national de l'ordre des infirmiers. Nul ne peut être membre de la commission à plus d'un titre. »

3.2. Commission paritaire régionale

3.2.1. Composition

Le point *a* de l'article 7.3.2 de la convention nationale est ainsi complété :

« Est membre de plein droit avec voix consultative un représentant du secteur libéral du conseil régional de l'ordre des infirmiers. Nul ne peut être membre de la commission à plus d'un titre. »

3.2.2. Missions

Le point *b* de l'article 7.3.2 de la convention nationale est ainsi complété :

« – constater, au sein d'une zone "surdotée", une création ou une extension de places en SSIAD se traduisant par l'ouverture effective ou l'autorisation de places, rendant inapplicable le dispositif de régulation prévu à l'article 1.3.1 de l'avenant n° 1 à la convention nationale, conformément au *c* du même article.

Elle informe la CPAM de rattachement de ses constatations, en précisant la zone concernée ;

– examiner, dès qu'elle a connaissance d'un projet d'ouverture ou d'extension de SSIAD au sein d'une zone "surdotée", l'existence ou l'absence d'un besoin que l'offre de soins infirmiers existante n'est pas en mesure de prendre en charge. »

3.3. Commission paritaire départementale

3.3.1. Composition

Le point *a* de l'article 7.3.3 de la convention nationale est ainsi complété :

« Est membre de plein droit avec voix consultative un représentant du secteur libéral du conseil départemental de l'ordre des infirmiers. Nul ne peut être membre de la commission à plus d'un titre. »

3.3.2. Missions

Le point *b* de l'article 7.3.3 de la convention nationale est ainsi complété :

« – examiner les demandes d'installation sous convention en zones "surdotées" conformément aux conditions et procédures définies aux points *d* et *e* de l'article 1.3.1. de l'avenant n° 1 à la convention nationale. »

Article 4

Conditions de cessation d'activité en exercice libéral sous convention

Lorsqu'une infirmière installée en libéral sous convention cesse définitivement son activité, elle en informe sa CPAM de rattachement, sauf cas de force majeure, au moins quatre-vingt-dix jours avant sa cessation d'activité. Pour permettre le fonctionnement du dispositif de régulation dans les zones « surdotées », la caisse publie cette information sur son site internet.

Article 5

Mesures tarifaires

Compte tenu de l'engagement effectif de la profession dans des mesures structurantes sur la répartition de l'offre de soins infirmiers selon les modalités définies au présent avenant et des prévisions d'exécution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie en 2008, constaté par la commission des comptes dans son rapport présenté le 19 juin 2008, les dispositions de l'annexe 9.1 à la convention nationale sont remplacées par les dispositions figurant à l'annexe 1 au présent avenant.

Fait à Paris, le 4 septembre 2008.

*Le président
de Convergence infirmière,*
MARCEL AFFERGAN

Pour l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie :
Le directeur général,
FRÉDÉRIC VAN ROEKEGHEM

18 octobre 2008

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 36 sur 154

*Le président
de la Fédération nationale
des infirmiers,*
PHILIPPE TISSERAND

*Le président
de l'Organisation nationale
des syndicats d'infirmiers libéraux,*
JEAN-MICHEL ELVIRA

*La présidente
du Syndicat national
des infirmières et infirmiers libéraux,*
ANNICK TOUBA

ANNEXE 1

Compte tenu des délais instaurés par l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, les tarifs sont revalorisés au 15 avril 2009. Les tarifs sont les suivants :

	MÉTROPOLE (EN EUROS)		DOM ET MAYOTTE (EN EUROS)	
	Tarifs applicables avant le 15 avril 2009	Nouveaux tarifs applicables au 15 avril 2009	Tarifs applicables avant le 15 avril 2009	Nouveaux tarifs applicables au 15 avril 2009
AMI	3,00	3,15	3,00	3,30
AIS	2,50	2,65	2,50	2,70
DI	10	10	10	10
IFD.....	2,20	2,30	2,20	2,30
IK plaine.....	0,30	0,35	0,33	0,35
IK montagne.....	0,45	0,50	0,50	0,50
IK pied-ski.....	3,35	3,40	3,66	3,66
Majorations de nuit : 20 heures-23 heures et 5 heures-8 heures.....	9,15	9,15	9,15	9,15
23 heures-5 heures.....	18,30	18,30	18,30	18,30
Majoration de dimanche (*).....	7,80	8,00	7,80	8,00
(*) La majoration de dimanche s'applique à compter du samedi à 8 heures pour les appels d'urgence.				

ANNEXE 2

OPTION CONVENTIONNELLE DESTINÉE À FAVORISER L'INSTALLATION ET LE MAINTIEN DES INFIRMIÈRES LIBÉRALES CONVENTIONNÉES EN ZONES « TRÈS SOUS-DOTÉES »

Les parties signataires à la convention nationale infirmière considèrent nécessaire, par des mesures structurantes favorisant le regroupement et la continuité des soins, de favoriser l'implantation des infirmières libérales dans les zones « très sous-dotées » et le maintien de l'activité des infirmières qui y sont d'ores et déjà installées. Les parties signataires souhaitent ainsi permettre à chaque infirmière de rompre son isolement, de limiter ses contraintes, de se former et, de cette manière, contribuer à la qualité des soins délivrés sur l'ensemble du territoire.

A cette fin, elles créent une option conventionnelle à adhésion individuelle intitulée « contrat santé solidarité », destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales en zone « très sous-dotée », dans le cadre de laquelle une participation aux équipements en lien direct avec l'exercice professionnel est allouée ainsi qu'une participation adaptée des caisses au titre des cotisations sociales obligatoires.

Par ailleurs, les parties signataires s'entendent pour favoriser et sensibiliser les infirmières libérales aux objectifs de santé publique et de prévention afin de promouvoir, outre un égal accès aux soins, une amélioration de la qualité du service rendu à la population.

1.1. Objet de l'option

Le « contrat santé solidarité » est une option conventionnelle, signée entre les caisses primaires d'assurance maladie et les infirmières libérales conventionnées et destinée à favoriser l'installation et le maintien en zone « très sous-dotée ».

Cette option vise à inciter les infirmières libérales à :

- s'installer ou exercer en cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires. L'exercice regroupé favorise en effet les échanges professionnels, libère du temps pour la formation et la vie personnelle, tout en facilitant la continuité des soins ;
- recourir à des collaborations libérales et des remplacements dans les zones « très sous-dotées », ce qui permet d'alléger la charge de travail et de s'absenter plus facilement, notamment dans le cadre de la formation conventionnelle continue. En intégrant le statut de collaborateur libéral, les parties signataires souhaitent également faciliter l'installation des jeunes professionnels dans ces zones.

1.2. Champ de l'option

Cette option est proposée aux infirmières libérales conventionnées s'installant ou installées dans une zone « très sous-dotée » telle que définie par la mission régionale de santé.

1.3. Conditions générales d'adhésion

Conditions alternatives liées à l'exercice de la professionnelle

1. Un exercice en groupe : une infirmière peut adhérer au contrat si elle exerce en groupe.

L'exercice en groupe s'entend comme :

- le regroupement d'au moins deux infirmières libérales conventionnées dans les mêmes locaux, installées dans une zone « très sous-dotée » et liées entre elles par :
 - un contrat de collaboration libérale ;
 - un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ;
 - ou par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'ordre ;
- l'exercice dans un cabinet pluridisciplinaire ou une maison de santé pluridisciplinaire, dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exerce dans les mêmes locaux ;

2. Un exercice individuel d'une infirmière libérale conventionnée, recourant à une infirmière remplaçante, permettant d'assurer la continuité des soins.

Conditions d'activité

Pour bénéficier des avantages prévus au présent contrat, l'infirmière libérale doit justifier d'une activité libérale conventionnelle réalisée aux deux tiers auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée ».

1.4. Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) dans la limite de 3 000 euros par an, versés à terme échu pendant trois ans.

Participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations dues au titre des allocations familiales en application de l'article L. 242-11 du code de la sécurité sociale. Cette participation des caisses est assise sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires. Elle correspond à 5,40 % de ce montant.

1.5. Engagements de l'infirmière libérale

En contrepartie de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet et au financement majoré des cotisations sociales obligatoires, l'infirmière contractante s'engage à :

- en cas de prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, réaliser le suivi des patients, notamment diabétiques insulinodépendants (remplissage du carnet de suivi du patient diabétique) ;
- réaliser la vaccination antigrippale de ses patients dans les conditions définies par l'assurance maladie dans le cadre de ses campagnes organisées ;
- utiliser les moyens de télétransmission pour au minimum 80 % de son activité ;
- informer la caisse, une fois par an, suivant la fiche figurant à l'annexe 4 du présent avenant.

1.6. Adhésion à l'option

1.6.1. Modalités d'adhésion

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque infirmière d'un cabinet de groupe devra accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

18 octobre 2008

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 36 sur 154

L'infirmière formalise, auprès de sa CPAM de rattachement, son adhésion suivant un modèle formalisé à l'annexe 3 du présent avenant.

Elle joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe tel que défini dans les conditions générales d'adhésion.

1.6.2. Durée de l'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et au plus tard jusqu'à l'expiration de la convention nationale, soit jusqu'au 25 juillet 2012.

1.6.3. Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Au terme de chaque année civile, la caisse adresse à la professionnelle ayant adhéré à l'option une fiche en deux exemplaires destinée à l'évaluation du respect de ses engagements. Un modèle de cette fiche figure à l'annexe 4 du présent avenant. L'infirmière complète la partie qui la concerne et renvoie un exemplaire à sa caisse.

Elle joint, le cas échéant, les justificatifs relatifs à l'exécution de l'option.

Le versement des aides est conditionné à l'accomplissement de ces formalités, justifiant du respect des conditions d'exécution du contrat.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

1.6.4. Rupture de l'option

En cas d'absence de respect par l'infirmière de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

L'infirmière dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmière qu'elle ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet et au financement majoré des cotisations sociales ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues.

L'infirmière peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Elle en informe la caisse par courrier. La décision de l'infirmière prend effet dès réception par la caisse du courrier.

ANNEXE 3

MODÈLE DE FORMULAIRE D'ADHÉSION À L'OPTION DESTINÉE À FAVORISER L'INSTALLATION ET LE MAINTIEN DES INFIRMIÈRES LIBÉRALES CONVENTIONNÉES EN ZONE « TRÈS SOUS-DOTÉE »

Acte d'adhésion à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales conventionnées en zone « très sous dotée » (1)

Identification de l'infirmière :

Je, soussigné (e),

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

Déclare exercer en groupe formalisé selon le mode suivant (copie du/des contrats à annexer à l'acte d'adhésion) :

- ☐ Collaboration libérale
- ☐ SCP
- ☐ SEL
- ☐ Autres contrats de société
- ☐ Cabinet pluridisciplinaire ou maison de santé

ou déclare recourir à des remplacements contractualisés garantissant la continuité des soins ☐

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l'option conventionnelle appelée « contrat santé solidarité » telles qu'indiquées à l'avenant n° 1 à la convention nationale infirmière publiée au Journal officiel le 25 juillet 2007 ;

2° M'engager à en respecter les dispositions ;

3° Adhérer au « contrat santé solidarité » destiné à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales conventionnées en zone « très sous dotée ».

Cachet de l'infirmière

Fait à

Le

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée (2)

Adhésion non enregistrée et motif du rejet (2) :

Cachet de la caisse

Date

(1) Document à remplir par l'infirmière, en double exemplaire, et à envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de son exercice principal. Un exemplaire signé par la caisse est ensuite renvoyé à la professionnelle signataire.

(2) Rayer les mentions inutiles

ANNEXE 4

MODÈLE DE FICHE ÉVALUATIVE À L'OPTION DESTINÉE À FAVORISER L'INSTALLATION
ET LE MAINTIEN DES INFIRMIÈRES LIBÉRALES CONVENTIONNÉES EN ZONE « TRÈS SOUS-DOTÉE »

Fiche récapitulative annuelle

Partie réservée à la CPAM (1)

Période considérée :

Identification de l'infirmière signataire du contrat :

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification :

Date d'adhésion :

Taux annuel de télétransmission : %

Nombre de vaccinations antigrippales réalisées :

Pourcentage d'activité réalisée dans la zone très sous dotée : %

Cachet de la caisse

Date

Partie à remplir par l'infirmière (2)

Je soussigné (e) :

- Nom :

- Prénom :

Déclare que les informations suivantes sont exactes :

Montant des investissements réalisés :

Outils informatiques :

- connexion haut débit : ☐ OUI ☐ NON

Précisez les investissements dans ce domaine (achat de matériel ou service, connexion haut débit...) :

Sur l'année :

- Nombre de jours de remplacement contractualisés :

- Participation à des réseaux de soins :

- Autres éléments utiles pour apprécier le respect des engagements contractés :

- Formation Continue Conventionnelle suivie au cours de l'année : ☐ OUI ☐ NON

Nombre de jours :

Thème :

Cachet de l'infirmière

Fait à

Le

(1) Document à remplir par la CPAM, en double exemplaire, et à envoyer à l'infirmière

(2) Document complété par l'infirmière. Un exemplaire est conservé par l'infirmière, le deuxième est à renvoyer à la CPAM, pour permettre le paiement éventuel

Avenant n°3 du 25 novembre 2011

Arrêté du 25 novembre 2011 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention na... Page 1 sur 15



JORF n°0274 du 26 novembre 2011 page 19997
texte n° 24

Arrêté du 25 novembre 2011 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux

NOR: ETSS1131254A

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/11/25/ETSS1131254A/jo/texte>

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement,
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-14-1,
Arrêtent :

Article 1

Est approuvé l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux annexé au présent arrêté et conclu le 28 septembre 2011 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, Convergence infirmière, la Fédération nationale des infirmiers, l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux et le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux.

Article 2

Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

A V E N A N T N° 3

À LA CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES INFIRMIÈRES ET L'UNION NATIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par M. Van Rookeghem,

Et :

Convergence infirmière, représentée par M. Affergan (président),

La Fédération nationale des infirmiers, représentée par M. Tisserand (président),

L'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux, représentée par M. Elvira (président),

Le Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux, représenté par Mme Touba (présidente),

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 161-35, L. 162-14-1 et L. 162-12-2 ;

Vu l'article 128-IV de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu l'article 4 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007 publiée au Journal officiel du 25 juillet 2007, ses avenants et ses annexes,

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

L'UNCAM et l'ensemble des syndicats représentatifs de la profession des infirmières libérales ont conclu, le 4 septembre 2008, un avenant n° 1 à la convention nationale infirmière portant notamment sur les principes et les modalités de mise en œuvre de la régulation démographique de l'offre globale de soins infirmiers pour une période expérimentale de deux ans.

Les partenaires conventionnels se sont réunis régulièrement sur ce thème depuis lors. Constatant que l'application des mesures de régulation démographique prévues par l'avenant n° 1 a permis des avancées sur

la répartition démographique de l'offre de soins infirmiers, et afin de renforcer l'amélioration de la répartition de l'offre de soins sur le territoire, les parties signataires souhaitent pérenniser le dispositif expérimental prévu par l'avenant n° 1 qui favorise l'installation et le maintien dans les zones « très sous-dotées » et régle le conventionnement dans les zones « sur-dotées ».

Par ailleurs, au regard du bilan de l'application des mesures de l'avenant n° 1, les partenaires conventionnels veulent adapter ces mesures dans le cadre d'un avenant conventionnel n° 3 pour prendre en compte certains cas particuliers.

Cet avenant prévoit également des mesures portant sur :

- la valorisation des compétences infirmières au regard des nouveaux enjeux de santé publique en favorisant notamment les programmes d'accompagnement des patients, les actions de prévention ainsi que le développement de nouveaux modes de prise en charge des patients ;
- la modernisation des relations avec l'assurance maladie au travers de l'accompagnement à la mise en œuvre d'une offre de service dédiée et personnalisée auprès des professionnels de santé et de la simplification du cadre d'exercice des professionnels en développant de nouveaux services en ligne ;
- la valorisation de la profession infirmière, notamment au travers de l'évolution des modes de rémunération des infirmières et en tenant compte de l'évolution des pratiques et des techniques utilisées.

Article 1er

Amélioration de l'accès aux soins

Les parties signataires confirment leur souhait de poursuivre leurs efforts en matière de régulation démographique afin de maintenir et améliorer la dynamique engendrée par l'avenant n° 1 visant au rééquilibrage de l'offre de soins infirmiers sur le territoire tout en garantissant une réponse adaptée aux besoins de soins de la population.

Elles constatent que le premier bilan de l'impact des mesures conventionnelles portant sur l'amélioration de la répartition démographique de la profession infirmière a montré leur efficacité. La mise en place de mesures incitatives dans les zones « très sous-dotées » et d'une régulation de l'accès au conventionnement dans les zones « sur-dotées » a permis de favoriser un rééquilibrage de la répartition des infirmières sur le territoire. Toutefois, les parties considèrent que l'adaptation du dispositif et sa continuité dans le temps sont indispensables pour obtenir des effets sensibles à moyen terme.

Par conséquent, pour apporter une solution efficace aux disparités démographiques actuelles, les parties signataires conviennent qu'il y a lieu de proroger, d'adapter et d'étendre le dispositif de régulation conventionnel prévu par l'avenant n° 1.

Les parties signataires insistent sur la nécessité de régulation de l'offre globale de soins infirmiers, afin de favoriser la cohérence entre l'offre sanitaire et l'offre médico-sociale.

Ainsi, elles réaffirment en premier lieu, leur volonté de continuer à soumettre au même principe de régulation démographique les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Elles demandent également que le développement des centres de soins infirmiers (CSI) tienne compte de la régulation de l'offre de soins infirmiers.

Par ailleurs, conscients que l'offre d'hospitalisation à domicile (HAD) représente une offre de soins infirmiers importante, les partenaires conventionnels s'engagent à mener auprès des institutions ou structures en charge de leur développement les actions indispensables à la cohérence de ce développement avec le dispositif de régulation des infirmières libérales.

Le présent article est applicable après publication, dans la région, des zones arrêtées conformément à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, pour la mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des infirmiers libéraux et sous réserve de l'inscription des majorations prévues à l'article 3.4 et de l'entrée en vigueur de l'article 5 du présent avenant. Il remplace, à compter de son entrée en vigueur, l'article 1er et les annexes 2 à 4 de l'avenant n° 1 à la convention nationale infirmière. Conformément aux dispositions prévues à l'article 128-IV de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les décisions de zonages arrêtées antérieurement par les missions régionales de santé sur la base de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale demeurent en vigueur dans chaque région jusqu'à l'entrée en vigueur du premier zonage élaboré sur la base de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

1.1. Rééquilibrer l'offre de soins infirmiers entre les régions

Les parties signataires constatent qu'il existe des disparités régionales d'offre de soins infirmiers d'un facteur de 1 à 7 selon les départements et de 1 à 5 selon les régions. Elles affirment leur volonté de contribuer à la réduction progressive de ces disparités en mettant en œuvre par le présent avenant des mesures structurantes sur la répartition de l'offre de soins.

La mise en place de mesures incitatives dans les zones « très sous-dotées » et de mesures d'accès au conventionnement dans les zones « sur-dotées » permet de contribuer à ce rééquilibrage.

Afin de tendre au rééquilibrage de l'offre de soins infirmiers entre les régions, les partenaires s'accordent pour poursuivre la large diffusion des constats réalisés par l'observatoire conventionnel en matière de répartition démographique des libéraux.

1.2. Mettre en œuvre des mesures de rééquilibrage

Arrêté du 25 novembre 2011 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention na... Page 3 sur 15

de l'offre globale de soins infirmiers au sein de chaque région

1.2.1. Dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale

a) Principes généraux du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale :

Compte tenu de ce préalable, les mesures suivantes sont arrêtées :

- dans les zones « très sous-dotées », les mesures d'incitation à l'installation et au maintien en exercice libéral sont reconduites, conformément aux dispositions prévues à l'article 1.2.2 du présent avenant ;
- dans les zones « sur-dotées », l'accès au conventionnement d'une infirmière ne peut intervenir que si une autre infirmière cesse son activité définitivement dans la zone considérée ;
- dans les autres zones, l'exercice libéral sous convention n'est soumis à aucune autre condition particulière que celles figurant à l'article 5.2.2. de la convention nationale.

Les présentes dispositions s'appliquent dans le cadre des dispositions prévues à l'article 5.2.2 de la convention nationale.

b) Mesures d'accompagnement du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale :

Les parties signataires conviennent de renforcer l'offre de service destinée à informer les infirmières souhaitant s'installer en libéral sous convention sur la répartition démographique de la profession.

L'assurance maladie s'engage à accompagner la mise en œuvre du dispositif aussi bien auprès des professionnels de santé déjà installés que des professionnels ayant un projet d'installation.

Une campagne d'information ciblée se fera par le biais d'un courrier individualisé envoyé, une fois par an, aux professionnels éligibles au contrat dans les zones « très sous-dotées ». L'assurance maladie mettra à leur disposition le contrat permettant l'adhésion au dispositif prévu à l'article 1.2.2.

Cette campagne d'information sera relayée par les délégués de l'assurance maladie.

Elle visera à expliquer les mesures prévues au présent avenant ainsi que les différentes aides destinées à favoriser l'installation.

Par ailleurs, afin de faire fonctionner le dispositif de régulation en zone « sur-dotée », elle s'engage également à mettre à disposition des infirmiers, sur son site internet, une liste, actualisée régulièrement, des zones où un départ a été notifié.

En outre, l'outil « c@rtosanté » permet d'aider les infirmières à établir une analyse de la zone où elles souhaitent s'installer en rendant disponible, en ligne, des données concernant l'offre de soins et la consommation de soins dans la circonscription.

Cet outil contribue à informer les infirmières souhaitant s'installer en libéral.

c) Conditions d'application du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale :

Les parties signataires soulignent qu'elles ne s'engagent dans la régulation démographique que dans la mesure où les SSIAD sont soumis au même principe. Elles n'appliquent ainsi la régulation démographique dans les zones « sur-dotées » que dans la mesure où il n'y est pas parallèlement créé, par un SSIAD, d'offre de soins alternative aux soins qu'elles délivrent.

Elles demandent conjointement aux ministres en charge de la santé, de la sécurité sociale, des solidarités et de la cohésion sociale de continuer à soumettre les SSIAD au même principe de régulation démographique. Toutefois, convenant de la nécessité de pouvoir apprécier l'adéquation qualitative et quantitative de l'offre de soins avec les besoins de soins locaux, afin de permettre à la population de bénéficier d'une prise en charge de qualité, les parties signataires conviennent de la nécessité de pouvoir, de façon exceptionnelle et strictement objectivée, prendre en compte certains besoins spécifiques et bien définis.

Dans le cas où aurait lieu dans une zone « sur-dotée » la création d'un SSIAD ou l'extension d'un SSIAD existant, se traduisant par l'ouverture effective ou l'autorisation de places de SSIAD, le dispositif de régulation prévu par le présent article ne s'appliquerait pas dans la zone concernée, sauf si cette création ou extension de SSIAD répond à un besoin que l'offre de soins existante n'est pas en mesure de prendre en charge. L'objectivation de besoins non couverts par l'offre en soins infirmiers existante s'apprécie notamment à partir des critères suivants :

- existence d'une population rencontrant des difficultés d'accès aux soins ;
- possibilité de coopération entre infirmières libérales et SSIAD ;
- prise en compte de la totalité de l'offre de services médico-sociaux incluant notamment les EHPAD et les USLD.

Dès qu'elle a connaissance d'un projet d'ouverture ou d'extension de SSIAD, la CPR examine l'existence d'un éventuel besoin que l'offre de soins existante n'est pas en mesure de prendre en charge.

L'existence ou l'absence de ce besoin est constatée par la CPR à la majorité de ses membres plus une voix.

d) Gestion du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale : dispositions spécifiques en cas de demande de conventionnement dans une zone « sur-dotée » :

L'infirmière adresse sa demande de conventionnement à la CPAM dans le ressort géographique de laquelle se situe le lieu d'installation envisagé, par courrier précisant : ses nom et prénom, son numéro d'identification, le lieu et les conditions exactes de l'installation projetée, notamment une attestation de l'infirmière dont elle reprend l'activité la désignant nommément comme son successeur.

Dans un délai maximal de quarante-cinq jours à compter de la réception du dossier complet, le directeur de la CPAM saisit la CPD pour avis de la demande de conventionnement et informe l'infirmière de cette saisine. Il transmet à la CPD la demande de conventionnement. Il prévient également la CPD de toutes modifications et extensions de SSIAD.

A compter de la réception du dossier, la CPD rend alors un avis dans un délai de trente jours. Elle peut demander des compléments d'information et demander à entendre l'infirmière. L'infirmière peut également demander à être entendue.

A défaut d'avis rendu avant l'expiration de ce délai, celui-ci est réputé rendu.

Au regard des éléments du dossier et compte tenu des règles du dispositif de régulation de la démographie

infirmière libérale, le directeur de la CPAM notifie à l'infirmière concernée sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement, lorsqu'elle est conforme à l'avis de la CPD, dans un délai de quinze jours suivant l'avis.

La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette décision ainsi que les différents avis rendus sont fondés sur des critères objectifs tenant compte notamment :

- de l'offre de soins compte tenu de la notification de la cessation définitive d'activité d'un infirmier ou d'une infirmière ;

- des conditions d'installation projetées (reprise d'un cabinet, intégration dans un cabinet de groupe) dans un objectif de continuité de la prise en charge de l'activité assurée par l'infirmier cessant son activité et d'intégration avec les autres professionnels dans la zone considérée.

La CPD est tenue informée de la décision du directeur de la CPAM sur la demande de conventionnement.

Quand le projet de décision du directeur de la CPAM est différent de l'avis rendu par la CPD, la CPN est saisie de ce projet sous quinze jours par la CPAM. L'infirmière et la CPD sont tenues informées de cette saisine.

Si, au regard des éléments du dossier et des règles du dispositif prévu par le présent article, la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de la CPAM, le secrétariat de la CPN le transmet au directeur de la CPAM dans un délai d'un mois à compter de la saisine.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de la CPAM, le secrétariat de la CPN sollicite, dans les trente jours, le directeur général de l'UNCAM pour décision. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, dans les quinze jours, au directeur de la CPAM, la décision du directeur général de l'UNCAM, qui s'impose à lui, accompagnée de l'avis de la CPN.

Le directeur de la CPAM notifie alors à l'infirmière, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de quinze jours suivant la transmission de l'avis de la CPN et le cas échéant, de la décision du directeur général de l'UNCAM. Il en adresse une copie aux membres de la CPD.

La CPAM transmet trimestriellement au secrétariat de la CPN, à titre d'information, le nombre de départs, de conventionnements acceptés dans les zones « sur-dotées » ainsi que le nombre de refus de conventionnements et leur motif.

e) Cas particuliers en cas de demande de conventionnement dans une zone « sur-dotée » :

Afin de prendre en compte certaines situations particulières liées à l'intégration d'infirmières remplaçantes dans l'offre de soins, les parties signataires conviennent d'ouvrir la possibilité aux infirmières remplaçantes qui ne remplissent pas complètement les conditions fixées au point b de l'article 5.2.2 de la convention nationale de s'installer en libéral sous convention.

Cette disposition spécifique ne peut être accordée, à titre exceptionnel, que si les conditions suivantes sont réunies :

- un infirmier ou une infirmière a cessé définitivement son activité dans la zone considérée ;
- l'infirmière a effectué des remplacements durant au moins huit mois, de façon continue ou non, au sein d'un ou de plusieurs cabinet(s) situé(s) dans la zone considérée.

Dans ce cas, la demande de conventionnement est examinée dans les conditions définies au point d de l'article 1.2.1 du présent avenant.

Cette disposition de conventionnement est accordée pour une zone « sur-dotée » déterminée.

Par ailleurs, pour tenir compte de certaines situations exceptionnelles liées à des spécificités d'exercice ou à des situations personnelles, les parties signataires conviennent d'ouvrir la possibilité aux infirmières qui ne remplissent pas les conditions fixées au d de l'article 1.2.1 du présent avenant d'accéder au conventionnement.

Cette disposition spécifique ne peut être accordée, à titre exceptionnel, que dans les cas suivants, dûment attestés :

- changement d'adresse du cabinet professionnel de l'infirmier, sous réserve de deux conditions cumulatives : justifier d'une activité libérale conventionnée dans ce cabinet, durant cinq ans, et dans les deux ans précédant la demande, avoir réalisé plus de la moitié de cette activité auprès de patients résidant dans la zone « sur-dotée » où il souhaite exercer ;

- situation médicale grave du conjoint, d'un enfant, ou d'un ascendant direct ;

- mutation de conjoint ;

- situation juridique personnelle entraînant un changement d'adresse professionnelle.

Dans ce cas, la demande de conventionnement est examinée dans les conditions définies au point d de l'article 1.2.1 du présent avenant.

1.2.2. Mesures destinées à favoriser le maintien et l'installation en zones « très sous-dotées »

Les parties signataires souhaitent poursuivre la mise en œuvre de mesures incitatives dans les zones « très sous dotées » afin de valoriser l'organisation de l'offre de soins de premier recours et de favoriser une meilleure répartition des professionnels sur le territoire et la qualité du service rendu à la population.

Les parties estiment en effet nécessaire, par des mesures structurantes favorisant le regroupement et la continuité des soins, de privilégier l'implantation des infirmières libérales dans les zones « très sous-dotées » et de favoriser le maintien de l'activité des infirmières qui y sont d'ores et déjà installées. Elles souhaitent permettre à chaque infirmière de rompre son isolement, de limiter ses contraintes, de se former et ainsi de contribuer à la qualité des soins délivrés sur l'ensemble du territoire.

Les parties s'accordent sur le maintien d'une option conventionnelle appelée « contrat incitatif infirmier », créée sur la base notamment des dispositions figurant aux articles L. 162-12-2 (8°) et L. 162-14-1 (4°) du code de la sécurité sociale, conclue entre les professionnels de santé et l'assurance maladie et portant sur un

soutien matériel à l'installation et des mesures d'accompagnement.

Cette option conventionnelle, à adhésion individuelle, est destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales en zone « très sous-dotée », dans le cadre de laquelle est allouée une participation aux équipements et aux frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice professionnel ainsi qu'une participation adaptée des caisses aux cotisations sociales obligatoires. Les modalités de ce « contrat incitatif infirmier » sont définies aux annexes 1 à 3 du présent avenant.

Les contrats conclus à compter de l'entrée en vigueur du présent article, ne pourront l'être que dans des zones définies comme « très sous-dotées » en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. De manière transitoire, les « contrats santé solidarité » prévus par l'article 1er de l'avenant n° 1, qui auraient été signés avant l'entrée en vigueur du présent article seront honorés jusqu'à leur terme, c'est-à-dire trois ans postérieurement à leur signature, dans les conditions prévues par l'avenant n° 1. Un contrat signé dans le cadre de l'avenant n° 1 ne peut se cumuler avec un contrat prévu au présent article.

1.3. Suivi, évaluation et adaptation des différentes mesures de nature à préserver et améliorer l'accès aux soins

Les parties signataires s'entendent pour poursuivre dans le cadre de l'observatoire conventionnel le suivi et l'évaluation au niveau national des mesures figurant au présent avenant. L'observatoire s'attachera à examiner l'adéquation des mesures de régulation avec les difficultés d'accès aux soins objectivées. Au regard des résultats régionaux et des éventuelles difficultés rencontrées dans l'application des mesures de rééquilibrage de l'offre infirmière libérale, les CPR peuvent proposer des adaptations. Une évaluation de l'impact du présent avenant sur l'offre de soins infirmiers sera réalisée avant le 31 mars 2014.

En cas de nécessité, les parties signataires feront évoluer le dispositif instauré par le présent avenant.

Article 2

Faire évoluer les conditions d'installation des infirmières remplaçantes souhaitant exercer en libéral sous convention

Les parties signataires sont conscientes que les conditions actuelles d'installation des infirmières remplaçantes ne mettent pas en valeur l'expérience professionnelle qu'elles ont acquise.

Elles s'entendent sur la valorisation de l'expérience acquise en tant que remplaçante en facilitant leur installation en libéral sous convention.

Elles s'accordent donc pour modifier les deux premiers alinéa du b Règle générale de l'article 5.2.2 de la convention nationale des infirmiers comme suit :

« Peuvent s'installer immédiatement en exercice libéral sous convention :

— les infirmières justifiant d'une expérience professionnelle de vingt-quatre mois, c'est-à-dire 3 200 heures équivalent temps plein en temps de travail effectif au cours des six années précédant la demande d'installation en libéral sous convention ;

— les infirmières justifiant d'une expérience professionnelle prévue à l'article 5.2.3 de la convention nationale et d'une expérience en qualité de remplaçante d'infirmière libérale conventionnée de vingt-quatre mois sous contrat de remplacement, au cours des six années précédant la demande d'installation en libéral sous convention.

Lorsqu'il s'agit d'une première installation en libéral, l'infirmière doit justifier de cette expérience minimale en qualité d'infirmière exerçant dans un établissement de soins ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire, tels que définis au a "Principes" de l'article 5.2.2, ou en tant que remplaçante d'une infirmière libérale conventionnée (dès lors qu'elle remplissait les conditions pour le faire). »

Article 3

Valorisation de l'activité infirmière libérale

Les parties signataires œuvrent à une meilleure reconnaissance du métier d'infirmière libérale dans la pleine expression de ses compétences telles qu'elles sont définies dans le code de la santé publique notamment en matière d'accompagnement, de prévention, d'éducation à la santé et de prise en charge des patients.

Les parties signataires estiment que cette reconnaissance permettra d'améliorer la prise en charge des patients dont bon nombre souffrent de maladies chroniques et pour lesquels la garantie d'accessibilité et de proximité avec l'infirmière libérale est essentielle.

Au regard des perspectives démographiques des professions de santé, les partenaires conventionnels souhaitent accompagner le développement de nouveaux rôles pour l'infirmière libérale tant sur son rôle propre que sur celui des compétences partagées avec d'autres professions de santé.

L'émergence de ces nouveaux rôles, quand elle concerne des compétences partagées, ne peut se concevoir sans une participation étroite des différentes professions de santé concernées. C'est la raison pour laquelle les parties signataires souhaitent favoriser la fonction de « coordinateur à proximité immédiate de la personne et des aidants » de l'infirmier libéral en lien avec les médecins libéraux.

La mise en œuvre des mesures prévues au présent article est conditionnée par des modifications préalables de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

3.1. La participation à des actions d'éducation, de prévention et de promotion de la santé

Les parties signataires s'engagent à inciter les infirmières à participer à de nouvelles actions de prévention en développant progressivement d'autres dispositifs de prévention ou d'éducation à la santé afin de reconnaître l'implication et la compétence de la profession dans ce domaine.

Les parties conviennent de la nécessité d'adapter la liste des actes et prestations en vue de favoriser l'accompagnement des patients diabétiques insulinodépendants au moment de l'initiation du traitement.

3.2. L'implication des infirmières libérales dans la prise en charge, la surveillance et le suivi des patients atteints de pathologies chroniques

Les parties signataires sont conscientes du rôle central joué par les infirmières dans la prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique conduisant ainsi à prévenir voire retarder les complications, à réduire le risque de iatrogénie notamment médicamenteuse et ainsi contribuer à éviter le recours à l'hospitalisation.

Elles s'engagent donc à soutenir la participation des infirmières dans les programmes visant à accompagner des personnes souffrant de pathologies chroniques, notamment du diabète et des pathologies cardiovasculaires afin d'améliorer l'efficacité de la prise en charge de ces patients.

Elles s'accordent également sur la mise en place de mesures incitatives permettant à la profession de participer à ces programmes.

3.3. L'intervention des infirmières dans les nouveaux modes de prise en charge des patients

Les parties signataires constatent que le développement de nouveaux modes de prises en charge des patients est devenu une nécessité du fait de l'évolution de l'organisation des soins ambulatoires et des besoins des patients.

Elles sont conscientes de la nécessité d'améliorer la qualité de prise en charge des patients par la mobilisation des compétences infirmières dans un suivi adapté à domicile, une meilleure coordination des acteurs et des prises en charge autour du patient.

Elles s'accordent pour mettre en place des dispositifs, en coordination avec les différents acteurs concernés aussi bien dans le secteur ambulatoire qu'hospitalier ou médico-social, favorisant et améliorant le maintien ou le retour à domicile des patients, en particulier pour les sorties d'hospitalisation. Ces dispositifs portent notamment sur :

- les sorties d'hospitalisations sur les pathologies programmées, par exemple l'orthopédie, voire non programmées : les personnes âgées seront particulièrement bénéficiaires de cet accompagnement renforcé en sortie d'hospitalisation, notamment après une prothèse de hanche, afin de veiller à préserver leur autonomie ;
 - l'accompagnement et le suivi à domicile des insuffisants cardiaques pour éviter les hospitalisations.
- Par ailleurs, elles s'accordent également pour améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies lourdes, notamment nécessitant :
- des soins palliatifs ;
 - des pansements complexes ;
 - le suivi ou la réalisation de chimiothérapies à domicile ;
 - des soins à des patients atteints de certaines pathologies neurologiques dégénératives (sclérose en plaque, maladie de Parkinson, maladie de Charcot, Huntington).

En outre, elles conviennent de la nécessité de simplifier la description des perfusions inscrites au sein de la liste des actes et prestations citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale en raison de l'évolution des prises en charge, notamment des patients en fin de vie, des antibiothérapies à domicile pour limiter les infections nosocomiales, des patients en nutrition parentérale.

Les parties signataires s'accordent pour mettre en place un groupe de travail chargé d'examiner les conditions de prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques.

3.4. Valorisation de l'activité

Les parties signataires conviennent d'étudier les conditions de mise en place d'une valorisation de certains actes isolés.

Afin de valoriser les actes réalisés de façon unique à l'occasion d'une séance de soins au cabinet de l'infirmier ou au domicile du patient, cotés AMI 1 ou AMI 1.5, notamment les injections intramusculaires et sous-cutanées, les prélèvements par ponction intraveineuse, les parties signataires souhaitent créer une majoration appelée MAU, d'une valeur de 1,35 €. Cette mesure ne pourra s'appliquer que sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Elles constatent par ailleurs que des activités qui relèvent de soins hospitaliers sont désormais réalisées à domicile pour certains patients dans des conditions de sécurité maîtrisées, notamment pour les pansements complexes ou les soins palliatifs.

De plus, les parties signataires souhaitent reconnaître le rôle prépondérant de l'infirmière dans la prise en charge à domicile de ces patients, et proposent de créer une majoration spécifique, appelée MCI, d'une

valeur de 5 € par passage de l'infirmière pour la prise en charge des patients en soins palliatifs et des patients nécessitant des pansements complexes pour les soins les plus lourds, notamment les escarres et les plaies chroniques.

Cette majoration visera à valoriser le rôle dévolu à l'infirmière en matière de coordination, de continuité, et l'environnement des soins.

Les parties signataires entendent améliorer l'organisation du maintien à domicile des personnes dépendantes en favorisant la coordination entre le médecin traitant et l'infirmière.

Au regard des résultats obtenus par la démarche de soins infirmiers, les parties signataires entendent remplacer ce dispositif. Afin de garantir l'efficacité de l'intervention de l'infirmière libérale auprès des personnes dépendantes, elles s'engagent à définir un nouveau dispositif par un avenant conventionnel avant le 31 décembre 2012.

Elles s'accordent pour que le nouveau dispositif créé permette la dématérialisation des documents supports et des circuits de transmission entre les acteurs du dispositif.

Article 4

Modernisation des relations avec l'assurance maladie

Les parties signataires souhaitent moderniser les relations entre les infirmiers et l'assurance maladie. Elles considèrent comme déterminantes les mesures ayant pour objet de simplifier la gestion administrative des échanges entre les professionnels de santé, l'assuré et l'assurance maladie.

A cette fin, l'assurance maladie s'engage à mettre en œuvre une offre de service dédiée et personnalisée auprès des infirmiers pour faciliter les échanges avec l'assurance maladie dès le moment de l'installation. Elle s'engage notamment à mettre en place une offre optimisée de la relation téléphonique, en proposant un numéro d'appel dédié aux professionnels.

Les parties s'engagent à participer au développement de l'information sur l'offre de soins en mettant à disposition des assurés un outil d'information, « Ameli direct », permettant de connaître l'offre de soins et les tarifs pratiqués par les professionnels.

Par ailleurs, les parties s'engagent à promouvoir l'utilisation des téléservices et des feuilles de soins électroniques.

L'assurance maladie souhaite également simplifier le cadre d'exercice des professionnels en développant de nouveaux services en ligne.

Consciente des difficultés générées par les obligations réglementaires concernant la transmission des pièces justificatives, l'assurance maladie favorisera la dématérialisation de ces pièces.

Elle propose aux infirmiers une dématérialisation des prescriptions, dans un premier temps, au moyen de la numérisation. A terme, la prescription sera dématérialisée à la source. Les parties s'engagent à travailler dès à présent sur ce projet.

Les parties signataires conviennent, par le présent avenant, et dans l'attente de la mise en œuvre de la prescription électronique, de remplacer l'envoi du duplicata de l'ordonnance papier par l'envoi d'une ordonnance numérisée, télétransmise vers un serveur informatique dédié, dénommé point d'accueil inter-régimes. Elles reconnaissent cependant la nécessité de conserver des modalités de transmissions alternatives et ponctuelles du duplicata de l'ordonnance papier soit sur support CD-ROM, soit, en dernier recours, sur support papier. A ce titre, une expérimentation sera mise en œuvre, afin d'évaluer la pertinence du dispositif, et fera l'objet d'un bilan qui déterminera les conditions de généralisation.

Les parties signataires s'accordent sur le fait que le respect des obligations décrites à l'annexe 4 du présent avenant permet de reconnaître la même valeur juridique à l'ordonnance numérisée qu'au duplicata ou à la copie de l'ordonnance papier.

En outre, l'assurance maladie contribue à mettre à disposition des infirmiers différents services utiles à l'exercice de leur pratique professionnelle impliquant d'autres professionnels de santé, notamment pour faciliter le partage d'information dans le respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

La modernisation des échanges entre les caisses d'assurance maladie et les infirmiers relève du comité technique paritaire permanent, prévu à l'article 5.3.4 de la convention nationale.

Article 5

Frais de déplacement

Compte tenu de l'engagement effectif de la profession dans des mesures structurantes sur la répartition de l'offre de soins infirmiers, et afin de mieux rémunérer les contraintes liées à l'activité des infirmières libérales, les parties signataires décident de revaloriser le tarif de l'indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) en la portant à 2,50 €.

► Annexe

A N N E X E S
A N N E X E 1

CONTRAT INCITATIF INFIRMIER : OPTION CONVENTIONNELLE DESTINÉE À FAVORISER L'INSTALLATION ET LE MAINTIEN DES INFIRMIÈRES LIBÉRALES CONVENTIONNÉES EN ZONES « TRÈS SOUS-DOTÉES »

Les parties signataires considèrent nécessaire, par des mesures structurantes favorisant le regroupement et la continuité des soins, de favoriser l'implantation des infirmières libérales dans les zones « très sous-dotées » et le maintien de l'activité des infirmières qui y sont d'ores et déjà installées. Les parties signataires souhaitent ainsi permettre à chaque infirmière de rompre son isolement, de limiter ses contraintes, de se former, et, de cette manière, contribuer à la qualité des soins délivrés sur l'ensemble du territoire.

A cette fin, elles créent une option conventionnelle à adhésion individuelle intitulée « contrat incitatif infirmier », destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales en zone « très sous-dotée », dans le cadre de laquelle une participation aux équipements en lien direct avec l'exercice professionnel est allouée ainsi qu'une participation adaptée des caisses au titre des cotisations sociales obligatoires.

Par ailleurs, les parties signataires s'entendent pour favoriser et sensibiliser les infirmières libérales aux objectifs de santé publique et de prévention afin de promouvoir, outre un égal accès aux soins, une amélioration de la qualité du service rendu à la population.

1. Objet de l'option

Le « contrat incitatif infirmier » est une option conventionnelle, signée entre les caisses primaires d'assurance maladie et les infirmières libérales conventionnées, pendant une durée de trois ans, et destinée à favoriser l'installation et le maintien en zone « très sous-dotée ».

Cette option vise à inciter les infirmières libérales à :

- s'installer ou exercer en cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires. L'exercice regroupé favorise en effet les échanges professionnels, libère du temps pour la formation et la vie personnelle, tout en facilitant la continuité des soins ;
- recourir à des collaborations libérales et des remplacements dans les zones « très sous-dotées », ce qui permet d'alléger la charge de travail et de s'absenter plus facilement, notamment dans le cadre du développement professionnel continu. En intégrant le statut de collaborateur libéral, les parties signataires souhaitent également faciliter l'installation des jeunes professionnels dans ces zones.

2. Champ de l'option

Cette option est proposée aux infirmières libérales conventionnées s'installant ou installées dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

3. Conditions générales d'adhésion

Conditions alternatives liées à l'exercice de la professionnelle :

1. Un exercice en groupe : une infirmière peut adhérer au contrat si elle exerce en groupe.

L'exercice en groupe s'entend comme :

- le regroupement d'au moins deux infirmières libérales conventionnées dans les mêmes locaux, installées dans une zone « très sous-dotée » et liées entre elles par :
 - un contrat de collaboration libérale ;
 - un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ;
 - ou par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'ordre ;
 - l'exercice dans un cabinet pluridisciplinaire, une maison de santé pluridisciplinaire ou une société interprofessionnelle de soins ambulatoires dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exerce dans les mêmes locaux.

2. Un exercice individuel d'une infirmière libérale conventionnée, recourant à une infirmière remplaçante, permettant d'assurer la continuité des soins.

Conditions d'activité :

Pour bénéficier des avantages prévus au présent contrat, l'infirmière libérale doit justifier d'une activité libérale conventionnelle réalisée aux deux tiers auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée ».

4. Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) dans la limite de 3 000 euros par an, versés à terme échu pendant trois ans.

Participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations dues au titre des allocations familiales en application de l'article L. 242-11 du code de la sécurité sociale. Cette participation des caisses est assise sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires acquis dans le cadre de la convention. Elle correspond à 5,40 % de ce montant.

5. Engagements de l'infirmière libérale

En contrepartie de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet et au financement majoré des cotisations sociales obligatoires, l'infirmière contractante s'engage à :

- en cas de prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques : suivi des patients, notamment diabétiques insulino-dépendants (remplissage du carnet de suivi du patient diabétique) ;

- réaliser la vaccination antigrippale de ses patients dans les conditions définies par l'assurance maladie dans le cadre de ses campagnes organisées ;
- utiliser les moyens de télétransmission pour au minimum 80 % de son activité ;
- informer la caisse, une fois par an, suivant la fiche figurant à l'annexe 3 du présent avenant ;
- réaliser deux tiers de l'activité auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée ».

6. Adhésion à l'option

6.1.1. Modalités d'adhésion

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque infirmière d'un cabinet de groupe devra accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

L'infirmière formalise, auprès de sa CPAM de rattachement, son adhésion suivant un modèle formalisé à l'annexe 2 du présent avenant.

Elle joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe tel que défini dans les conditions générales d'adhésion.

6.1.2. Durée de l'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat.

6.1.3. Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Au terme de chaque année civile, la caisse adresse à la professionnelle ayant adhéré à l'option une fiche en deux exemplaires destinée à l'évaluation du respect de ses engagements. Un modèle de cette fiche figure à l'annexe 3 du présent avenant. L'infirmière complète la partie qui la concerne et renvoie un exemplaire à sa caisse.

Elle joint, le cas échéant, les justificatifs relatifs à l'exécution de l'option.

Le versement des aides est conditionné au respect des conditions d'exécution du contrat.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

6.1.4. Rupture de l'option

En cas d'absence de respect par l'infirmière de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

L'infirmière dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmière qu'elle ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet et au financement majoré des cotisations sociales ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues.

L'infirmière peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Elle en informe la caisse par courrier. La décision de l'infirmière prend effet dès réception par la caisse du courrier.

A N N E X E 2

MODÈLE DE FORMULAIRE D'ADHÉSION À L'OPTION DESTINÉE À FAVORISER L'INSTALLATION ET LE MAINTIEN DES INFIRMIÈRES LIBÉRALES CONVENTIONNÉES EN ZONE « TRÈS SOUS-DOTÉE »

Acte d'adhésion à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales conventionnées en zone « très sous-dotée » (1)

Identification de l'infirmière :

Je, soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

Déclare exercer en groupe formalisé selon le mode suivant (copie du/des contrat[s] à annexer à l'acte d'adhésion) :

Collaboration libérale

SCP

SEL

Autres contrats de société

Cabinet pluridisciplinaire, maison de santé ou société interprofessionnelle de soins ambulatoires ou déclare recourir à des remplacements contractualisés garantissant la continuité des soins

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l'option conventionnelle appelée « contrat incitatif infirmier » telles qu'indiquées à l'annexe 1 du présent avenant ;

2° M'engager à en respecter les dispositions ;

3° Adhérer au « contrat incitatif infirmier » destiné à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales conventionnées en zone « très sous-dotée ».

Cachet de l'infirmière

Arrêté du 25 novembre 2011 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention ... Page 10 sur 15

Fait à
Le

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée (2)

Adhésion non enregistrée et motif du rejet (2) :

Cachet de la caisse

Date

(1) Document à remplir par l'infirmière, en double exemplaire, et à envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de son exercice principal. Un exemplaire signé par la caisse est ensuite renvoyé à la professionnelle signataire. (2) Rayer les mentions inutiles.

A N N E X E 3

MODÈLE DE FICHE ÉVALUATIVE À L'OPTION DESTINÉE À FAVORISER L'INSTALLATION ET LE MAINTIEN DES INFIRMIÈRES LIBÉRALES CONVENTIONNÉES EN ZONE « TRÈS SOUS-DOTÉE »

Fiche récapitulative annuelle

Partie réservée à la CPAM (1)

Période considérée :

Identification de l'infirmière signataire du contrat :

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification :

Date d'adhésion :

Taux annuel de télétransmission : %

Nombre de vaccinations antigrippales réalisées :

Pourcentage d'activité réalisée dans la zone « très sous-dotée » : %

Cachet de la caisse

Date

Partie à remplir par l'infirmière (2) :

Je soussigné (e) :

Nom :

Prénom :

Déclare que les informations suivantes sont exactes :

Montant des investissements réalisés :

Outils informatiques :

Connexion haut débit : OUI NON

Précisez les investissements dans ce domaine (achat de matériel ou service, connexion haut débit...) :

Sur l'année :

Nombre de jours de remplacement contractualisés :

Participation à des réseaux de soins :

Autres éléments utiles pour apprécier le respect des engagements contractés :

Cachet de l'infirmière

Fait à

Le

(1) Document à remplir par la CPAM, en double exemplaire, et à envoyer à l'infirmière. (2) Document complété par l'infirmière. Un exemplaire est conservé par l'infirmière, le deuxième est à renvoyer à la CPAM.

A N N E X E 4

TRANSMISSION DES DOCUMENTS

NÉCESSAIRES AU REMBOURSEMENT

Article 1er

Principe de la télétransmission

des feuilles de soins électroniques

La facturation à l'assurance maladie s'effectue, par principe, en FSE, dans les conditions des textes réglementaires et des dispositions de la présente convention ainsi que du cahier des charges des spécifications externes des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM Vitale. Les infirmiers s'engagent à passer dans la version qui constitue le socle technique de référence (c'est-à-dire à la date de signature du présent avenant : la version 1.40) avant le 31 décembre 2012.

Article 2

Numérisation et télétransmission des ordonnances

2.1. Principe de numérisation et de télétransmission des ordonnances

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt de simplifier les modalités de transmission des ordonnances, de faciliter leur réception et leur archivage par la caisse et, par voie de conséquence, de parvenir, à leur

numérisation et à la dématérialisation de leur transfert, dans l'attente de la prescription électronique. A cette fin, les parties signataires conviennent d'organiser un dispositif de numérisation des ordonnances comprenant la numérisation des ordonnances originales exécutées et leur transfert vers les organismes d'assurance maladie.

Les parties signataires conviennent que la transmission des pièces justificatives numérisées s'effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié, dénommé point d'accueil interrégimes, dans le respect des dispositions de la présente annexe et du cahier des charges en vigueur publié par le GIE SESAM Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

En vue de la télétransmission des ordonnances numérisées, l'infirmier s'engage à s'équiper d'un logiciel agréé par le CNDP. Il s'engage à télétransmettre les pièces justificatives numérisées vers le point d'accueil interrégimes, dès lors que les moyens techniques mis à sa disposition le lui permettent.

En cas d'absence de transmission dématérialisée en raison de l'échec de la transmission électronique de l'ordonnance numérisée, l'ordonnance est transmise sur CD-ROM ou, à défaut, sur support papier. En cas d'absence d'équipement adapté, l'infirmier transmet les ordonnances sur support papier.

L'infirmier s'engage à transmettre la pièce justificative selon un seul et même mode de transmission, hormis les cas de dysfonctionnement de la numérisation. Il s'interdit ainsi, pour une même pièce justificative, de la transmettre simultanément selon plusieurs modes de transmission.

2.2. De la pièce numérique

Les parties conviennent que la pièce justificative correspondant au duplicata ou à la copie de l'ordonnance originale sur support papier et portant les mentions obligatoires fixées réglementairement et par la dernière version du cahier des charges SESAM Vitale est remplacée par une copie numérique fidèle et durable de l'ordonnance originale.

L'ordonnance ainsi numérisée et transmise à la caisse primaire est désignée ci-après « la pièce numérique ».

La pièce numérique est considérée comme la « pièce justificative » ouvrant droit au remboursement et à la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur.

Dès lors que le processus d'envoi et de réception de la pièce numérique est réalisé selon les principes définis à l'article 2.1 de la présente annexe, l'infirmier se trouve dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge le duplicata ou la copie de l'ordonnance originale sur support papier.

L'infirmier est responsable de l'établissement de la pièce numérique, de sa fidélité à la pièce justificative papier.

La modification du support de la pièce justificative n'a pas pour effet de modifier les conditions de mise en œuvre de la responsabilité de l'infirmier et de l'assurance maladie concernant les pièces justificatives, telles qu'elles résultent des textes en vigueur.

L'infirmier s'engage à transmettre une pièce justificative conforme, c'est-à-dire d'une qualité de numérisation permettant l'atteinte d'un taux d'exploitabilité des pièces numériques de 98 %. La liste des anomalies rendant inexploitable les pièces numériques est fixée à l'article 2.7.3 de la présente annexe. La résolution de l'image constituant la pièce numérique doit être a minima de 200 DPI pour assurer une qualité d'image suffisante.

Le format de l'image constituant la pièce numérique de type pdf doit être a minima A5 et doit être visualisable sur un écran de taille référence 800X 600 ou 1024 dans l'avenir.

2.3. De la numérisation des ordonnances

L'infirmier s'engage à numériser les pièces justificatives par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité de la pièce numérique à la pièce justificative sur support papier, et ce dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges publié par le GIE SESAM Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

L'infirmier s'engage à effectuer l'opération de numérisation de la pièce justificative au moment où il établit la FSE correspondante.

2.4. Du délai de transmission des ordonnances

L'infirmier s'engage à procéder à la télétransmission des ordonnances numérisées dès réception de l'accusé réception logique (ARL) positif faisant suite à la transmission du lot de FSE.

2.5. Calendrier de mise en œuvre et suivi du dispositif de numérisation des ordonnances

Les parties signataires s'accordent, dans ce cadre, pour mettre en œuvre, selon des modalités définies en CPN, ce nouveau mode de transmission des pièces justificatives dès le premier trimestre 2012.

Un suivi régulier de la mise en œuvre de ce dispositif de transmission des pièces justificatives numérisées sera présenté en CPN.

2.6. De la facturation des actes en série ou réalisés dans un cabinet de groupe

Les parties signataires conviennent qu'en cas de transmission d'une feuille de soins électronique correspondant à la facturation d'un acte en série ou d'un acte réalisé dans un cabinet de groupe la transmission de l'ordonnance numérique ou des informations nécessaires à l'identification de l'ordonnance

initiale est requise selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges en vigueur publié par le GIE SESAM Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

2.7. Des cas d'échec de la transmission des ordonnances numérisées

2.7.1. Des cas de dysfonctionnement

En cas d'impossibilité technique de numériser l'ordonnance, l'infirmier met tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de cinq jours à compter de la première tentative de numérisation. En cas de nouvel échec à l'issue du délai imparti, l'infirmier transmet l'ordonnance sous format papier (duplicata ou copie papier). En cas d'impossibilité technique de télétransmission ou d'absence de réception de l'accusé réception, lié à un échec de la télétransmission de l'ordonnance, l'infirmier met tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de cinq jours à compter de la première tentative de télétransmission.

En cas de nouvel échec à l'issue du délai imparti, l'infirmier reproduit l'ordonnance sur CD-ROM dans les conditions définies à l'article 2.8 de la présente annexe.

Dans l'hypothèse où des contraintes techniques ne permettent pas à l'infirmier de reproduire l'image numérisée sur le CD-ROM, il procède dans les mêmes conditions que celles visées au premier alinéa.

2.7.2. De la non-réception des pièces numérisées

A défaut de réception des pièces numérisées, l'organisme de prise en charge prend contact avec l'infirmier par tout moyen, afin de déterminer la cause de cette absence de réception.

L'infirmier transmet à nouveau les pièces numériques qu'il a conservées, dans les conditions définies à l'article 2.7.1 de la présente annexe.

2.7.3. De la vérification des pièces numérisées

La liste des anomalies rendant inexploitable les images numérisées est la suivante :

- image numérisée toute blanche ;
- image numérisée toute noire ;
- problème de contraste rendant l'image numérisée illisible ;
- ordonnance tronquée : une seule page numérisée pour une ordonnance de plusieurs pages ; décalage à la numérisation droite/gauche, bas/haut.

Il est entendu que ces anomalies potentielles sont inhérentes au processus de numérisation et par conséquent inexistantes dans le processus papier.

Par ailleurs, ne doivent pas être entendues comme motifs d'inexploitabilité les anomalies suivantes :

- date de soins erronée ou absente sur la feuille de soins ;
- falsification par le prescripteur ou l'assuré ;
- prescription médicale imprécise ou sans posologie ou sans durée ;
- rajout, surcharge ou rature de la prescription médicale ;
- utilisation de prescription type pré-signée ;
- identification absente ;
- duplicata, feuille de soins ou volet de facturation absent ;
- prescription médicale absente.

Une période de vérification initiale des pièces numérisées est mise en place par l'organisme de prise en charge pendant un délai de soixante jours à compter de la réception des premières pièces justificatives numérisées. Pendant cette période, l'organisme de prise en charge signalera à l'infirmier les éventuelles anomalies constatées et l'aidera à procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Ultérieurement, si l'organisme de prise en charge observe une dégradation de la qualité de la numérisation des pièces justificatives, il se réserve la possibilité de renouveler ce contrôle sur une période maximum de soixante jours. Dans ce cadre, il en avise l'infirmier dans un délai minimum de sept jours avant la mise en place du contrôle.

L'infirmier s'engage à trouver des solutions techniques permettant de procéder au contrôle de la qualité des images numérisées en amont de leur transmission aux organismes de prise en charge.

2.8. Du CD-ROM

Dans l'attente de la montée en charge de la télétransmission et en cas de dysfonctionnement de ce service, l'infirmier procède à la transmission des pièces justificatives numérisées en les reproduisant sur un CD-ROM, non réinscriptible, unique pour l'ensemble des régimes dont l'intégrité ne peut être altérée selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges en vigueur publié par le GIE Sesam Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

L'infirmier transmet le CD-ROM réalisé à sa caisse de rattachement.

2.8.1. Le contenu du CD-ROM

Chaque CD-ROM doit contenir :

- un répertoire par régime ;
- un sous-répertoire par CPAM ou organisme, identifié par son code, et dans chaque sous-répertoire :
 - les pièces numériques, dans un seul et même fichier comportant une seule image par pièce numérique ;
 - les bordereaux récapitulatifs des FSE regroupées par lot.

Les images sont classées sur le CD-ROM en répertoires correspondant aux lots de facturation. Chaque répertoire contient un ou plusieurs lots.

Le nom du répertoire permet d'identifier le ou les lots de facturation.

L'infirmier s'engage à identifier lisiblement le CD-ROM en indiquant :

- son nom et son numéro d'identification ;
- la période de facturation.

2.8.2. La périodicité d'envoi des CD-ROM

L'infirmier s'engage à établir un CD-ROM pour l'ensemble des régimes selon une périodicité de quinze (15) jours.

Les CD-ROM concernant l'ensemble des régimes sont adressés par l'infirmier à l'adresse indiquée par la caisse primaire de sa circonscription au plus tard la semaine suivant l'expiration de la période de quinze jours de traitement considéré.

Chaque CD-ROM contient l'ensemble des pièces numériques correspondant à la période de facturation mentionnée sur le CD-ROM.

2.8.3. Non-réception du CD-ROM

A défaut de réception des CD-ROM, la caisse primaire s'engage à prendre contact avec l'infirmier par tout moyen, afin de déterminer la cause de cette absence de réception.

L'infirmier transmet à nouveau sur le support de son choix, CD-ROM ou papier, les pièces numériques qu'il a conservées dans les conditions définies au 2.10 de la présente annexe. Au-delà du délai de conservation des pièces numériques par l'infirmier prévu au même article, la commission paritaire nationale envisage les conditions dans lesquelles la copie ou les copies des ordonnances non transmises peuvent être reconstituées.

En cas d'incident ne permettant pas le recours aux pièces numériques, l'infirmier en informe dès que possible par tout moyen la caisse et transmet les duplicata ou les copies d'ordonnance sous forme papier.

2.9. De la valeur probante des ordonnances numérisées

Les parties signataires conviennent que la pièce numérique transmise par l'infirmier dans les conditions mentionnées à l'article 2 de la présente annexe a la même valeur juridique et comptable que la pièce justificative sur support papier.

La copie numérique de l'ordonnance originale a la même valeur que lorsque l'apposition de la signature et des mentions obligatoires est réalisée sur le support papier.

L'inscription, par l'infirmier, de son identifiant sur l'ordonnance vaut signature au sens de l'article R. 161-45 du code de la sécurité sociale.

2.10. De la conservation des preuves et de la protection des données

L'infirmier conserve les pièces numériques sur le support de son choix et dans les conditions permettant de les copier et les imprimer si nécessaire, et ce pendant quatre-vingt dix (90) jours à compter du jour de la télétransmission ou de la transmission du CD-ROM à la caisse primaire.

En outre, durant les périodes de vérifications des pièces numérisées prévues à l'article 2.7.3 de la présente annexe, l'infirmier conserve également, sous forme papier, les copies d'ordonnances.

L'organisme de prise en charge conserve les pièces numériques pendant la durée légale de conservation des pièces justificatives, conformément à la réglementation en vigueur.

L'organisme de prise en charge et l'infirmier s'assurent respectivement que les pièces numériques qu'ils ont archivées ne sont accessibles qu'aux seuls utilisateurs habilités.

Les mesures de conservation ci-dessus décrites ne se substituent pas et ne sauraient éluder les autres obligations de droit commun qui pèsent habituellement sur l'infirmier ou sur les organismes de prise en charge au regard des textes qui leur sont applicables en matière de conservation d'éléments de preuve pour d'autres finalités.

L'infirmier et l'organisme de prise en charge s'engagent à respecter les obligations imposées par la législation sur la protection des données à caractère personnel, notamment celles relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à celles relatives à l'accès aux documents administratifs et à celles relatives aux archives.

Article 3

Tri et transmission des ordonnances en cas de transmission papier

En cas d'absence de télétransmission des ordonnances numérisées, en raison du non-équipement du professionnel ou de dysfonctionnement rencontré dans la transmission de l'ordonnance numérisée, la transmission des ordonnances est réalisée sur support papier.

En cas de transmission d'ordonnance sur support papier, l'infirmier procède au tri des ordonnances dans les conditions prévues au présent article.

Le paragraphe 2 du e de l'article 5.3.1 de la convention nationale infirmière est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans tous les cas, la transmission de la copie de l'ordonnance, conforme aux dispositions

Arrêté du 25 novembre 2011 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention ... Page 14 sur 15

réglementaires et déontologique, est nécessaire pour la prise en charge des soins.
Les copies d'ordonnances sous forme papier sont accompagnées d'un bordereau récapitulatif des FSE, conforme au cahier des charges SESAM-Vitale.
L'infirmier s'engage à transmettre hebdomadairement au centre de paiement d'assurance maladie du régime général ou point d'accueil relevant de la caisse la plus proche de son cabinet professionnel les ordonnances papier afférentes aux assurés relevant du régime général, des sections locales mutualistes, de la caisse d'assurance maladie des industries électrique et gazière (CAMIEG), du régime agricole (MSA) et du régime social des indépendants (RSI).
Pour les ordonnances afférentes à des assurés relevant des autres régimes d'assurance maladie obligatoire, l'infirmier les adresse directement à la caisse d'affiliation des assurés.
Ces ordonnances papier accompagnées de leur bordereau doivent être classées en trois catégories matérialisées par des enveloppes distinctes.
Catégorie 1 : régime 01, toutes les CPAM, la CAMIEG, et les sections locales mutualistes : tous les bordereaux récapitulatifs des FSE doivent figurer dans la même enveloppe (un bordereau par CPAM ou par section locale mutualiste), les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau ;
Catégorie 2 : régime 02, MSA et GAMEX : tous les bordereaux doivent figurer dans la même enveloppe (un bordereau par caisse), les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau ;
Catégorie 3 : RSI (03 et suivants) : tous les bordereaux doivent figurer dans la même enveloppe en distinguant les assurés de chaque organisme conventionné, les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau.
A l'extérieur de chaque enveloppe, l'infirmier inscrit les informations suivantes : le numéro des lots, le nombre d'ordonnances par lot, le numéro de la semaine (1 à 52) et l'identification du laboratoire.
En cas de dispense d'avance des frais et sauf disposition particulière énoncée à l'alinéa suivant, l'infirmière ou l'infirmier s'engage à transmettre simultanément les ordonnances papier à l'organisme d'assurance maladie de la circonscription d'exercice du professionnel de santé dans les mêmes délais que ceux réglementairement prévus pour la transmission des feuilles de soins électroniques.
Si l'ordonnance est déjà transmise à la caisse de l'assuré avec une demande d'accord préalable ou si l'ordonnance a déjà été transmise à l'appui d'une feuille de soins antérieure, aucune copie n'est exigée par les caisses, sauf en cas d'ordonnance numérisée. »

Fait le 25 novembre 2011.

Le ministre du travail,
de l'emploi et de la santé,

Xavier Bertrand

La ministre du budget, des comptes publics

et de la réforme de l'Etat,
porte-parole du Gouvernement,

Valérie Pécresse

Fait à Paris, le 28 septembre 2011.

Pour l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie :

Le directeur général,

F. Van Rookeghem

Le président

de Convergence infirmière,

M. Affergan

Le président

de la Fédération nationale

Arrêté du 25 novembre 2011 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention ... Page 15 sur 15

des infirmiers,
P. Tisserand
Le président
de l'Organisation nationale
des syndicats d'infirmiers libéraux,
J.-M. Elvira
La présidente
du Syndicat national
des infirmières et infirmiers libéraux,
A. Touba

Avenant n°4 du 19 mars 2014

19 mars 2014

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 97 sur 121

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Avis relatif à l'avenant n° 4 à la convention destinée à organiser les rapports entre les infirmières et les infirmiers libéraux et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, signée le 22 juin 2007

NOR : AFSS1405389V

Est réputé approuvé, en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 4 à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmières et les infirmiers libéraux et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, conclu le 19 décembre 2013, entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et, d'autre part, Convergence infirmière, la Fédération nationale des infirmiers et le Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux.

A V E N A N T N° 4

À LA CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS LIBÉRAUX ET L'UNION NATIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par Frédéric van Rookeghem (directeur général),

Et :

Convergence infirmière, représentée par Noëlle Chabert (présidente) ;

La Fédération nationale des infirmiers, représentée par Philippe Tisserand (président) ;

Le Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux, représenté par Annick Touba (présidente) ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles 161-35, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-14-1, L. 162-15 et L. 722-4 ;

Vu l'article 11 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu la convention nationale des infirmières libérales signée le 22 juin 2007 publiée au *Journal officiel* du 25 juillet 2007, ses annexes et avenants,

Préambule

Les infirmières conventionnées bénéficient d'ores et déjà de la participation de l'assurance maladie aux cotisations d'assurance maladie assise sur leur activité conventionnée libérale.

Afin de valoriser l'exercice de ces professionnels de santé dans les établissements de soins médicaux et médico-sociaux, qui représente une part non négligeable de leur activité, les partenaires conventionnels s'accordent pour étendre cette participation aux revenus tirés de leur activité non salariée réalisée dans des structures dont le financement inclut la rémunération des infirmières.

Par ailleurs, ils conviennent de la nécessité de renforcer la télétransmission des échanges entre professionnels et assurance maladie, notamment en mettant en œuvre une dématérialisation des pièces justificatives liées à la facturation, afin de simplifier et de sécuriser les échanges entre professionnels de santé, caisses et service médical et d'optimiser la gestion du cabinet.

En outre, l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale issu de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 instaure une obligation de transmission électronique des documents de facturation des actes et prestations pour les professionnels de santé.

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de généraliser la facturation par transmission électronique, qui permet un remboursement rapide des actes effectués par les professionnels et contribue à faciliter l'accès aux soins des assurés sociaux.

Ce même article prévoit que le manquement à cette obligation de télétransmission donne lieu à l'application d'une sanction, dont les modalités de mise en œuvre, les conditions de modulation et les modalités de la procédure applicable sont définies par les partenaires conventionnels dans le cadre des conventions nationales.

19 mars 2014

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 97 sur 121

Les parties signataires s'accordent ainsi sur le fait que le non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation des actes et prestations par un infirmier constitue un manquement aux engagements conventionnels au sens de l'article 7.4.1 de la convention nationale susceptible de conduire à la mise en œuvre de la procédure conventionnelle définie au même article.

Le présent avenant a ainsi notamment pour objet :

- de définir les modalités de participation de l'assurance maladie au paiement des cotisations sociales dues par les infirmières dans des structures dont le financement inclut leur rémunération ;
- d'engager les parties dans un processus de dématérialisation de l'ordonnance, pièce justificative de la facturation ;
- de définir la sanction conventionnelle applicable en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de télétransmission et les conditions de sa mise en œuvre.

Les parties signataires de la convention nationale conviennent de ce qui suit :

Article 1^{er}

Avantages sociaux

Le titre VI de la convention nationale est ainsi modifié :

Le troisième alinéa est remplacé par les phrases suivantes :

« Cette participation est assise sur les revenus acquis au titre de l'activité libérale effectuée dans le cadre de la présente convention à l'exclusion des dépassements d'honoraires.

A compter des revenus perçus au titre de l'année 2013, l'assiette de participation des caisses d'assurance maladie est étendue aux revenus tirés d'activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des infirmières. La participation est conditionnée à l'absence de dépassement aux tarifs fixés par la convention, attesté par la production de documents fixant les règles de rémunération entre les infirmières et ces structures. Toutefois, ces règles de rémunération peuvent comprendre des modes de rémunération entre l'infirmière et la structure qui peuvent contenir une rémunération adaptée pour tenir compte de la situation spécifique de certains patients.

Cette participation correspond à 9,7 % de ces montants.

Les modalités de calcul de cette participation des caisses sont précisées à l'annexe 9.4 de la présente convention. »

L'annexe 9.4 de la convention nationale infirmière est remplacée par une nouvelle annexe 9.4 rédigée de la manière suivante :

« Annexe 9.4 : Modalités de calcul de la participation des caisses aux cotisations sociales dues au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

La participation des caisses mentionnée au titre VI de la présente convention est calculée de la manière suivante :

1. Calcul du montant de la participation sur les revenus conventionnés :

Un taux d'honoraires est calculé pour chaque professionnel en rapportant le montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée, déduction faite des dépassements d'honoraires, au montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée.

Le montant de la participation de l'assurance maladie sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires correspond au montant total des revenus tirés de l'activité conventionnée, multiplié par le taux d'honoraires sans dépassements et par le taux de prise en charge.

2. Calcul du montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des infirmières :

Le montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des infirmières correspond à l'ensemble des revenus tirés des activités rémunérées sur la base des tarifs opposables, dès lors que ces activités sont conformes aux conditions précisées au titre VI de la présente convention, multiplié par le taux de prise en charge.

3. Calcul du montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès :

Le montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés correspond à la somme des deux montants calculés précédemment. »

Article 2

Obligation de transmission électronique des documents de facturation

Le a de l'article 7.4.1 de la convention nationale est ainsi modifié :

A l'alinéa après : « - le non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (NGAP), » est ajouté l'alinéa suivant :

« – le non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique à l'assurance maladie, posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations, »

Le paragraphe 1 *b* de l'article 7.4.1 de la convention nationale est ainsi modifié :

A la phrase après : « L'infirmière ou l'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique », il est ajouté la phrase suivante : « Dans le cas de non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, l'infirmière ou l'infirmier dispose d'un délai de trois mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique : » ;

Au *c* de l'article 7.4.1 de la convention nationale est ajouté l'alinéa suivant :

« – suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux d'une durée de trois mois en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale. Dans le cas où ce manquement est de nouveau constaté après qu'une sanction, devenue définitive, a déjà été prononcée pour le même motif, cette sanction peut être portée à six mois de suspension de la participation de l'assurance maladie aux avantages sociaux. »

Les termes : « , et non par des sanctions conventionnelles, » figurant à la dernière phrase de l'article 5.3.1 de la convention nationale sont supprimés.

Article 3

Modernisation des relations avec l'assurance maladie

Afin de fiabiliser et de rendre rapidement opérationnelle la télétransmission des pièces justificatives dématérialisées par l'infirmière aux caisses d'assurance maladie, les parties conviennent d'organiser une phase d'expérimentation, préalablement à la mise en place de la solution cible de télétransmission des pièces justificatives dématérialisées (dénommée « solution SCOR »).

Cette expérimentation permettra de tester l'envoi de ces pièces justificatives selon les modalités prévues par la convention nationale telle que modifiée par le présent avenant.

Après l'article 5.3.4 de la convention nationale, est créé un article 5.3.5 reprenant les dispositions prévues à l'article 4 de l'avenant 3 intitulé : « Modernisation des relations avec l'assurance maladie » modifié de la manière suivante :

- à l'alinéa 8, les mots : « papier soit sur support cd-rom, soit, en dernier recours, » sont supprimés. Les termes : « , par le présent avenant, et » sont remplacés par les termes : « de la nécessité, » ;
- à ce même alinéa, est ajoutée la phrase suivante : « Les parties signataires conviennent de mettre en œuvre cette expérimentation selon les principes fixés dans un protocole d'accord. Dans le cadre de la généralisation de cette solution SCOR, décidée après accord des parties au vu d'un bilan de l'expérimentation présenté en commission paritaire nationale, une aide financière annuelle forfaitaire de 90 euros par infirmière utilisatrice sera versée par l'assurance maladie. » ;
- à l'alinéa 9, la référence : « à l'annexe 4 du présent avenant » est remplacée par la référence : « à l'annexe 9.8 de la présente convention ».

Par ailleurs, est créé dans la convention nationale une annexe 9.8 : « Transmission des documents nécessaires au remboursement » reprenant les dispositions des articles 1^{er} et 2 de l'annexe 4 de l'avenant 3 à la convention tels que modifiés de la manière suivante :

- le dernier alinéa de l'article 1^{er} est remplacé par la phrase suivante :
« Les infirmiers s'engagent à passer dans la version qui constitue le socle technique de référence. » ;
- le cinquième alinéa de l'article 2.1 est remplacé par la phrase suivante :
« En cas d'absence de transmission dématérialisée en raison de l'échec de la transmission électronique de l'ordonnance numérisée ou en cas d'absence d'équipement adapté, l'infirmier transmet les ordonnances sur support papier. » ;
- le taux de « 98 % » mentionné à l'article 2.2 est remplacé par le taux « 99 % » ;
- les alinéas 3 et 4 de l'article 2.7.1 sont supprimés et remplacés par la phrase suivante :
« En cas de nouvel échec à l'issue du délai imparti, l'infirmier transmet l'ordonnance sous format papier (duplicata ou copie papier). » ;
- les termes : « soixante jours » mentionnés à l'article 2.7.3 sont remplacés par les termes : « quatre-vingt-dix jours » ;
- les dispositions prévues à l'article 2.8 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes : « De la numérisation des feuilles de soins en mode "dégradé" : En cas de transmission des feuilles de soins électroniques en mode "dégradé" l'infirmière numérise la feuille de soins selon les modalités techniques mentionnées par le cahier des charges GIE SESAM Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles. Elle s'engage à ne pas transmettre simultanément à sa caisse la feuille de soins numérisée sur support papier » ;
- les termes : « ou de la transmission du CD-ROM » figurant au premier alinéa de l'article 2.10 sont supprimés.

Article 4

Transmission papier des ordonnances

Dans l'attente de la mise à disposition de la solution cible de télétransmission des ordonnances numérisées accompagnant les feuilles de soins électroniques et afin de permettre une vérification comptable par les caisses d'assurance maladie, les partenaires conventionnels s'accordent sur une procédure de transmission systématique des ordonnances par les infirmières aux caisses d'assurance maladie sur support papier accompagnées d'un bordereau récapitulatif de transmission, en appui des factures télétransmises.

Afin de permettre à toutes les infirmières de mettre à jour leur logiciel métier et de disposer de la fonctionnalité permettant l'édition du bordereau récapitulatif de transmission, la procédure s'applique à compter du 1^{er} avril 2014 pour l'ensemble des professionnels sur tout le territoire. L'infirmière procède alors au tri des ordonnances comme décrit au paragraphe 2 du *e* de l'article 5.3.1 à la convention nationale infirmière.

Article 5

Développement professionnel continu

Un nouveau dispositif de développement professionnel continu (DPC) a été créé par l'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Le DPC remplace le dispositif de la formation continue conventionnelle (FCC).

La convention nationale est donc modifiée de la manière suivante :

- au sein du préambule de la convention, les termes : « en améliorant la gestion et l'évaluation de la qualité de la formation continue conventionnelle » sont supprimés ;
- au dernier alinéa de l'article 2.2, les mots : « la formation continue conventionnelle » sont remplacés par les termes : « le dispositif de développement professionnel continu (DPC) pour les infirmières » ;
- à l'article 5.2.2 *c*, les mots : « d'une action de formation continue conventionnelle » sont remplacés par les termes : « d'un programme de développement professionnel continu (DPC) » ;
- à l'article 5.2.3 de la convention nationale, la mention : « , à l'exception toutefois du suivi d'une formation continue conventionnelle » est supprimée ;
- au sein de l'article 7.3.1 *b* de la convention nationale, les termes : « installe la Commission paritaire nationale de formation continue conventionnelle (CPN-FCC), dont les missions sont décrites au titre VIII de la présente convention » sont remplacés par les termes : « suit la mise en œuvre du dispositif de développement professionnel continu (DPC) pour les infirmières ; » ;
- à l'article 7.3.4 et à l'annexe 9.2 de la convention nationale, la mention : « à la CPN-FCC » est supprimée ;
- les dispositions du titre VIII de la convention nationale portant sur la FCC sont supprimées.

Les parties signataires souhaitent que le DPC permette aux infirmières libérales de se former, comme ce fut le cas pour la FCC, et que les orientations du DPC s'inscrivent dans la continuité des thématiques conventionnelles.

Article 6

Actualisation de la convention nationale

Les parties signataires sont convenues d'actualiser comme suit les termes de la convention nationale, pour tenir compte de différentes évolutions, notamment réglementaires et techniques, intervenues depuis sa rédaction.

Le titre I^{er} de la convention nationale est ainsi modifié :

- l'avant-dernier alinéa de l'article 1.1.1 de la convention nationale est supprimé.

Le titre II de la convention nationale est ainsi modifié :

- l'article 2.1 est supprimé et remplacé par l'article 1.1 de l'avenant 3. Les termes : « par le présent avenant » sont supprimés ;
- l'article 2.2 de la convention nationale est renuméroté 2.4 ;
- les articles 1.2 et 1.3 de l'avenant 3 à la convention nationale deviennent les articles 2.2 et 2.3 de la convention nationale. Les références aux articles 1.2.1, 1.2.2, et aux « annexes 1 à 3 » sont remplacées respectivement par les références suivantes : 2.2.1, 2.2.2 et « annexes 9.5 à 9.7 de la convention ». Les termes : « du présent avenant », « par le présent avenant », « au présent avenant », « figurant au présent avenant », « prévues au présent avenant » ou « instauré par la présent avenant » sont supprimés. Le dernier alinéa de l'article 1.2.2, prévoyant des dispositions transitoires, n'est pas intégré à l'article 2.2.2 de la convention nationale ;
- l'avant-dernier alinéa de l'article 2.2.1 *b* indiquant : « Par ailleurs, afin de faire fonctionner le dispositif de régulation en zone sur dotée, elle s'engage également à mettre à disposition des infirmiers, sur son site internet, une liste, actualisée régulièrement, des zones où un départ a été notifié. » est supprimé.

Les annexes 1 à 3 de l'avenant 3 deviennent respectivement les annexes 9.5 à 9.7 de la présente convention. Les termes : « du présent avenant » sont supprimés. Les références aux annexes 1, 2 et 3 deviennent respectivement les références aux annexes 9.5, 9.6, 9.7 de la présente convention.

Au titre IV de la convention, la phrase : « Un avenant à la présente convention définira précisément ses missions, sa composition et son fonctionnement. » est supprimée.

Le titre V de la convention est modifié comme suit :

- à l'article 5.2.2, la phrase suivante du préambule : « Ils s'appuieront notamment sur les résultats de l'évaluation de l'expérimentation de tutorat mis en place en Haute-Normandie. » est supprimée ;
- à l'article 5.2.2 *d*, la référence à l'article « 5.2.1 *b* » est remplacée par la référence à l'article « 5.2.3 » ;
- à l'article 5.2.3, les termes : « le préfet de département de son lieu d'exercice principal » sont remplacés par les termes : « le directeur général de l'agence régionale de santé de son domicile » ;
- à l'article 5.4.2 *b*, les termes : « direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) » sont remplacés par les termes : « direction générale de l'offre de soins (DGOS) » ;

Le titre VII de la convention est modifié comme suit :

- les dispositions de l'article 7.2.1 sont remplacées par les dispositions suivantes :
« L'assurance maladie met à disposition des infirmiers, sur son site internet, la présente convention, ses annexes et avenants. » ;
- au préambule de l'article 7.3, les termes : « correspondant aux circonscriptions des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) » sont supprimés ;
- à l'article 7.3.2 *b*, la référence à l'article 1.3.1 de l'avenant 1 à la convention nationale est remplacée par la référence suivante : « 2.2.1 de la présente convention. ». La référence : « la mission régionale de santé » est remplacée par les termes : « l'agence régionale de santé ».
- à l'article 7.3.3 *b*, la référence à l'article 1.3.1 de l'avenant 1 à la convention nationale est remplacée par la référence suivante : « 2.2.1 de la présente convention ». Les mentions de « l'URCAM » figurant à l'article 7.3.4 et à l'annexe 9.2 sont remplacées par les termes : « une caisse de la région ».

Article 7

Divers

L'article 4 de l'avenant 1 à la convention nationale portant sur les « Conditions de cessation d'activité en exercice libéral sous convention » est supprimé.

Fait à Paris, le 19 décembre 2013.

Pour l'UNCAM :
Le directeur général,
F. VAN ROEKEGHEM

Et pour,
Convergence Infirmière :
La présidente,
N. CHABERT

La Fédération nationale des infirmiers :
Le président,
P. TISSERAND

Le Syndicat national des infirmières
et infirmiers libéraux :
La présidente,
A. TOUBA

Avenant n°6 du 29 mars 2019

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Avis relatif à l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, signée le 22 juin 2007

NOR : SSAS1916881V

A fait l'objet d'une approbation, en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, conclu le 29 mars 2019, entre d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et d'autre part, la Fédération nationale des infirmiers (FNI) et le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL).

AVENANT N° 6 A LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES INFIRMIERS ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 22 JUIN 2007

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-12-2, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 1434-4 ;

Vu la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007, publiée au *Journal officiel* du 25 juillet 2007, ses avenants et ses annexes ;

Vu l'accord-cadre interprofessionnel mentionné à l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale, signé le 10 octobre 2018 ;

Il est convenu ce qui suit entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM),

et

La Fédération nationale des infirmiers,

Le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux,

Convergence infirmière.

Les parties signataires du présent avenant conviennent que les dispositions de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmiers libéraux et les organismes d'assurance maladie obligatoire, signée le 22 juin 2007 ainsi que les dispositions de ses avenants 1 à 5 sont remplacées par les dispositions qui suivent.

PLAN DE L'AVENANT

PREAMBULE

TITRE PRELIMINAIRE –PORTEE DE LA CONVENTION NATIONALE

Article.1. Objet de la convention

Article.2. Champ d'application de la convention

TITRE Ier - CONFORTER L'ACCES AUX SOINS

Article.3. Dispositif démographique applicable aux infirmiers

Article.3.1. Principes généraux

Article.3.2. Zonage démographique des infirmiers

Article.3.2.1. Délimitation des zones

Article.3.2.2. Modulations des zones à l'échelon régional

Article.3.3. Dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées »

Article.3.3.1. Contrats incitatifs infirmier (CII)

Article.3.3.1.1. Contrat type national d'aide à l'installation en libéral des infirmiers dans les « zones très sous-dotées »

Article.3.3.1.2. Contrat type national d'aide à la première installation en libéral des infirmiers dans les « zones très sous-dotées »

Article.3.3.1.3. Contrat type national d'aide au maintien des infirmiers libéraux dans les « zones très sous-dotées »

Article.3.3.2. Dispositifs communs aux contrats incitatifs infirmiers

Article.3.4. Dispositif de régulation du conventionnement des infirmiers installés en zone surdotée et dispositif d'encadrement de l'activité libérale conventionnée en zone très dotée et en zone intermédiaire situés en périphérie des zones sur-dotées

Article.3.4.1. Modalités de gestion des demandes de conventionnement des infirmiers en « zone sur-dotée »

Article.3.4.2. Dérogations au principe de régulation du conventionnement en « zones sur-dotées »

Article.3.4.3. Application du principe de régulation du conventionnement en « zones sur-dotées » au SSIAD

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Article.3.4.4. Application du principe d'encadrement de l'activité libérale sous convention des infirmiers nouvellement installés en « zone très-dotée » et en « zone intermédiaire » situés en périphérie des zones sur-dotées

Article.4. Suivi du rééquilibrage de l'offre de soins en infirmiers sur le territoire et accompagnement du dispositif

Article.4.1. Suivi du dispositif démographique

Article.4.2. Accompagnement du dispositif

TITRE II – VALORISER L'ACTIVITE DES INFIRMIERS LIBERAUX

Article.5. La valorisation de l'implication des infirmiers en matière d'accompagnement, de prévention et d'éducation à la santé

Article.5.1. Accompagnement par les infirmiers de la prise médicamenteuse à domicile

Article.5.2. Prise en charge par les infirmiers des soins postopératoires à domicile

Article.5.3. Prise en charge par les infirmiers des enfants de moins de 7 ans

Article.5.4. Prise en charge par les infirmiers des patients sous chimiothérapie orale et thérapie par pression négative

Article.5.5. Prise en charge par les infirmiers des pansements

Article.5.5.1. Prise en charge des pansements courants

Article.5.5.2. Prise en charge des pansements lourds et complexes

Article.5.6. Autres mesures de valorisation

Article.5.6.1. Prélèvements sanguins

Article.5.6.2. Extension du champ de la majoration pour acte unique

Article.5.7. Prise en charge des soins à domicile des patients dépendants

Article.5.8. Accompagnement des patients par les infirmiers de pratiques avancées

Article.6. La valorisation de la promotion et du déploiement d'outils d'échanges, de sécurisation et de coordination professionnelle

Article.6.1. Soutenir l'investissement des infirmiers dans l'ouverture du Dossier Médical Partagé

Article.6.2. Soutenir l'investissement des infirmiers dans la mise en œuvre de la télémédecine

Article.6.2.1. Champ d'application de la téléconsultation

Article.6.2.2. Rôle de l'infirmier accompagnant

Article.6.2.3. Les conditions de réalisation de la téléconsultation

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Article.6.2.4. Modalités de rémunération de l'acte d'accompagnement à la téléconsultation

Article.6.2.5. Aide à l'équipement nécessaire pour le déploiement de l'activité de télémedecine

Article.6.2.6. Le suivi de la mise en œuvre de la téléconsultation

TITRE III – MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL

Article.7. Démarches de l'infirmier auprès de la caisse lors de l'installation en libéral

Article.8. Conditions d'installation et de cessation d'activité en exercice libéral sous convention

Article.9. Modalités d'exercice

Article.10. Conditions particulières d'exercice des infirmiers exerçant au sein des sociétés d'exercice

Article.11. Conditions particulières d'exercice des remplaçants des infirmiers libéraux

Article.12. Conditions particulières d'exercice des salariés des infirmiers libéraux

Article.13. De la qualité et du bon usage des soins

Article.14. Le respect du libre choix

Article.15. Les documents ouvrant droit au remboursement des prestations

Article.16. Rédaction des ordonnances

Article.17. Facturation des honoraires et indemnités kilométriques

Article.17.1. Document de facturation

Article.17.2. Dispositions particulières liées à la réalisation d'actes en série

Article.17.3. Dispositions particulières liées à la réalisation d'un acte par un infirmier salarié

Article.17.4. Dispositif de plafonnements journaliers du montant facturé des indemnités kilométriques 54

Article.18. Mode de fixation des honoraires

Article.19. Mise en œuvre de la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux

Article.19.1. Tiers payant pour les bénéficiaires de la CMU-c

Article.19.2. Tiers Payant pour les bénéficiaires de l'ACS

Article.19.3. Tiers Payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ou d'une affection de longue durée (ALD)

Article.19.4. Autres Tiers payants

TITRE IV - MODERNISER LES RELATIONS ENTRE LES INFIRMIERS ET L'ASSURANCE MALADIE

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Article.20. Les engagements de l'assurance maladie sur la gestion de la facturation des actes

Article.21. Modalités des échanges relatifs à la facturation à l'Assurance maladie

Article.21.1. Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques

Article.21.2. L'utilisation de la carte de professionnel de santé

Article.21.3. L'utilisation de la carte vitale

Article.21.4. Les règles de télétransmission de la facturation

Article.21.5. Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

Article.21.6. Principe de numérisation et de télétransmission des ordonnances (dispositif SCOR)

Article.21.7. Tri et transmission des ordonnances en cas de non recours au dispositif SCOR

Article.22. Aides à la modernisation et à l'informatisation

Article.23. Les autres procédures de facturation

Article.23.1. La feuille de soins SESAM « dégradé »

Article.23.2. La facturation via la feuille de soins sur support papier

Article.23.3. La simplification des échanges entre les infirmiers et l'assurance maladie

Article.23.3.1. Le déploiement de la norme NOEMIE 580

Article.23.3.2. Mise à disposition de téléservices par l'assurance maladie obligatoire

Article.23.3.3. Des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés

Article.23.3.4. Un accompagnement des professionnels de santé dans leur pratique

TITRE V - DISPOSITIONS SOCIALES ET FISCALES

Article.24. Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Article.25. Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse

Article.26. Modalités de versement

TITRE VI - VIE CONVENTIONNELLE

Article.27. Durée de la convention

Article.28. La signature de la convention par une nouvelle partie

Article.29. Résiliation de la convention

Article.30. Notification de la convention

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Article.31. Modalités d'adhésion

Article.32. Modalités de rupture d'adhésion

Article.33. Instances conventionnelles

Article.34. Procédures conventionnelles

Article.34.1. Non-respect des règles conventionnelles constaté par une caisse

Article.34.2. La procédure

Article.34.2.1.Procédure préalable d'avertissement

Article.34.2.2.Relevé de constatation préalable à la convocation de la CPD

Article.34.2.3.Examen par la commission paritaire départementale

Article.34.2.4.Décision et notification de la sanction

Article.34.3. Les sanctions susceptibles d'être prononcées

Article.34.4. Procédure exceptionnelle de déconventionnement

Article.34.5. Condamnation par une instance ordinale ou judiciaire

Article.34.6. Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur du présent accord

ANNEXE I – TARIFS

ANNEXE II- METHODOLOGIE DE CLASSIFICATION DES ZONES RELATIVES AUX INFIRMIERS LIBERAUX

ANNEXE III- CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE A L'INSTALLATION DES INFIRMIERS DANS LES ZONES TRES SOUS DOTEES

ANNEXE IV - CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE A LA PREMIERE INSTALLATION DES INFIRMIERS DANS LES ZONES TRES SOUS DOTEES

ANNEXE V – CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE AU MAINTIEN DES..... INFIRMIERS DANS LES ZONES TRES SOUS DOTEES

ANNEXE VI – CONTRAT INCITATIF INFIRMIER : Option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmiers libéraux conventionnés en zones « très sous dotées. »

ANNEXE VII - MODELE DE FORMULAIRE D'ADHESION AU CONTRAT INCITATIF INFIRMIER (dispositions transitoires)

ANNEXE VIII – MODALITÉS DE CALCUL DE LA PARTICIPATION DES CAISSES AUX COTISATIONS SOCIALES DUES AU TITRE DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE, MATERNITÉ, DÉCÈS DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX CONVENTIONNÉS

ANNEXE IX – NUMERISATION ET TELETRANSMISSION DES ORDONNANCES

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

ANNEXE X – REGLEMENT INTERIEUR DES INSTANCES CONVENTIONNELLES

ANNEXE XI - COMMISSION DE HIERARCHISATION DES ACTES ET DES
PRESTATIONS INFIRMIERS (CHAP)

ANNEXE XII – BILAN DE SOINS INFIMIER

ANNEXE XIII – SUIVI ET IMPACT DE LA MISE EN ŒUVRE DES FORFAITS
JOURNALIERS DE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT DEPENDANT

PREAMBULE

Avec la conclusion de ce nouvel accord conventionnel, les partenaires signataires souhaitent poursuivre leur engagement en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins, de la qualité de la prise en charge des patients avec notamment le développement de la coordination pluri-professionnelle, l'investissement dans la prévention et la meilleure connaissance et efficience des soins infirmiers. Ils souhaitent également répondre aux attentes fortes exprimées par les infirmiers en termes d'évolution de leurs conditions d'exercice et des modes de valorisation de leur activité au regard de la diversité et de la complexité des prises en charge assurées.

La convention s'attache donc à moderniser les conditions d'exercice de l'activité libérale, conforter la qualité des pratiques et valoriser la prise en charge des patients en tenant compte notamment de la complexité des différentes situations cliniques.

Les parties signataires s'accordent ainsi sur l'importance de garantir à toute la population sur l'ensemble du territoire l'accès aux soins infirmiers en améliorant la répartition de l'offre de soins. A ce titre, ils conviennent de renforcer les mesures démographiques mises en place pour favoriser l'exercice des infirmiers dans les zones déficitaires et maintenir un dispositif de régulation de l'offre en zone excédentaire, en tenant compte des spécificités de la profession.

L'amélioration de l'état de santé de la population passe également par une politique volontariste axée sur la prévention. Dans ce cadre, les partenaires conventionnels souhaitent développer et valoriser l'accompagnement par les infirmiers de la prise médicamenteuse à domicile dans le but d'améliorer l'observance et de prévenir les risques liés à la iatrogénie. De même, les parties signataires souhaitent renforcer l'implication des infirmiers dans le cadre des sorties d'hospitalisation en post chirurgie afin de prévenir les risques d'aggravation de certaines pathologies, l'apparition de complications et favoriser ainsi un retour précoce au domicile.

Parallèlement, les partenaires conventionnels souhaitent renforcer leur engagement en faveur d'une meilleure connaissance et efficience des soins infirmiers et faire évoluer les modes de rémunération notamment pour les soins réalisés au domicile pour les patients dépendants et la prise en charge des plaies afin de mieux tenir compte de la charge de travail de l'infirmier auprès des patients.

Les parties signataires poursuivent également l'accompagnement des évolutions de la profession, et notamment le soutien aux modes d'exercice coordonné. Dans ce cadre, les partenaires conventionnels s'entendent notamment pour contribuer au développement de la télémédecine en coordination avec les médecins, sur l'ensemble du territoire, en s'appuyant sur le réseau des infirmiers et la proximité d'accès qu'ils offrent à la population.

Les partenaires conventionnels souhaitent également favoriser les outils, les systèmes d'information et les modes d'organisation permettant aux infirmiers libéraux d'échanger avec les autres acteurs du système de santé pour assurer de manière efficiente la prise en charge coordonnée de leurs patients notamment par la mise en place d'un forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation. Ils souhaitent également dans ce cadre soutenir l'investissement des infirmiers dans l'ouverture du dossier médical partagé en favorisant l'adaptation des logiciels métiers aux contraintes de mobilité des infirmiers libéraux.

Les parties signataires conviennent ainsi de ce qui suit.

TITRE PRELIMINAIRE –PORTEE DE LA CONVENTION NATIONALE**Article.1. Objet de la convention**

La présente convention a pour objet notamment :

- de rassembler les principes, modalités et procédures appelés à régir les relations entre l'assurance maladie et les infirmiers ayant adhéré à la présente convention ;
- d'améliorer l'accès aux soins infirmiers par le renforcement des mesures incitatives à l'installation dans les zones sous-denses et la poursuite des mesures de régulation de l'installation en zones sur-denses ;
- de valoriser l'activité des infirmiers au regard de la diversité et de la complexité des prises en charge assurées ;
- de favoriser le déploiement de la télémédecine par la mise en place d'une organisation coordonnée avec les médecins ;
- de renforcer les actions de prévention ;
- de déterminer les modalités de facturation et de règlement des prestations remboursables par l'assurance maladie.

Article.2. Champ d'application de la convention***Les infirmiers bénéficiaires des dispositions conventionnelles et les organismes d'assurance maladie***

La présente convention s'applique aux infirmiers exerçant à titre libéral et aux infirmiers salariés d'un professionnel de santé exerçant à titre libéral qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel, pour les soins dispensés au cabinet, au domicile du patient ou à son substitut et, le cas échéant, dans des locaux mis à disposition notamment pour leur participation aux actes de télémédecine ou dans des structures de soins, dès lors que ceux-ci sont tarifés et facturés à l'acte.

La présente convention s'applique également aux infirmiers autorisés par dérogation à effectuer en France une libre prestation de services au sens du code de la santé publique habilités par l'Ordre des infirmiers, ayant un lieu d'exercice sur le territoire français et qui peuvent faire le choix d'exercer sous le régime conventionnel.

Sont exclus du champ d'application de la convention :

- les infirmiers dispensant des actes au sein de locaux commerciaux, au sens du droit commercial et conformément à l'article R.4312-77 du code de la santé publique,
- les infirmiers salariés exclusifs exerçant dans un établissement public ou privé d'hospitalisation, dans un établissement social ou médico-social ou dans un centre de santé.

Les infirmiers placés sous le régime de la présente convention bénéficient des droits inscrits dans la convention et s'engagent à en respecter toutes les dispositions ainsi que celles des textes régissant l'exercice de la profession.

Les engagements conventionnels s'imposent également aux infirmiers qui exercent à la place d'un infirmier conventionné dans le cadre d'un remplacement. Dans ce cas, l'infirmier conventionné remplacé informe les intéressés de l'obligation qui leur incombe de respecter les dispositions conventionnelles.

La présente convention s'applique également aux organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire.

Sont désignés dans le présent texte comme les « caisses » et « l'assurance maladie », les organismes chargés de la gestion d'un régime d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique. Lorsque la seule caisse primaire ou caisse générale de sécurité sociale est visée, elle est réputée agir pour son compte et pour le compte de tous les organismes d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique.

Les caisses d'assurance maladie s'engagent à respecter toutes les dispositions prévues par la présente convention et les textes réglementaires régissant l'exercice de la profession.

Les patients bénéficiaires des dispositions conventionnelles

Les dispositions conventionnelles bénéficient à l'ensemble des ressortissants relevant des risques garantis par les régimes d'assurance maladie obligatoire et celui des accidents du travail et des maladies professionnelles.

TITRE Ier - CONFORTER L'ACCES AUX SOINS**Article.3. Dispositif démographique applicable aux infirmiers**

Les parties signataires confirment leur souhait de lutter contre les inégalités d'accès aux soins et d'apporter une réponse adaptée aux besoins en soins de la population sur l'ensemble du territoire.

Les parties signataires constatent qu'il existe encore des disparités géographiques d'offre de soins infirmiers qui peuvent conduire, dans les zones à faible densité, à des difficultés d'accès aux soins pour les patients.

Dès lors, les parties signataires s'engagent à poursuivre la réduction progressive de ces disparités en renforçant de manière significative le dispositif incitatif proposé aux infirmiers pour les encourager à s'installer dans les zones très sous-dotées définies ci-après.

Les parties signataires conviennent également de poursuivre les mesures de régulation démographique en régulant l'accès au conventionnement dans les zones « sur-dotées » définies ci-après et en instaurant un encadrement de l'activité des infirmiers dans les zones très dotées et intermédiaires situées en périphérie des zones surdotées.

Article.3.1.Principes généraux

- Dans les zones « très sous dotées » définies ci-après, les mesures d'incitation à l'installation et au maintien en exercice libéral sont renforcées, conformément aux dispositions prévues à l'article 3.3 ;

-dans les zones sous dotées, l'exercice libéral sous convention n'est soumis à aucune condition particulière que celle figurant à l'article 8 du présent texte ;

-dans les zones très dotées et intermédiaires situées en périphérie des zones sur-dotées dont la liste est établie par la commission paritaire régionale (CPR) conformément à l'article 3.4.4 du présent texte, un encadrement de l'activité libérale des infirmiers nouvellement installés sur ces zones est mis en place. Dans les autres zones très dotées et intermédiaires, l'exercice libéral sous convention n'est soumis à aucune condition particulière que celle figurant à l'article 8 du présent texte ;

-dans les zones « sur-dotées » définies ci-après, l'accès au conventionnement ne peut intervenir qu'au bénéfice d'un infirmier assurant la succession d'un confrère cessant son activité définitivement dans la zone considérée sauf cas de dérogations prévues à l'article 3.4.2.

Les présentes dispositions s'appliquent dans le cadre des dispositions générales prévues à l'article 8 de la convention nationale.

Article.3.2.Zonage démographique des infirmiers

Les partenaires conventionnels ont mené des travaux afin de rénover la méthodologie de classification des zones dans lesquelles les partenaires conventionnels ont défini des mesures d'incitation et de régulation en vue d'une meilleure répartition géographique de l'offre de soins en infirmiers.

Les partenaires conventionnels ont choisi d'utiliser la méthodologie de l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) développée par la DREES.

Ils proposent donc de retenir la méthode suivante et complétée en annexe II pour déterminer les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins en infirmiers et celles, au contraire, dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, au sens de l'article L.1434-4 du code de la santé publique.

Ils s'engagent à suivre annuellement l'évolution du zonage en fonction de la mise à jour des données notamment dans le cadre des commissions paritaires régionales et à proposer des mesures d'adaptations du zonage si nécessaire, dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale définie dans la présente convention.

Les nouveaux zonages entreront en vigueur sous réserve de la publication des arrêtés prévus par l'article L.1434-4 du code de la santé publique.

Article.3.2.1. Délimitation des zones

Le territoire national est divisé en bassins de vie pseudo-cantons classés en cinq catégories de zones définies par la méthode figurant en annexe II.

Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, au sens de l'article L.1434-4 du code de la santé publique sont divisées en deux niveaux : les « zones sur-dotées » et les « zones très-dotées ».

Les « zones sur-dotées » correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent 28,4 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL est le plus élevé.

Les « zones très-dotées » correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent 20,4 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL est inférieur à celui des zones « sur-dotées ».

Les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants qui représentent 36,8 % de la population française sont classés en zones « intermédiaires ».

Les zones caractérisées par une offre de soins en infirmiers insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, au sens de l'article L.1434-4 du code de la santé publique, sont divisées en deux catégories : les « zones très sous-dotées » et les « zones sous-dotées ».

Les « zones très sous-dotées » correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent 5% de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL est le moins élevé.

Les « zones sous-dotées » correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent 9,5 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL est supérieur à celui des zones « très sous-dotées ».

Les nouveaux zonages entreront en vigueur sous réserve de la publication des arrêtés prévus par l'article L.1434-4 du code de la santé publique.

Article.3.2.2. Modulations des zones à l'échelon régional

Si les caractéristiques d'une zone tenant par exemple à sa géographie ou à ses infrastructures (ex : transports...), à l'offre de soins présente sur la zone, à des indicateurs de fragilité (ex : CMU, handicap...) le justifient, l'arrêté de l'agence régionale de santé définissant le zonage peut modifier le classement des zones « très sous-dotées » et « sur-dotées » selon les dispositions suivantes et après concertation prévue à l'article R.1434-42 du code la santé publique et avis de la Commission Paritaire Régionale prévue à la présente convention nationale des infirmiers.

A. Modulation régionale des « zones sur-dotées »

L'arrêté de l'ARS définissant le zonage peut modifier les bassins de vie ou pseudo-cantons qualifiés de « zones sur-dotées » en sélectionnant parmi les bassins de vie ou pseudo-cantons qui recouvrent 33,4% de la population française totale (soit 28,4 % de la population à laquelle s'ajoute les 5% de marge de manœuvre des ARS) ceux pour lesquels l'indicateur APL est le plus élevé.

Le reclassement de bassins de vie ou pseudo-cantons en « zones sur-dotées » engendre le basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons initialement classés en « zones sur-dotées » vers un classement en « zones très-dotées ».

Les bassins de vie ou pseudo-cantons ainsi qualifiés par l'ARS de « zones sur-dotées » doivent recouvrir la même part de la population régionale que les zones initialement classées en « zones sur-dotées » avant intervention de l'ARS et recouvrir 28,4% de la population française totale.

B. Modulation régionale des « zones très sous-dotées »

L'arrêté de l'ARS définissant le zonage peut modifier les bassins de vie ou pseudo-cantons qualifiés de « zones très sous-dotées » en sélectionnant parmi les bassins de vie ou pseudo-cantons qui recouvrent 10% de la population française totale (soit 5 % de la population à laquelle s'ajoute les 5% de marge de manœuvre des ARS) ceux pour lesquels l'indicateur APL est le plus faible.

Le reclassement de bassins de vie ou pseudo-cantons en « zones très sous-dotées » engendre le basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons initialement classés en « zones très sous-dotées » vers un classement en « zones sous-dotées ».

Les bassins de vie ou pseudo-cantons ainsi qualifiés par l'ARS de « zones très sous-dotées » doivent recouvrir la même part de la population régionale que les zones initialement classées en « zones très sous-dotées » avant intervention de l'ARS et recouvrir 5% de la population française totale.

Article.3.3. Dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées »

Les parties signataires souhaitent parvenir à un meilleur équilibre de l'offre en soins infirmiers sur le territoire afin de garantir une réponse adaptée aux besoins de soins de la population.

Les parties signataires estiment nécessaire, par des mesures structurantes, de privilégier l'implantation des infirmiers libéraux dans les zones « très sous-dotées » et de favoriser le maintien de l'activité des infirmiers libéraux qui y sont d'ores et déjà installés.

Article.3.3.1. Contrats incitatifs infirmier (CII)

Les parties rappellent que ces mesures incitatives ne pourront intervenir qu'à la date d'entrée en vigueur de la publication effective du nouveau zonage dans la région conformément aux dispositions de l'article L.1434-4 du code de la santé publique et des contrats types régionaux conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Article.3.3.1.1. Contrat type national d'aide à l'installation en libéral des infirmiers dans les « zones très sous-dotées »

Le contrat type national d'aide à l'installation en libéral des infirmiers dans les « zones très sous-dotées » est défini en annexe III du présent texte.

A- Objet du contrat

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des infirmiers libéraux en zones « très sous-dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire visant à les accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc...).

B- Bénéficiaires du contrat

Ce contrat est proposé aux infirmiers libéraux conventionnés s'installant dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Pour un même infirmier, le contrat d'aide à l'installation en libéral n'est cumulable ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.3.1.3 du présent texte, ni avec le contrat d'aide à la première installation en libéral défini à l'article 3.3.1.2. Au terme du contrat d'aide à l'installation en libéral, l'infirmier pourra demander à bénéficier du contrat d'aide au maintien, s'il continue à exercer dans une zone « très sous-dotée ».

Ce contrat est d'une durée de cinq ans.

Un infirmier ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation en libéral.

C- Engagements de l'infirmier

En adhérant au contrat, l'infirmier s'engage :

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation (indicateurs socles) prévues à l'article 22 du présent texte ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone très sous-dotée en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la première année et 30 000 € les années suivantes ;
- à exercer au sein d'un cabinet de groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L.1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS.

A titre optionnel, l'infirmier peut également s'engager à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

D- Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé

L'infirmier adhérent au contrat bénéficie d'une aide forfaitaire de l'assurance maladie à l'installation d'un montant de 27 500 euros au maximum.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- au titre de la première année, 9 250 euros versés à la date de signature du contrat pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année); pour l'infirmier exerçant moins de trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;
- au titre de la deuxième année, 9 250 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante, pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ; pour l'infirmier exerçant moins de trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;
- et ensuite, les trois années suivantes, 3 000 euros par année, versés avant le 30 avril (au titre de l'année civile précédente), sans proratisation en fonction de l'activité.

L'infirmier formé au tutorat et adhérent au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 euros par mois (pendant la durée du stage de fin d'études) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

E- Résiliation du contrat

L'infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier.

En cas d'absence de respect par l'infirmier de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

À l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 3.3.1.2. Contrat type national d'aide à la première installation en libéral des infirmiers dans les « zones très sous-dotées »

Le contrat type national d'aide à la première installation en libéral des infirmiers dans les « zones très sous-dotées » est défini en annexe IV du présent texte.

A- Objet du contrat

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des infirmiers libéraux débutant leur exercice professionnel en libéral en zones « très sous-dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire majorée visant à les accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc...).

B- Bénéficiaires du contrat

Ce contrat est proposé aux infirmiers libéraux conventionnés s'installant dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique et sollicitant pour la première fois leur conventionnement auprès de l'assurance maladie.

Pour un même infirmier, le contrat d'aide à la première installation en libéral n'est cumulable ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.3.1.3 du présent texte, ni avec le contrat d'aide à l'installation en libéral défini à l'article 3.3.1.1. Au terme du contrat d'aide à

la première installation en libéral, l'infirmier pourra demander à bénéficier du contrat d'aide au maintien, s'il continue à exercer dans une zone « très sous-dotée ».

Ce contrat est d'une durée de cinq ans.

Un infirmier ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à la première installation en libéral.

C- Engagements de l'infirmier

En adhérant au contrat, l'infirmier s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation (indicateurs socles) prévues à l'article 22 du présent texte ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone très sous-dotée en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la première année et 30 000 € les années suivantes ;
- à exercer au sein d'un cabinet de groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L.1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS.

A titre optionnel, l'infirmier peut également s'engager à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

D- Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé

L'infirmier adhérant au contrat bénéficie d'une aide forfaitaire de l'assurance maladie à la première installation d'un montant de 37 500 euros au maximum.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- au titre de la première année, 14 250 euros versés à la date de signature du contrat pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année); pour l'infirmier exerçant moins de trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;
- au titre de la deuxième année, 14 250 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante, pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année); pour l'infirmier exerçant moins de trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

- et ensuite, les trois années suivantes, 3 000 euros par année versés avant le 30 avril (au titre de l'année civile précédente), sans proratisation en fonction de l'activité.

L'infirmier formé au tutorat et adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 euros par mois (pendant la durée du stage de fin d'études) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

E- Résiliation du contrat

L'infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier.

En cas d'absence de respect par l'infirmier de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article.3.3.1.3. Contrat type national d'aide au maintien des infirmiers libéraux dans les « zones très sous-dotées »

Le contrat type national d'aide au maintien des infirmiers libéraux dans les « zones très sous-dotées » est défini à l'annexe V du présent texte.

A- Objet du contrat

Le contrat a pour objet de favoriser le maintien des infirmiers libéraux en zones « très sous-dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire.

B- Bénéficiaires du contrat

Ce contrat est proposé aux infirmiers libéraux conventionnés installés dans une zone « très sous-dotée » telle que définie au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Pour un même infirmier, le contrat d'aide au maintien n'est pas cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation en libéral défini à l'article 3.3.1.1 du présent texte, ni avec le contrat d'aide à la première installation en libéral défini à l'article 3.3.1.2. Au terme du contrat d'aide à l'installation en libéral et du contrat d'aide à la première installation en libéral, l'infirmier pourra demander à bénéficier du contrat d'aide au maintien.

Ce contrat est d'une durée de trois ans et renouvelable par tacite reconduction.

C- Engagements de l'infirmier

En adhérant au contrat, l'infirmier s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation du cabinet (indicateurs socles) prévues à l'article 22 du présent texte ;
- à exercer pendant une durée minimale de trois ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone très sous-dotée en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la première année et 30 000 € les années suivantes ;
- à exercer au sein d'un cabinet de groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L.1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS.

A titre optionnel, l'infirmier peut également s'engager à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

D- Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé

L'infirmier adhérant au contrat bénéficie d'une aide forfaitaire de l'assurance maladie au maintien de l'activité d'un montant de 3 000 euros au maximum par an. Elle est versée au titre de chaque année avant le 30 avril de l'année civile suivante.

L'infirmier formé au tutorat et adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 euros par mois (pendant la durée du stage de fin d'études) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

E- Résiliation du contrat

L'infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier.

En cas d'absence de respect par l'infirmier de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article.3.3.2. Dispositifs communs aux contrats incitatifs infirmiers***A- Modulation possible par l'Agence Régionale de Santé du contrat type régional***

L'Agence Régionale de Santé peut décider de majorer les aides forfaitaires à l'installation, à la première installation en libéral, au maintien ainsi que les aides destinées à l'accueil de stagiaires pour les infirmiers adhérant aux contrats incitatifs infirmiers exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre en soins infirmiers parmi les zones très sous-dotées telles que prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale avec une information de la commission paritaire régionale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20% des zones « très sous dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant des aides définies dans les différents contrats types annexés au présent texte.

B- Articulation du contrat type national avec les contrats types régionaux

Les contrats incitatifs infirmiers types nationaux sont définis aux annexes III à V du présent texte conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS après appréciation des éventuelles aides existantes dans la région pour soutenir cette activité et conformément aux dispositions des contrats types nationaux. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale prévue dans les contrats types nationaux sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre l'infirmier, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme aux contrats types régionaux est proposé aux infirmiers éligibles.

C- Dispositions transitoires

Contrats incitatifs infirmiers conclus dans le cadre des avenants n° 3 et n° 5 à la convention nationale

A compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs infirmiers conclus dans le cadre des avenants n°3 et n°5 à la convention nationale et repris en annexe VI du présent texte.

Les contrats incitatifs infirmiers en cours, conclus dans le cadre des avenants n°3 et n°5 à la convention nationale et repris en annexe VI perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance.

Par dérogation, les partenaires conventionnels conviennent que les infirmiers ont néanmoins la possibilité s'ils le souhaitent de résilier de manière anticipée leur ancien contrat incitatif, dans le délai d'un an suivant l'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux, pour adhérer à l'un des nouveaux contrats s'ils y sont éligibles.

Nouveaux contrats incitatifs infirmiers issus du présent texte

A titre dérogatoire, les partenaires conventionnels conviennent qu'un infirmier qui s'installe en libéral, dans l'année précédant l'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux (année calculée de date à date), peut bénéficier de l'adhésion aux contrats d'aide à l'installation en libéral et d'aide à la première installation en libéral définis en annexes III et IV du présent texte, s'il répond aux conditions d'éligibilité.

D- Conséquences d'une modification des zones très sous dotées

Par dérogation, les contrats conclus sur la base des modèles de contrats définis dans le présent texte par des infirmiers ne se trouvant plus dans les zones très sous-dotées à la suite de la publication de l'arrêté du directeur général de l'ARS, se poursuivent jusqu'à leur terme. En effet, les infirmiers installés dans une zone antérieurement caractérisée comme zone très sous-dotée doivent pouvoir conserver transitoirement le bénéfice de l'aide à laquelle ils étaient auparavant éligibles.

Article.3.4. Dispositif de régulation du conventionnement des infirmiers installés en zone surdotée et dispositif d'encadrement de l'activité libérale conventionnée en zone très dotée et en zone intermédiaire situés en périphérie des zones sur-dotées

Le principe de régulation du conventionnement s'applique uniquement dans les « zones sur-dotées ».

Le conventionnement ne peut être accordé par un organisme d'assurance maladie à un infirmier dans une « zone sur-dotée » qu'au bénéfice d'un infirmier assurant la succession d'un confrère cessant son activité définitivement dans cette même zone sauf dérogations prévues à l'article 3.4.2.

Un dispositif d'encadrement de l'activité libérale conventionnée est parallèlement mis en place dans les conditions définies à l'article 3.4.4 du présent texte dans les zones très dotées et zones intermédiaires situées en périphérie des zones sur-dotées pour les professionnels nouvellement installés dans ces zones afin de renforcer l'adéquation de leur lieu d'installation avec les réalités d'exercice.

Article 3.4.1. Modalités de gestion des demandes de conventionnement des infirmiers en « zone sur-dotée »

A. Formalités de demande de conventionnement en « zone sur-dotée »

L'infirmier adresse sa demande de conventionnement à l'organisme local d'assurance maladie dans le ressort géographique duquel se situe le lieu d'installation envisagé, par courrier recommandé avec accusé de réception.

Dans ce courrier, l'infirmier précise ses nom et prénom, son numéro d'identification, le lieu et les conditions exactes de l'installation projetées. L'infirmier produit à l'appui de sa demande une attestation de l'infirmier dont il reprend l'activité et qui le désigne nommément comme son successeur.

En cas de force majeure entraînant un arrêt brutal et définitif de l'activité de l'infirmier empêchant la désignation d'un successeur, l'organisme local d'assurance maladie sollicite le ou les membres du cabinet de l'infirmier concerné pour désigner un successeur dans les conditions prévues au C. du présent article.

B. Avis de la commission paritaire départementale

Dans un délai maximal de quarante-cinq jours à compter de la réception du dossier complet, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie saisit la commission paritaire départementale (CPD) pour avis sur la demande de conventionnement et informe l'infirmier de cette saisine. Il transmet à la CPD les éléments du dossier de demande de conventionnement. Il prévient également la CPD de toutes modifications et extensions de SSIAD.

La CPD, à compter de la réception du dossier complet, rend alors un avis dans un délai de trente jours suivant sa saisine. Elle peut demander des compléments d'information et demander à entendre l'infirmier. L'infirmier peut également être entendu s'il en exprime le souhait.

L'avis de la CPD est fondé sur le fait que l'infirmier successeur reprend la patientèle du cabinet de l'infirmier ayant préalablement cessé son activité sur la zone dans l'objectif de continuité de la prise en charge de l'activité.

Cet avis est rendu à la majorité simple des membres de la CPD.

En l'absence d'avis rendu par la CPD dans ce délai, celui-ci est réputé rendu favorablement.

La CPD peut délibérer sur ces dossiers, par voie électronique sous réserve qu'au moins deux réunions de la CPD en présentiel sur l'année soient conservées (abordant les dossiers liés à la démographie ou non).

Dans ce cas, les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle et ayant formulé un avis sur les dossiers perçoivent une indemnité de 15 euros par dossier.

C. Décision du directeur de l'organisme local d'assurance maladie (dans le cas où cette décision est conforme à l'avis rendu par la CPD)

Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie notifie à l'infirmier concerné sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement, lorsqu'elle est conforme à l'avis de la CPD, dans un délai de quinze jours suivant l'avis.

La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette décision ainsi que les différents avis rendus sont fondés sur le fait que l'infirmier successeur reprend la patientèle de l'infirmier ayant préalablement cessé son activité sur la zone, dans l'objectif de continuité de la prise en charge de l'activité.

La CPD est tenue informée de la décision du directeur de l'organisme local d'assurance maladie sur la demande de conventionnement.

Le courrier notifiant la décision de conventionnement à l'infirmier lui précise qu'il est tenu d'initier ses formalités d'installation dans un délai maximal de six mois suivant la notification de la décision de conventionnement.

A défaut, l'organisme local d'assurance maladie sollicite le ou les membres du cabinet de l'infirmier ayant cessé son activité pour désigner un nouveau successeur dans un délai de six mois, après avoir informé la CPD pour que cette dernière puisse accompagner les professionnels dans leurs démarches.

A défaut de nouvelle désignation dans ce délai par le cabinet de l'infirmier et après information de la CPD, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie acte la non attribution de la place vacante sur la zone (disparition de la place vacante sur la zone).

D. Procédure en cas de différence entre le projet de décision du Directeur de l'organisme local d'assurance maladie et l'avis rendu par la CPD

Quand le projet de décision du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est différent de l'avis rendu par la CPD, la commission paritaire nationale (CPN) est saisie de ce projet sous quinze jours par l'organisme local d'assurance maladie. L'infirmier et la CPD sont tenus informés de cette saisine.

La CPN dispose alors d'un délai de trente jours pour rendre un avis, par un vote à la majorité simple des voix des membres de la commission. En l'absence d'avis rendu par la CPN dans ce délai, un avis conforme à la décision du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est réputé rendu.

La CPN peut se réunir et délibérer, sur ces dossiers, par voie électronique sous réserve qu'au moins deux réunions de la CPN en présentiel sur l'année soient conservées (abordant les sujets démographie ou non). Dans ce cas, les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle et ayant formulé un avis sur les dossiers perçoivent une indemnité de 15 euros par dossier.

Si la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le secrétariat de la CPN le transmet au directeur de l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de trente jours à compter de sa saisine.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le secrétariat de la CPN sollicite le directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) pour décision prise dans les trente jours suivants la décision de la CPN. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, dans les quinze jours suivant la décision du directeur général de l'UNCAM, au directeur de l'organisme local d'assurance maladie la décision du directeur général de l'UNCAM, qui s'impose à lui, accompagnée de l'avis de la CPN.

Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie notifie alors à l'infirmier, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de quinze jours suivant la transmission de l'avis de la CPN et le cas échéant, de la décision du directeur général de l'UNCAM. Il en adresse une copie aux membres de la CPD.

L'infirmier est tenu d'initier ses démarches d'installation dans le délai maximal de six mois suivant la décision de conventionnement dans les conditions prévues au C. du présent article.

Article.3.4.2. Dérogations au principe de régulation du conventionnement en « zones sur-dotées »

A. Dérogations au principe de régulation liée à la situation personnelle ou professionnelle de l'infirmier

Le conventionnement peut être accordé à titre exceptionnel, en l'absence de départ préalable d'un infirmier conventionné dans la zone « sur-dotée », dans les cas suivants liés à la situation personnelle ou professionnelle de l'infirmier, dûment attestés :

- situation médicale grave du conjoint, d'un enfant ou d'un ascendant direct entraînant un changement d'adresse professionnelle ;
- mutation professionnelle du conjoint entraînant un changement d'adresse professionnelle ;
- décès du conjoint entraînant un changement d'adresse professionnelle ;
- situation juridique personnelle entraînant un changement d'adresse professionnelle ;
- changement d'adresse du cabinet professionnel de l'infirmier, sous réserve de deux conditions cumulatives : justifier d'une activité libérale conventionnée dans ce cabinet, durant 5 ans, et dans les 2 ans précédant la demande, avoir réalisé plus de la moitié de cette activité auprès de patients résidant dans la zone « sur-dotée » où il souhaite exercer.

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Dans ce cas, la demande de conventionnement dérogatoire est examinée dans les conditions définies à l'article 3.4.1

B. Dérogation au principe de régulation destinée aux infirmiers ayant effectué des remplacements en zones sur-dotées

Le conventionnement peut être accordé à titre exceptionnel, à des infirmiers qui ne remplissent pas complètement les conditions d'expérience professionnelle préalables fixées au point B. de l'article 8 de la convention nationale, sous réserve que l'infirmier puisse répondre aux conditions suivantes, dûment attestées :

- un infirmier a cessé définitivement son activité dans la zone considérée et n'a pas trouvé de reprenneur ;
- l'infirmier qui sollicite le conventionnement a effectué des remplacements durant au moins huit mois, de façon continue ou non, au sein d'un ou de plusieurs cabinet(s) situé(s) dans la zone sur-dotée considérée.

Dans ce cas, la demande de conventionnement est examinée dans les conditions définies à l'article 3.4.1

Le conventionnement est alors accordé pour une zone « sur-dotée » déterminée.

Article.3.4.3. Application du principe de régulation du conventionnement en « zones sur-dotées » au SSIAD

Les parties signataires soulignent qu'elles ne s'engagent dans la régulation démographique que dans la mesure où les SSIAD sont soumis au même principe. Elles n'appliquent ainsi la régulation démographique dans les zones « sur-dotées » que dans la mesure où il n'y est pas parallèlement créé, par un SSIAD, d'offre de soins alternative aux soins qu'elles délivrent.

Elles demandent aux pouvoirs publics de continuer à soumettre les SSIAD au même principe de régulation démographique.

Toutefois, convenant de la nécessité de pouvoir apprécier l'adéquation qualitative et quantitative de l'offre de soins avec les besoins de soins locaux, afin de permettre à la population de bénéficier d'une prise en charge de qualité, les parties signataires conviennent de la nécessité de pouvoir, de façon exceptionnelle et strictement objectivée, prendre en compte certains besoins spécifiques et bien définis.

Dans le cas où aurait lieu dans une zone « sur-dotée » la création d'un SSIAD ou l'extension d'un SSIAD existant, se traduisant par l'ouverture effective ou l'autorisation de places de SSIAD, le dispositif de régulation prévu par le présent texte ne s'appliquerait pas dans la zone concernée, sauf si cette création ou extension de SSIAD répond à un besoin que l'offre de soins existante n'est pas en mesure de prendre en charge. L'objectivation de besoins non couverts par l'offre en soins infirmiers existante s'apprécie notamment à partir des critères suivants :

- existence d'une population rencontrant des difficultés d'accès aux soins ;
- possibilité de coopération entre infirmiers libéraux et SSIAD ;

- prise en compte de la totalité de l'offre de services médico-sociaux incluant notamment les EHPAD et les USLD.

Dès qu'elle a connaissance d'un projet d'ouverture ou d'extension de SSIAD, la CPR infirmier examine l'existence d'un éventuel besoin que l'offre de soins existante n'est pas en mesure de prendre en charge.

L'existence ou l'absence de ce besoin est constatée par la CPR à la majorité de ses membres plus une voix. Ce constat fait l'objet d'une transmission aux autorités compétentes.

Article.3.4.4. Application du principe d'encadrement de l'activité libérale sous convention des infirmiers nouvellement installés en « zone très-dotée » et en « zone intermédiaire » situés en périphérie des zones sur-dotées

Pour renforcer l'adéquation du lieu d'installation de l'infirmier avec les réalités d'exercice, les partenaires conventionnels conviennent que l'infirmier libéral conventionné qui s'installe dans l'une des zones intermédiaires ou très dotées telle que définie en application de l'article L. 1434-4 du code de santé publique situées en périphérie des zones sur-dotées, doit réaliser deux tiers de son activité dans sa zone d'installation. La liste de ces zones est établie par la commission paritaire régionale dès lors que le nouveau zonage régional a fait l'objet d'une publication.

Cette information est notifiée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie à l'infirmier lors de la notification de son conventionnement.

En cas de non-respect par l'infirmier de ces conditions, l'organisme local d'assurance maladie l'informe par lettre recommandée avec demande d'avis de réception de son intention de retirer le conventionnement initialement accordé.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de ce courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, l'organisme local d'assurance maladie peut notifier à l'infirmier le retrait du conventionnement initialement accordé.

Les partenaires conventionnels conviennent que ce seuil d'activité minimal n'est applicable que pour les infirmiers s'installant dans ces zones à compter de la publication effective du nouveau zonage dans la région conformément aux dispositions de l'article L.1434-4 du code de la santé publique sans remettre en cause la situation des infirmiers déjà installés sur ces zones.

Article.4. Suivi du rééquilibrage de l'offre de soins en infirmiers sur le territoire et accompagnement du dispositif

Article.4.1.Suivi du dispositif démographique

Un suivi annuel du dispositif démographique sera réalisé dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale et en Commission Paritaire Régionale.

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Article.5. La valorisation de l'implication des infirmiers en matière d'accompagnement, de prévention et d'éducation à la santé.

Les parties signataires s'accordent sur des évolutions tarifaires pour accompagner les nouvelles pratiques des infirmiers en matière d'accompagnement, de prévention et d'éducation à la santé.

Article.5.1.Accompagnement par les infirmiers de la prise médicamenteuse à domicile

Les partenaires conventionnels souhaitent valoriser l'accompagnement par les infirmiers de la prise médicamenteuse à domicile.

L'accompagnement à domicile de certains patients par les infirmiers, réalisé de façon ponctuelle, en concertation avec le médecin traitant a pour objet de favoriser l'adhésion au traitement, l'observance médicamenteuse, de prévenir les risques liés à la iatrogénie médicamenteuse et les hospitalisations inopportunes (information, éducation du patient, gestion du stock des médicaments, administration du médicament, détection des effets indésirables).

Cette démarche s'inscrit dans le cadre de l'évolution des missions des infirmiers notamment au titre de la surveillance clinique et de l'éducation thérapeutique des patients atteints de pathologies chroniques, en coordination avec le médecin traitant. Elle s'inscrit également en complémentarité avec le bilan de médication réalisé par le pharmacien pour les patients âgés polymédiqués.

Dans ce cadre, les parties signataires proposent de créer un nouvel acte pour l'accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse qui serait inscrit à la nomenclature générale des actes professionnels et s'appliquerait à compter du 1^{er} janvier 2022. Cet acte serait prescrit par le médecin lors de la mise en œuvre ou de la modification d'un traitement ou encore au cours d'une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique pour un patient non dépendant, polymédiqué et présentant des critères de fragilité identifiés par le médecin traitant ou le prescripteur.

Cet acte comporterait trois séances (prise de contact avec le patient, mise en œuvre, évaluation et compte rendu) réalisables dans un délai maximal d'un mois, renouvelables sur prescription une fois dans les 12 mois suivants.

La première séance serait valorisée à hauteur de AMI 5,1 et les deux séances suivantes à hauteur de AMI 4,6.

Parallèlement, les partenaires conventionnels souhaitent faire évoluer le libellé actuel de l'acte d'administration et de surveillance d'une thérapeutique orale au domicile inscrit à l'article 10 du chapitre 1 du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels intitulé « soins infirmiers », à compter du 1^{er} décembre 2019, afin :

- d'inclure les patients présentant des troubles cognitifs (maladies neurodégénératives ou apparentées) ;
- de supprimer la règle d'un passage quotidien, dans une limite de 15 passages ;
- de supprimer la restriction pour les patients diabétiques insulino-dépendants.

Dans l'attente de la modification de la nomenclature visée supra concernant les patients présentant des troubles cognitifs, les parties signataires s'accordent pour qu'un moratoire sur les contrôles de l'assurance maladie relatifs à ces facturations d'actes soit mis en place afin qu'aucun nouveau contrôle et procédures ne soient initiés.

En outre et afin de promouvoir l'accompagnement de ces patients à domicile, les parties signataires proposent à compter du 1^{er} juillet 2020 de revaloriser le coefficient de l'acte d'administration et de surveillance d'une thérapeutique orale au domicile inscrit à l'article 10 du chapitre 1 du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels à hauteur de AMI 1,2.

L'ensemble des mesures proposées au présent article s'appliqueront sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article.5.2.Prise en charge par les infirmiers des soins postopératoires à domicile

Les partenaires conventionnels souhaitent également valoriser la prise en charge par les infirmiers libéraux des sorties d'hospitalisation, à la suite d'une intervention chirurgicale, selon les besoins identifiés par l'équipe médicale hospitalière.

L'objectif de ce suivi, assuré en coordination avec l'hôpital, est de sécuriser le retour précoce du patient au domicile, dont l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire ou à un parcours de réhabilitation améliorée après chirurgie dépend d'un accompagnement ponctuel, en assurant une surveillance selon le protocole hospitalier, en veillant aux risques d'aggravation de certaines pathologies, à l'apparition de complications et en alertant si besoin le médecin correspondant.

Pour faciliter la prise en charge par les infirmiers des soins postopératoires à domicile, les partenaires conventionnels proposent la création à la nomenclature des nouveaux actes suivants :

- une séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire à domicile qui serait valorisée à hauteur de AMI 3,9 (trois séances au plus pouvant être facturées pour un patient donné sur une période qui s'étend du jour de l'arrivée du patient à son domicile dénommé J0 à la veille de la première consultation postopératoire avec le chirurgien lorsqu'elle est programmée avant J+6 inclus ou, en l'absence de rendez-vous de consultation chirurgicale, au cours de la première semaine post-opératoire sur une période qui s'étend de J0 à J+6 inclus),
- une séance de surveillance de cathéter périmerveux pour analgésie postopératoire qui serait valorisée à hauteur de AMI 4,2 (un acte au plus de surveillance pouvant être facturé par jour avec présence d'un aidant à domicile ou 2 actes au plus en l'absence d'aidant, 3 jours consécutifs au plus),
- un acte de retrait de sonde urinaire qui serait valorisé à hauteur de AMI 2. Les partenaires conventionnels proposent que l'inscription de cet acte à la nomenclature ne soit pas liée aux seuls soins postopératoires. Ils souhaiteraient ainsi ajouter cet acte également à l'article 6 du chapitre 1 du titre XVI de la nomenclature des actes professionnels dans les mêmes conditions de valorisation de l'acte,

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

- un acte de changement de flacon de redon ou retrait postopératoire de drain qui serait valorisé à hauteur de AMI 2,8 (deux séances au plus pouvant être facturées pour un patient donné à partir du retour au domicile).

Ces actes seraient réalisés sur prescription, avec élaboration d'un protocole écrit, préalablement établi par le chirurgien et/ou l'anesthésiste pour les patients dont l'éligibilité à une chirurgie ambulatoire ou à un parcours clinique de réhabilitation améliorée après chirurgie dépend d'un accompagnement ponctuel pour le retour à domicile en postopératoire.

Les partenaires conventionnels proposent que la séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire soit associable à taux plein avec l'acte de retrait de sonde urinaire et de changement de flacon ou retrait de drain, en dérogation à l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.

Il en est de même pour la séance de surveillance de cathéter périmerveux qui serait associable à taux plein avec l'acte de retrait de sonde urinaire et de changement de flacon ou retrait de drain. La séance de surveillance de cathéter périmerveux ne serait toutefois pas associable avec la séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire durant la séquence de soins postopératoire (au cours de la première semaine postopératoire, de J0 à J+6 inclus).

La création de l'acte de surveillance de cathéter périmerveux est subordonnée à l'évolution du décret de compétences des infirmiers mentionné à l'article R.4311-1 et suivants du code de la santé publique.

L'ensemble de ces valorisations seraient mises en œuvre au 1^{er} janvier 2021 sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article.5.3.Prise en charge par les infirmiers des enfants de moins de 7 ans

Afin d'améliorer la prise en charge des enfants de moins de 7 ans (jusqu'au 7ème anniversaire de l'enfant), les partenaires conventionnels se sont accordés pour créer une majoration conventionnelle (MIE) dont le montant est fixé à 3,15 euros par séance à partir du 1^{er} janvier 2020.

L'objectif de cette majoration est de mieux prendre en compte la charge de travail de l'infirmier dans la prise en charge de ces jeunes enfants (transmission d'informations à l'entourage, temps passé auprès de l'enfant...).

Cette majoration sera cumulable avec l'ensemble des autres majorations prévues à la nomenclature générale des actes professionnels (applicable au regard de l'acte effectué).

Article.5.4.Prise en charge par les infirmiers des patients sous chimiothérapie orale et thérapie par pression négative

Les partenaires conventionnels s'accordent pour étudier les modalités de l'accompagnement par les infirmiers, en libéral, des patients sous chimiothérapie orale et thérapie par pression négative dans le cadre d'un groupe de travail associant des experts notamment l'Inca, des représentants des infirmiers et des représentants des pharmaciens d'officine.

Article.5.5. Prise en charge par les infirmiers des pansements**Article.5.5.1. Prise en charge des pansements courants**

Les partenaires conventionnels proposent de faire évoluer la nomenclature générale des actes professionnels dans le cadre de la prise en charge des pansements courants.

Ils proposent tout d'abord de revaloriser à hauteur de AMI 3 les pansements de trachéotomie, de changement de canule et les pansements liés à l'abdominoplastie, la chirurgie mammaire, le stripping veineux et les stomies.

Ils proposent également un nouveau libellé pour les pansements après chirurgie des veines avec incisions cutanées multiples. Les termes « stripping (éveinage) » seraient remplacés par « pansement postopératoire d'exérèses multiples de varices et/ou ligatures multiples de veines perforantes avec ou sans stripping ». Deux actes au plus pourront être facturés, le deuxième en application de l'article 11B de la nomenclature générale des actes professionnels.

L'ensemble de ces valorisations seraient mises en œuvre au 1^{er} janvier 2020 sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article.5.5.2. Prise en charge des pansements lourds et complexes

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de prendre en charge l'analgésie topique et la compression pour le traitement des plaies nécessitant un pansement lourd et complexe.

A ce titre, ils proposent la création à la nomenclature générale des actes professionnels d'un acte de bilan initial de prise en charge de plaie par épisode de cicatrisation nécessitant un pansement lourd et complexe qui serait valorisé à hauteur de AMI 11 et qui entrerait en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020. Dans ce cadre, ils s'accordent pour préciser qu'une séance au plus pourra être facturée annuellement pour les plaies dont la durée de prise en charge est supérieure à un an ; pour les plaies d'une durée inférieure à un an, un nouveau bilan pourrait être réalisé en cas de récurrence qui est défini par une interruption des soins liés à la plaie d'au moins deux mois. Ce bilan comprendrait l'évaluation de la situation du patient, l'établissement d'une fiche descriptive de la plaie, l'élaboration d'un projet de soins et la réalisation du pansement complexe. Cet acte ne serait pas associable avec la majoration de coordination infirmière et comprend la réalisation du pansement.

Ils proposent également la création de 2 nouveaux actes à la nomenclature générale des actes professionnels à compter du 1^{er} juillet 2020.

La création d'un acte d'analgésie topique qui serait valorisé à hauteur de AMI 1,1 (huit séances au plus pouvant être facturées pour un patient donné par épisode de cicatrisation comprenant la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie et la mise en attente) ; la majoration pour acte unique serait facturable avec cet acte lors du premier déplacement et serait, associable à taux plein avec un pansement lourd et complexe, en dérogation à l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels au cours du passage suivant l'application du topique analgésique.

Les frais de déplacement seraient pris en charge pour l'acte d'analgésie topique puis pour la réalisation du pansement au cours du passage suivant l'application du topique analgésique.

Les partenaires conventionnels proposent que cet acte d'analgésie topique soit intégré parallèlement aux dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels consacrées à la prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité et ce, dans les mêmes conditions de valorisation et de réalisation de l'acte.

La création d'un acte de pansement avec compression qui serait valorisé à hauteur de AMI 5,1 comprenant la réalisation d'une compression associée au pansement complexe au moyen de bandes de compression jusqu'à cicatrisation de la plaie. La majoration de coordination infirmier (MCI) serait applicable à cette nouvelle cotation.

Dans le cadre de la prise en charge des ulcères veineux, l'acte de pansement avec compression serait associable à taux plein en dérogation à l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels avec l'acte d'analgésie topique.

De plus, les partenaires conventionnels proposent à compter du 1^{er} janvier 2020 de modifier comme suit l'article 3 du chapitre 1^{er} du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels :

- suppression de la mention « nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse ».
- pour l'acte « Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieure à 5% de la surface corporelle » ajouter la mention « Pansement de brûlure après radiothérapie, sur une surface supérieure à 2% de la surface corporelle ».
- suppression de la mention « chirurgical » pour les pansements lourds et complexes nécessitant un méchage ou une irrigation.

L'ensemble de ces valorisations seraient mises en œuvre sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article.5.6.Autres mesures de valorisation

Pour favoriser la prise en charge des patients en ambulatoire, les partenaires conventionnels proposent différentes mesures de valorisation.

L'ensemble des mesures proposées à cet article s'appliqueront au 1^{er} décembre 2019 sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article.5.6.1. Prélèvements sanguins

Les partenaires conventionnels proposent que les prélèvements par ponction veineuse directe prévus à l'article 1^{er} du chapitre 1 du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels, lorsqu'ils sont réalisés en association avec un acte en AMI au cours d'une séance de soins infirmiers ou au cours d'une séance de soins infirmiers à domicile chez un patient dépendant ou dans le cadre d'un forfait BSI, soient associables à taux plein avec les actes réalisés au cours de la même séance, en dérogation à l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.

Article.5.6.2. Extension du champ de la majoration pour acte unique

Afin de promouvoir l'accompagnement des patients à domicile, les partenaires conventionnels proposent d'étendre le champ de la majoration pour réalisation d'un acte unique (MAU), prévu à l'article 23.1 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels, aux actes AMI dont les coefficients sont inférieurs ou égaux à 1,5.

Les partenaires conventionnels s'engagent à suivre annuellement dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale l'évolution des nouvelles cotations et l'impact financier des modifications apportées à la nomenclature générale des actes professionnels prévues aux articles 5.1 à 5.6 du présent texte.

Article.5.7.Prise en charge des soins à domicile des patients dépendants

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le rôle clé des infirmiers libéraux dans le nécessaire virage ambulatoire de notre système de santé, gage d'une prise en charge plus efficiente, mieux coordonnée et plus adaptée aux besoins des patients et à l'évolution de leurs pathologies.

Les partenaires conventionnels souhaitent dans ce cadre mettre en place des mesures structurantes pour la profession afin de favoriser le maintien à domicile des patients dépendants.

Parallèlement et pour améliorer la prise en charge coordonnée de ces patients entre le médecin et l'infirmier, les partenaires conventionnels s'entendent pour remplacer la démarche de soins infirmiers actuelle par un nouveau dispositif structurant, le bilan de soins infirmiers (BSI).

Les partenaires conventionnels ont donc élaboré un nouveau support d'évaluation BSI unique, sur la base de référentiels infirmiers validés existants, pour définir un plan de soins infirmiers adapté à la situation de chaque patient dépendant. Le nouveau dispositif BSI doit améliorer l'organisation du maintien à domicile des patients dépendants en favorisant la coordination des soins avec le médecin notamment par la dématérialisation des échanges entre professionnels et avec l'Assurance Maladie.

Les partenaires conventionnels ont décidé d'expérimenter ce nouveau dispositif en 2017. Au vu des résultats de l'expérimentation menée, les partenaires signataires conviennent de généraliser le bilan de soins infirmiers (BSI), en remplacement de la démarche de soins infirmiers (DSI) selon les modalités définies dans le présent article et le circuit détaillé en annexe XII

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels considèrent nécessaires de revoir les conditions de tarification des soins réalisés auprès des patients dépendants, en substituant à la seule notion de temps passé, la prise en compte de la charge de travail du professionnel dans la prise en charge du patient (technicité, coordination, nombre d'actes, durée, pénibilité,...) et le niveau de complexité de certains actes réalisés.

Les partenaires proposent que ces soins ne soient plus facturés à l'acte mais sous la forme de forfaits.

Ils proposent que des modifications soient apportées à la nomenclature générale des actes professionnels par la création de trois nouveaux forfaits journaliers de prise en charge d'un patient dépendant. Ces forfaits seraient applicables selon la répartition des patients dans les trois classes suivantes définies au regard de la charge en soins impliquée pour leur suivi par les infirmiers et précisées à l'annexe XII.

Le 1^{er} forfait, pour le suivi des patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « légère », serait valorisé à hauteur de 13 euros par jour et par patient (code prestation BSA).

Le 2^{ème} forfait, pour le suivi des patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « intermédiaire », serait valorisé à hauteur de 18,2 euros par jour et par patient (code prestation BSB).

Le 3^{ème} forfait, pour le suivi des patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « lourde », serait valorisé à hauteur de 28,7 euros par jour et par patient (code prestation BSC).

Les frais de déplacement resteraient facturables à chaque passage de l'infirmier au domicile du patient ainsi que les éventuelles majorations applicables dans les conditions définies à la nomenclature générale des actes professionnels.

Les partenaires conventionnels proposent également de revaloriser l'acte d'établissement du BSI à hauteur de 25 euros pour un BSI initial et de 12 euros pour un BSI de renouvellement. Cette revalorisation s'appliquerait uniquement pour les patients ayant occasionné une facturation au forfait à compter du 1^{er} janvier 2020. Dans ce cadre, ils proposent que la

nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) évolue afin de modifier la fréquence d'établissement des bilans, à savoir un bilan initial (25 euros) renouvelable après un an (12 euros), sauf situation clinique nécessitant la réalisation d'un ou deux bilans intermédiaires dans l'année (12 euros).

Les partenaires conventionnels proposent, en outre, que les actes de l'article 5 bis du chapitre II du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) - Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité suivants : « Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané, y compris la tenue d'une fiche de surveillance, par séance » et « Injection sous-cutanée d'insuline », ainsi que les actes d'injection intra musculaire, intradermique et injection sous cutanée de l'article 1^{er} du chapitre 1^{er} du titre XVI de la NGAP, soient facturables, en sus du forfait journalier de prise en charge d'un patient dépendant ou des AIS (au regard du calendrier de mise en place des forfaits), avec application de l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels. Les actes de prélèvement par ponction veineuse directe sont par ailleurs facturables en sus du forfait journalier de prise en charge d'un patient dépendant ou des AIS à taux plein en dérogation de l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels comme précisé à l'article 5.6.1 du présent texte. Dans ce cadre, une lettre clé spécifique (AMX) serait créée à la nomenclature pour la facturation de ces actes en sus du forfait journalier de suivi des patients dépendants. Cette mesure entrerait en vigueur au 1^{er} mai 2020. Les partenaires conventionnels réalisent un bilan de la mise en œuvre de cette mesure au cours du 1^{er} semestre 2021. Si à l'occasion de ce bilan, il est constaté un écart de 10 % ou plus entre les montants financiers estimés de l'impact de la mise en œuvre de cette mesure et les dépenses observées, les partenaires conventionnels conviennent alors d'ouvrir la négociation d'un avenant dans un délai de deux mois suivant ce bilan, afin de s'accorder sur les mesures correctrices à mettre en œuvre pour corriger le déséquilibre. Les partenaires conventionnels conviennent que cette procédure n'est pas déclenchée s'il est établi parallèlement que cet écart constaté (entre les projections financières estimées et les dépenses observées) est compensé par le niveau des dépenses constatées au titre de la mise en œuvre des mesures prévues aux articles 5.1 à 5.6 de la présente convention (montant des dépenses observées inférieur au montant financier estimé pour lesdites mesures).

Compte-tenu du caractère particulièrement novateur du BSI et de la nouvelle tarification des soins auprès des patients dépendants, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de mettre en œuvre cette réforme de manière progressive de la manière suivante.

- **1^{ère} étape :** A compter du 1^{er} janvier 2020, la nouvelle tarification des soins et le bilan de soins infirmiers (BSI) seraient mis en œuvre pour les seuls patients âgés de 90 ans et plus.

A partir du 1^{er} octobre 2020, les partenaires conventionnels examineront dans le cadre de la CPN les résultats et les impacts de la mise en œuvre de ce nouveau mode de valorisation dans les conditions définies pour cette première étape sur la base des facturations établies sur le 1^{er} semestre 2020. Ce suivi permettra d'affiner l'estimation

de la fréquence et la répartition des différents forfaits sur les trois classes identifiées de patients (en termes de charge en soins) sur la base de la nomenclature modifiée.

S'il est constaté, dans le cadre de cette d'observation et au regard du bilan établi par la CPN au plus tard le 1^{er} novembre 2020, un écart (positif ou négatif) de 10% ou plus entre les montants financiers estimés des nouveaux forfaits journaliers de prise en charge des patients dépendants dans les conditions définies au présent article avec les dépenses observées, les partenaires conventionnels conviennent alors d'ouvrir la négociation d'un avenant, afin de s'accorder sur les mesures correctrices à mettre en œuvre pour corriger le déséquilibre et permettre la mise en œuvre de l'étape suivante. La mise en œuvre de l'étape suivante est conditionnée à la conclusion de cet avenant.

- **2^{ème} étape :** A compter du 1^{er} janvier 2021, la nouvelle tarification des soins et le bilan de soins infirmiers seraient étendus aux patients âgés de 85 ans et plus.

A partir du 1^{er} octobre 2021, les partenaires conventionnels examineront dans le cadre de la CPN les résultats et les impacts de la mise en œuvre de ce nouveau mode de valorisation dans les conditions définies pour cette deuxième étape sur la base des facturations établies sur le 1^{er} semestre 2021.

S'il est constaté, dans le cadre de cette observation et au regard du bilan établi par la CPN au plus tard le 1^{er} novembre 2021, un écart (positif ou négatif) de 7,5 % ou plus entre les montants financiers estimés des nouveaux forfaits journaliers de prise en charge des patients dépendants dans les conditions définies au présent article avec les dépenses observées, les partenaires conventionnels conviennent alors d'ouvrir la négociation d'un avenant, afin de s'accorder sur les mesures correctrices à mettre en œuvre pour corriger le déséquilibre et permettre la mise en œuvre de l'étape suivante. La mise en œuvre de l'étape suivante est conditionnée à la conclusion de cet avenant.

- **3^{ème} étape :** A compter du 1^{er} janvier 2022, la nouvelle tarification des soins et le bilan de soins infirmiers seraient étendus aux patients âgés de 78 ans et plus.

A partir du 1^{er} octobre 2022, les partenaires conventionnels examineront dans le cadre de la CPN les résultats et les impacts de la mise en œuvre de ce nouveau mode de valorisation dans les conditions définies pour cette troisième étape sur la base des facturations établies sur le 1^{er} semestre 2022.

S'il est constaté, dans le cadre de cette d'observation et au regard du bilan établi par la CPN au plus tard le 1^{er} novembre 2022, un écart (positif ou négatif) de 5% ou plus entre les montants financiers estimés des nouveaux forfaits journaliers de prise en charge des patients dépendants dans les conditions définies au présent article avec les dépenses observées, les partenaires conventionnels conviennent alors d'ouvrir la négociation d'un avenant, afin de s'accorder sur les mesures correctrices à mettre en œuvre pour corriger le déséquilibre et permettre la mise en œuvre de l'étape suivante. La mise en œuvre de l'étape suivante est conditionnée à la conclusion de cet avenant.

- **4^{ème} étape :** Au 1^{er} janvier 2023 et au regard du troisième point d'étape, les partenaires conventionnels pourront décider de la généralisation de la nouvelle tarification et du BSI sur le territoire auprès de l'ensemble des patients dépendants.

Les modalités techniques de suivi de ces différentes étapes sont détaillées en annexe XIII. Les mesures proposées s'appliqueront sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article.5.8.Accompagnement des patients par les infirmiers de pratiques avancées

Pour répondre aux attentes des patients d'un accès aux soins de qualité et d'une prise en charge en ambulatoire facilitée, le ministère de la santé et l'UNCAM souhaitent encourager le développement de la coopération entre les médecins et les infirmiers dans le suivi de pathologies ciblées. A ce titre, le statut d'infirmier de pratique avancée a été créé (Articles L.4301-1 et suivants / Articles R.4301-1 et suivants du code de la santé publique).

Les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité, dans le cadre d'un avenant, de prévoir, dans les deux mois, les modalités de valorisation de ces infirmiers pouvant exercer dans le cadre libéral.

Article.6. La valorisation de la promotion et du déploiement d'outils d'échanges, de sécurisation et de coordination professionnelle

Article.6.1. Soutenir l'investissement des infirmiers dans l'ouverture du Dossier Médical Partagé

Afin de favoriser la prise en charge coordonnée des patients, les partenaires conventionnels s'accordent pour verser aux infirmiers une contribution annuelle au titre de l'ouverture de dossier médical partagé (DMP).

Cette contribution est valorisée à hauteur de 1 euro par DMP ouvert.

L'infirmier procède à l'ouverture du DMP en présence de l'assuré concerné. Il s'engage à délivrer les informations nécessaires à la bonne appréhension par l'assuré de l'objectif du DMP, de son fonctionnement et de la portée de son consentement qui vaut autorisation d'accéder aux données enregistrées sur le DMP.

Le recueil du consentement explicite de l'assuré est exigé. Il est formalisé par la déclaration dématérialisée d'obtention du consentement à laquelle procède l'infirmier lors de l'ouverture du DMP.

La contribution totale au titre du DMP est versée annuellement dans le cadre du forfait d'aide à l'équipement du cabinet mentionné à l'article 22. Le décompte des DMP ouverts par l'infirmier intervient sur la base des données dont dispose l'assurance maladie.

Ces dispositions entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Article.6.2. Soutenir l'investissement des infirmiers dans la mise en œuvre de la télémédecine

Dans le prolongement des engagements des parties signataires de l'accord cadre interprofessionnel mentionné à l'article L.162-1-13 signé le 10 octobre 2018 et sur la base des principes fondateurs de cet accord, notamment celui tenant à l'amélioration de l'accès aux soins, les parties signataires conviennent du rôle essentiel des infirmiers dans le déploiement de la télémédecine.

La télémédecine constitue un nouveau mode d'organisation déterminant dans l'amélioration de l'accès aux soins. En effet, la télémédecine permet une prise en charge plus rapide et au plus près du lieu de vie des patients. Elle évite notamment des déplacements inutiles et peut contribuer au désengorgement des services d'urgence en apportant une offre de soins de premier recours très accessible.

Afin de répondre à ces défis d'organisation des soins, les parties signataires s'entendent pour contribuer au développement de la télémédecine sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients, en s'appuyant sur les infirmiers et la proximité d'accès qu'ils offrent à la population. Dans ce cadre, les parties signataires s'entendent, dans le respect des dispositions législatives et du parcours de soins, pour positionner l'infirmier comme professionnel de santé accompagnant. La mission qui leur est confiée dans ce cadre consiste à proposer une offre organisationnelle des téléconsultations ainsi qu'une assistance au médecin téléconsultant pour la réalisation des actes nécessaires à l'examen clinique.

Article.6.2.1. Champ d'application de la téléconsultation

La téléconsultation se définit comme la consultation à distance réalisée par un médecin exerçant une activité libérale conventionnée, dit « téléconsultant », quel que soit son secteur d'exercice et sa spécialité médicale, et un patient, ce dernier pouvant, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé.

Tout patient peut bénéficier de téléconsultations dès lors que le médecin l'estime opportun.

Les patients doivent être informés des conditions de réalisation de la téléconsultation et, après avoir reçu ces informations, avoir donné leur consentement préalablement à la réalisation de l'acte.

Les parties signataires s'accordent sur la nécessité d'organiser les téléconsultations dans le respect du parcours de soins coordonné. Cette modalité de consultation médicale doit être préalablement convenue entre le patient et son médecin.

Lorsque l'exigence tenant au respect du parcours de soins ne peut pas être satisfaite (patient ne disposant pas de médecin traitant désigné ou médecin traitant non disponible dans un délai

compatible avec l'état de santé du patient), la téléconsultation est assurée dans le cadre d'organisations territoriales coordonnées, telles que les centres de santé, les maisons pluriprofessionnelles de santé (MSP), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les équipes de soins primaires (ESP) ou toute organisation territoriale, validée par les instances paritaires conventionnelles des médecins, qui se propose d'organiser, au niveau du territoire, une réponse en télé médecine de manière coordonnée, ouverte à tous les professionnels de santé du territoire et s'inscrivant dans une démarche de suivi global et régulier du patient.

Article.6.2.2. Rôle de l'infirmier accompagnant

L'infirmier, en tant que professionnel de santé accompagnant, a notamment pour rôle d'assister le médecin dans la réalisation de certains actes participant à l'examen clinique et éventuellement d'accompagner le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée.

Article.6.2.3. Les conditions de réalisation de la téléconsultation

L'infirmier peut être amené à accompagner les patients dans le cadre de téléconsultations organisées à la demande du médecin. Elles doivent être obligatoirement réalisées par vidéotransmission dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises, la traçabilité des échanges, la confidentialité des échanges et l'intimité des patients. Lorsque la téléconsultation est réalisée dans des conditions définies à l'alinéa 5 de l'article 6.2.1, l'infirmier peut être amené à transmettre les données administratives du patient au médecin.

L'infirmier doit disposer des équipements nécessaires, adaptés aux situations cliniques des patients, afin de garantir la réalisation d'une téléconsultation de qualité.

Article.6.2.4. Modalités de rémunération de l'acte d'accompagnement à la téléconsultation

Les parties signataires s'accordent pour valoriser l'intervention des infirmiers dans le cadre des téléconsultations. Ils proposent dans ce cadre que soit créé à la nomenclature générale des actes professionnels un acte valorisant l'intervention de l'infirmier au titre de l'acte de téléconsultation.

Cet acte d'accompagnement à la téléconsultation serait valorisé différemment selon qu'il intervient ou non au décours d'un soin infirmier.

Lorsque l'accompagnement à la téléconsultation intervient au décours d'un soin infirmier réalisé, l'acte serait valorisé à hauteur de 10 euros (code prestation TLS).

Lorsque l'accompagnement à la téléconsultation intervient de manière spécifique (non réalisée au décours de soins infirmiers) dans un lieu dédié aux téléconsultations, l'acte serait valorisé à hauteur de 12 euros (code prestation TLL).

Lorsque l'accompagnement à la téléconsultation intervient de manière spécifique à domicile (intervention ponctuelle non réalisée au décours de soins infirmiers), l'acte serait valorisé à hauteur de 15 euros (code prestation TLD).

Les partenaires conventionnels proposent à titre dérogatoire que cet acte, lorsqu'il est réalisé au domicile du patient au cours d'une séance de soins infirmiers, soit associable à taux plein avec les actes réalisés au cours de la même séance, en dérogation à l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels. Il est également associable aux indemnités de déplacement.

L'infirmier assistant le médecin dans le cadre de la téléconsultation mentionne obligatoirement, sur la feuille de soins, le numéro d'identification du médecin téléconsultant dans la zone réservée à l'identification du prescripteur.

Ces dispositions entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2020 après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article.6.2.5. Aide à l'équipement nécessaire pour le déploiement de l'activité de télé médecine

Pour soutenir l'investissement des infirmiers dans le déploiement de l'activité de télé médecine, les parties signataires conviennent de mettre en place une aide à l'équipement selon les modalités suivantes :

-350 euros pour l'équipement de vidéotransmission y compris pour les abonnements aux différentes solutions techniques proposés en matière de recours aux actes de télé médecine,

-175 euros pour l'équipement en appareils médicaux connectés dont la liste sera établie, avant la fin de l'année 2019, sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée chaque année.

Cette participation forfaitaire est versée annuellement dans le cadre du forfait d'aide à l'équipement du cabinet mentionné à l'article 22.

Article.6.2.6. Le suivi de la mise en œuvre de la téléconsultation

La télé médecine constitue une innovation dans les modalités de prise en charge des patients. A ce titre, les parties signataires s'accordent sur la nécessité d'assurer le suivi de la participation des infirmiers aux téléconsultations dans le cadre de la CPN.

Sous réserve d'une évolution du cadre législatif, les partenaires conventionnels examineront les modalités d'organisation et de valorisation des infirmiers au titre de l'activité de télésoin réalisée en libéral.

TITRE III – MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL**Article.7. Démarches de l'infirmier auprès de la caisse lors de l'installation en libéral**

Les infirmiers qui souhaitent exercer leur activité sous forme libérale et facturer à l'assurance maladie les actes réalisés dans ce cadre effectuent les démarches nécessaires auprès de leur caisse de rattachement pour se faire enregistrer et obtenir un identifiant leur permettant d'effectuer cette facturation.

Les infirmiers conventionnés qui souhaitent facturer à l'assurance maladie les actes réalisés dans le cadre d'un lieu d'exercice distinct du lieu d'exercice principal effectuent les démarches nécessaires auprès de la caisse du ressort du lieu d'exercice distinct, si elle est différente de celle du lieu d'exercice principal, afin d'obtenir un identifiant leur permettant d'effectuer cette facturation.

Les infirmiers sont notamment tenus de faire connaître aux Caisses leur numéro d'inscription à l'ordre des infirmiers de leur département d'exercice ainsi que l'adresse de leurs différents lieux d'exercice.

Il peut s'agir, soit d'un cabinet personnel, soit d'un cabinet de groupe, soit d'une société quelle que soit la forme juridique retenue. Il doit être réservé à l'exercice de la profession d'infirmier.

Les infirmiers doivent faire connaître aux Caisses les modifications intervenues dans leur mode d'exercice dans un délai de deux mois au maximum à compter de cette modification.

Lorsqu'un infirmier a la qualité de salarié d'un infirmier libéral conventionné ou d'un directeur de laboratoire placé sous le régime de la présente convention, il a l'obligation de faire connaître aux Caisses : le nom, l'adresse et la qualification de son employeur, ainsi que son propre numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale.

Article.8. Conditions d'installation et de cessation d'activité en exercice libéral sous convention**A. Principes**

Le diplôme d'Etat d'infirmier garantit la qualification des professionnels qui en sont titulaires.

Conformément à l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, les partenaires conventionnels reconnaissent néanmoins que la spécificité de l'exercice libéral nécessite une expérience professionnelle préalable d'une durée minimum acquise en équipe de soins généraux au sein d'un service organisé.

Est reconnue toute expérience professionnelle acquise dans tout établissement de santé ou structure de soins, ou dans un groupement de coopération sanitaire défini par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement

du système de santé et les procédures de création d'établissement, dès lors qu'elle est acquise en équipe de soins au sein d'un service organisé où l'infirmier est amené à dispenser des soins infirmiers effectifs à une population dont l'état de santé justifie des interventions infirmières diversifiées. Ces actes doivent être effectués sous la responsabilité d'un médecin ou d'un infirmier cadre.

Cette expérience doit être acquise à compter de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier ou de l'autorisation légale d'exercice dans un établissement de soins ou une structure de soins généralisés, installé dans l'un des Etats membres de l'Union européenne, au Royaume-Uni ou en Suisse.

L'expérience professionnelle réalisée par un infirmier au Québec peut également être prise en compte sous réserve que le titre de formation de ce dernier ait fait l'objet d'une procédure d'équivalence au titre de l'arrangement Franco-Québécois de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des infirmiers du 30 juin 2010 modifié.

B. Règle générale

Peuvent s'installer immédiatement en exercice libéral sous convention :

- les infirmiers justifiant d'une expérience professionnelle de vingt-quatre mois, c'est-à-dire 3 200 heures équivalent temps plein en temps de travail effectif au cours des six années précédant la demande d'installation en libéral sous convention ;
- les infirmiers justifiant d'une expérience professionnelle prévue à l'article 11 du présent texte et d'une expérience en qualité de remplaçant d'infirmier libéral conventionné de six mois c'est-à-dire 800 heures équivalent temps plein en temps de travail effectif ou 109 jours sous contrat de remplacement, au cours des six années précédant la demande d'installation en libéral sous convention.

Lorsqu'il s'agit d'une première installation en libéral sous convention, l'infirmier doit justifier de cette expérience minimale en qualité d'infirmier exerçant dans un établissement de soins ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire, tels que définis au A « Principes » de l'article 8, ou en tant que remplaçant d'un infirmier libéral conventionné (dès lors qu'il remplissait les conditions pour le faire).

Lorsqu'il s'agit d'une réinstallation, cette expérience professionnelle est acquise :

- soit en qualité d'infirmier exerçant en établissement de soins dans les conditions définies au A « Principes » de l'article 8 ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire tel que défini dans le même paragraphe ;
- soit en qualité d'infirmier libéral conventionné sur la période considérée (dès lors qu'il remplissait les conditions pour ce faire) ;
- soit en qualité de remplaçant ou de salarié d'infirmier libéral conventionné (dès lors qu'il remplissait les conditions pour ce faire) ;
- soit pour partie en qualité d'infirmier exerçant en établissement de soins dans les conditions définies au A « Principes » de l'article 8 ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire tel que défini dans le même paragraphe et, pour autre partie, en qualité d'infirmier libéral conventionné ou remplaçant ou salarié d'infirmier libéral conventionné.

Cette expérience professionnelle est comptabilisée en heures, soit 3 200 heures au total d'expérience ou en jours pour la comptabilisation de l'expérience en tant que remplaçant.

C. Cas particuliers

Doivent justifier, dans les six ans qui précèdent la demande d'installation ou de réinstallation, d'une expérience complémentaire de douze mois équivalent temps plein (soit 1 600 heures) dans une équipe de soins généraux au sein d'un service organisé dans un établissement de soins ou dans un groupement de coopération sanitaire tels que définis au A « Principes » de l'article 8 :

- les professionnels qui justifient, dans les six ans précédant la demande d'installation sous convention, de vingt-quatre mois, soit 3 200 heures, d'une expérience professionnelle en tant qu'infirmier acquise en dehors d'une équipe de soins généraux au sein d'un service organisé, telle que définie au A « Principes » de l'article 8;
- les professionnels qui justifient, dans une période de douze ans précédant la demande d'installation sous convention, d'une expérience professionnelle d'au moins vingt-quatre mois (soit 3 200 heures) :
 - o dans une équipe de soins généraux au sein d'un établissement, d'une structure ou d'un groupement définis au A « Principes » de l'article 8;
 - o et/ou en tant qu'infirmier libéral conventionné ;
 - o et/ou en tant que remplaçant ou salarié d'infirmier libéral conventionné.

Les infirmiers ne justifiant pas d'une expérience de vingt-quatre mois comme définie au « A Principes » de l'article 8 dans les six ans précédant leur demande d'installation doivent compléter leur expérience professionnelle à concurrence des vingt-quatre mois (3 200 heures), à moins qu'ils ne relèvent des situations ouvrant droit à dérogation qui sont définies au D de l'article 8 de la présente convention.

Si l'infirmier n'a pas exercé son activité à quelque titre que ce soit dans les quarante-huit mois précédant sa demande d'installation ou de réinstallation, un infirmier libéral conventionné a l'obligation de suivre, dans les douze mois suivant son installation ou sa réinstallation, une formation dont le thème porte sur les conditions et obligations liées à l'exercice libéral sous convention.

D. Dérogations exceptionnelles pour les installations en zones sous-denses

Dans l'objectif de fournir une réponse aux besoins de soins infirmiers avérés des patients, les parties signataires décident d'ouvrir la possibilité dans tous les départements de mesures dérogatoires pour les demandes d'installation qui ne répondent pas entièrement aux critères définis à l'article 8 (A et B) et pour les demandes de remplacement qui ne répondent pas entièrement aux critères définis à l'article 11.

Ces dérogations aux conditions d'installation et de remplacement ne peuvent être accordées, à titre exceptionnel, et en respect des dispositions de l'article 33.3 de la présente convention, que dans la mesure où sont dûment constatées les situations suivantes :

- une carence démographique dans certaines zones géographiques (concerne les zones très sous-dotées et sous-dotées telles que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique), qui ne permet pas un égal accès de la population aux soins infirmiers,
- et au moins une des deux situations suivantes :
 - o une prise en charge de patients dont l'accès aux soins est difficile sur un secteur géographique donné ;

o des modifications substantielles des conditions d'exercice d'un infirmier conventionné ou d'un groupe d'infirmiers libéraux conventionnés (ex. : maladie ou décès d'un associé, augmentation avérée de l'activité d'un cabinet).

Ces dérogations déterminent le lieu d'exercice principal des infirmiers pouvant s'installer ou remplacer à titre dérogatoire.

L'infirmier adresse sa demande de dérogation à l'organisme local d'assurance maladie dans le ressort géographique duquel se situe le secteur de l'installation envisagée, sous la forme d'un dossier motivé, envoyé par courrier recommandé avec accusé de réception.

L'organisme local d'assurance maladie transmet sa demande à la commission paritaire départementale qui dispose d'un délai de trente jours pour étudier le dossier et rendre un avis à l'organisme local d'assurance maladie. L'infirmier peut également être entendu par la commission paritaire départementale avant que celle-ci rende son avis. Ce dossier doit être exhaustif, argumenté et constitué de données objectives, afin de garantir une égalité de traitement dans l'examen des dérogations.

Sur avis de la commission paritaire départementale, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, seul compétent, notifie dans les meilleurs délais à l'infirmier sa décision d'accorder ou de refuser la dérogation. Sa décision est motivée. Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie agit pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.

E. Justificatifs d'activité ou d'expérience

Il appartient aux infirmiers concernés de produire, à l'appui de leur demande d'installation ou de remplacement sous convention, la ou les attestations d'activité ou d'expérience notamment validées par le ou les employeurs ou les infirmiers remplacés, permettant de vérifier que les conditions d'acquisition de l'expérience précitée sont bien remplies (date, durée exprimée en heures ou jours ou mois, lieu(x) d'exercice, nature de l'expérience, etc...).

F. Démarches de l'infirmier auprès de la caisse lors de la cessation d'activité en libéral

L'infirmier qui cesse son activité libérale doit impérativement informer sa caisse de rattachement dans un délai de deux mois.

Lorsque la caisse constate que, depuis au moins douze mois, l'infirmier n'a facturé aucun acte à l'assurance maladie, elle l'informe qu'elle suspend l'application de l'ensemble des dispositions conventionnelles. Cette disposition n'est pas applicable lorsque l'infirmier justifie cette cessation d'activité par un motif indépendant de sa volonté (ex : maladie, congé parental, congé formation etc.) dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du courrier de la caisse. La suspension prend fin par simple déclaration de reprise d'activité par le professionnel. La commission paritaire départementale est tenue régulièrement informée.

Article.9. Modalités d'exercice

Les infirmiers placés sous le régime de la présente convention s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession. Il appartient aux caisses de s'assurer que les conditions d'activité libérale sont bien respectées pour l'exercice sous convention.

Les infirmiers placés sous le régime de la présente convention s'engagent à s'abstenir de tout moyen direct ou indirect de publicité notamment une signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale et s'obligent à ne pas utiliser comme moyen de publicité auprès du public la prise en charge des soins infirmiers par les Caisses d'Assurance Maladie.

Les infirmiers salariés d'un infirmier libéral conventionné ou d'un directeur de laboratoire placé sous le régime de la présente convention sont soumis, en matière de publicité, aux mêmes règles que celles applicables aux infirmiers libéraux.

Pour donner lieu à remboursement sur la base des tarifs conventionnels, les soins dispensés doivent être effectués, en dehors des cas de traitement à domicile, au sein de locaux distincts de tout local à finalité commerciale ou partagé avec des personnes exerçant une activité commerciale conformément à l'article R.4312-77 du code de la santé publique.

Les infirmiers débutant leur exercice libéral sous convention sont invités à prendre connaissance des différents supports mis à leur disposition par l'assurance maladie portant notamment sur les conditions liées à l'exercice libéral sous convention et les modalités de facturation des actes.

Article.10. Conditions particulières d'exercice des infirmiers exerçant au sein des sociétés d'exercice

Conformément aux dispositions réglementaires, dans les cabinets regroupant plusieurs professionnels exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique (SEL, SCM, etc.), l'exercice de la profession doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle.

Au sein des sociétés d'exercice, les infirmiers, quel que soit leur statut, adhèrent individuellement à la convention et conservent individuellement le choix et le bénéfice des éventuelles options conventionnelles prévues par la présente convention.

L'exercice de la profession au sein de ces sociétés d'exercice y compris pour les salariés de ces sociétés est assimilé à de l'exercice libéral au sens de la présente convention sans préjudice des dispositions applicables en matière fiscale et sociale.

Article.11. Conditions particulières d'exercice des remplaçants des infirmiers libéraux

L'infirmier, qui souhaite effectuer le remplacement d'un infirmier exerçant dans le cadre de la présente convention, effectue ses démarches auprès de la caisse de rattachement de son domicile pour se faire enregistrer.

Le remplaçant d'un infirmier placé sous le régime de la présente convention est tenu de transmettre à la caisse de son domicile :

- la copie de son diplôme d'Etat d'infirmier,
- son numéro d'inscription à l'ordre des infirmiers,
- la copie de son autorisation de remplacement en cours de validité délivré par l'ordre des infirmiers,
- l'adresse du lieu d'exercice dans lequel il assure son activité de remplaçant.

Le remplaçant d'un infirmier placé sous le régime de la présente convention est tenu de se conformer également aux règles suivantes :

- conclure un contrat de remplacement avec l'infirmier libéral remplacé dès lors que le remplacement dépasse une durée de 24 heures ou s'il est d'une durée inférieure mais répétée conformément à l'article R.4312-85 du code de la santé publique ;
- ne remplacer au maximum que deux infirmiers simultanément conformément à l'article R.4312-83 du code de la santé publique ;
- justifier auprès de l'organisme local d'assurance maladie de son domicile d'une activité professionnelle de dix-huit mois, soit un total de 2 400 heures de temps de travail effectif, dans les six années précédant la date de demande de remplacement et avoir réalisé cette activité professionnelle dans un établissement de soins, une structure de soins ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire tels que définis à l'article 8 A « Principes » du présent texte.

Durant la période effective de son remplacement, l'infirmier remplacé s'interdit toute activité libérale rémunérée dans le cadre conventionnel.

Les Caisses peuvent, en tant que de besoin, demander la communication d'une attestation de remplacement.

L'infirmier remplacé vérifie que l'infirmier remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention. Il s'engage à porter à la connaissance de son remplaçant les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

Le remplaçant prend la situation conventionnelle du remplacé. En conséquence, l'infirmier remplaçant ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, un infirmier déconventionné.

Par ailleurs, un infirmier interdit d'exercice ou de donner des soins aux assurés sociaux ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction.

L'activité du remplaçant est assimilée à celle du remplacé au regard de la facturation à l'assurance maladie.

Les points C et D de l'article 8 sont également applicables aux remplaçants.

Concernant les cas particuliers, nécessitant une expérience complémentaire de douze mois en équipe de soins généraux dans les six dernières années, la durée d'exercice dans les six ans précédant la demande de remplacement, réalisée hors équipe de soins généraux ou groupement de coopération sanitaire, est réduite à dix-huit mois. De même, dans les douze ans précédant la demande, la durée d'exercice en équipe de soins généraux ou groupement de coopération sanitaire requise est de dix-huit mois pour les remplaçants.

Concernant les dérogations exceptionnelles, la procédure et ses conditions sont similaires aux demandes d'installation sous convention telles que prévues par le D de l'article 8.

Si l'infirmier ne justifie pas d'une expérience de dix-huit mois comme définie au A) « Principes » de l'article 8 dans les six ans précédant sa demande, il complète son expérience professionnelle à concurrence des dix-huit mois.

Chaque organisme local d'assurance maladie constitue, pour sa circonscription, un fichier assurant un recensement régulier du nombre d'infirmiers remplaçants exerçant sur le département. Ce fichier est transmis annuellement à la Cnam.

Article.12. Conditions particulières d'exercice des salariés des infirmiers libéraux

L'infirmier, qui souhaite exercer en tant que salarié d'un confrère libéral exerçant dans le cadre de la présente convention, effectue ses démarches auprès de la caisse de rattachement de son lieu d'exercice pour se faire enregistrer.

L'infirmier salarié d'un confrère placé sous le régime de la présente convention est tenu de transmettre à sa caisse de rattachement :

- la copie de son diplôme d'Etat d'infirmier,
- son numéro d'inscription à l'ordre des infirmiers,
- l'adresse du lieu d'exercice dans lequel il assure son activité en qualité de salarié,
- le nom et la qualification de son employeur,
- l'indication de son propre numéro d'immatriculation à la sécurité sociale.

L'infirmier salarié d'un confrère libéral placé sous le régime de la présente convention est également tenu de se conformer aux règles suivantes :

- conclure un contrat de travail,
- justifier auprès de l'organisme local d'assurance maladie de rattachement d'une activité professionnelle de dix-huit mois, soit un total de 2 400 heures de temps de travail effectif, dans les six années précédant l'exercice en tant que salarié d'un confrère libéral et avoir réalisé cette activité professionnelle dans un établissement de soins, une structure de soins ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire tels que définis à l'article 8 A. « Principes » du présent texte.

L'infirmier salarié d'un confrère libéral est tenu de communiquer à l'organisme local d'assurance maladie son contrat de travail ou la déclaration préalable à l'embauche.

L'infirmier titulaire du cabinet vérifie que l'infirmier salarié remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du salariat dans le cadre de la présente convention. Il s'engage à porter à la connaissance de l'infirmier salarié les dispositions de la présente convention qui s'appliquent aux salariés et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

L'infirmier salarié ne peut exercer auprès d'un infirmier déconventionné, un infirmier interdit d'exercice ou de donner des soins aux assurés sociaux.

Les paragraphes C et D de l'article 8 sont également applicables aux infirmiers salariés.

Concernant les cas particuliers, nécessitant une expérience complémentaire de douze mois en équipe de soins généraux dans les six dernières années, la durée d'exercice dans les six ans précédant la demande de salariat, réalisée hors équipe de soins généraux ou groupement de coopération sanitaire, est réduite à dix-huit mois. De même, dans les douze ans précédant la demande, la durée d'exercice en équipe de soins généraux ou groupement de coopération sanitaire requise est de dix-huit mois pour les salariés.

Concernant les dérogations exceptionnelles, la procédure et ses conditions sont similaires aux demandes d'installation sous convention telles que prévues par le D de l'article 8.

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Si l'infirmier ne justifie pas d'une expérience de dix-huit mois comme définie au A « Principes » de l'article 8 dans les six ans précédant sa demande, il complète son expérience professionnelle à concurrence des dix-huit mois.

L'activité du salarié est assimilée à celle du titulaire au regard de la facturation à l'assurance maladie. Les conditions de facturation des actes réalisés par les infirmiers salariés sont rappelées à l'article 17.3.

Chaque organisme local d'assurance maladie constitue, pour sa circonscription, un fichier assurant un recensement régulier du nombre d'infirmiers salariés de confrères libéraux exerçant sur le département. Ce fichier est transmis annuellement à la Cnam.

Article.13. De la qualité et du bon usage des soins

Les infirmiers libéraux, les remplaçants ou salariés d'un professionnel de santé libéral, placés sous le régime de la présente convention, s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession et à maintenir leur activité dans des limites telles que les patients bénéficient de soins suivis, consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science.

L'infirmier, conformément à ses compétences inscrites dans le code de la santé publique et sous réserve de respecter la réglementation en vigueur et les dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, demeure libre du choix de la technique employée.

Les infirmiers conventionnés participent, pour ce qui relève de leur exercice professionnel sous convention, à la politique de maîtrise médicalisée et de qualité des soins en cohérence avec les accords établis avec les organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux signataires de la présente convention.

Article.14. Le respect du libre choix

Les assurés et leurs ayants droit ont le libre choix entre tous les infirmiers légalement autorisés à exercer en France et placés sous le régime de la présente convention.

Les caisses s'engagent à ne pas faire de discrimination entre les infirmiers conventionnés et les autres praticiens ou professionnels conventionnés légalement habilités à dispenser les mêmes actes.

Les caisses s'engagent à donner à leurs ressortissants toutes informations utiles sur la situation des infirmiers de leur circonscription au regard de la présente convention.

Article.15. Les documents ouvrant droit au remboursement des prestations

Les infirmiers s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents conformes aux modèles définis par la réglementation qu'ils soient transmis par voie électronique ou sur support papier.

L'assurance maladie adresse aux infirmiers, le cas échéant, les différents imprimés et documents nécessaires à la facturation.

Lorsque ces documents ne sont pas pré-identifiés, les infirmiers doivent y reporter leur identification personnelle et, le cas échéant, l'identifiant de la structure d'activité dans laquelle ils exercent. Ils doivent être correctement renseignés et comporter toutes les informations nécessaires prévues par la réglementation.

Seuls permettent un remboursement, les actes inscrits sur les listes citées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale dont les infirmiers attestent qu'ils ont été dispensés et honorés.

Lorsqu'il réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, l'infirmier est tenu de mentionner ces actes sur la feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu.

L'UNCAM s'engage à consulter les organisations syndicales signataires de la présente convention préalablement à toute création ou modification d'imprimés nécessaires à l'application de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale.

Article.16. Rédaction des ordonnances

Les infirmiers bénéficient d'un droit de prescription défini par le code de la santé publique. Dans ce cadre, l'ensemble des mentions prévues par la réglementation en vigueur doivent apparaître lisiblement sur l'ordonnance de l'infirmier.

L'ordonnance doit permettre l'identification de son auteur et contenir les informations suivantes :

- nom, adresse du prescripteur,
- l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer,
- l'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle est établie l'ordonnance,
- le nom et le prénom du bénéficiaire,
- la dénomination du dispositif médical et, lorsqu'il fait l'objet d'une inscription sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, sa désignation exacte sur ladite liste, qu'elle soit générique ou par marque ; s'il y a lieu, la durée totale de la prescription et la quantité de produits ou le nombre de conditionnements nécessaires compte tenu de cette durée ; s'il y a lieu, le nombre de renouvellements de la prescription par périodes maximales d'un mois, dans la limite de douze mois ; s'il y a lieu, les conditions particulières d'utilisation,
- le cas échéant, l'âge et le poids du bénéficiaire des soins,
- la date de prescription,
- la signature du prescripteur.

Les ordonnances sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision nécessaire. Elles doivent être conformes à la réglementation en vigueur.

Les infirmiers ne peuvent rédiger d'ordonnance que pendant la durée d'une prescription médicale d'actes infirmiers, sauf indication contraire du médecin et sous réserve, pour certains dispositifs médicaux, d'une information du médecin traitant désigné par le patient.

En application de l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale, lorsqu'il prescrit un dispositif médical non remboursable, l'infirmier en informe son patient et porte la mention « NR » sur l'ordonnance, en face du dispositif médical concerné.

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Article.17. Facturation des honoraires et indemnités kilométriques

Seuls donnent lieu à un remboursement par l'assurance maladie les actes pour lesquels l'infirmier atteste qu'ils ont été dispensés et rémunérés, conformément à la réglementation en vigueur.

Lorsque les soins sont dispensés à titre gracieux, l'infirmier peut porter sur la feuille de soins la mention « acte gratuit ».

Article.17.1. Document de facturation

Lors de chaque acte, l'infirmier porte sur la feuille de soins ou le document de facturation toutes les indications prévues par la réglementation en vigueur.

Lorsqu'il réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, l'infirmier est tenu de mentionner ces actes sur une feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu.

Lorsque l'infirmier réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, il n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support en tenant lieu, conformément à l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale.

Dans les situations où l'infirmier réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il porte les premiers sur la feuille de soins et les seconds sur un support différent.

L'infirmier est tenu d'inscrire, sur la feuille de soins ou le document de facturation, l'intégralité du montant des honoraires (y compris le DE ou DD défini à l'article 18) qu'il a perçu au titre des actes remboursables et en donne l'acquit par sa signature.

Il ne donne l'acquit que pour les actes qu'il a accomplis personnellement ou le cas échéant ceux réalisés par l'étudiant préparant le diplôme d'Etat d'infirmier dans le cadre d'un stage effectué au cabinet, et pour lesquels il a perçu l'intégralité des honoraires dus, réserve faite dans ce dernier cas des dispositions relatives à la dispense d'avance des frais.

Sous réserve d'une modification éventuelle de la réglementation en vigueur, l'infirmier remplit et signe les imprimés nécessaires aux demandes d'accord préalable dans les conditions prévues à la nomenclature générale des actes professionnels.

Article.17.2. Dispositions particulières liées à la réalisation d'actes en série

La prestation des soins, y compris lorsqu'il s'agit d'actes en série, doit être mentionnée au jour le jour, en utilisant la cotation prévue à la Nomenclature générale des actes professionnels.

En cas d'actes en série, sous réserve de respecter les dispositions prévues au présent article, l'infirmier peut éventuellement donner l'acquit des honoraires lorsque la série des séances est achevée.

Par exception, si, dans le cas d'une série d'actes, un ou plusieurs actes sont exécutés par un infirmier remplaçant, l'ensemble des honoraires peut être encaissé par l'infirmier exécutant

habituellement les actes. L'infirmier remplaçant appose sa signature dans la colonne réservée à l'attestation de l'exécution de l'acte.

Article.17.3. Dispositions particulières liées à la réalisation d'un acte par un infirmier salarié

Lorsque les actes sont effectués par un infirmier salarié d'un professionnel de santé libéral conventionné, la facturation s'effectue selon les modalités suivantes :

-les feuilles de soins ou les supports, sur lesquels sont portés les actes doivent permettre l'identification nominale et codée de l'employeur, suivie de l'identification de l'infirmier salarié;

-l'employeur est identifié dans la rubrique réservée à l'identification de la structure et l'infirmier salarié est identifié comme exécutant de l'acte.

L'infirmier salarié atteste la prestation de l'acte et l'employeur le paiement des honoraires.

Ils apposent respectivement leur signature dans la colonne réservée à l'exécution de l'acte et dans la colonne réservée à l'attestation du paiement des honoraires.

La signature de l'employeur sur la feuille de soins ou tout autre support engage sa responsabilité sur l'application, par l'infirmier salarié, des cotations de la nomenclature générale des actes professionnels et des tarifs en vigueur.

Article.17.4. Dispositif de plafonnements journaliers du montant facturé des indemnités kilométriques

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de mettre en place un dispositif de plafonnements journaliers du montant facturé des indemnités kilométriques définies à l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels selon le principe d'un abattement du tarif du remboursement de ces indemnités.

Cet abattement est déterminé au regard de la distance journalière facturée par l'infirmier (la distance journalière étant définie comme le cumul des kilomètres facturables, après déduction des 1 et 2 km définis à l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature précitée, du premier au dernier patient du début à la fin du jour civil de réalisation des soins).

Les modalités de l'abattement sont les suivantes :

-jusqu'à 299 kilomètres cumulés inclus, aucun abattement n'est appliqué ;

-à partir de 300 kilomètres et jusqu'à 399 kilomètres cumulés, bornes incluses, un abattement de 50% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturées est appliqué ;

-à partir de 400 kilomètres cumulés inclus, un abattement de 100% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturés.

Cette mesure est applicable à compter du 1^{er} janvier 2020.

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Les partenaires conventionnels conviennent, en parallèle, de conserver la possibilité pour l'infirmier de pouvoir facturer les indemnités kilométriques à partir du cabinet professionnel et, ce même, dans le cadre des tournées journalières au domicile des patients pour lesquels les infirmiers ne reviennent pas systématiquement, entre chaque passage, à leur cabinet.

Ils s'engagent également à mettre en place, d'ici la fin du premier semestre 2019, un groupe de travail visant à clarifier les conditions de facturation des indemnités kilométriques encadrées par l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels notamment sur la définition de la notion d'agglomération et sur les possibilités de dérogation à la règle du professionnel de santé le plus proche. Les travaux de ce groupe de travail devront aboutir pour la fin de l'année 2019.

Pendant la durée des travaux du groupe de travail, les parties signataires s'accordent pour qu'un moratoire sur les contrôles de l'assurance maladie relatifs à ces facturations d'actes soit mis en place afin qu'aucun nouveau contrôle et procédures ne soient initiés.

Ces dispositions feront l'objet d'une modification dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article.18. Mode de fixation des honoraires

L'infirmier établit ses honoraires conformément aux dispositions de la présente convention, de la nomenclature générale des actes professionnels et aux tarifs en vigueur au jour de la réalisation de l'acte.

Les tarifs d'honoraires, frais accessoires, forfaits et les majorations correspondant aux soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés à l'annexe I du présent texte.

Les caisses s'engagent à rembourser les honoraires et frais de déplacement correspondant aux soins dispensés par les infirmiers placés sous le régime de la présente convention, dans les conditions prévues de la nomenclature générale des actes professionnels et sur la base des tarifs de la présente convention.

L'infirmier s'interdit tout dépassement en dehors des cas ci-après :

- circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient non liée à un motif médical (DE), tels que les soins en dehors de l'horaire normal de l'infirmier, déplacement anormal imposé à l'infirmier à la suite du choix par le patient d'un infirmier éloigné de sa résidence, etc.
- lorsque le déplacement n'est pas prescrit (DD).

Dans ces cas, l'infirmier fixe ses honoraires avec tact et mesure et indique sur la feuille de soins le montant total perçu ainsi que le motif du dépassement (DE ou DD).

L'infirmier fournit à l'assuré toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'assurance maladie et lui en indique notamment le montant et le motif.

Conformément à l'article 19 du présent texte, l'infirmier ne peut, lorsqu'il utilise la procédure de dispense d'avance des frais, percevoir de dépassement d'honoraires.

Article.19. Mise en œuvre de la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux

Le législateur a fixé le cadre juridique dans lequel la dispense d'avance de frais bénéficie aux assurés, ainsi que les règles de garantie et de délais de paiement apportés à l'infirmier par les caisses d'assurance maladie, définies par l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale, et qui s'appliquent à l'ensemble des paiements réalisés en tiers payant, y compris dans les cas particuliers décrits ci-après.

Dans ce cas, l'infirmier coche, sur la feuille de soins, la ou les cases suivantes « l'assuré n'a pas payé la part obligatoire » et/ou « l'assuré n'a pas payé la part complémentaire ».

L'infirmier ne peut, lorsqu'il utilise cette procédure, appliquer les dispositions de la convention concernant le dépassement (DE ou DD).

Article.19.1. Tiers payant pour les bénéficiaires de la CMU-c

Conformément à la réglementation, le tiers payant intégral (sur la part obligatoire et la part complémentaire) doit être proposé aux patients bénéficiaires de la CMU-c.

Le règlement des dossiers s'effectue directement par la caisse à l'infirmier.

Article.19.2. Tiers Payant pour les bénéficiaires de l'ACS¹

- Tiers payant intégral pour les patients disposant d'un contrat complémentaire sélectionné

Conformément à la réglementation, le tiers payant intégral (sur la part obligatoire et la part complémentaire) doit être proposé aux patients disposant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils ont souscrit un contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la Santé. Cette information figure dans la carte d'assurance maladie et dans l'attestation « tiers payant intégral » remise aux assurés.

Le règlement des dossiers s'effectue directement par la caisse à l'infirmier.

- Tiers payant sur la part obligatoire pour les patients n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire sélectionné

Au-delà de ce cadre réglementaire, la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire doit également être accordée par l'infirmier aux personnes bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, mais qui n'ont pas encore souscrit de contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la santé.

¹ A compter du 1er novembre 2019, le dispositif ACS est remplacé par le dispositif CMU-c étendu dont les modalités d'avance de frais sont identiques à celles de la CMU-c.

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Le règlement des dossiers s'effectue directement par la Caisse à l'infirmier.

Article.19.3. Tiers Payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ou d'une affection de longue durée (ALD)

Conformément à la réglementation, la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire doit également être accordée par l'infirmier aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, aux bénéficiaires de l'assurance maternité ainsi qu'aux patients pris en charge au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour les soins y afférents.

Le règlement des dossiers s'effectue directement par la Caisse à l'infirmier.

Article.19.4. Autres Tiers payants

L'infirmier peut pratiquer le Tiers Payant dans les cas de situations sociales particulières ou dans les cas de non-paiement direct par le patient même pour des patients ne relevant pas des cas ci-dessus.

TITRE IV - MODERNISER LES RELATIONS ENTRE LES INFIRMIERS ET L'ASSURANCE MALADIE

La simplification administrative, facteur de gain de temps pour les professionnels de santé dans leur exercice quotidien, réside notamment dans l'amélioration des relations directes qu'ils entretiennent avec leur caisse d'assurance maladie.

L'assurance maladie s'engage dans une démarche globale d'amélioration de sa qualité de service qui se décline au travers de différents axes :

- un engagement de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour harmoniser leurs procédures et faciliter la facturation des actes : garantie de paiement, délai de paiement, réduction des motifs de rejets de facturation, suivi de la facturation ;
- une évolution des outils proposés en matière de téléservices ;
- un accompagnement personnalisé avec des correspondants identifiés sur les différents sujets et une meilleure coordination et réactivité des différents interlocuteurs.

Article.20. Les engagements de l'assurance maladie sur la gestion de la facturation des actes

L'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie s'engagent à harmoniser leurs procédures pour faciliter la facturation des actes.

Les engagements de l'assurance maladie en matière de paiement et de suivi de facturation sont les suivants :

- La garantie de paiement sur la base des informations inscrites dans la carte Vitale du patient et ce, même si ce dernier n'a pas mis sa carte à jour.
- Les rejets liés aux droits des patients sont supprimés ; pour toute FSE réalisée avec une carte Vitale, les rejets liés aux droits des patients sont supprimés, quels que soient les changements de situation du patient : changement de régime ou de situation familiale, déménagement, etc...
- En l'absence de carte Vitale, le service ADRI permet d'obtenir une situation de droit à jour pour le patient lors de l'établissement de la FSE, en accédant aux droits du patient figurant dans les bases de l'Assurance Maladie. Grâce à la protection universelle maladie pour l'ensemble des travailleurs et résidents en France, les patients bénéficient de droits continus à l'assurance maladie obligatoire.
- La garantie d'être payé sous cinq jours ouvrés en cas de facturation en FSE. Si le délai de paiement des FSE (en mode sécurisé Vitale ou SESAM sans Vitale uniquement) excède sept jours ouvrés, une indemnité est versée par l'assurance maladie dans les conditions définies réglementairement. Chaque trimestre, les régimes obligatoires d'assurance maladie publient sur leur site internet les délais de paiement des FSE en tiers-payant.
- Un meilleur suivi de la facturation avec un logiciel SESAM-Vitale à jour agréé « suivi des factures à partir de la norme NOEMIE 580 ». Le suivi des paiements est amélioré et les rapprochements comptables sont facilités. De même, les libellés de rejets de factures sont plus explicites et harmonisés entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article.21. Modalités des échanges relatifs à la facturation à l'Assurance maladie

Article.21.1. Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques

La facturation des actes et prestations s'effectue par principe sous format électronique dit « système SESAM-Vitale » selon les conditions définies ci-après. En cas d'impossibilité, la facturation peut s'effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » ou de la feuille de soins sur support papier.

Les infirmiers adhérant à la présente convention utilisent le service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale).

La facturation à l'assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions de la présente convention ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM Vitale et en utilisant une solution agréée CNDA ou homologuée GIE SESAM-Vitale.

Article.21.2. L'utilisation de la carte de professionnel de santé

La réalisation et l'émission de FSE conformément aux spécifications SESAM-Vitale nécessitent l'utilisation d'une carte de professionnel de santé (CPS).

Dans le cadre de la facturation SESAM-Vitale, l'infirmier remplaçant doit disposer de sa propre carte de professionnel de santé (CPS) dès lors que l'infirmier remplacé est équipé d'un logiciel SESAM-Vitale en version 1.40 addendum 7. La FSE élaborée à partir du numéro de facturation Assurance Maladie de l'infirmier remplacé permet ainsi d'identifier l'infirmier remplaçant comme exécutant de l'acte conformément à la réglementation.

Le coût des cartes de professionnel de santé délivrées dans ce cadre est pris en charge par les caisses, pour la durée de la présente convention. Il en va de même pour les cartes CPS remplaçant dans la limite d'une CPS remplaçant.

Article.21.3. L'utilisation de la carte vitale

L'infirmier consulte des informations sur l'assuré ou ses ayants droit au vu de la carte d'assurance maladie dite « Vitale ».

Dans le cas où l'assuré n'est pas en capacité de présenter sa carte Vitale, l'infirmier peut utiliser le service ADRI (Acquisition des Droits intégrée) pour obtenir une situation de droits à jour de son patient lors de l'établissement de la FSE, en accédant aux droits figurant dans les bases des organismes de l'Assurance Maladie.

L'appréciation du niveau de prise en charge par la caisse d'assurance maladie s'effectue à la date de soins.

Article.21.4. Les règles de télétransmission de la facturation

Article.21.4.1. L'équipement informatique des caisses d'assurance maladie

Les caisses s'engagent à maintenir un niveau et une qualité de service informatique afin d'assurer le règlement des FSE dans les conditions prévues par la présente convention.

Article.21.4.2. Equipement informatique de l'infirmier

L'infirmier met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur ;
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques et des pièces justificatives.

Article.21.4.3. Liberté de choix du réseau

L'infirmier a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il effectue la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE), sous réserve que la solution informatique soit agréée par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'assurance maladie, ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de

transmission utilisant un protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale.

L'infirmier a le libre choix de son fournisseur d'accès internet ou de tout service informatique dès lors qu'il est conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale, et compatible avec la configuration de son équipement. Les parties signataires mettent en œuvre les moyens nécessaires pour faire en sorte que les logiciels agréés SESAM-Vitale intègrent au minimum une interface qui les rende compatibles avec le plus grand nombre des fournisseurs d'accès internet.

Il peut aussi recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et relatives à la confidentialité et l'intégrité des flux de FSE.

Cet organisme tiers, dont l'infirmier a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité de l'infirmier avec lequel il conclut un contrat à cet effet.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, l'infirmier doit impérativement s'assurer que les procédures mises en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de feuilles de soins électroniques, pour la part régime obligatoire.

Article.21.4.4. Respect des règles applicables aux informations électroniques

L'infirmier doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données notamment en matière de déclaration de fichiers.

Les dispositions de la présente convention ne font pas obstacle à des transmissions directes par l'infirmier à des organismes complémentaires. Un éclatement de FSE vers des organismes d'assurance maladie complémentaire peut être effectué, selon des modalités prévues par le cahier des charges SESAM-Vitale, par un OCT mandaté par l'infirmier.

Article.21.5. Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

Article.21.5.1. Etablissement des FSE

La télétransmission des FSE s'applique à l'ensemble des infirmiers et des organismes d'assurance maladie du territoire national selon les règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions de la présente convention.

Article.21.5.2. Délai de transmission des FSE

L'infirmier s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés (article R.161-47 du code de la sécurité sociale), que le paiement s'effectue en paiement direct ou en dispense d'avance des frais.

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Article.21.5.3. Délai de paiement en cas de dispense d'avance des frais

La caisse d'assurance maladie obligatoire traite les FSE et émet l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de cinq jours ouvrés, à compter du jour de la réception de l'accusé de réception logique (ARL positif). Si le délai de paiement excède sept jours ouvrés, une indemnité est versée aux infirmiers dans les conditions définies réglementairement.

Article.21.5.4. Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais

Les organismes d'assurance maladie obligatoire s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés par la FSE, sur la base des informations relatives à la couverture maladie contenues dans la carte d'assurance maladie à la date des soins y compris lorsque les droits figurant en carte ne sont pas à jour.

Lorsque la caisse assume la responsabilité du règlement de la part relevant du régime complémentaire, elle supporte également, sur cette part, les obligations résultant de la garantie de paiement.

Utilisation du service ADRI (Acquisition des droits intégrée)

Pour fiabiliser la facturation, l'assurance maladie met à disposition un service intégré, service ADRI (Acquisition des Droits intégrée au logiciel SESAM Vitale). Il permet de connaître la situation à jour des droits d'un patient grâce à un accès direct aux bases des organismes d'assurance maladie.

Article.21.5.5. Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique

En cas d'échec d'émission d'une FSE, l'infirmier fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus (article R.161-47 du code de la sécurité sociale).

En cas de nouvel échec de la télétransmission de la FSE et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, l'infirmier établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la feuille de soins électronique non transmise (numéros de FSE et de lot).

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais à l'assuré, l'infirmier signe le duplicata et le remet à l'assuré, ou l'adresse lui-même à la caisse d'affiliation de l'assuré en indiquant que l'assuré n'a pas pu signer la feuille de soins.

En cas de duplicata avec dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, l'infirmier adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré, le duplicata de la feuille de soins signé par lui-même et, si possible, par l'assuré ; à défaut, il indique que l'assuré n'a pas pu signer.

Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, l'infirmier remplit une feuille de soins papier.

Article.21.6.Principe de numérisation et de télétransmission des ordonnances (dispositif SCOR)

Les parties signataires ont convenu de la nécessité de renforcer la télétransmission des échanges entre professionnels et assurance maladie, notamment en mettant en œuvre une

dématisation des pièces justificatives liées à la facturation, afin de simplifier et de sécuriser les échanges entre professionnels de santé, caisses et service médical et d'optimiser la gestion du cabinet.

Les modalités du dispositif SCOR comprenant la numérisation des pièces justificatives, et de leur transfert vers les organismes d'assurance maladie sont décrites en annexe IX.

Les parties signataires conviennent, dans l'attente de la mise en œuvre de la prescription électronique, de remplacer l'envoi du duplicata de l'ordonnance papier par l'envoi d'une ordonnance numérisée, télétransmise vers un serveur informatique dédié, conformément aux modalités définies à l'annexe IX de la présente convention.

Les parties signataires s'accordent sur le fait que le respect des obligations décrites à l'annexe IX de la convention nationale permet de reconnaître la même valeur juridique à l'ordonnance numérisée qu'au duplicata ou à la copie de l'ordonnance papier.

En tout état de cause, les parties reconnaissent cependant la nécessité de conserver des modalités de transmissions alternatives et ponctuelles du duplicata de l'ordonnance sur support papier.

Article.21.7. Tri et transmission des ordonnances en cas de non recours au dispositif SCOR

Dans l'hypothèse où l'infirmier n'utilise pas le dispositif SCOR défini par le présent texte en cas de dispense d'avance des frais, il s'engage à transmettre les ordonnances sur support papier à l'organisme d'assurance maladie du régime de l'assuré et de la circonscription du professionnel de santé dans les mêmes délais que ceux réglementairement prévus pour la transmission des feuilles de soins électroniques.

Dans tous les cas, la transmission de la copie de l'ordonnance, conforme aux dispositions réglementaires et déontologiques, est nécessaire pour la prise en charge des soins.

Les copies d'ordonnances sous forme papier sont accompagnées d'un bordereau récapitulatif des FSE, conforme au cahier des charges SESAM-Vitale.

L'infirmier s'engage à transmettre hebdomadairement au centre de paiement d'assurance maladie du régime général ou point d'accueil relevant de la caisse la plus proche de son cabinet professionnel les ordonnances papier afférentes aux assurés relevant du régime général, des sections locales mutualistes, de la caisse d'assurance maladie des industries électrique et gazière (CAMIEG), du régime agricole (MSA) et sécurité sociale pour les indépendants (SSI).

Pour les ordonnances afférentes à des assurés relevant des autres régimes d'assurance maladie obligatoire, l'infirmier les adresse directement à la caisse d'affiliation des assurés.

Ces ordonnances papier accompagnées de leur bordereau doivent être classées en trois catégories matérialisées par des enveloppes distinctes.

Catégorie 1 : régime 01, toutes les CPAM, la CAMIEG, et les sections locales mutualistes : tous les bordereaux récapitulatifs des FSE doivent figurer dans la même enveloppe (un

bordereau par CPAM ou par section locale mutualiste), les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau ;

Catégorie 2 : régime 02, MSA et GAMEX : tous les bordereaux doivent figurer dans la même enveloppe (un bordereau par caisse), les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau ;

Catégorie 3 : SSI (03 et suivants) : tous les bordereaux doivent figurer dans la même enveloppe en distinguant les assurés de chaque organisme conventionné, les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau.

A l'extérieur de chaque enveloppe, l'infirmier inscrit les informations suivantes : le numéro des lots, le nombre d'ordonnances par lot, le numéro de la semaine (1 à 52) et son identification.

En cas de dispense d'avance des frais et sauf disposition particulière énoncée à l'alinéa suivant, l'infirmier s'engage à transmettre simultanément les ordonnances papier à l'organisme d'assurance maladie de sa circonscription d'exercice dans les mêmes délais que ceux réglementairement prévus pour la transmission des feuilles de soins électroniques.

Si l'ordonnance a déjà été transmise à la caisse de l'assuré avec une demande d'accord préalable ou si l'ordonnance a déjà été transmise à l'appui d'une feuille de soins antérieure, aucune copie n'est exigée par la caisse, sauf en cas d'ordonnance numérisée.

Article.22. Aides à la modernisation et à l'informatisation

Afin d'accompagner les professionnels qui s'engagent dans des investissements permettant de moderniser et informatiser leur cabinet, l'assurance maladie s'engage à refondre les aides initialement versées (aide à la télétransmission, à la maintenance, aide SCOR) en instaurant une aide forfaitaire dénommée : « forfait d'aide à la modernisation et informatisation » versée annuellement au plus tard au 30 avril de l'année suivant l'année au titre de laquelle l'aide est versée, sous respect d'un certain nombre de critères vérifiés par l'assurance maladie au titre de l'année civile précédente (N-1).

L'aide est versée par l'organisme local d'assurance maladie du lieu d'installation principal de l'infirmier pour le compte de l'ensemble des régimes.

Ces critères sont les suivants :

- utiliser un logiciel métier, compatible DMP pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée,
- être doté d'une version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les derniers avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération,
- utiliser la solution SCOR pour la transmission à l'assurance maladie des pièces justificatives numérisées,
- atteindre un taux de télétransmission en flux sécurisé supérieur ou égal à 70%, la télétransmission des données fiabilisant la facture et permettant de garantir des délais de paiement très courts,
- disposer d'une adresse de Messagerie Sécurisée de Santé.

Dès lors que ces critères sont respectés, l'infirmier bénéficie d'une aide forfaitaire annuelle de 490 euros.

L'infirmier impliqué dans la prise en charge coordonnée des patients peut, bénéficier d'une aide complémentaire de 100 euros (soit un total de 590 euros/an au titre du forfait) si celui-ci participe à une équipe de soins primaires ou maison de santé pluri-professionnelle partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé ou à d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients. Les parties signataires conviennent que cet indicateur bonus fera l'objet d'une intégration dans les indicateurs socles du forfait à compter du 1^{er} janvier 2022.

L'infirmier impliqué dans le déploiement de l'activité de télémedecine pourra dans le cadre du forfait d'aide à la modernisation bénéficier d'une aide forfaitaire à l'équipement conformément à l'article 6.2.5 du présent texte, selon les modalités suivantes :

- 350 euros pour l'équipement de vidéotransmission y compris pour les abonnements aux différentes solutions techniques proposés en matière de recours aux actes de télémedecine,
- 175 euros pour l'équipement en appareils médicaux connectés dont la liste sera établie, avant la fin de l'année 2019, sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée chaque année.

L'infirmier ayant procédé à l'ouverture de dossiers médicaux partagés (DMP) pourra dans le cadre de ce forfait bénéficier également d'une contribution annuelle valorisée à 1 euro par DMP ouvert, conformément à l'article 6.1 du présent texte.

L'aide forfaitaire à l'équipement pour l'activité de télémedecine ou la contribution annuelle à l'ouverture de DMP peuvent être perçues indépendamment de l'atteinte des indicateurs « socles » de l'aide à la modernisation et à l'informatisation (SCOR, taux de télétransmission...).

Les partenaires conventionnels s'entendent pour faire un suivi régulier de cette mesure notamment quant à la possibilité pour les infirmiers de répondre à l'ensemble des critères socles du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation.

Un premier point d'étape sera réalisé en Commission Paritaire Nationale (CPN) en 2020. A l'occasion de ce premier point d'étape, les membres de la CPN pourront décider, le cas échéant, de l'exclusion de certains critères socles pour le versement annuel de l'aide qui interviendra pour la première fois en 2021 au titre de 2020 et pour les exercices suivants le cas échéant.

Article.23. Les autres procédures de facturation

Article.23.1. La feuille de soins SESAM « dégradé »

Article.23.1.1. Procédure exceptionnelle

En cas d'impossibilité de produire des FSE du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte d'assurance maladie, l'infirmier réalise une feuille de soins SESAM « dégradé ».

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Article.23.1.2. Transmission des feuilles de soins SESAM « dégradé »

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM-Vitale sécurisées en mode « dégradé », y compris hors département, l'infirmier réalise parallèlement aux flux une feuille de soins papier signée par l'assuré qui sera transmise, le cas échéant, via SCOR.

L'infirmier adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives de la facturation, ainsi qu'une feuille de soins papier signée par l'assuré en cas de FSE dégradée (feuille de soins papier qui sera transmise le cas échéant via SCOR).

Les feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement prévue à l'article 21.5.4 et ne rentrent pas dans le calcul du taux de télétransmission défini à l'article 22 de la convention nationale.

En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement à l'infirmier les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Article.23.2. La facturation via la feuille de soins sur support papier

En cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins électroniques ou SESAM « dégradé », la facturation est effectuée via la feuille de soins papier.

En cas de dispense d'avance des frais, l'infirmier facture directement la part obligatoire des actes et prestations à la caisse d'affiliation de l'assuré.

Il se charge de l'envoi à cette même caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais qui lui sont impartis par la réglementation.

En cas de paiement direct, l'envoi des feuilles de soins papier est effectué sous la responsabilité de l'assuré.

En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement à l'infirmier les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Article.23.3. La simplification des échanges entre les infirmiers et l'assurance maladie**Article.23.3.1. Le déploiement de la norme NOEMIE 580**

Equipé d'un logiciel de facturation agréé « suivi des factures sur la base de la norme NOEMIE 580 », l'infirmier bénéficie d'un retour d'information amélioré permettant :

- un meilleur suivi des paiements, rejets et régularisations de factures
 - o identification de la facture de façon unique (indication du numéro et type de facture, date de facturation et lieu d'exécution)
 - o information au niveau de la facture : payée, rejetée ou différée, avec le détail de la part obligatoire et de la part complémentaire pour chaque facture
 - o motifs des rejets clairement identifiés avec l'indication

- de la part concernée par le rejet (part obligatoire ou part complémentaire),
- du niveau de rejet (facture, prestation, code affiné),
- de la nature de la prestation,
- du libellé de rejet.

- un rapprochement facilité entre les factures et les virements bancaires, avec l'indication de la référence du virement bancaire et des factures concernées par ce dernier,
- les retours d'information sur les factures sont regroupés par date comptable et référence de virement, ce qui permet de lister simplement les factures correspondant à un virement donné,
- une meilleure lisibilité des mouvements financiers avec une distinction des types de retours :
 - o liquidation de factures,
 - o régularisation de factures,
 - o paiements ponctuels ou forfaitaires,
 - o retenues ponctuelles après accord formel de l'infirmier.

Article.23.3.2. Mise à disposition de téléservices par l'assurance maladie obligatoire

L'assurance maladie obligatoire met à disposition des infirmiers un ensemble de services simplifiant leurs tâches administratives et facilitant la prise en charge de leurs patients.

Ces services sont accessibles au travers des logiciels utilisés dans leur pratique quotidienne.

Les téléservices suivants en support des tâches et démarches administratives sont d'ores et déjà disponibles sur le portail Ameli pro : informations concernant les paiements effectués par l'Assurance Maladie, leur relevé d'activité (RIAP), l'accès aux droits des patients, commande d'imprimés, l'accès aux référentiels et mémos et l'accès à la base de données publique des médicaments..

Article.23.3.3. Des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés

L'assurance maladie s'engage à mettre en œuvre une offre de service dédiée et personnalisée auprès des professionnels de santé pour faciliter les échanges avec l'assurance maladie dès le moment de l'installation. Elle met notamment en place une offre optimisée de la relation téléphonique, en proposant un numéro d'appel dédié aux professionnels.

De leur côté, les professionnels et notamment les infirmiers adhérant à la présente convention qui souhaitent bénéficier de ces modalités d'échanges privilégiés communiquent leurs coordonnées téléphoniques et électroniques professionnelles à l'assurance maladie pour faciliter la communication d'informations.

Article.23.3.4. Un accompagnement des professionnels de santé dans leur pratique

Chaque caisse dispose de délégués de l'assurance maladie (DAM) et de conseillers informatique service (CIS) chargés d'accompagner les professionnels en leur communiquant notamment des informations actualisées pour les aider dans l'exercice de leur pratique, leur informatisation, etc.

TITRE V - DISPOSITIONS SOCIALES ET FISCALES

En application du 5° de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires à la convention conviennent que les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations sociales dues par les infirmiers libéraux conventionnés selon les modalités suivantes.

Article.24. Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Les infirmiers libéraux conventionnés doivent une cotisation prévue à l'article L.722-4 du code de la sécurité sociale.

La participation des caisses dont les modalités de calcul sont détaillées à l'annexe VIII de la présente convention est assise :

- d'une part, sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires tiré de l'activité libérale réalisée dans le cadre de la présente convention ;
- d'autre part, sur le montant des revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des infirmiers, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables fixés par la présente convention, attesté par la production de documents fixant les règles de rémunération entre les infirmiers et ces structures dans les conditions définies à l'annexe VIII.

La hauteur de la participation de l'assurance maladie est fixée de telle manière que le reste à charge pour les infirmiers soit de 0,1% de l'assiette de participation définie au présent article.

Article.25. Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse

La participation des caisses au financement de la cotisation forfaitaire annuelle obligatoire, prévue à l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale et due par les infirmiers libéraux conventionnés est fixée aux deux tiers du montant de la dite cotisation, tel que fixé par le décret n° 2008-1044 du 10 octobre 2008 publié au Journal officiel du 11 octobre 2008.

La participation des caisses à la cotisation d'ajustement annuelle obligatoire prévue à l'article L. 645-3 du code de la sécurité sociale, et due par les infirmiers libéraux conventionnés au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, s'élève à 60 % du montant de ladite cotisation, tel que fixé par le décret susvisé.

Article.26. Modalités de versement

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement sur leur appel.

Le montant annuel de la participation des caisses aux cotisations sociales des infirmiers libéraux est réparti entre les régimes d'assurance maladie selon la part de chacun de ces régimes dans les dépenses d'assurance maladie obligatoire.

TITRE VI - VIE CONVENTIONNELLE

Article.27. Durée de la convention

Conformément à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, la présente convention nationale est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation.

La convention est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires dans les conditions définies dans le code de la sécurité sociale.

Article.28. La signature de la convention par une nouvelle partie

Toute organisation syndicale représentative peut signer la présente convention par un acte adressé à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). L'UNCAM informe alors les autres signataires. Cette nouvelle signature entraîne une modification de la composition des instances paritaires dans les conditions définies à l'article 33.

Article.29. Résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée par les partenaires conventionnels, soit par décision de l'UNCAM, soit par décision conjointe d'au moins deux organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux signataires de la convention représentant la majorité des suffrages exprimés aux élections des unions régionales des professionnels de santé, dans les cas suivants :

- non-respect grave et répété des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les infirmiers libéraux.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception adressée à tous les signataires de la convention et prend effet à l'échéance d'un délai de six mois. Durant ce délai, l'UNCAM ouvre des négociations en vue de la conclusion d'une nouvelle convention dans les conditions prévues par la réglementation.

Article.30. Notification de la convention

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, l'assurance maladie met à disposition des professionnels de santé concernés sur son site internet, la présente convention, ses annexes et, le cas échéant, les avenants à la présente convention, dans un délai d'un mois suivant leur publication au Journal officiel de la République Française.

Article.31. Modalités d'adhésion

Les infirmiers précédemment conventionnés à la date d'entrée en vigueur de la convention sont considérés tacitement comme y adhérant. Dans le cas où ils souhaiteraient être placés en dehors des présentes dispositions conventionnelles, ces professionnels doivent adresser à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité un

courrier recommandé l'en informant. La décision prend effet un mois après la date de réception du courrier par la caisse.

Les infirmiers précédemment placés en dehors de la convention nationale, de même que les professionnels s'installant en exercice libéral au cours de la vie conventionnelle qui souhaitent adhérer à la présente convention en font la demande par courrier recommandé avec avis de réception adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent ou lors d'un rendez-vous auprès de la caisse. Leur adhésion à la convention est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de leur demande.

Article.32. Modalités de rupture d'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, l'infirmier qui ne souhaite plus être placé sous le régime de la présente convention adresse un courrier recommandé avec accusé de réception à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce.

Cette décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse primaire d'assurance maladie. L'infirmier reste autorisé à formuler à tout moment une nouvelle demande d'adhésion.

Article.33. Instances conventionnelles

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle et mettent en place pour en faciliter l'exercice :

- une commission paritaire nationale ;
- une commission paritaire régionale dans chaque région administrative ;
- une commission paritaire départementale dans chaque département.

Article.33.1. La Commission Paritaire Nationale (CPN)

Il est institué, entre les parties signataires, une Commission Paritaire Nationale composée paritairement.

Article.33.1.1. Composition de la commission paritaire nationale

La CPN est composée pour moitié :

- de représentants de l'UNCAM, qui constituent la section sociale ;
- de représentants de la ou des organisations syndicales nationales représentatives des infirmiers libéraux signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 8 représentants titulaires désignés par les organisations syndicales nationales représentatives des infirmiers libéraux et signataires de la présente convention.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les infirmiers libéraux adhérant à la présente convention, en exercice et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives des infirmiers signataires de la présente convention.

En l'absence d'accord des organisations syndicales, les sièges (de la section professionnelle) sont répartis entre les organisations syndicales nationales représentatives signataires de la présente convention sur la base des derniers résultats nationaux aux élections aux Unions Régionales des Professionnels de Santé mentionnées aux articles L.4031-1 à L. 4031-7 du code de la santé publique, en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées recueillies nationalement, divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant au plus fort reste et chaque organisation syndicale reconnue représentative signataire de la présente convention étant assurée de disposer d'au moins un siège.

La durée du mandat des infirmiers est celle conférée par le syndicat qu'ils représentent

Section sociale

La section sociale est composée de 8 représentants titulaires de l'assurance maladie.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un infirmier exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

Est membre de plein droit avec voix consultative un représentant du secteur libéral du Conseil national de l'ordre des infirmiers. Nul ne peut être membre de la commission à plus d'un titre.

En cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire, la commission constituée de l'ensemble des signataires de la convention, se réunit dans les deux mois à compter de la date de signature du nouveau signataire ou de retrait effectif d'un signataire.

La commission fixe lors de cette réunion la composition de chacune de ses deux sections comportant un nombre égal de membres, de la façon suivante :

- une section professionnelle dont la répartition du nombre de sièges est arrêtée par les organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux et signataires de la convention dans les conditions prévues au présent article,
- une section sociale dont le nombre de sièges est égal à celui de la section professionnelle et donne lieu à une répartition entre les régimes membres de cette commission.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'annexe X de la présente convention.

Article.33.1.2. Mise en place de la commission paritaire nationale

La CPN se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Les réunions de la CPN peuvent se tenir en présentiel ou par visioconférence. Elles peuvent également se tenir par voie électronique sous réserve qu'au moins deux réunions de la CPN en présentiel sur l'année soient conservées.

Le secrétariat est assuré par l'UNCAM. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevés de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article.33.1.3. Missions de la commission paritaire nationale

Dans le cadre de sa mission générale de suivi de la vie conventionnelle et du respect des engagements respectifs des parties, la commission a une double vocation d'impulsion et de coordination des actions menées tant au niveau national, régional que local en application de la convention.

La CPN délibère sur les orientations de la politique conventionnelle et particulièrement sur :

- le suivi de l'évolution des dépenses d'assurance maladie concernant les soins infirmiers ;
- le suivi des nouvelles cotations et l'impact financier des modifications apportées à la nomenclature générale des actes professionnels prévues aux articles 5.1 à 5.6 de la présente convention ;
- le suivi et la mise en œuvre des dispositions figurant à l'article 5.7 du présent texte relatives à la réforme de la prise en charge des soins à domicile des patients dépendants ;
- la préparation des avenants et annexes à la convention ;
- la mise en œuvre de mesures facilitant l'exercice de la profession ;
- les demandes de conventionnement dans les zones « surdotées » en application de l'article 3.4.1 de la présente convention ;
- l'évaluation de la portée du dispositif conventionnel de régulation démographique en termes d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des infirmiers libéraux exerçant dans les zones « très sous dotées ».

En outre, la CPN :

- a pour rôle de faciliter l'application de la convention par une concertation permanente sur le plan national entre l'UNCAM et les représentants des infirmiers ;
- veille au respect des dispositions conventionnelles par les infirmiers et les caisses au niveau local ;
- est informée des modifications intervenant dans la prise en charge des soins impactant les soins dispensés par les infirmiers ;
- est informée des modifications portant sur la nomenclature ;
- suit la mise en œuvre du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation dans les conditions définies à l'article 22 ;

- propose des orientations prioritaires pour le développement professionnel continu dans les conditions définies à l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;
- prend toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances paritaires ;
- recueille les résumés des travaux des CPD/CPR. Le secrétariat de ces instances transmet ces résumés aux membres de la CPN ;
- examine et émet un avis sur tous les projets de modification des documents servant de base aux échanges entre l'assurance maladie et les infirmiers (formulaires, etc.) ;
- suit les procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance de frais ou de tout autre dispositif issu de la réglementation ;
- suit les échanges de données dématérialisées entre l'assurance maladie et les infirmiers adhérant à la présente convention.

Article.33.2. Les Commissions paritaires régionales (CPR)

Il est institué dans chaque région, pour l'application de la présente convention, une Commission paritaire régionale composée paritairement.

Article.33.2.1. Composition de la commission paritaire régionale

La CPR est composée pour moitié :

- de représentants des caisses d'assurance maladie qui constituent la section sociale ;
- de représentants de la ou des organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 8 représentants titulaires désignés par les organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux et signataires de la présente convention.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les infirmiers libéraux, en exercice, adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance. Les infirmiers siégeant en CPR doivent exercer en principe à titre principal dans la région concernée.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives des infirmiers signataires de la présente convention.

En l'absence d'accord des organisations syndicales, les sièges sont répartis entre les organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux et signataires de la présente convention sur la base des derniers résultats nationaux aux élections aux Unions Régionales des Professionnels de Santé mentionnées aux articles L.4031-1 à L. 4031-7 du code de la santé publique, en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées

recueillies nationalement, divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant au plus fort reste et chaque organisation syndicale reconnue représentative signataire de la présente convention étant assurée de disposer d'au moins un siège.

La durée du mandat des infirmiers est celle conférée par le syndicat qu'ils représentent.

A titre exceptionnel, dans les régions où il existe une carence d'une ou de plusieurs représentations, les représentants d'une organisation professionnelle siégeant en CPR peuvent être installés dans d'autres régions que celles où sont implantées les CPR au sein desquelles ils siègent.

Si malgré les dispositions précédentes et après relance des organisations syndicales concernées, il apparaissait une carence répétée de représentants d'une organisation professionnelle, la totalité des sièges vacants pourrait alors être attribuée en CPR aux représentants des autres organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux, signataires de la présente convention et représentées dans la région.

Section sociale

La section sociale est composée de 8 représentants titulaires de l'assurance maladie. Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un infirmier exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

Est membre de plein droit avec voix consultative un représentant du secteur libéral du conseil régional de l'ordre des infirmiers. Nul ne peut être membre de la commission à plus d'un titre.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe X de la présente convention.

Article.33.2.2. Mise en place de la commission paritaire régionale

La CPR se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Les réunions de la CPR peuvent se tenir en présentiel ou par visioconférence. Elles peuvent également se tenir par voie électronique sous réserve qu'au moins deux réunions de la CPR en présentiel sur l'année soient conservées.

Le secrétariat est assuré par le représentant régional auprès du régime général (coordonnateur) ou par une caisse de la région.

Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevés de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article.33.2.3. Missions de la commission paritaire régionale

La CPR délibère sur les orientations de politique conventionnelle au niveau régional.

La CPR est saisie pour avis :

-sur les projets de contrats types conclus par l'ARS ainsi que sur le projet d'arrêté de zonage régional.

La CPR est chargée notamment des missions suivantes :

- elle facilite l'application de la convention nationale par une concertation permanente sur le plan local entre les Caisses et les représentants des infirmiers ;
- elle définit au niveau local la liste des zones intermédiaires ou très dotées telle que définie en application de l'article L. 1434-4 du code de santé publique situées en périphérie des zones sur-dotées conformément à l'article 3.4.4 de la présente convention ;
- elle assure un suivi de l'évolution régionale des dépenses de santé en rapport avec les actes infirmiers et analyse ces dépenses au regard des besoins de santé de la population ;
- elle suit l'évolution de la démographie des infirmiers sur le territoire régional ; à ce titre, elle contribue aux travaux de l'agence régionale de santé en étant son interlocuteur privilégié dans sa mission relative aux orientations sur l'évolution de la répartition territoriale des infirmiers libéraux et la définition des zones géographiques sous-denses en matière d'accès de la population aux actes infirmiers ;
- elle suit et évalue au niveau régional l'impact du dispositif démographique mis en place par la convention ;
- elle examine, dès qu'elle a connaissance d'un projet d'ouverture ou d'extension de SSIAD au sein d'une zone « sur-dotée », l'existence ou l'absence d'un besoin que l'offre de soins infirmiers existante n'est pas en mesure de prendre en charge.

Elle rend compte périodiquement de ses travaux à la commission paritaire nationale et lui transmet toute étude et proposition qu'elle juge utiles. Elle adresse à la CPN, au cours du dernier trimestre de chaque année, un rapport sur ses activités de l'année en cours.

Article.33.3. Les Commissions paritaires départementales (CPD)

Il est institué dans chaque département, pour l'application de la présente convention, une Commission paritaire départementale composée paritairement.

Article.33.3.1. Composition de la commission paritaire départementale

La CPD est composée pour moitié :

- de représentants des caisses d'assurance maladie, qui constituent la section sociale ;
- de représentants de la ou des organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 8 représentants titulaires désignés par les organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux et signataires de la présente convention.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les infirmiers libéraux, en exercice, adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance. Les infirmiers siégeant en CPD doivent exercer en principe à titre principal dans le département concerné.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives des infirmiers signataires de la présente convention

En l'absence d'accord des organisations syndicales, les sièges sont répartis entre les organisations syndicales représentatives signataires de la présente convention sur la base des derniers résultats nationaux aux élections aux Unions Régionales des Professionnels de Santé mentionnées aux articles L.4031-1 à L. 4031-7 du code de la santé publique, en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées recueillies nationalement, divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant au plus fort reste et chaque organisation syndicale reconnue représentative signataire de la présente convention étant assurée de disposer d'au moins un siège.

La durée du mandat des infirmiers est celle conférée par le syndicat qu'ils représentent.

A titre exceptionnel, dans les départements où il existe une carence d'une ou de plusieurs représentations, les représentants d'une organisation professionnelle siégeant en CPD peuvent être installés dans d'autres départements que ceux où sont implantés les CPD au sein desquels ils siègent.

Si malgré les dispositions précédentes et après relance des organisations syndicales concernées, il apparaissait une carence répétée de représentants d'une organisation professionnelle, la totalité des sièges vacants pourrait alors être attribuée en CPD aux représentants des autres organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux, signataires de la présente convention et représentées dans le département.

Section sociale

La section sociale est composée de 8 représentants titulaires de l'assurance maladie.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un infirmier exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

Est membre de plein droit avec voix consultative un représentant du secteur libéral du conseil départemental de l'ordre des infirmiers. Nul ne peut être membre de la commission à plus d'un titre.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe X de la présente convention.

Article.33.3.2. Mise en place de la commission paritaire départementale

La CPD se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Les réunions de la CPD peuvent se tenir en présentiel ou par visioconférence. Elles peuvent également se tenir par voie électronique sous réserve qu'au moins deux réunions de la CPD en présentiel sur l'année soient conservées.

Le secrétariat est assuré par la CPAM. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevés de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article.33.3.3. Missions de la commission paritaire départementale

La CPD a pour rôle de faciliter l'application de la convention par une concertation permanente sur le plan local entre les caisses et les représentants des infirmiers.

Elle est régulièrement informée des conditions générales et individuelles d'application de la convention dans la circonscription des Caisses du département concerné. Elle s'efforce en conséquence de régler toute difficulté concernant l'application de la convention.

La CPD a également pour missions, notamment :

- d'analyser l'évolution des dépenses d'assurance maladie que lui présentent les Caisses, pour leur circonscription concernant les soins dispensés par les infirmiers et analyser ces dépenses au regard des besoins de santé de la population ;
- d'examiner les demandes d'installation sous convention en zones sur-dotées conformément aux conditions et procédures définies à l'article 3.4.1 de la présente convention ;
- d'examiner les demandes d'installation sous convention à titre dérogatoire conformément aux conditions et procédures définies au D de l'article 8 de la présente convention ;
- de rendre un avis sur les situations individuelles de non-respect des règles conventionnelles constatées par les caisses, conformément à la procédure décrite à l'article 34.2.3 du présent texte.

Elle rend compte périodiquement de ses travaux à la commission paritaire nationale et régionale et lui transmet toute étude et proposition qu'elle juge utiles.

La commission paritaire départementale adresse, au cours du dernier trimestre de chaque année, à la commission paritaire nationale, un rapport sur ses activités de l'année en cours.

Article.34. Procédures conventionnelles**Article.34.1. Non-respect des règles conventionnelles constaté par une caisse**

En cas de constatation, par une caisse, du non-respect des dispositions de la présente convention par un infirmier libéral, portant notamment sur :

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables ;
- l'utilisation abusive du DE ;
- la facturation d'actes fictifs ;

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

- la non-utilisation ou la mauvaise utilisation, de façon répétée, des documents ou de la procédure auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ;
- la non-inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de la présente convention et de la réglementation ;
- le non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (NGAP) ;
- le non-respect du droit à la dispense d'avance des frais défini dans le cadre de la présente convention ;
- le non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique à l'Assurance maladie, prévue par l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations.

La procédure décrite à l'article 34.2 peut être mise en œuvre.

Article.34.2. La procédure

Article.34.2.1. Procédure préalable d'avertissement

Le directeur de la caisse d'assurance maladie du lieu d'implantation du lieu d'exercice principal et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique qui constatent le non-respect par un infirmier des dispositions de la présente convention lui adressent un avertissement par lettre recommandée avec accusé de réception. Cet avertissement doit comporter l'ensemble des anomalies reprochées au professionnel.

L'infirmier dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de cet avertissement pour modifier sa pratique. Dans le cas de non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, l'infirmier dispose d'un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique.

Article.34.2.2. Relevé de constatation préalable à la convocation de la CPD

Si, à l'issue d'un délai d'au moins trente jours ou de quatre-vingt-dix jours en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation, à compter de la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que l'infirmier n'a pas modifié sa pratique reprochée, le directeur de la caisse d'assurance maladie et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique, communiquent le relevé des constatations à l'infirmier concerné par lettre recommandée avec accusé de réception, avec copie aux présidents des deux sections de la CPD.

La caisse d'assurance maladie procèdera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai de trois ans suivant la réception du courrier d'avertissement non suivi de sanction, l'infirmier a renouvelé les mêmes faits reprochés.

Le relevé des constatations détaille les manquements reprochés à l'infirmier, expose les sanctions encourues et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites prévus aux alinéas suivants.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles par lettre recommandée avec accusé de réception et/ou être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. A cette occasion, l'infirmier peut se faire assister par un avocat et/ou un confrère de son choix exerçant régulièrement sa profession et placé sous le régime de la présente convention.

A l'issue de l'entretien, la caisse dresse un compte-rendu d'entretien signé par le directeur et l'infirmier. La caisse peut décider de mettre fin à la procédure engagée à l'encontre de l'infirmier. Elle doit nécessairement aviser la CPD de l'entretien et l'informer de l'abandon ou de la poursuite de la procédure.

Lorsque les manquements justifient la poursuite de la procédure, la caisse verse aux débats le compte-rendu d'entretien lors de la réunion de la Commission Paritaire Départementale. L'absence de signature de l'infirmier de ce compte-rendu ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

Article.34.2.3. Examen par la commission paritaire départementale

Lorsque les manquements reprochés à l'infirmier sont dûment établis, la caisse demande au président de la commission paritaire départementale de réunir celle-ci. Cette réunion est de droit.

Elle doit se tenir dans un délai maximal de soixante jours à compter de la réception des observations de l'infirmier ou de la tenue de l'entretien ou de l'échéance du délai laissé à l'infirmier pour présenter ses observations et/ou être entendu par le directeur de la caisse ou son représentant comme visé à l'article précédent.

Le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations de l'infirmier, le compte rendu d'entretien, le cas échéant, et tout document utile sont joints à l'ordre du jour. L'ensemble de ces documents doivent être transmis aux membres de la CPD au moins quinze jours avant la réunion. L'infirmier est informé de la date de la réunion de la commission.

La commission se prononce en principe sur pièces. Toutefois, l'infirmier peut demander à être entendu par la commission pour fournir les explications qu'il juge utile.

Il peut se faire assister, s'il le souhaite, d'une personne de son choix, et notamment d'un confrère exerçant régulièrement sa profession et placé sous le régime de la présente convention et/ou d'un avocat. Il peut envoyer au secrétariat de la commission un mémoire en défense au plus tard trois jours avant la date de la réunion.

La CPD émet en séance un avis selon les règles de vote définies à l'annexe X de la présente convention sur la décision à prendre après avoir entendu l'intéressé le cas échéant.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les quinze jours suivant la réunion au Président et au Vice-Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les sept jours suivant sa réception. A l'issue de ces délais, l'avis de la CPD est réputé rendu.

Article.34.2.4. Décision et notification de la sanction

Une fois l'avis de la CPD rendu ou réputé rendu, le directeur de la caisse d'assurance maladie et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique arrêtent la décision qui s'impose à l'infirmier et sa date d'application.

Le directeur de la caisse d'assurance maladie et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique notifient au professionnel l'éventuelle mesure prise à son encontre par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette décision est accompagnée de l'avis rendu par la CPD.

Lorsque le directeur de la caisse prend à l'encontre d'un professionnel une mesure :

- de suspension de tout ou partie de la participation des caisses au financement des cotisations sociales supérieure ou égale à 6 mois,
- ou de suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel supérieure ou égale à 3 mois,

et que cette mesure est supérieure à celle proposée par la CPD dans son avis, il en informe par courrier le secrétariat de la CPN qui inscrit ce point à l'ordre du jour de la réunion suivante. L'application de la décision du directeur est dans ce cas suspendue jusqu'à avis de la CPN.

Cette notification, qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose l'infirmier pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après un délai de deux mois à compter de la date de notification.

La décision est alors exécutoire.

L'infirmier dispose des voies de recours devant les tribunaux administratifs conformément à l'article L. 162-34 du Code de la sécurité sociale.

Article.34.3. Les sanctions susceptibles d'être prononcées

Lorsqu'un infirmier ne respecte pas les dispositions de la présente convention, il peut après mise en œuvre de la procédure prévue à l'article 34.2 de la présente convention, encourir une des sanctions suivantes :

- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel avec ou sans sursis. Cette suspension peut être temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention), selon l'importance des griefs.

La mise hors champ de la convention de trois mois ou plus entraîne la suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

En cas de sursis, la sanction de mise hors convention peut être rendue exécutoire pendant une période de deux ans à compter de sa notification, dès lors que de nouveaux manquements réalisés postérieurement à la notification de la sanction devenue définitive ont été relevés à l'encontre de l'infirmier par la CPD.

Elle peut, dans ce cadre et le cas échéant, se cumuler, avec la sanction prononcée à l'occasion de l'examen de ces nouveaux manquements.

Le sursis ne s'applique pas en cas de suspension de la participation des caisses à la prise en charge des avantages sociaux inhérente à la procédure de mise hors convention.

- suspension de tout ou partie de la participation des caisses, au financement des cotisations sociales du professionnel pour une durée maximale de douze mois.
- interdiction temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention), de pratiquer le DE, cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect des règles encadrant la pratique du DE définies dans la présente convention.
- suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux d'une durée de trois mois en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, conformément à l'avant dernier alinéa de l'article 34.1 de la convention nationale. Dans le cas où ce manquement est de nouveau constaté après qu'une sanction, devenue définitive, a déjà été prononcée pour le même motif, cette sanction peut être portée à six mois de suspension de la participation de l'assurance maladie aux avantages sociaux.

Lorsqu'un infirmier est sanctionné par une mesure de mise hors convention, il ne peut se faire remplacer pendant toute la durée de la sanction. Il ne peut pas non plus exercer en tant que remplaçant d'un infirmier exerçant à titre libéral et régi par la présente convention.

Article.34.4. Procédure exceptionnelle de déconventionnement

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels justifiant le dépôt d'une plainte pénale par l'organisme de sécurité sociale en application du 3^{ème} alinéa de l'article L.114-9 du code de la sécurité sociale et entraînant un préjudice financier dépassant huit plafonds mensuels de la sécurité sociale, le directeur de la Caisse du lieu d'exercice de l'infirmier peut décider de suspendre les effets de la convention, après accord du directeur de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet et information de la commission paritaire départementale.

Cette suspension provisoire ne peut excéder trois mois.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de la caisse notifie au professionnel,

par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, les faits reprochés et la suspension envisagée et les voies de recours.

Le professionnel dispose d'un délai de quinze jours à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu, assisté le cas échéant de la personne de son choix, pour présenter ses observations.

Après réception des observations écrites ou après l'audition du professionnel ou à l'issue du délai de quinze jours, le directeur de la caisse dispose d'un délai de quinze jours pour notifier la suspension de l'effet de la convention au professionnel par une décision motivée. A défaut, la procédure est réputée abandonnée.

Simultanément, le directeur de la caisse engage la procédure de déconventionnement dans les conditions définies à l'article 34.2. Le préalable de l'avertissement décrit à l'article 34.2.1 ne s'applique pas à cette procédure.

Le professionnel dont le conventionnement a été suspendu dans ce cadre peut exercer un recours en référé contre la décision du directeur de la Caisse devant le tribunal administratif.

Article.34.5. Condamnation par une instance ordinale ou judiciaire

Lorsque l'ordre des infirmiers ou une juridiction a prononcé, à l'égard d'un infirmier :

- une sanction devenue définitive d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux,
- une sanction devenue définitive d'interdiction d'exercer,
- une peine effective d'emprisonnement,

l'infirmier se trouve placé de fait et simultanément hors de la convention, à partir de la date d'application de la sanction ordinale ou judiciaire, et pour la même durée.

Le directeur de la Caisse informe le professionnel de sa situation par rapport à la convention.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituent en outre une infraction au regard des règles conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du professionnel l'une des mesures prévues à l'article 34.3 de la présente convention en application de la procédure décrite aux articles 34 et suivants.

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Article.34.6. Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur du présent accord

Les procédures conventionnelles en cours à la date d'entrée en vigueur du présent texte sont examinées au regard des dispositions dudit texte. Les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur du présent texte s'appliquent jusqu'à leur terme.

Fait à Paris, le 29 mars 2019

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
Le Directeur Général,
Nicolas REVEL

Pour la Fédération Nationale des Infirmiers
Le Président,
Daniel GUILLERM

Pour Convergence Infirmière
La Présidente,
Ghislaine SICRE

Pour le Syndicat National des infirmières et des infirmiers libéraux
La Présidente,
Catherine KIRNIDIS

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

ANNEXE I – TARIFS

Les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés comme suit :

	Métropole	DOM et Mayotte
AMI	3,15	3,30
AIS	2,65	2,70
DI	10,00	10,00
IFD	2,50	2,50
IK plaine	0,35	0,35
IK montagne	0,50	0,50
IK pied-ski	3,40	3,66
Majorations de nuit :		
-De 20h à 23h et de 5h à 8h	9,15	9,15
-De 23h à 5h	18,30	18,30
Majoration de dimanche ² et jour férié	8,50	8,50
Majoration d'acte unique (MAU)	1,35	1,35
Majoration de coordination infirmière (MCI)	5,00	5,00
Majoration jeunes enfants (MIE)	3,15	3,15

² La majoration de dimanche s'applique à compter du samedi à 8 heures pour les appels d'urgence

**ANNEXE II- METHODOLOGIE DE CLASSIFICATION DES ZONES
RELATIVES AUX INFIRMIERS LIBERAUX**

Les partenaires conventionnels ont mené des travaux en lien avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère des Solidarités et de la Santé afin de rénover la méthodologie de classification des zones dans lesquelles les partenaires conventionnels ont défini des mesures d'incitation ou de régulation en vue d'une meilleure répartition géographique de l'offre en infirmiers.

Ils proposent de retenir la méthode suivante pour déterminer, d'une part, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins infirmiers visées au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique et, d'autre part, celles dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, zones qui sont définies au 2° de ce même article.

1-Unité territoriale

Le territoire français est découpé en zones ; chacune d'entre elles est classée selon son niveau de dotation en infirmiers libéraux selon 5 niveaux de dotation : zones « très sous-dotées », zones « sous-dotées », zones « intermédiaires », zones « très-dotées » et zones « sur-dotées ».

L'unité territoriale retenue par défaut pour construire ces zones est le bassin de vie (plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services de la vie courante). Toutefois, dans le cas où l'unité urbaine pôle du bassin de vie compte plus de 30 000 habitants, celui-ci est découpé en unités plus petites, le pseudo-canton. Le pseudo-canton est un regroupement d'une ou plusieurs communes entières³.

2-Source des données**- Découpage en bassin de vie/pseudo canton**

Les communes qui font partie d'un bassin de vie dont le pôle est une unité urbaine de plus de 30 000 habitants sont regroupées en pseudo cantons (définis par l'INSEE, géographie 2017), les autres sont regroupées au niveau du bassin de vie (définis par l'INSEE en 2012, exprimés en géographie 2016).

- Variables d'activité

Les informations sur l'activité et les honoraires des infirmiers libéraux, quel que soit le régime d'affiliation de leurs patients, sont issues des données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie pour l'année 2017.

³ Dans les agglomérations urbaines, chaque canton comprend en général une partie de la commune principale et éventuellement une ou plusieurs communes périphériques. Dans ce cas, l'Insee considère la commune principale, entière, comme un pseudo-canton unique et distinct. Pour la ou les communes périphériques, le pseudo-canton considéré est alors identique au vrai canton amputé de la fraction de la commune principale que comprend le vrai canton.

- Variables administratives

Les variables administratives par cabinet des infirmiers libéraux sont issues du fichier national des professionnels de santé de l'assurance maladie de décembre 2017.

La population résidente étudiée est issue des estimations annuelles de population et des enquêtes annuelles de données du recensement INSEE de 2015.

- Distance et temps de trajet entre communes

Les données concernant les distances entre communes sont issues du distancier Metric de l'Insee pour l'année 2017.

3-Méthodologie

La méthodologie employée s'appuie sur l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) qui a notamment l'avantage, par rapport aux méthodologies classiques de densité standardisée, de prendre en compte, pour une zone donnée, l'offre et la demande issues des zones environnantes (cf. source : <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>).

L'indicateur d'APL est d'abord calculé pour chaque commune. Il est ensuite agrégé au niveau du bassin de vie ou du pseudo-canton en faisant la moyenne des indicateurs d'APL des communes constituant ce bassin de vie (ou pseudo canton), pondérée par la population standardisée (cf. définition infra) de chaque commune. Chaque bassin de vie ou pseudo-canton est ensuite classé en fonction de la valeur de son indicateur d'APL.

3.1- Descriptif des variables utilisées dans le calcul de l'indicateur APL

3.1.1 – Le nombre d'infirmiers en Equivalent Temps Plein

Le nombre d'infirmiers en Equivalent Temps Plein (ETP) est calculé en fonction des honoraires remboursables par professionnel de santé dans l'année (AMI/AIS/DI/MAU/MCI, hors frais de déplacement et hors majorations nuit et dimanche). L'activité de chaque infirmier est rapportée à la médiane et ne peut excéder les honoraires du 90^{ème} percentile.

Seule l'activité des infirmiers libéraux et des centres de santé infirmiers est prise en compte. Les infirmiers âgés de plus de 65 ans ne sont pas pris en compte, ni ceux avec une activité très faible (honoraires remboursables dans l'année inférieurs à 10 000 euros). Les infirmiers installés dans l'année sont comptabilisés pour un ETP.

3.1.2 – La population résidente standardisée par l'âge par commune

Afin de tenir compte de la structure par âge de la population de chaque commune et d'une demande en soins différente selon l'âge, la population résidente a été standardisée à partir du montant d'honoraires consommés en soins infirmiers par tranche d'âge de 5 ans.

3.1.3 – Les distances entre communes

Le temps de trajet nécessaire pour parcourir la distance entre deux communes a été mesuré en minutes ; il s'agit du temps de parcours estimé entre les mairies de ces deux communes. Les temps de parcours utilisés sont issus du distancier Metric produit par l'Insee. Ce distancier

tient compte notamment du réseau routier existant, des différents types de route, de la sinuosité et de l'altimétrie.

L'accessibilité a été considérée comme parfaite (coefficient = 1) entre 2 communes éloignées de moins de 10 minutes. L'accessibilité est réduite à 2/3 pour 2 communes éloignées de 10 minutes ou plus et de moins de 15 minutes, et à 1/3 pour 2 communes éloignées de 15 minutes ou plus et de moins de 20 minutes. Entre 2 communes éloignées de 20 minutes ou plus, l'accessibilité est considérée comme nulle.

3.2 – Classement des bassins de vie et pseudo-cantons

Les bassins de vie ou pseudo-cantons sont classés par ordre croissant de leur niveau d'APL.

- Les premiers bassins de vie ou pseudo-cantons avec l'APL le plus faible et représentant 5 % de la population française totale sont classés en zones « très sous-dotées » ;
- Les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants qui représentent 9,5 % de la population française sont classés en zones « sous-dotées » ;
- Les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants qui représentent 36,8 % de la population française sont classés en zones « intermédiaires » ;
- Les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants qui représentent 20,4 % de la population française sont classés en zones « très-dotées » ;
- Enfin, les derniers bassins de vie ou pseudo-cantons avec l'APL le plus élevé et représentant 28,4 % de la population française sont classés en zones « sur-dotées » ;

4-Adaptation régionale avant publication des arrêtés par les Agences régionales de santé

Si les caractéristiques d'une zone tenant par exemple à sa géographie ou à ses infrastructures (ex : transports...), à l'offre de soins présente sur la zone, à des indicateurs de fragilité (ex : CMU, handicap...) le justifient, les agences régionales de santé peuvent modifier le classement en zones « très sous-dotées » et « sur-dotées » selon les dispositions suivantes et après concertation prévue à l'article R. 1434-42 du code de la santé publique et avis de la Commission paritaire régionale prévue à la convention nationale des infirmiers.

Avant publication des arrêtés régionaux définissant les zones, si un bassin de vie ou un pseudo-canton « très doté » fait partie des zones couvrant les 33,4 % de la population française au niveau national (soit 28,4 % de la population à laquelle s'ajoutent 5% de marge de manœuvre des ARS) pour lesquelles l'indicateur d'APL est le plus élevé, il peut être reclassé comme zone « sur-dotée ».

La part de la population régionale des zones qualifiées de zones « sur-dotées » doit rester stable au niveau régional. Ainsi, le reclassement de bassins de vie ou pseudo-cantons en zones « sur-dotées » doit engendrer le basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons initialement classés en zone « sur-dotée » vers un classement en zone « très dotée », pour une population de taille équivalente au niveau régional.

Après modulation au niveau régional, la répartition au niveau national conserve ainsi une part de 28,4 % de la population française totale classée en zones « sur-dotées ».

De même, un reclassement des bassins de vie ou pseudo-cantons en zones « très sous-dotées », au sens de l'article précédent, est possible pour les bassins de vie ou pseudo-cantons

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

« sous-dotés » s'ils font partie des zones qui recouvrent les 10 % de la population française (soit 5 % de la population à laquelle s'ajoutent 5 % de marge de manœuvre des ARS) pour lesquelles la densité APL est la plus faible.

La part de la population régionale dans les zones qualifiées de zones « très sous-dotées » devra rester stable au niveau régional. Ainsi, le reclassement de bassins de vie ou pseudo-cantons en zones « très sous-dotées » devra engendrer le basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons initialement classés en zones « très sous-dotées » vers un classement en zone « sous-dotée », pour une population de taille équivalente au niveau régional.

Après modulation au niveau régional, la répartition au niveau national conserve ainsi une part de 5 % de la population française totale classée en zones « très sous-dotées ».

**ANNEXE III- CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE A L'INSTALLATION DES
INFIRMIERS DANS LES ZONES TRÈS SOUS DOTEES**

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-12-2 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale des infirmiers libéraux et reconduite le 25 juillet 2017 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation en libéral des infirmiers en zones très sous-dotées pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.3.1.1 et à l'annexe III de la convention nationale ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, l'infirmier :
Nom, Prénom

Inscrit au tableau du conseil départemental de l'ordre des infirmiers de : Sous le
numéro
numéro ADELI :
numéro AM :
adresse professionnelle :

un contrat d'aide à l'installation en libéral des infirmiers dans les zones très sous-dotées.

Article 1 Champ du contrat d'installation**Article 1.1. Objet du contrat d'installation**

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des infirmiers libéraux, en zones « très sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire pour les accompagner dans cette période de fort investissement généré par leur installation à titre libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc.).

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'installation

Le contrat d'installation est réservé aux infirmiers libéraux conventionnés s'installant dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

L'adhésion au contrat est individuelle. Par conséquent, chaque infirmier d'un cabinet de groupe doit accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, il joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

Pour un même infirmier, le contrat d'aide à l'installation en libéral n'est cumulable ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.3.1.3 de la convention nationale, ni avec le contrat d'aide à la première installation en libéral défini à l'article 3.3.1.2 de la convention nationale.

Un infirmier ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation en libéral.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat d'installation**Article 2.1 Engagements de l'infirmier**

L'infirmier s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation (indicateurs socles) prévues à l'article 22 de la convention nationale des infirmiers ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone très sous-dotée en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la première année et 30 000 € les années suivantes (les honoraires sans dépassement correspondent aux honoraires liés à l'activité : AMI/AIS/DI/MAU/MCI, hors frais de déplacement et hors majorations nuit et dimanche) ;
- à exercer au sein d'un groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L.1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS.

En outre, il s'engage à informer la caisse de la circonscription de son cabinet principal de son intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

Engagement optionnel

A titre optionnel, l'infirmier peut également s'engager à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Article 2.2 Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1 par l'infirmier, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire à l'installation d'un montant de 27 500 euros au maximum.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- au titre de la première année, 9 250 euros versés à la date de signature du contrat pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ; pour l'infirmier exerçant entre un à trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;
- au titre de la deuxième année, 9 250 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante, pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ; pour l'infirmier exerçant entre un à trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;
- et ensuite, les trois années suivantes, 3000 euros par année, versés avant le 30 avril au titre de l'année civile précédente, sans proratisation en fonction de l'activité.

L'infirmier formé au tutorat et adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 euros par mois (pendant la durée du stage de fin d'études) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Modulation régionale par l'Agence régionale de santé du montant de l'aide à l'installation en libéral dans les zones très sous-dotées.

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire à l'installation et de l'aide optionnelle pour l'accueil de stagiaires pour les infirmiers adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

comme particulièrement déficitaires en offre de soins en infirmiers parmi les zones très sous-dotées telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20% des zones « très sous dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire à l'installation et de l'aide optionnelle pour l'accueil de stagiaires.

Pour les infirmiers faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3 Durée du contrat d'installation

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

Article 4 Résiliation du contrat d'installation

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative de l'infirmier

L'infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

En cas d'absence de respect par l'infirmier de tout ou partie de ses engagements (infirmier ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat. La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Article 5 Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'installation de l'infirmier adhérent de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par l'infirmier ou la caisse d'assurance maladie.

L'infirmier

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

**ANNEXE IV - CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE A LA PREMIERE
INSTALLATION DES INFIRMIERS DANS LES ZONES TRES SOUS DOTEES**

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-12-2 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale des infirmiers libéraux et reconduite le 25 juillet 2017 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à la première installation en libéral des infirmiers en zones très sous-dotées pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.3.1.2 et à l'annexe IV de la convention nationale ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, l'infirmier
Nom, Prénom :

Inscrit au tableau du conseil départemental de l'ordre des infirmiers de : sous le
numéro

numéro ADELI :

numéro AM :

adresse professionnelle :

un contrat d'aide à la première installation en libéral des infirmiers dans les zones très sous-dotées.

Article 1 Champ du contrat d'aide à la première installation en libéral

Article 1.1. Objet du contrat d'aide à la première installation en libéral

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des infirmiers libéraux conventionnés débutant leur exercice professionnel en zones « très sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire visant à les accompagner dans cette période de fort investissement généré par leur installation à titre libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc....).

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'aide à la première installation en libéral

Ce contrat est proposé aux infirmiers libéraux conventionnés s'installant en libéral dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique et sollicitant pour la première fois leur conventionnement avec l'assurance maladie.

L'adhésion au contrat est individuelle. Par conséquent, chaque infirmier d'un cabinet de groupe doit accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, il joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

Pour un même infirmier, le contrat d'aide à la première installation en libéral n'est cumulable ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.3.1.3 de la convention nationale, ni avec le contrat d'aide à l'installation en libéral défini à l'article 3.3.1.1 de la convention nationale.

Un infirmier ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à la première installation en libéral.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat d'aide à la première installation en libéral

Article 2.1 Engagements de l'infirmier

L'infirmier s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation (indicateurs socles) prévues à l'article 22 de la convention nationale des infirmiers ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone très sous-dotée en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la première année et 30 000 € les années suivantes (les honoraires sans dépassement correspondent aux honoraires liés à l'activité : AMI/AIS/DI/MAU/MCI, hors frais de déplacement et hors majorations nuit et dimanche) ;
- à exercer au sein d'un groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L.1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS.

En outre, il s'engage à informer la caisse de la circonscription de son cabinet principal de son intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Engagement optionnel

A titre optionnel, l'infirmier peut également s'engager à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Article 2.2 Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1 par l'infirmier, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire à la première installation d'un montant de 37 500 euros au maximum.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- au titre de la première année, 14 250 euros versés à la date de signature du contrat pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ; pour l'infirmier exerçant entre un à trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;
- au titre de la deuxième année, 14 250 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante, pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ; pour l'infirmier exerçant entre un à trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;
- et ensuite, les trois années suivantes, 3000 euros par année versés avant le 30 avril au titre de l'année civile précédente, sans proratisation en fonction de l'activité.

L'infirmier formé au tutorat et adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 euros par mois (pendant la durée du stage de fin d'études) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Modulation régionale par l'Agence régionale de santé du montant de l'aide à l'installation en libéral majorée dans les zones très sous-dotées.

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire à la première installation en libéral et de l'aide optionnelle pour l'accueil de stagiaires pour les infirmiers adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en infirmiers parmi les zones très sous-dotées telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20% des zones « très sous dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire à l'installation.

Pour les infirmiers faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3 Durée du contrat d'aide à la première installation en libéral

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

Article 4 Résiliation du contrat d'aide à la première installation en libéral

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative de l'infirmier

L'infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

En cas d'absence de respect par l'infirmier de tout ou partie de ses engagements (infirmier ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Article 5 Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'installation de l'infirmier adhérent de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par l'infirmier ou la caisse d'assurance maladie.

L'infirmier

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

**ANNEXE V – CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE AU MAINTIEN DES
INFIRMIERS DANS LES ZONES TRÈS SOUS DOTÉES**

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-12-2 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale des infirmiers libéraux et reconduite le 25 juillet 2017 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide au maintien des infirmiers libéraux en zones très sous-dotées pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.3.1.3 et à l'annexe V de la convention nationale ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, l'infirmier :

Nom, Prénom

Inscrit au tableau du conseil départemental de l'ordre des infirmiers de : sous le
numéro

numéro ADELI :

numéro AM :

adresse professionnelle :

un contrat d'aide au maintien des infirmiers libéraux dans les zones très sous-dotées.

Article 1 Champ du contrat de maintien**Article 1.1. Objet du contrat de maintien**

Le contrat a pour objet de favoriser le maintien des infirmiers libéraux en zones « très sous-dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire.

Cette option vise à inciter les infirmiers libéraux à maintenir leur exercice en zone « très sous-dotée ».

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat de maintien

Ce contrat est proposé aux infirmiers libéraux conventionnés installés dans une zone « très sous-dotée » telle que définie au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

L'adhésion au contrat est individuelle. Par conséquent, chaque infirmier d'un cabinet de groupe doit accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, il joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

Pour un même infirmier, le contrat de maintien n'est pas cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation en libéral défini à l'article 3.3.1.1 de la convention nationale des infirmiers, ni avec le contrat d'aide à la première installation en libéral défini à l'article 3.3.1.2 de la convention nationale.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat de maintien**Article 2.1 Engagement de l'infirmier**

L'infirmier s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation (indicateurs socles) prévues à l'article 22 de la convention nationale des infirmiers;
- à exercer pendant une durée minimale de trois ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone très sous-dotée en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la première année et 30 000 € les années suivantes ;
- à exercer au sein d'un groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L.1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS.

En outre, il s'engage à informer la caisse de la circonscription de son cabinet principal de son intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

Engagement optionnel

A titre optionnel, l'infirmier peut également s'engager à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Article 2.2 Engagement de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1 par l'infirmier, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire au maintien de l'activité d'un montant de 3 000 euros au maximum par an. Elle est versée au titre de chaque année avant le 30 avril de l'année civile suivante.

L'infirmier formé au tutorat et adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 euros par mois (pendant la durée du stage de fin d'études) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Modulation régionale par l'Agence régionale de santé du montant de l'aide au maintien des infirmiers libéraux dans les zones très sous-dotées.

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire au maintien et de l'aide optionnelle pour l'accueil de stagiaire pour les infirmiers adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en infirmiers parmi les zones très sous-dotées telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20% des zones « très sous dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire au maintien et de l'aide optionnelle pour l'accueil de stagiaires.

Pour les infirmiers faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3 Durée du contrat de maintien

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction.

Article 4 Résiliation du contrat d'aide au maintien**Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative de l'infirmier**

L'infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

En cas d'absence de respect par l'infirmier de tout ou partie de ses engagements (infirmier ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation. La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Article 5 Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'installation de l'infirmier adhérent de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par l'infirmier ou l'assurance maladie.

L'infirmier

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

ANNEXE VI – CONTRAT INCITATIF INFIRMIER : Option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmiers libéraux conventionnés en zones « très sous dotées. »

(Dispositions transitoires)

Conformément aux dispositions de l'article 3.3.2 C du présent texte, les contrats incitatifs infirmiers issus des avenants 3 et 5 à la convention nationale, en cours à la date d'entrée en vigueur du présent avenant s'appliquent selon les dispositions figurant à la présente annexe jusqu'à l'adoption par le directeur général de l'agence régionale de santé des contrats types régionaux définis à l'article 3.3.2.

A compter de la date d'entrée en vigueur des contrats types régionaux, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs infirmiers issus des avenants 3 et 5 à la convention nationale et définis à la présente annexe. Il est proposé aux infirmiers de souscrire à l'un des nouveaux contrats incitatifs définis aux annexes III à V du présent texte.

Les contrats incitatifs infirmiers en cours, issus des avenants 3 et 5 à la convention nationale et repris dans la présente annexe, perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance.

Les parties signataires considèrent nécessaire, par des mesures structurantes favorisant le regroupement et la continuité des soins, de favoriser l'implantation des infirmiers libéraux dans les zones « très sous dotées » et le maintien de l'activité des infirmiers qui y sont d'ores et déjà installés. Les parties signataires souhaitent ainsi permettre à chaque infirmier de rompre son isolement, de limiter ses contraintes, de se former, et, de cette manière, contribuer à la qualité des soins délivrés sur l'ensemble du territoire.

A cette fin, elles créent une option conventionnelle à adhésion individuelle intitulée « contrat incitatif infirmier », destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmiers libéraux en zone « très sous-dotée », dans le cadre de laquelle est allouée une participation forfaitaire de l'assurance maladie au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicules...).

Par ailleurs, les parties signataires s'entendent pour favoriser et sensibiliser les infirmiers libéraux aux objectifs de santé publique et de prévention afin de promouvoir, outre un égal accès aux soins, une amélioration de la qualité du service rendu à la population.

1. Objet de l'option

Le « contrat incitatif infirmier » est une option conventionnelle, signée entre les caisses primaires d'assurance maladie et les infirmiers libéraux conventionnés, pendant une durée de trois ans, et destinée à favoriser l'installation et le maintien en zone « très sous-dotée ».

Cette option vise à inciter les infirmiers libéraux à :

- s'installer ou exercer en cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires. L'exercice regroupé favorise en effet les échanges professionnels, libère du temps pour la formation et la vie personnelle, tout en facilitant la continuité des soins ;
- recourir à des collaborations libérales et des remplacements dans les zones « très sous dotées », ce qui permet d'alléger la charge de travail et de s'absenter plus facilement, notamment dans le cadre du développement professionnel continu. En intégrant le statut de collaborateur

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

libéral, les parties signataires souhaitent également faciliter l'installation des jeunes professionnels dans ces zones.

2. Champ de l'option

Cette option est proposée aux infirmiers libéraux conventionnés s'installant ou installés dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

3. Conditions générales d'adhésion

☐ Conditions alternatives liées à l'exercice du professionnel :

3.1. Un exercice en groupe : un infirmier peut adhérer au contrat s'il exerce en groupe.

L'exercice en groupe s'entend comme :

- le regroupement d'au moins deux infirmiers libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans une zone « très sous-dotée » et liés entre eux par :
 - o un contrat de collaboration libérale ;
 - o un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ;
 - o ou par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'ordre ;
- l'exercice dans un cabinet pluridisciplinaire, une maison de santé pluridisciplinaire ou une société interprofessionnelle de soins ambulatoires dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exerce dans les mêmes locaux.

3.2. Un exercice individuel d'un infirmier libéral conventionné, recourant à un infirmier remplaçant, permettant d'assurer la continuité des soins.

☐ Conditions d'activité :

Pour bénéficier des avantages prévus au présent contrat, l'infirmier libéral doit justifier d'une activité libérale conventionnelle réalisée aux deux tiers auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée ».

4. Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Participation forfaitaire de l'assurance maladie au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) de 5500 euros pour une année pleine, versés à terme échu pendant 3 ans.

5. Engagements de l'infirmier libéral

En contrepartie de la participation forfaitaire de l'assurance maladie au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels, l'infirmier contractant s'engage à :

- en cas de prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques : suivi des patients, notamment diabétiques insulino-dépendants (remplissage du carnet de suivi du patient diabétique) ;
- réaliser la vaccination antigrippale de ses patients dans les conditions définies par l'assurance maladie dans le cadre de ses campagnes organisées ;
- utiliser les moyens de télétransmission pour au minimum 80 % de son activité ;

- réaliser deux tiers de l'activité auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée ».

6. Adhésion à l'option

6.1. Modalités d'adhésion

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque infirmier d'un cabinet de groupe devra accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

L'infirmier formalise, auprès de sa CPAM de rattachement, son adhésion suivant un modèle formalisé à l'annexe VII de la présente convention.

Il joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe tel que défini dans les conditions générales d'adhésion.

6.2. Durée de l'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat.

6.3. Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Le versement de la participation forfaitaire de l'assurance maladie est conditionné au respect des conditions d'exécution du contrat.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

6.4. Rupture de l'option

En cas d'absence de respect par l'infirmier de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier qu'il ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation forfaitaire de l'assurance maladie au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues.

L'infirmier peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la caisse par courrier. La décision de l'infirmier prend effet dès réception par la caisse du courrier.

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

**ANNEXE VII - MODELE DE FORMULAIRE D'ADHESION AU CONTRAT
INCITATIF INFIRMIER (dispositions transitoires)**

Acte d'adhésion au « Contrat incitatif infirmier » ⁽¹⁾

Identification de l'infirmier :

Je, soussigné (e),

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

Déclare exercer en groupe formalisé selon le mode suivant (copie du/des contrat[s] à annexer à l'acte d'adhésion) :

☐ Collaboration libérale

☐ SCP

☐ SEL

☐ Autres contrats de société

☐ Cabinet pluridisciplinaire, maison de santé ou société interprofessionnelle de soins ambulatoires

ou déclare recourir à des remplacements contractualisés garantissant la continuité des soins

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l'option conventionnelle appelée « contrat incitatif infirmier » telles qu'indiquées à l'annexe VI de la convention nationale des infirmiers ;

2° M'engager à en respecter les dispositions ;

3° Adhérer au « contrat incitatif infirmier » destiné à favoriser l'installation et le maintien des infirmiers libéraux conventionnés en zone « très sous-dotée ».

Cachet de l'infirmier

Fait à

Le

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée (2)

Adhésion non enregistrée et motif du rejet (2) :

Cachet de la caisse

Date :

(1) Document à remplir par l'infirmier, en double exemplaire, et à envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de son exercice principal. Un exemplaire signé par la caisse est ensuite renvoyé à la professionnelle signataire.

(2) Rayer les mentions inutiles.

**ANNEXE VIII – MODALITÉS DE CALCUL DE LA PARTICIPATION DES
CAISSES AUX COTISATIONS SOCIALES DUES AU TITRE DU RÉGIME
D'ASSURANCE MALADIE, MATERNITÉ, DÉCÈS DES PRATICIENS ET
AUXILIAIRES MÉDICAUX CONVENTIONNÉS**

La participation des caisses mentionnée aux articles 24 et suivants du présent texte est calculée de la manière suivante :

1. Calcul du montant de la participation sur les revenus conventionnés

Un taux d'honoraires sans dépassement est calculé pour chaque professionnel en rapportant le montant total des honoraires liés à l'activité conventionnée, déduction faite des dépassements d'honoraires au montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée.

Le montant de la participation de l'assurance maladie sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires correspond au montant total des revenus tirés de l'activité conventionnée, multiplié par le taux d'honoraires sans dépassements et par le taux de prise en charge.

2. Calcul du montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées pour des structures dont le financement inclut la rémunération des infirmiers

Le montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des infirmiers correspond à l'ensemble de ces revenus, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables, multiplié par le taux de prise en charge.

Cette disposition est applicable sous réserve de réaliser un seuil minimal d'activité dans le cadre de l'activité libérale conventionnée facturée individuellement à l'assurance maladie. Ce seuil est défini de la manière suivante : montant d'honoraires sans dépassement de l'activité libérale rapporté au total des honoraires sans dépassement perçus par l'infirmier au titre de l'activité libérale et de l'activité en structure, ce rapport devant être supérieur à 15%. La participation est conditionnée au respect des tarifs opposables fixés par la convention, attesté par la production de documents fixant les règles de rémunération entre les infirmiers et ces structures.

3. Calcul du montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès

Le montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés correspond à la somme des deux montants calculés précédemment.

ANNEXE IX – NUMÉRISATION ET TÉLÉTRANSMISSION DES ORDONNANCES**Article 1 - Principe de numérisation et de télétransmission des pièces justificatives**

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt de simplifier les modalités de transmission des pièces justificatives de la facturation, notamment les ordonnances, de faciliter leur réception et leur archivage par la caisse et par voie de conséquence de parvenir à leur numérisation et à la dématérialisation de leur transfert, dans l'attente de la prescription électronique.

A cette fin, les parties signataires conviennent d'organiser un dispositif comprenant la numérisation des pièces justificatives de la facturation, quel que soit le destinataire du règlement, notamment des ordonnances originales exécutées, et leur transfert vers les organismes d'assurance maladie.

Les parties signataires conviennent que la transmission des pièces justificatives numérisées s'effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié dans le respect des dispositions de la présente annexe et du cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

En vue de la télétransmission des pièces justificatives numérisées, l'infirmier s'engage à s'équiper d'un logiciel agréé par le CNDA lorsque ceux-ci seront disponibles. Il s'engage à télétransmettre les pièces justificatives numérisées vers le serveur dédié, dès lors que les moyens techniques mis à sa disposition le lui permettent.

En cas d'absence de transmission dématérialisée en raison de l'échec de la transmission électronique de la pièce justificative numérisée ou d'absence d'équipement adapté, la transmission des pièces justificatives de la facturation par l'infirmier, et ce quel que soit le destinataire de règlement, se fait sur support papier selon les modalités décrites à l'article 21.7 de la convention nationale.

L'infirmier s'engage à transmettre la pièce justificative selon un seul et même mode de transmission hormis les cas de dysfonctionnement de la numérisation. Il s'interdit ainsi, pour une même pièce justificative, de la transmettre simultanément selon plusieurs modes de transmission.

Article 2 - La pièce numérique

Les parties conviennent que la pièce justificative correspondant au duplicata ou à la copie de l'ordonnance originale sur support papier et portant les mentions obligatoires fixées réglementairement et par la dernière version du cahier des charges SESAM Vitale est remplacée par une copie numérique fidèle et durable de l'ordonnance originale.

L'ordonnance ainsi numérisée et transmise à l'organisme d'assurance maladie est désignée ci-après « la pièce numérique ».

La pièce numérique est considérée comme la « pièce justificative » ouvrant droit au remboursement et à la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur.

Dès lors que le processus d'envoi et de réception de la pièce numérique est réalisé selon les

principes définis à la présente annexe, l'infirmier se trouve dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge le duplicata ou la copie de l'ordonnance originale sur support papier.

L'infirmier est responsable de l'établissement de la pièce numérique, de sa fidélité à la pièce justificative papier.

La modification du mode de transmission de la pièce justificative est sans effet sur les responsabilités respectives de l'infirmier et de l'assurance maladie concernant les pièces justificatives, telles qu'elles résultent des textes en vigueur.

L'infirmier s'engage à transmettre une pièce justificative conforme, c'est-à-dire d'une qualité de numérisation permettant l'atteinte d'un taux d'exploitabilité des pièces numériques de 99 %.

La liste des anomalies rendant inexploitable les pièces numériques est fixée à la présente annexe.

La résolution de l'image constituant la pièce numérique doit être a minima de 200 DPI pour assurer une qualité d'image suffisante.

Le format de l'image constituant la pièce numérique de type pdf doit être a minima A5 et doit être visualisable sur un écran de taille référence 800X600 .

Article 3 - La numérisation des pièces justificatives

L'infirmier s'engage à numériser les pièces justificatives par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité de la pièce numérique à la pièce justificative sur support papier, et ce dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges publié par le GIE SESAM-Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

L'infirmier s'engage à effectuer l'opération de numérisation de la pièce justificative lors de la prise de contact avec son patient pour une transmission de ces pièces tant lors de la transmission d'une éventuelle demande d'accord préalable que lors de la facturation (par le biais d'une feuille de soins électronique).

Dans les situations où la pièce justificative aurait déjà été transmise lors d'une précédente facturation par voie électronique pour la même série d'acte, l'infirmier transmet alors les informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative, l'ordonnance initiale en l'espèce, selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Dans le cadre d'un soin réalisé après une demande d'accord préalable, l'infirmier transmet de nouveau l'ordonnance numérisée à l'appui de la facturation du soin.

Article 4 - Délai de transmission des pièces justificatives

L'infirmier s'engage à procéder à la télétransmission des pièces justificatives numérisées après transmission du lot de facturation que la facturation ait lieu en mode sécurisé SESAM-Vitale ou en mode SESAM-Vitale dégradé. Cette opération est effectuée automatiquement par son logiciel.

Article 5 - La facturation des actes en série ou réalisés dans un cabinet de groupe

Les parties signataires conviennent que, en cas de transmission d'une feuille de soins électronique correspondant à la facturation d'un acte en série ou d'un acte réalisé dans un cabinet de groupe, la transmission de la pièce justificative numérisée, soit l'ordonnance, ou des informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative initiale, soit l'ordonnance initiale, est requise selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Article 6 - Des cas d'échec de la transmission des pièces justificatives numérisées**Des cas de dysfonctionnement**

En cas d'impossibilité technique de numériser la pièce justificative de facturation, ou d'impossibilité technique de télétransmission ou d'absence de réception de l'accusé réception, lié à un échec de la télétransmission de la pièce justificative, l'infirmier met tout en oeuvre pour y parvenir dans un délai de cinq jours à compter de la première tentative de numérisation. En cas de nouvel échec à l'issue du délai imparti, l'infirmier transmet la pièce justificative sous format papier (duplicata ou copie papier), sauf si l'ordonnance a déjà été transmise à la caisse de l'assuré à l'appui d'une demande d'accord préalable ou si l'ordonnance a été transmise à l'appui d'une feuille de soins antérieure. Dans ce cas, aucune copie ne sera exigée.

De la non-réception des pièces numérisées

A défaut de réception des pièces numérisées, l'organisme de prise en charge prend contact avec l'infirmier par tout moyen, afin de déterminer la cause de cette absence de réception. L'infirmier transmet à nouveau les pièces numériques qu'il a conservées, dans les conditions définies ci-dessus (cas de dysfonctionnement).

De la vérification des pièces numérisées

La liste des anomalies rendant inexploitables les images numérisées est la suivante :

- image numérisée trop blanche ;
- image numérisée trop noire ;
- problème de contraste rendant l'image numérisée illisible ;
- ordonnance tronquée : une seule page numérisée pour une ordonnance de plusieurs pages ;
- décalage à la numérisation droite/gauche, bas/haut.

Il est entendu que ces anomalies potentielles sont inhérentes au processus de numérisation et par conséquent inexistantes dans le processus papier.

Par ailleurs, ne doivent pas être entendues comme motifs d'inexploitabilité les anomalies suivantes :

- date de soins erronée ou absente sur la feuille de soins ;
- prescription médicale imprécise ou sans posologie ou sans durée ;
- rajout, surcharge ou rature de la prescription médicale ;
- utilisation de prescription type présignée ;
- identification absente ;
- duplicata, feuille de soins ou volet de facturation absent ;
- prescription médicale absente.

Une période de vérification initiale des pièces numérisées est mise en place par l'organisme de prise en charge pendant un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception des premières pièces justificatives numérisées. Pendant cette période, l'organisme de prise en charge signalera à l'infirmier les éventuelles anomalies constatées et l'aidera à procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Ultérieurement, si l'organisme de prise en charge observe une dégradation de la qualité de la numérisation des pièces justificatives, il se réserve la possibilité de renouveler ce contrôle sur une période maximum de quatre-vingt-dix jours. Dans ce cadre, il en avise l'infirmier dans un délai minimum de sept jours avant la mise en place du contrôle.

L'infirmier s'engage à trouver des solutions techniques permettant de procéder au contrôle de la qualité des images numérisées en amont de leur transmission aux organismes de prise en charge.

Article 7- La valeur probante des pièces justificatives numérisées

Les parties signataires conviennent que la pièce numérique transmise par l'infirmier dans les conditions définies dans la présente annexe, a la même valeur juridique et comptable que la pièce justificative sur support papier.

La copie numérique de l'ordonnance originale a la même valeur que lorsque l'apposition de la signature et des mentions obligatoires est réalisée sur le support papier.

L'inscription, par l'infirmier, de son identifiant, sur l'ordonnance vaut signature au sens de l'article R. 161-45 du code de la sécurité sociale.

Article 8 - La conservation des preuves et de la protection des données

L'infirmier conserve les pièces numériques sur le support de son choix et dans les conditions permettant de les copier et les imprimer si nécessaire, et ce pendant quatre-vingt-dix jours à compter du jour de la télétransmission.

En outre, durant les périodes de vérifications des pièces numérisées définies à la présente annexe, l'infirmier conserve également, sous forme papier, les copies d'ordonnances.

L'organisme de prise en charge conserve les pièces numériques pendant la durée légale de conservation des pièces justificatives, conformément à la réglementation en vigueur.

L'organisme de prise en charge et l'infirmier s'assurent respectivement que les pièces numériques qu'ils ont archivées ne sont accessibles qu'aux seuls utilisateurs habilités.

Les mesures de conservation ci-dessus décrites ne se substituent pas et ne sauraient éluder les autres obligations de droit commun qui pèsent habituellement sur l'infirmier ou sur les organismes de prise en charge au regard des textes qui leur sont applicables en matière de conservation d'éléments de preuve pour d'autres finalités.

L'infirmier et l'organisme de prise en charge s'engagent à respecter les obligations imposées par la législation sur la protection des données à caractère personnel, notamment celles

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à celles relatives à l'accès aux documents administratifs et à celles relatives aux archives.

**ANNEXE X – REGLEMENT INTERIEUR DES INSTANCES
CONVENTIONNELLES**

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale, aux commissions paritaires régionales et aux commissions paritaires départementales visées aux articles 33 et suivants du présent texte.

Article 1 Organisation des commissions paritaires conventionnelles**Article 1.1. Secrétariat de la commission**

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'UNCAM pour la CPN, par le représentant régional auprès du régime général (coordonnateur) ou par une caisse de la région pour la CPR et par une caisse du département pour la CPD.

Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance.

Article 1.2. Organisation des réunions des commissions

Les convocations sont adressées, par mail, par le secrétariat aux membres de la commission au moins quinze jours avant la date de la réunion, sauf urgence acceptée par le président et le vice-président.

Elles sont accompagnées de l'ordre du jour établi après accord de ces derniers ainsi que des documents utiles, le cas échéant, à l'examen des sujets qui y sont inscrits.

Chaque caisse ou organisation syndicale peut convier en séance des conseillers techniques. Le nombre de ces conseillers est limité à six par section.

Chaque caisse ou organisation syndicale peut convier en séance des experts au nombre maximal de deux. Les membres de la commission sont informés, au moins sept jours avant la date de la séance, de la qualité des personnes concernées et des sujets de l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise. En séance, ces experts n'interviennent que sur ces sujets pour lesquelles leur compétence est nécessaire.

Lorsque la commission se réunit pour instruire une procédure de sanction conventionnelle à l'encontre d'un infirmier, les conseillers techniques et les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

Lorsque la commission se réunit pour une procédure conventionnelle à l'encontre de l'un des membres de la section professionnelle, celui-ci ne peut siéger lors de l'examen de son dossier.

Article 1.3 Commissions électroniques et par visio-conférence

A titre exceptionnel, pour tenir compte des difficultés d'organisation rencontrées (éloignement des représentants de la section professionnelle du lieu d'implantation de l'instance paritaire par exemple), les membres de la commission peuvent décider, après accord du président et du vice-président, de se réunir par visio-conférence ou de solliciter l'avis de la commission par courriel.

La Commission peut alors se réunir et délibérer par voie électronique ou par visio conférence, avec l'accord de son président et de son vice-président, sous réserve de la conservation des échanges et des décisions prises et sous réserve qu'au moins deux réunions de la commission en présentiel sur l'année soient conservées.

Il est également possible de valider, par voie électronique ou par visio conférence, le compte-rendu des réunions et d'arrêter par ce biais l'ordre du jour des réunions d'instances paritaires conventionnelles, sous réserve de la conservation des échanges.

En cas de visio-conférence, le secrétariat de l'instance conventionnelle envoie un message aux participants pour indiquer la tenue de cette délibération par visio conférence, la date et l'heure de son début ainsi que de la date et de l'heure à laquelle interviendra au plus tôt sa clôture, au moins 15 jours à l'avance.

La commission tenue par visio conférence ou par voie électronique et les décisions prises dans ce cadre sont valides à la condition que l'ensemble des participants disposent des moyens techniques permettant leur participation effective pendant la durée de la délibération.

Article 1.4. Présidence des sections et des commissions

Lors de la première réunion de la commission, la section professionnelle de la commission désigne son président parmi les représentants membres de cette instance. En cas d'égalité des voix, la présidence est assurée par le plus âgé des candidats ayant obtenu le même nombre de voix.

A tout moment, la section professionnelle a la possibilité de désigner un nouveau président de section.

La section sociale de chacune des instances désigne son président parmi les conseillers membres de cette instance.

A tout moment, la section sociale a la possibilité de désigner un nouveau président de section.

Le président de la section professionnelle et le président de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'une année, la présidence et la vice-présidence de la commission.

Pour ce faire, à la date anniversaire de la publication au *Journal Officiel* du présent texte, il est procédé automatiquement à l'alternance de la présidence, sans qu'il soit nécessaire que l'instance se réunisse au préalable.

La présidence de plusieurs commissions ne peut être assurée simultanément par la même personne.

Article 2 Délibérations

Article 2.1. Vérification des règles de quorum et de parité

La commission ne peut valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum correspond à un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections.

La parité nécessite un nombre égal de membres présents ou représentés dans la section professionnelle et dans la section sociale.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section. Aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

En l'absence de quorum, un constat de carence est établi pour prendre acte de l'absence de quorum et une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours.

La commission de nouveau réunie délibère alors valablement sur tous les sujets, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés, sous réserve que la parité soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi et les dispositions de l'article 3 du présent règlement intérieur sont applicables.

Article 2.2. Règles de vote

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des abstentions.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. Le vote s'établit alors à bulletin secret. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs, nuls ou des abstentions.

Sur un avis requis en matière de sanction conventionnelle, en cas de partage des voix lors d'un second tour de vote, l'absence d'accord qui vaut avis de la commission est actée dans le procès-verbal.

Le secrétariat de la commission est chargé de transmettre au président de chaque section un relevé de décision de chaque réunion de la commission, par mail, dans les quarante-cinq jours suivant la date de réunion de celle-ci. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section dans un délai de trente jours à compter de sa date de transmission. Il est ensuite adressé à chaque membre de la commission puis soumis à l'approbation des membres la séance suivante.

Ces délais ne sont pas applicables lorsque sont mises en œuvre les procédures conventionnelles.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations dans les conditions prévues par le code pénal.

Les instances paritaires adressent, après approbation et signature, leurs relevés de décisions à l'UNCAM, qui assure le secrétariat de la CPN.

Article 3 Situation de carence de la commission

Les partenaires conventionnels reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai de 3 mois

- défaut de parité au sein de la commission,
- défaut de quorum dans les conditions définies à l'article 2.1 de la présente annexe ;
- impossibilité pour le président et le vice-président de la commission soit de fixer une date de réunion, soit d'arrêter un ordre du jour en commun malgré deux tentatives successives,
- refus par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour malgré deux tentatives successives.

Dans le premier cas, la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission.

Dans les autres cas, un constat de carence est dressé. La section à l'origine de la situation de carence, est invitée par le président ou le vice-président de la commission à prendre toute disposition pour remédier à la situation. Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

Article 4 Groupe de travail pour la CPN, les CPR et les CPD

La commission met en place les groupes de travail paritaires qu'elle juge nécessaire.

Article 5 Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent une indemnité de vacation de 49 AMI par séance et une indemnité de déplacement pour leur participation aux réunions de la commission.

L'indemnité de déplacement et de séjour est fixée conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux infirmiers qui participent aux sous-commissions et aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles ainsi qu'à la commission chargée de déterminer les règles de hiérarchisation des actes et prestations.

En cas de réunion par vision conférence, les infirmiers perçoivent également 49 AMI par séance.

Lorsque les membres de la section professionnelle sont amenés à délibérer sur des dossiers notamment de demande de conventionnement en zone surdotée, par voie électronique, conformément à l'article 3.4.1 du présent texte, les représentants ayant formulé un avis sur les dossiers perçoivent une indemnité de 15 euros par dossier.

Les indemnisations des infirmiers pour leur participation aux instances conventionnelles sont assimilées à des honoraires tirés de l'activité conventionnée.

ANNEXE XI - COMMISSION DE HIÉRARCHISATION DES ACTES ET DES PRESTATIONS INFIRMIERS (CHAP)

Une commission de hiérarchisation des actes et des prestations infirmiers est mise en place en application de l'article L.162-1-7 du code de la Sécurité Sociale.

Paragraphe 1- Rôle de la commission

La commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des actes et prestations infirmiers pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie et de valider la hiérarchisation qui en résulte. Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts, des sociétés savantes ou des experts économistes.

Paragraphe 2 - Composition de la commission

La commission est composée de représentants des syndicats représentatifs et de représentants de l'UNCAM.

Sont membres avec voix délibérative:

Deux collèges comprenant autant de membres chacun:

- le collège professionnel composé de deux représentants pour chaque syndicat représentatif des infirmiers, avec, pour chacun d'entre eux, un titulaire et un suppléant ;
- le collège de l'UNCAM comprenant autant de membres, titulaires et suppléants, que le collège professionnel ;
- un président désigné d'un commun accord par les membres de la commission.

Peuvent assister aux travaux de la commission avec voix consultative :

- un représentant de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et/ou un représentant de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ;
- un représentant de la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- un représentant de l'Etat ;

Le secrétariat de la commission est assuré par l'UNCAM.

Paragraphe 3 - Indemnisation des membres de la commission

Le Président et les membres titulaires du collège professionnel de la commission, ou, en leur absence, les membres suppléants, perçoivent une indemnité pour perte de ressources dont le montant est établi selon les règles d'indemnisation définies à l'article 5 de l'annexe X de la convention nationale des infirmiers pour la commission paritaire nationale.

Les frais de déplacement du président, des membres titulaires du collège professionnel de la commission (ou, en leur absence, des membres suppléants) et des personnalités ou experts désignés par le président après avis de la commission, sont pris en charge par la Cnam dans les conditions applicables aux conseillers des Caisses. Des honoraires peuvent être versés aux personnalités ou experts désignés par le Président après avis de la commission. Le montant de ces honoraires est fixé au cas par cas par le Président, en fonction de l'importance des travaux demandés.

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Paragraphe 4 - Règlement intérieur de la commission

La commission élabore et adopte un règlement intérieur, qui précise notamment les règles de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et de vote.

ANNEXE XII – BILAN DE SOINS INFIRMIERS

Le Bilan de soins infirmiers (BSI) est un outil entièrement dématérialisé qui remplace la démarche de soins infirmiers. La présente annexe décrit le circuit que doit réaliser l'infirmier pour élaborer et facturer son BSI.

Le recours au BSI est nécessaire pour pouvoir facturer les forfaits journaliers de prise en charge d'un patient dépendant dans les conditions définies à l'article 5.7 de la présente convention.

Une valorisation spécifique est mise en place pour l'établissement du BSI initial et du BSI de renouvellement dans les conditions prévues à l'article 5.7 de la présente convention.

1. Saisie par l'infirmier du bilan de soins infirmiers (BSI)

L'infirmier se connecte sur le portail « Ameli pro » à l'aide de sa carte CPS. Il clique sur le téléservice « Bilan de soins infirmiers » et accède au support d'évaluation dématérialisé du BSI.

L'infirmier saisit, pour chaque patient son bilan, en cochant les diagnostics infirmiers et interventions qu'il réalise parmi les items proposés, et le cas échéant en remplissant en texte libre certains de ces items à titre de complément.

Le BSI comporte :

- un volet administratif : identification de l'infirmier, du médecin prescripteur, du patient, modalités de prise en charge par l'Assurance maladie, type de BSI (initial ou de renouvellement), date de réalisation du BSI et date de prescription ;
- un volet médical : diagnostics infirmiers, interventions infirmières le cas échéant accompagnés de tests ;
- un volet facturation : proposition d'un plan de soins infirmiers : durée, nombre de passages par jour, fréquence hebdomadaire des soins et leurs modalités de facturation (3 niveaux de forfaits de prise en charge quotidienne des patients dépendants fixés à l'article 5.7 de la convention).

A la fin de la saisie du bilan, une synthèse du BSI est générée à partir des éléments saisis sur le support.

2. Consultation de la synthèse BSI par le médecin prescripteur et avis sur le plan de soins proposé

L'infirmier indique sur le téléservice BSI qu'il est en mesure d'adresser pour avis la synthèse au médecin prescripteur du patient pour recueillir son avis sur le plan de soins proposé.

Le médecin prescripteur titulaire d'un compte ameli pro est averti, sur sa messagerie professionnelle, de la disponibilité de la synthèse du BSI.

Le médecin dispose alors d'un délai de 5 jours pour consulter sur le portail Ameli pro - téléservice BSI, la synthèse BSI et le plan de soins proposé. Le médecin ainsi informé peut émettre un avis.

Lorsque le médecin émet un avis sur la synthèse BSI, l'infirmier peut consulter directement cet avis sur le téléservice.

Dans l'attente de l'avis du médecin, l'infirmier peut débiter ou poursuivre les soins auprès du patient sur la base du plan de soins proposé.

3. Clôture du BSI après avis du médecin

3.1 Le médecin est en accord avec le plan de soins proposé *(dans l'hypothèse où l'infirmier constate sur le téléservice BSI, que le médecin a émis un avis et est en accord avec le plan de soins infirmiers proposé)*

L'infirmier clôture le BSI réalisé. Le BSI devient alors accessible à l'organisme local d'assurance maladie (le service médical ayant accès aux données médicales et le service administratif aux seules données administratives et de facturation).

3.2 Absence de réponse du médecin dans le délai de 5 jours *(dans l'hypothèse où l'infirmier constate sur le téléservice BSI, que le médecin n'a pas émis d'avis sur la synthèse dans le délai 5 jours)*

L'infirmier clôture le BSI réalisé. Le BSI devient alors accessible à l'organisme local d'assurance maladie (le service médical ayant accès aux données médicales et le service administratif aux seules données administratives et de facturation).

3.3 Le médecin demande des modifications sur le plan de soins proposé dans le délai de 5 jours *(dans l'hypothèse où l'infirmier constate sur le téléservice BSI, que le médecin a émis des observations qui modifient le plan de soins infirmier proposé)*

L'infirmier prend en compte les modifications apportées par le médecin sur le BSI dans le dossier du patient présent sur le téléservice. A l'issue des modifications apportées, l'infirmier adresse pour information au médecin le plan de soins comportant les modifications apportées puis clôture le BSI. Le BSI devient alors accessible à l'organisme local d'assurance maladie (le service médical ayant accès aux données médicales et le service administratif aux seules données administratives et de facturation).

4. Facturation par l'infirmier des BSI réalisés

A l'issue de la clôture du BSI, l'infirmier facture le bilan réalisé pour chaque patient au service administratif (feuille de soins électronique accompagnée de la prescription SCOR).

5. Renouvellement du BSI

L'infirmier peut être amené à renouveler son BSI dans les situations suivantes :

-dans un délai de 12 mois suivant la dernière prescription de soins infirmiers pour dépendance (la prescription étant valable 12 mois ; une nouvelle prescription et un nouveau BSI sont dès lors nécessaires/obligatoires pour poursuivre les soins infirmiers) ;

-dès lors qu'il apparaît une modification de l'état de santé du patient dépendant impactant de façon substantielle la prise en charge infirmier du patient. Ce renouvellement est effectué alors à l'initiative de l'infirmier et rattaché à la prescription antérieure datant de moins de 12 mois.

Pour renouveler son BSI, l'infirmier retourne sur le téléservice BSI présent sur le portail Ameli pro et accède dans le dossier patient à la fonction « renouvellement » qui lui permet de dupliquer le bilan établi précédemment et d'apporter, le cas échéant, les modifications relatives à l'évaluation et à la prise en charge du patient. L'infirmier procède à la suite à la transmission de la synthèse au médecin prescripteur et à la clôture du BSI dans les mêmes conditions que celles décrites précédemment.

6. Algorithme de classement des patients dépendants en fonction de leur niveau de prise en charge en soins infirmiers

Le classement des patients en niveau de charge en soins pour l'infirmier s'est effectué en 2 temps :

- groupage des interventions en 4 niveaux de charge en soins infirmiers. Chaque groupe comporte un ensemble d'interventions dont la charge en soins infirmiers est proche (par ordre croissant de charge en soins infirmier du groupe 1 au groupe 4).
- détermination des algorithmes classant le patient vers un niveau de prise en charge à partir des interventions réalisées par l'infirmier

6.1 Groupage des 43 interventions du BSI en 4 groupes

Les 43 interventions composant le BSI ont été classées en 4 groupes homogènes avec les représentants des organisations syndicales nationales représentatives des infirmiers libéraux signataires de la présente convention.

Composition des 4 groupes homogènes d'interventions

Sigles des 9 domaines ou rubriques du BSI :

A/ Alimentation ; R/ Respiratoire et cardio-circulatoire ; E/ Elimination ; H/ Hygiène ; M/ Mobilité ; SR/ Soins Relationnels ; SE/ Soins Educatifs ; D/ Douleur ; T/ Traitement

Groupe 1 : 10 interventions

A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs)
A/ Surveillance clinique de l'état bucco-dentaire pour adaptation de l'alimentation
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers du patient avec un dispositif de pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil
R/ Surveillance clinique de la fonction cardio-circulatoire
E/ Surveillance clinique de l'élimination urinaire et/ou fécale (aspects qualitatifs et quantitatifs)
E/ Surveillance clinique d'une constipation
H/ Surveillance du confort d'installation (lit, régulation température, préparation à l'endormissement, etc...) et de l'intégrité de la peau
H/ Pose, surveillance, entretien, d'appareillage de suppléance, d'orthèses, de prothèses

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Groupe 1 : 10 interventions

M/ Surveillance et observation, de la sécurité de l'environnement du patient et de l'utilisation des aides techniques (cannes, déambulateur, attelles,...)

Groupe 2 : 20 interventions

A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et de l'observance d'un régime alimentaire prescrit

A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et des mesures thérapeutiques prescrites : (compléments alimentaires,...)

A/ Planification des apports alimentaires et hydriques et stimulation à leur prise

A/ Planification d'un régime alimentaire prescrit et contrôle de sa mise en œuvre

A/ Mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'un patient présentant un risque de fausse route ou après fausse route

R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers pour un patient appareillé par un dispositif d'oxygénothérapie

R/ Pose et dépose de contentions vasculaires

E/ Surveillance clinique de l'élimination (aspects qualitatifs et quantitatifs) et soins infirmiers liés à une incontinence occasionnelle urinaire et/ou fécale

E/ Planification des soins personnels et aide à l'élimination urinaire et/ou fécale

E/ Massage colique

M/ Surveillance et mise en place de mesures de prévention des chutes chez une personne à risque

M/ Aide à l'installation (lit, fauteuil) et aux déplacements (avec ou sans aide technique)

D/ Evaluation et suivi par test d'une douleur chronique invalidante avec retentissement important sur la qualité de vie, prise en charge relationnelle infirmière de la douleur, et le cas échéant adaptation du traitement anti-douleur selon protocole prescrit

T/ Surveillance d'un patient à risque de iatrogénie médicamenteuse en lien avec le médecin et/ou le pharmacien : repérer les patient à risque d'événements indésirables médicamenteux, sécuriser la gestion des médicaments, et gérer les situations à risque et les alertes

SR/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant :

- un déficit sensoriel majeur même appareillé ou un trouble majeur de la compréhension ou de l'expression du langage oral, par communication non verbale
- des troubles comportementaux importants et chroniques (angoisse, agressivité, apathie ...)
- un état anxio-dépressif chronique avec souffrance morale et retentissement important sur l'activité

SE/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant :

- aide éducative d'un patient atteint de pathologie(s) chronique(s) pour acquérir ou maintenir des compétences dont il a besoin dans la vie courante et dans le suivi de son traitement
- aide à l'apprentissage d'autosoins et de nouveaux comportements nécessaires à la

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Groupe 2 : 20 interventions

- prise en charge et au suivi du traitement de pathologie(s) chronique(s) en phase évolutive (par exemple lors de la mise en œuvre d'un traitement ou de la modification de celui-ci)
- aide à l'apprentissage de suppléance après perte récente d'une fonction ou d'un organe

Groupe 3 : 9 interventions

R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers d'un patient nécessitant des aspirations bronchiques (avec ou sans trachéotomie)

E/ Surveillance clinique d'un patient porteur d'une sonde urinaire à demeure et soins infirmiers, associée ou non à un trouble de l'élimination fécale

H/ Planification des soins d'hygiène, stimulation et apprentissage visant à maintenir les capacités d'autonomie restantes

H/ Aide du patient pour la réalisation de ses soins d'hygiène, et de son habillage/déshabillage

H/ Surveillance de l'intégrité de la peau et mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'un patient présentant un risque d'escarres

M/ Aide partielle aux transferts (couché/assis/debout), avec lever ergonomique et installation du patient, surveillance et prévention des complications

SR/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant :

- des troubles démentiels (désorienté, incohérent, perte de l'autonomie sociale, fugueur...)
- des troubles psychiatriques sévères avec incurie (manque total de soins de soi et d'hygiène avec indifférence aux conséquences)
- une situation de crise (annonce d'une pathologie grave, d'une perte de fonction/organe avec handicap, fin de vie,...)

Groupe 4 : 4 interventions

E/ Surveillance clinique de l'élimination (aspects qualitatifs et quantitatifs) et soins infirmiers liés à une incontinence permanente urinaire et/ou fécale

H/ Réalisation complète des soins d'hygiène et de l'habillage/déshabillage, sans participation du patient

M/ Aide totale aux transferts (couché/assis/debout), avec ou sans lève-malade et installation du patient, surveillance et prévention des complications

M/ Changements de positions fréquents, prévention des attitudes vicieuses, des complications de décubitus (planification et réalisation des soins)

6.2 Détermination des algorithmes classants**6.2.1 Détermination des domaines discriminants**

Les domaines Hygiène (H), Elimination (E) et Mobilité (M) sont les marqueurs qui sont apparus comme discriminants pour classer les patients en termes de lourdeur de prise en

charge. Les autres domaines sont fortement corrélés aux 3 domaines HEM et ne sont pas discriminants.

Pour chaque domaine HEM, on ne garde que la valeur maximale de groupe des interventions cochées pour le patient. Chacun de ces 3 domaines HEM n'a donc qu'un 1 seul indicateur, le plus élevé retrouvé⁴.

6.2.2 Détermination des classes à partir des combinaisons de groupe maximal des domaines HEM

Il existe 100 combinaisons possibles entre les groupes maximaux H, E et M :

$\{H0/H1/H3/H4\} \times \{E0/E1/E2/E3/E4\} \times \{M0/M1/M2/M3/M4\}$

- H0 veut dire qu'il n'y a pas eu d'intervention cochée dans le domaine Hygiène
- H3 veut dire qu'au moins une des interventions cochées dans le domaine Hygiène appartient au groupe 3 et c'est le groupe maximal retrouvé pour ce patient.

A partir des combinaisons observées dans le BSI, il est possible de déterminer les algorithmes des classes.

- Les patients appartenant à la classe « Légère » sont caractérisés par l'absence d'interventions cochées dans les 3 domaines HEM ou une valeur de groupe maximal au plus égale à 1 dans au moins 2 domaines HEM
- Les patients appartenant à la classe « lourde » sont caractérisés par la présence d'interventions cochées dans au moins 2 domaines HEM et une valeur de groupe maximal au moins égale à 3 dans au moins 2 domaines HEM

Les patients non orientés dans les classes de prises en charge « Légère » ou « lourde », sont classés en classe « Intermédiaire »

Exemple d'algorithmes :

- $H0 + E0 + M1$ affecte les patients vers la classe « Légère »
- $H3$ ou $H4 + E2 + M3$ ou $M4$ affecte les patients vers la classe « lourde »

6.3 Affectation du niveau de forfait journalier de prise en charge des patients dépendants

A l'exception des patients relevant d'une séance de soins hebdomadaire en AIS4, le classement des autres patients dépendants dans l'une des 3 classes « Légère » « Intermédiaire » ou « lourde » se fait en fonction des interventions réalisées par l'infirmier et cochées dans le BSI, auxquels correspondent des algorithmes orientant vers l'une des 3 classes.

⁴ La prise en compte de l'ensemble des valeurs retrouvées pour chacun de ces 3 domaines HEM ne modifie pas les résultats.

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

Le niveau du forfait journalier de prise en charge infirmier à facturer dépend de la classe à laquelle appartient le patient dépendant.

13 juin 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 128 sur 153

**ANNEXE XIII – SUIVI ET IMPACT DE LA MISE EN ŒUVRE DES FORFAITS
JOURNALIERS DE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT DÉPENDANT**

➤ **Forfait journalier de prises en charge d'un patient dépendant**

Champ observé	Forfaits journaliers de prise en charge des patients dépendants ou soins en AIS 3
Source	SNIRAM, tous régimes, dates de soins, France entière, infirmiers libéraux
Patients	Patients avec forfait journalier de prise en charge d'un patient dépendant ou avec soins en AIS 3
Indicateurs estimés et observés annuels	Quantités d'actes et honoraires associés
Mise en œuvre du dispositif	Mise en œuvre progressive de la réforme : - 1^{ère} étape (2020) : patients de 90 ans et plus - 2^{ème} étape (2021) : extension aux patients de 85 à 89 ans - 3^{ème} étape (2022) : extension aux patients de 78 à 84 ans - généralisation (2023) à toute la population
Périodes de référence et d'observation	Mesure de l'impact à chaque étape avant généralisation : - 1^{ère} impact : comparaison des données du 1^{er} semestre 2020 avec celles du 1^{er} semestre 2019 - 2^{ème} impact : comparaison des données du 1^{er} semestre 2021 avec celles du 1^{er} semestre 2020 - 3^{ème} impact : comparaison des données du 1^{er} semestre 2022 avec celles du 1^{er} semestre 2021
Indicateurs	Indicateurs observés = écarts en honoraires (HSD) et en montants remboursés entre les 2 périodes considérées : - pour le 1^{er} impact : écart d'au moins 10% en positif ou négatif - pour le 2^{ème} impact : écart d'au moins 7,5% en positif ou négatif - pour le 3^{ème} impact : écart d'au moins 5% en positif ou négatif



CIRCULAIRE

CIR-34/2019

Document consultable dans Médi@m

Date :

30/09/2019

Domaine(s) :

dossier client prof. de santé

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Présentation de l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers

Liens :

Plan de classement :

P04

Emetteurs :

DDGOS

Pièces jointes : 8

à Mesdames et Messieurs les

☒ Directeurs	☒ CPAM	☒ CARSAT	☒ Cnam
☒ Agents Comptables	☒ UGECAM	☒ CGSS	☒ CTI
☒ DCGDR			
☒ Médecins Conseils	☒ Régionaux	☒ Chef de service	

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

La circulaire a pour objet de présenter les dispositions de l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers signé le 29 mars 2019 et publié au journal officiel le 13 juin 2019 ainsi que les modalités de mise en œuvre de ces dispositions.
" Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du vendredi 27 septembre 2019– N ° 107 ".

Circulaire mise à jour le 30/01/2020

Mots clés :

infirmiers ; avenant 6 ; convention nationale ; démographie

Le Directeur Général

Nicolas REVEL

**CIRCULAIRE : 34/2019**

Date : 30/09/2019

Objet : Présentation de l'avenant n 6 à la convention nationale des infirmiers

Affaire suivie par :

- Réglementation et dispositions conventionnelles :

Département des professions de santé (DDGOS/DOS/DPROF)

- Facturation des actes :

Département des actes et des prestations (DDGOS/DOS/DACT)

SOMMAIRE DE LA CIRCULAIRE

1/ Préambule

2/ Conforter l'accès des patients aux soins infirmiers sur le territoire

3/ Valoriser l'activité des infirmiers libéraux

4/ De nouvelles modalités d'exercice conventionnel

5/ Moderniser les relations entre les infirmiers et l'assurance maladie

6/ Vie conventionnelle

1. Préambule

L'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers, conclu le 29 mars 2019, entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et 2 des 3 syndicats représentatifs de la profession, la Fédération nationale des infirmiers (FNI) et le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux (SNIIL) est paru au Journal officiel le 13 juin dernier ([annexe 1](#)).

Cet accord prévoit :

- un élargissement des interventions des infirmiers et la valorisation de leurs missions prioritaires réalisées pour le maintien à domicile des patients ;
- une évolution majeure de la prise en charge des patients dépendants avec la mise en place progressive du bilan de soins infirmiers et de la rémunération au forfait ;
- une valorisation de l'usage par les infirmiers des outils innovants permettant de soutenir les pratiques de coopération efficaces ;
- une évolution du dispositif démographique existant afin de continuer à favoriser une répartition plus équilibrée des infirmiers sur le territoire et permettre ainsi un meilleur accès de la population aux soins infirmiers.

En dehors des mesures démographiques incitatives et des mesures de valorisation pour lesquelles des dates d'entrée en vigueur précises figurent dans le texte de l'avenant, les dispositions conventionnelles prévues par cet avenant sont entrées en vigueur le 14 juin 2019.

A noter que cet avenant renove intégralement le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions de la convention nationale ainsi qu'à ses avenants 1 à 5 par la réécriture complète de la convention.

Cette circulaire a pour objet de présenter ce nouvel accord. Elle sera ultérieurement complétée par des instructions spécifiques sur les modalités de mise en œuvre de cet accord.

A noter que des supports de communication sur les dispositions de l'avenant 6 sont parallèlement en cours de préparation et seront diffusés au réseau fin septembre 2019. La foire aux questions infirmiers présente sous ameli réseau sera prochainement actualisée au regard des nouvelles dispositions de l'avenant 6.

2. Conforter l'accès des patients aux soins infirmiers sur le territoire (Titre Ier de l'avenant n°6)

L'avenant 6 renove le dispositif démographique existant. Il s'articule désormais autour de quatre axes :

2.1 Une méthodologie de zonage renouvée

Entrée en vigueur du dispositif : Dès la publication par le DG ARS de l'arrêté sur le nouveau zonage régional

Le zonage s'appuie désormais sur l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) développé par la DREES, en remplacement de la densité pondérée. Cette nouvelle méthodologie présente l'avantage, par rapport à la méthodologie précédente, de prendre davantage en compte, pour une zone donnée, l'offre et la demande en soins issues des communes environnantes (cette méthodologie est présentée en annexe 2 de l'avenant n°6).

Cet indicateur d'accessibilité permet de diviser, comme précédemment, le territoire selon un classement en 5 zones :

Zones très sous-dotées	Zones sous-dotées	Zones intermédiaires	Zones très dotées	Zones sur-dotées
Indicateur APL le plus faible (zones incitées) Zones représentant 5% de la population française	Zones représentant 9,5% de la population française	Zones représentant 36,8% de la population française	Zones représentant 20,4% de la population française	Indicateur APL le plus élevé (zones régulées) Zones représentant 28,4% de la population française

Plusieurs étapes sont nécessaires à la mise en œuvre du nouveau zonage :

- 1) Publication d'un arrêté ministériel national sur la méthodologie de zonage sur la base des dispositions insérées dans l'avenant n°6 ;
- 2)
- 3) Publication d'arrêtés régionaux par les directeurs généraux des ARS définissant dans chaque région le nouveau zonage. En effet, l'avenant n°6 prévoit la possibilité pour le directeur général de l'ARS de modifier le classement de certaines zones si les caractéristiques d'une zone tenant par exemple à sa géographie, à ses infrastructures ou encore à des indicateurs de fragilité le justifient. Il peut ainsi décider le basculement de certaines zones identifiées comme très sous-dotée vers un classement en zone très dotée et de certaines zones identifiées comme sur-dotées vers un classement en zones très-dotées et inversement (après concertation avec l'URPS et la CPR).
- 4)

Dans l'attente de la parution de ces arrêtés régionaux, les zonages antérieurement définis par les ARS pour les infirmiers restent en vigueur.

2.2 Trois nouveaux contrats incitatifs applicables dans les zones très sous dotées remplaceront à terme le contrat incitatif infirmier existant aujourd'hui

Entrée en vigueur du dispositif : Dès la publication par le DG ARS de l'arrêté sur le nouveau zonage régional et de l'arrêté sur les nouveaux contrats types régionaux (2 conditions cumulatives)

Afin de renforcer le dispositif incitatif proposé aux infirmiers, l'avenant 6 prévoit la mise en place de 3 nouveaux contrats incitatifs qui remplaceront à terme le contrat incitatif infirmier existant aujourd'hui. Vous retrouverez en [annexe 2](#) une présentation détaillée de ces 3 contrats.

Le circuit des demandes de contractualisation et d'enregistrement de ces contrats fera l'objet d'une instruction commune ministère/assurance maladie.

A. Le contrat d'aide à l'installation (CAII)

Bénéficiaires	Destiné aux infirmiers conventionnés s'installant en zone très sous-dotée à compter de la publication par le directeur général de l'ARS du contrat type régional et du nouveau zonage régional
Montant de l'aide financière allouée en contrepartie du respect des engagements	27 500 € sur 5 ans (non renouvelable) + 150 € par mois si l'infirmier s'engage à accueillir un étudiant infirmier dans son cabinet pour son stage de fin d'études (pendant la durée du stage).

Pour plus d'informations : se référer à [l'annexe 2](#) de la circulaire – fiche 1 CAII - aide à l'installation et à l'annexe III de l'avenant 6.

B. Le contrat d'aide à la première installation (CAPII)

Bénéficiaires	Destiné aux infirmiers conventionnés s'installant en zone très sous-dotée et sollicitant pour la 1 ^{ère} fois leur conventionnement auprès de l'Assurance Maladie à compter de la publication par le directeur général de l'ARS du contrat type régional et du nouveau zonage régional
Montant de l'aide financière allouée en contrepartie du respect des engagements	37 500 € sur 5 ans (non renouvelable) + 150 € par mois si l'infirmier s'engage à accueillir un étudiant infirmier dans son cabinet pour son stage de fin d'études (pendant la durée du stage).

Pour plus d'informations : se référer à [l'annexe 2](#) de la circulaire – fiche 2 CAPII - aide à la première installation et à l'annexe IV de l'avenant 6.

Précisions communes aux contrats d'aide à l'installation et d'aide à la première installation

- ✓ Le professionnel qui s'est installé en libéral dans l'année précédant l'entrée en vigueur des arrêtés relatif au nouveau zonage régional et aux contrats type régionaux pourra à titre dérogatoire bénéficier de l'adhésion au contrat d'aide à l'installation et d'aide à la première installation s'il répond aux conditions d'éligibilité. (les termes « dans l'année » doivent être interprétés comme une année glissante ; pour exemple, parution des arrêtés au 15/01/2020 ; un infirmier installé au 20/01/2019 pourra demander l'adhésion à l'un des nouveaux contrats). A noter qu'il ne sera pas possible au professionnel d'adhérer à l'un de ces contrats s'il bénéficie déjà de l'aide versée dans le cadre d'un contrat incitatif infirmier (CII) en cours (issu des avenants 3 et 5). Le professionnel devra, pour adhérer à l'un des nouveaux contrats, demander la résiliation anticipée de son ancien contrat (pas de cumul des contrats possible).
- ✓ Le contrat d'aide à l'installation et d'aide à la première installation, d'une durée de 5 ans, n'est pas renouvelable. Un professionnel ne peut donc bénéficier qu'une seule fois de ces contrats.

C. Le contrat d'aide au maintien (CAMI)

Bénéficiaires	Destiné aux infirmiers conventionnés déjà installés en zone très sous-dotée à compter de la publication par le directeur général de l'ARS du contrat type régional et du nouveau zonage régional
Montant de l'aide financière allouée en contrepartie du respect des engagements	3000 € par an sur 3 ans, renouvelable + 150 € par mois si l'infirmier s'engage à accueillir un étudiant infirmier dans son cabinet pour le stage de fin d'études (pendant la durée du stage).

Pour plus d'informations : se référer à [l'annexe 2](#) de la circulaire – fiche 3 CAMI - aide au maintien et à l'annexe V de l'avenant 6.

Précisions communes aux trois nouveaux contrats

- ✓ Les contrats incitatifs sont désormais tripartites : infirmier, CPAM et ARS
- ✓ L'infirmier disposant de plusieurs cabinets est tenu de formaliser sa demande d'adhésion au contrat auprès de sa caisse primaire de rattachement (CPAM du lieu d'installation de son cabinet principal).
- ✓ Les contrats démographiques sont individuels et conclus intuitu personae avec l'infirmier (en cas d'exercice en groupe ou en société, les contrats ne peuvent pas être conclus au titre d'un cabinet).
- ✓ Le professionnel ne peut pas cumuler dans le même temps son adhésion à un contrat d'aide à la première installation, d'aide à l'installation et d'aide au maintien. Toutefois, un professionnel ayant bénéficié d'un contrat d'aide à la première installation ou d'aide à l'installation pourra, à l'issue de son contrat, demander à adhérer au contrat d'aide au maintien en zone « très sous-dotée » s'il est éligible à ce contrat.
- ✓ Tout changement de résidence professionnelle, du professionnel contractant, dans un nouveau département, entraîne une modification des conditions contractuelles et une caducité du contrat démographique ; la caisse primaire du lieu d'installation de son cabinet principal se trouvant ainsi modifiée. La résiliation du contrat doit de fait être réalisée. Au contraire, il convient de ne pas procéder à la résiliation du contrat incitatif lorsque le changement de résidence professionnelle a lieu dans un même type de zone et dans un même département. En effet, dans cette situation, il n'y a pas d'impact sur les conditions contractuelles, et le contrat poursuit ses effets.

D. Versement des aides au contrat

Les modalités de liquidation des aides liées aux nouveaux contrats démographiques sont similaires à celles du contrat incitatif infirmier « CII » existant (cf. article 4 LR-DDGOS-1-2015).

Précisions communes aux contrats d'aide à l'installation et aide à la première installation :

- ✓ le 1^{er} versement de l'aide intervient au moment de la signature du contrat et les versements suivants avant le 30 avril de l'année civile suivante,
- ✓ Le montant de l'aide (1^{er} et 2^{ème} versement) peut être proratisé en fonction du nombre de jour d'activité de l'infirmier par semaine pour tenir compte de l'offre de soins apportée sur la zone : 100% de l'aide sera versée si l'infirmier exerce au minimum 3 jours d'activité par semaine (en moyenne sur l'année, les infirmiers ayant une répartition de leur travail pouvant varier sur l'année) ; en dessous de ce seuil, l'aide démographique versée à l'infirmier sera proratisée.

Précisions communes à l'ensemble des contrats démographiques :

- ✓ Les ARS peuvent décider dans certaines zones de majorer de 20% le montant des aides démographiques et des aides pour l'accueil d'un stagiaire.
- ✓ En cas de changement de lieu d'exercice du professionnel, impliquant également une modification de la caisse de rattachement, il appartient à la nouvelle caisse de rattachement de procéder à un éventuel paiement des aides démographiques, quand bien même le professionnel n'aurait pas conclu de nouveau contrat incitatif avec sa nouvelle caisse.
- ✓ En cas de départ anticipé de l'infirmier de la zone très sous dotée entraînant une résiliation du contrat, les raisons expliquant ce départ seront examinées avant de demander au professionnel concerné, la récupération éventuelle des sommes indument versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de sa résiliation.

Des précisions complémentaires sur le versement de ces aides démographiques seront apportées ultérieurement via une instruction DCGDR.

E. Entrée en vigueur des nouveaux contrats démographiques (avenant 6) et articulation avec le contrat incitatif infirmier existant (avenants 3 et 5)

L'adhésion aux nouveaux contrats démographiques ne pourra être proposée aux infirmiers qu'à compter de la publication par le directeur général de l'ARS de :

- l'arrêté relatif au nouveau zonage régional et de
- l'arrêté relatif aux contrats types régionaux. (Les deux conditions sont cumulatives)

- **Dans l'attente de l'ouverture effective des adhésions aux 3 nouveaux contrats** (attente de la publication des arrêtés des DG ARS), les infirmiers peuvent toujours adhérer aux contrats incitatifs (CII) en vigueur (issus des avenants 3 et 5, sur la base de l'ancien zonage qui reste en vigueur dans l'attente) ou voir renouveler leur adhésion à ces contrats jusqu'à la date d'entrée en vigueur des 3 nouveaux contrats incitatifs (dans ce cadre, contrat conclu seulement entre l'infirmier et la CPAM).

A noter que le modèle du CII (avenants 3 et 5) a été mis à jour au regard des modifications apportées par l'avenant 5 (nouveau modèle de contrat présent en annexe VI de l'avenant 6). Pour toute nouvelle adhésion au contrat incitatif, il y a donc lieu d'utiliser ce nouveau modèle.

- **A compter de l'entrée en vigueur du nouveau zonage et des nouveaux contrats types régionaux**, il ne sera plus possible d'adhérer au contrat incitatif infirmiers (CII), conclus dans le cadre des avenants 3 et 5, ni de voir renouveler les adhésions à ce contrat (l'adhésion aux nouveaux contrats étant désormais possibles).

Les CII en cours, signés jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau zonage et du contrat type régional, seront toutefois honorés jusqu'à leur terme, soit trois ans après leur signature.

Les professionnels dont le CII arrive à échéance pourront par la suite, et s'ils le souhaitent, demander à adhérer au nouveau contrat d'aide au maintien (CAMI) dès lors qu'ils sont éligibles à ce contrat.

Les infirmiers ayant conclu un contrat incitatif conformément aux avenants 3 et 5 et ne se trouvant plus dans les zones très sous-dotées à la suite de la publication du nouveau zonage, verront également leur contrat se poursuivre jusqu'à leur terme, soit trois ans après leur signature.

Précisions :

- ✓ Si l'entrée en vigueur des arrêtés relatifs au nouveau zonage et aux nouveaux contrats types régionaux intervient alors qu'une procédure de renouvellement d'un CII est en cours, la caisse pourra interrompre la procédure et proposer au professionnel concerné d'adhérer à un CAMI.
- ✓ Si un infirmier a conclu un CII dans l'année précédant l'entrée en vigueur des nouveaux contrats et du nouveau zonage (voir point B ci-avant), et qu'il est éligible à un CAII ou à un CAPII, il pourra, à titre exceptionnel, résilier son CII pour adhérer à l'un de ces nouveaux contrats.
- ✓ Un infirmier bénéficiaire d'un CII qui cesse ou suspend son activité libérale en zone très sous-dotée de manière temporaire et qui reprend ensuite son activité sur la même zone n'est pas éligible au contrat d'aide à l'installation. En effet, ce professionnel qui reprend son activité libérale n'est pas considéré comme un nouvel installé.
- ✓ Au contraire un infirmier bénéficiaire d'un CII qui ferme son cabinet et déménage dans une autre zone très sous-dotée pourra prétendre au contrat d'aide à l'installation étant donné qu'il apporte une nouvelle offre de soins sur la zone. A noter toutefois que le professionnel ne pourra bénéficier qu'une seule fois de ce nouveau contrat démographique conformément aux dispositions conventionnelles.

2.3 Un maintien du dispositif de régulation et une évolution des modalités du conventionnement dans les zones surdotées

Entrée en vigueur du dispositif : 14 juin 2019

Le dispositif de régulation en zone surdotée est maintenu. Ainsi, comme précédemment, le conventionnement en zone sur-dotée ne peut intervenir que si un autre infirmier a préalablement cessé son activité dans la zone (règle du 1 pour 1 : un conventionnement accordé pour un départ sur la zone surdotée).

A noter toutefois quelques évolutions dans le cadre de la procédure de conventionnement en zone surdotée :

- en cas de départ de la zone, la place alors vacante ne peut désormais être attribuée qu'au seul successeur de l'infirmier cessant définitivement son activité en zone surdotée. L'infirmier doit ainsi systématiquement produire dans le cadre de sa demande de conventionnement une attestation de l'infirmier dont il reprend l'activité et qui le désigne nommément comme son successeur. Cette attestation permettra à la CPD et au directeur de la CPAM d'autoriser le conventionnement sur la zone surdotée.

Précisions :

- ✓ A noter que le mémo élaboré pour faciliter l'instruction des dossiers de conventionnement en zone surdotée des infirmiers a, à cet effet, été mis à jour ([annexe 6](#)).
- ✓ Tout dossier de demande de conventionnement en zone surdotée déposé auprès de la caisse doit systématiquement être examiné en commission paritaire afin de permettre à l'instance conventionnelle d'avoir connaissance du dossier et d'en discuter et, ce, même en l'absence de départ au sein de la zone ou en l'absence de présentation dans le dossier de conventionnement d'une attestation de succession.
- ✓ Il est seulement exigé dans la convention que l'infirmier présente « une attestation de succession » pour assurer la continuité de prise en charge des patients. Toutefois, il est à noter que l'infirmier n'est pas obligatoirement tenu dans ce cadre d'intégrer le cabinet de l'infirmier

ayant cessé son activité dans la zone. (possibilité d'installation dans un cabinet limitrophe ou création de cabinet dans la zone surdotée considérée)

- ✓ Lors de la réunion de la CPN du 29 novembre dernier, les membres de la CPN se sont accordés sur le fait que :

- l'infirmier dispose de 6 mois maximum pour céder son activité et ainsi désigner un successeur. Passé ce délai, il convient que la reprise de patientèle n'est plus justifiée dans la mesure où cette dernière a été reprise par les autres cabinets du secteur

- si un infirmier « cédant » n'a pas suivi de patients sur la zone surdotée dans les 2 ans précédant sa cessation d'activité, il n'existe donc pas de patientèle à reprendre sur la zone et la place ne peut dès lors être ré-attribuée à un autre infirmier (sauf cas de maladie justifiée par l'infirmier). La CPAM est donc autorisée, pour chaque dossier de reprise, à vérifier via des requêtes qu'il y a bien une patientèle à reprendre sur la zone.

- ✓ l'avenant 6 prévoit le cas où l'infirmier n'est pas en mesure de désigner son successeur (force majeure entraînant un arrêt brutal et définitif de l'activité – ex : décès brutal) ; la CPAM alors informée doit solliciter les membres du cabinet de l'infirmier concerné pour désigner un successeur.

- L'infirmier repreneur bénéficiant du conventionnement est tenu d'initier ses formalités d'installation dans les 6 mois suivant la notification de la décision de conventionnement afin d'éviter le « blocage artificiel » de places en zones surdotées. Les courriers de notification du conventionnement en zone surdotée doivent dès lors être mis à jour et comporter systématiquement cette mention.

A défaut des formalités d'installation dans les 6 mois, la CPAM sollicitera le cabinet de l'infirmier ayant cessé son activité en zone surdotée pour désigner un nouveau successeur dans les 6 mois (après information de la CPD). A défaut de nouvelle désignation par le cabinet et après information de la CPD, la CPAM pourra acter la disparition de la place vacante sur la zone

- L'avenant 6 prévoit désormais la possibilité pour les CPD de statuer par mail sur les dossiers de demande de conventionnement (sous réserve que 2 réunions de la CPD en présentiel soit conservées sur l'année (abordant les dossiers liés à la démographie ou non) et d'une indemnisation des membres de la section professionnelle ayant émis un avis sur les dossiers – (15€ versés par dossier).
- Concernant les dérogations au principe de régulation liée une situation personnelle et professionnelle de l'infirmier (art.3.4.2 de la convention), a été ajoutée une dérogation supplémentaire liée au décès du conjoint entraînant un changement d'adresse professionnelle.

Précisions :

- ✓ Il revient à l'infirmier lui-même de soulever ce type de dérogation auprès de la CPAM lors du dépôt de son dossier
- ✓ La dérogation peut uniquement être demandée dans les 6 mois suivant l'évènement. La demande de conventionnement de l'infirmier est alors accompagnée d'un certificat de décès.
- ✓ Les autres cas de dérogations au principe de régulation liée une situation personnelle et professionnelle de l'infirmier sont inchangés par rapport à la précédente rédaction de la convention nationale. Pour les modalités d'application de ces dérogations (justificatifs requis, durée durant laquelle l'infirmier peut solliciter une telle dérogation), il y a toujours lieu de se référer à la lettre réseau LR-DDGOS-9/2012 qui reste applicable sur ce point.
- ✓ Lors de la réunion de la CPN du 29 novembre dernier, les membres de la CPN se sont accordés sur le fait que l'infirmier ayant bénéficié d'un conventionnement dérogatoire (ex : changement d'adresse) peut bénéficier dans ce cadre de la possibilité de céder son activité. Il s'agit ainsi d'une place supplémentaire accordée sur la zone.

2.4 Un encadrement de l'activité en zones intermédiaires ou très dotées situées en périphérie des zones sur-dotées

Entrée en vigueur du dispositif : à compter de la définition de la liste des zones concernées par la CPR dès lors que le nouveau zonage régional sera publié

Un encadrement du conventionnement en zone intermédiaire ou très dotée situées en périphérie des zones surdotées est mis en place.

Ainsi, l'infirmier libéral qui s'installera nouvellement dans l'une de ces zones (à compter de la parution du nouveau zonage) devra réaliser deux tiers de son activité dans sa zone d'installation pour renforcer l'adéquation du lieu d'installation de l'infirmier avec les réalités d'exercice (éviter que l'infirmier installé dans ces zones réalise en réalité la plupart de son activité en zone surdotée). Le directeur de la CPAM informera l'infirmier de la nécessité de respecter ce niveau d'activité lors de la notification du conventionnement.

En cas de non-respect de ce seuil d'activité, la caisse pourrait être en droit, après un courrier de signalement au professionnel, de retirer le conventionnement initialement accordé.

Précisions :

- ✓ cet encadrement de l'activité ne concerne que les nouvelles installations et ne concerne donc pas les infirmiers installés dans ces zones avant la parution de l'arrêté relatif au nouveau zonage infirmier.
- ✓ il n'est pas exigé des caisses de faire régulièrement un contrôle de l'activité des infirmiers installés sur ces zones. La disposition a simplement pour objet de donner les moyens aux caisses d'agir si elles constatent qu'un infirmier contourne manifestement le dispositif de régulation en exerçant principalement sur une zone sur-dotée alors même que ce dernier s'est installé dans une zone périphérique non régulée.
- ✓ Lors de la réunion de la CPN du 29 novembre dernier, les membres de la CPN se sont accordés sur les critères permettant de lister ces zones en vue d'harmoniser les procédures sur l'ensemble du territoire :
- ✓ 1^{ère} critère : il est procédé à l'élaboration de la liste des zones intermédiaires ou très dotées dont une des « frontières » touche une zone surdotée.
- ✓ 2^{ème} critère : au regard de la liste établie évoquée ci-dessus la CPRI peut décider de ne retenir qu'une partie des zones figurant dans cette liste au regard des données statistiques complémentaires permettant de vérifier par code commune et donc par zone, dans l'activité des infirmiers de ces zones périphériques, la part de patientèle dont le lieu de résidence est située en zone surdotée. Cette requête pourra être complétée par un croisement avec les données de connaissance du terrain.

3. Valoriser l'activité des infirmiers libéraux (Titre II de l'avenant 6)

L'avenant 6 prévoit la création de nouveaux actes qui viennent élargir les missions des infirmiers. Il acte également la revalorisation de certaines pratiques existantes répondant à des enjeux actuels de santé publique, de prévention et de qualité de prise en charge.

A noter que l'avenant prévoit pour chacune des mesures de nomenclature détaillées ci-après des dates d'entrée en vigueur précises.

De plus et à l'exception de la majoration conventionnelle liée à la prise en charge des jeunes enfants, l'ensemble des mesures nécessite au préalable, pour sa mise en œuvre, une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

Vous trouverez en [annexe 3](#) un tableau détaillant par année l'entrée en vigueur des mesures de valorisation.

3.1 Evolution des actes de surveillance et observation d'un patient à domicile

L'accord prévoit une évolution de l'acte d'administration et de surveillance d'une thérapeutique orale à domicile :

- avec l'inclusion des patients avec troubles cognitifs (y compris les maladies neuro-dégénératives ou apparentées) – à compter du 1^{er} décembre 2019
- et une revalorisation de l'acte - AMI 1,2 – à compter du 1^{er} juillet 2020

Précision : dans l'attente de la modification de la nomenclature concernant les patients présentant des troubles cognitifs, un moratoire est mis en place afin qu'aucun nouveau contrôle de l'assurance maladie et procédures ne soient initiés concernant la facturation de ces actes.

L'accord prévoit également une évolution du libellé de l'acte de surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement à domicile ou lors de la modification de celui-ci – à compter du 1^{er} décembre 2019 :

- avec la modification de la règle du passage quotidien (en conservant la notion de 15 passages maximum)
- et la suppression de la restriction pour les patients diabétiques insulino-dépendants.

3.2 Evolution de la prise en charge des pansements

3.2.1 Les pansements courants – à compter du 1^{er} janvier 2020

L'accord prévoit une revalorisation des actes de pansements de stomie, de trachéotomie et de changement de canule - AMI 3.

Il prévoit également une évolution de la description et l'individualisation des libellés des pansements après chirurgie des veines avec incisions cutanées multiples, chirurgies mammaires et abdominoplastie - AMI 3.

Précision : Dans le cadre de la chirurgie mammaire et en cas de bilatéralité, 2 actes peuvent être facturés au plus, le deuxième étant facturé à 50% quelle que soit la localisation des plaies : soit AMI 3 + AMI 3/2.

En cas de pansement post-opératoire d'exérèses multiples de varices et/ou de ligatures multiples de veines perforantes avec ou sans stripping, 2 actes peuvent être facturés au plus, le deuxième étant facturé à 50% quelle que soit la localisation des plaies, sur un même membre ou les 2. La précision, sur un même membre permet aux IDEL de pouvoir coter deux pansements de plaie sur un même membre, ce qui était jusqu'alors impossible. Ainsi les cotations sont les mêmes pour des plaies présentes sur un même membre ou sur les 2.

3.2.2 Les pansements lourds et complexes

L'accord prévoit une évolution du libellé de certains pansements lourds et complexes – à compter du 1^{er} janvier 2020

- Individualisation de l'acte de « pansement de brûlure après radiothérapie sur surface supérieure à 2% de la surface corporelle » - AMI 4.
- Suppression de la mention « chirurgical » pour les pansements lourds et complexes nécessitant méchage ou irrigation.
- Suppression de la mention « nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse ».

L'avenant prévoit par ailleurs la création de 3 nouveaux actes à la NGAP :

1/ Un bilan initial de prise en charge d'une plaie nécessitant un pansement lourd et complexe par épisode de cicatrisation - AMI 11 – à compter du 1^{er} janvier 2020

Cet acte comprend l'évaluation de la situation du patient, l'établissement d'une fiche descriptive de la plaie, l'élaboration d'un projet de soins et la réalisation du pansement.

Précisions :

- ✓ Un seul bilan est facturable par an sauf en cas de récurrence, la récurrence étant définie par une reprise des pansements lourds et complexes après une interruption de délivrance de pansements d'au moins 2 mois.
- ✓ Le bilan ne peut pas être associé avec une majoration de coordination infirmière (MCI).
- ✓ Le bilan comprend la réalisation d'un pansement complexe.
- ✓ Une prescription du bilan n'est pas nécessaire dès lors que la prescription comprend des pansements complexes. L'infirmier réalise, sur prescription de réalisation de pansements, un bilan à la 1^{ère} prise en charge, afin de considérer la situation globale du patient, de décrire de façon précise la plaie et de consigner ces informations par écrit afin de pouvoir quantifier de façon précise l'évolution de celle-ci. Ce bilan ne se substitue pas à l'évaluation clinique du médecin qui est nécessaire au préalable de la prescription des soins de plaie.
- ✓ Si plusieurs plaies coexistent à la première élaboration du bilan, un seul bilan est cotable. Ce bilan comprend le pansement d'une plaie. Si plusieurs plaies coexistent, en application de l'art.11B des Dispositions générales de la NGAP, seul un deuxième pansement lourd et complexe est cotable à 50% en sus de ce bilan, sans association de la MCI, soit par ex : AMI 11 + AMI 4(ou 5.1) /2 . Pour un patient diabétique insulino-traité, cette décote n'est pas applicable puisque les actes de l'article 5bis peuvent se cumuler entre eux sans application de l'art11B des Dispositions générales de la NGAP, soit AMI 11+AMI 4 (ou 5.1).

2/ Un acte d'analgésie topique - AMI 1,1 – à compter du 1^{er} juillet 2020

Analgésie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre, et aux plaies du patient insulino-traité (art.5bis chapitre2).

8 actes peuvent être facturés pour un patient par épisode de cicatrisation.

L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie et la mise en attente.

Précisions :

- ✓ A noter, la majoration de coordination infirmier (MCI) n'est pas associable à cette nouvelle cotation réalisée isolément ;
- ✓ Si l'acte d'analgésie topique est réalisé dans un temps distinct, nécessitant un deuxième passage pour la réalisation du pansement, la MAU et les frais de déplacement sont facturables comme suit:
 - Application d'analgésie topique en 1^{er} temps= AMI 1,1 + MAU + indemnités déplacement
 - Réalisation du pansement en 2nd temps = AMI 4 + MCI + indemnités déplacement

- ✓ Dans le cas contraire, l'acte d'analgésie topique et de pansement lourd et complexe sont cumulables à taux plein et la MAU ne s'applique pas : AMI 1,1 + AMI 4 + MCI + indemnité déplacement
- ✓ Si cet acte est réalisé dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant (AIS 3, BSA, BSB ou BSC), la cotation est AMX 1.1

3/ Un acte de pansement avec compression pour ulcère ou greffe cutanée (compression par bandes jusqu'à cicatrisation) - AMI 5,1 – à compter du 1^{er} juillet 2020

Précisions :

- ✓ La majoration de coordination infirmier (MCI) est applicable à cette nouvelle cotation.
- ✓ L'acte de pansement avec compression est associable à taux plein avec l'acte d'analgésie topique.

3.3 Prise en charge des soins postopératoires à domicile – à compter du 1^{er} janvier 2021

L'accord prévoit la création de 4 nouveaux actes à la NGAP afin de permettre à l'infirmier, sur prescription et avec l'élaboration d'un protocole écrit, la prise en charge des soins post-opératoires à domicile. Ces soins concernent les patients dont l'éligibilité à une chirurgie ambulatoire ou à un parcours clinique de réhabilitation améliorée après chirurgie dépend d'un accompagnement ponctuel pour le retour à domicile en post opératoire.

1/ Une séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire – AMI 3,9

Trois séances au plus peuvent être facturées pour un patient du retour à domicile (J0) à la veille de la 1^{ère} consultation post-opératoire avec le chirurgien, ou à défaut à J+6 inclus.

2/ Une séance de surveillance du cathéter périmerveux pour analgésie post-opératoire - AMI 4,2

Un acte au plus de surveillance peut être facturé par jour avec présence d'un aidant à domicile, ou deux actes au plus en l'absence d'aidant sur trois jours consécutifs (sous réserve de la modification du décret de compétences des infirmiers).

3/ Un acte de retrait de sonde urinaire - AMI 2

Précision : Un acte de retrait de sonde urinaire sera parallèlement ajouté à l'article 6 du chapitre I du titre XVI de la NGAP, cet acte n'étant pas lié aux seuls soins post-opératoires.

4/ Un acte de surveillance de drain de redon et/ou retrait post-opératoire de drain - AMI 2,8

Deux séances peuvent être facturées pour un patient à partir du retour à domicile.

Précisions :

- ✓ Les séances de surveillance cotées AMI 3,9 et 4,2 ne sont pas cumulables entre elles.
- ✓ Chacune d'elles peut toutefois être associée avec l'acte de retrait de sonde urinaire ou l'acte de surveillance de drain de redon et/ou retrait post-opératoire de drain à taux plein.

3.4 Accompagnement de la prise médicamenteuse à domicile – à compter du 1^{er} janvier 2022

L'accord prévoit la création d'un nouvel acte à la NGAP d'accompagnement par l'infirmier de la prise médicamenteuse à domicile – à compter du 1^{er} janvier 2022

Cet acte peut être prescrit par le médecin pour les patients non dépendants, polymédiqués et présentant des critères de fragilité identifiés par le médecin, lors de la mise en œuvre ou de la modification d'un traitement, ou encore au cours d'une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique du patient.

Cet acte est décliné en 3 séances (1^{ère} séance valorisée AMI 5,1 / 2^{ème} et 3^{ème} séance valorisées AMI 4,6), réalisables dans un délai maximal d'un mois. Elles comprennent l'adhésion du patient au traitement, l'observance, la gestion du stock des médicaments, la détection des effets indésirables et l'aide à l'organisation de la prise médicamenteuse. Elles sont renouvelables sur prescription une fois dans les 12 mois qui suivent.

Précision : Les actes de surveillance et d'observation d'un patient à domicile peuvent être, le cas échéant, prescrits à la suite par le médecin (art. 10 Chapitre 1).

3.5 Prise en charge des enfant de moins de 7 ans – à compter du 1^{er} janvier 2020

L'accord prévoit la création d'une majoration conventionnelle (non inscrite à la NGAP) d'un montant de 3,15 €/séance réalisée auprès des enfants de moins 7 ans - Code acte MIE.

Précisions :

- ✓ La majoration peut être cotée jusqu'à la veille du 7^{ème} anniversaire de l'enfant.
- ✓ La majoration est cumulable avec les autres majorations applicables à l'acte (MAU, MCI, majoration dimanche et jours fériés, etc.).

3.6. Les autres mesures de valorisation

- Prélèvements sanguins – à compter du 1^{er} décembre 2019

L'accord prévoit la possibilité d'associer à taux plein l'acte de prélèvement sanguin avec tous les actes infirmiers (AMI quel que soit le coefficient associé, AIS quel que soit le coefficient associé, DSI et BSI), dans la limite de 2 actes au plus facturables selon les Dispositions générales de la NGAP. Pour rappel, les actes de l'article 5bis du chapitre II de la NGAP pour les patients diabétiques insulino-traités, sont cumulables entre eux et ne comptent au titre de la nomenclature que pour 1 seul acte facturé.

- Extension du champ de la MAU – à compter du 1^{er} décembre 2019

Le champ de la majoration pour acte unique a été étendu aux actes AMI dont les coefficients sont inférieurs ou égaux à 1,5.

3.7 Le Bilan de soins infirmiers et les nouvelles modalités de tarification des soins infirmiers auprès des patients dépendants – à compter du 1^{er} janvier 2020

L'accord prévoit une réforme majeure de la prise en charge des patients dépendants à domicile avec la mise en place progressive du bilan de soins infirmiers et d'une rémunération au forfait.

3.7.1 Remplacement progressif de la démarche de soins infirmiers par le bilan de soins infirmiers

Le nouveau dispositif, bilan de soins infirmiers (BSI), sera mis en place progressivement à compter du 1^{er} janvier 2020 en remplacement de la démarche de soins infirmiers (DSI).

A l'instar de la DSI,

- ✓ il s'agit d'un outil permettant à l'infirmier de faire une évaluation de l'état de santé de son patient dépendant afin d'établir un plan de soins infirmiers personnalisé.
- ✓ ce bilan est obligatoire avant toute facturation des soins infirmiers réalisés auprès des patients dépendants.

La nouveauté de cet outil, élaboré en concertation avec les représentants de la profession, réside dans son format entièrement dématérialisé (téléservice assurance maladie sous ameli pro) et standardisé. Ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2020, tous les infirmiers libéraux devront disposer d'un compte ameli pro.

Vous trouverez en [annexe 4](#) une présentation de ce nouveau dispositif.

Ce bilan doit être réalisé une fois par an sauf si la situation clinique du patient nécessite la réalisation d'un ou de deux bilans intermédiaires dans l'année.

L'avenant prévoit par ailleurs, une valorisation de ce bilan : **25 € BSI initial** (1^{er} bilan réalisé par l'infirmier pour le patient) / **12 € BSI intermédiaire** (si évolution de l'état de santé du patient dans l'année) ou en renouvellement (bilan à renouveler chaque année).

Précisions :

- ✓ Le « BSI initial » est défini comme suit : BSI réalisé sur prescription, par l'infirmier (ou groupe d'infirmiers) pour la prise en charge infirmière d'un patient dépendant éligible au BSI (1 seul BSI réalisé pour un groupe d'infirmiers).
- ✓ Le « BSI de renouvellement » est défini comme suit : BSI réalisé sur prescription, par l'infirmier (ou groupe d'infirmiers) prenant déjà en charge le patient dépendant éligible au BSI, en cas de prolongation de la prise en charge infirmière au-delà de 1 an.
- ✓ Le « BSI intermédiaire » est défini comme suit : BSI réalisé à l'initiative de l'infirmier (ou groupe d'infirmiers) prenant déjà en charge le patient dépendant éligible au BSI, en cas de modification substantielle et durable de sa prise en charge due à une évolution de son état de santé ou de son degré d'autonomie. La prise en charge de ce BSI par l'assurance maladie ne nécessite pas de nouvelle prescription. Toutefois, l'infirmier devra rattacher la facturation de ce BSI à la dernière prescription datant de moins d'1 an.

3.7.2 Réforme de la tarification des soins auprès des patients dépendants

A. Remplacement progressif de la rémunération à l'acte par une rémunération au forfait

Les partenaires conventionnels ont souhaité réformer les conditions de tarification des soins réalisés auprès des patients dépendants afin de mieux prendre en compte la charge de travail de l'infirmier dans la prise en charge du patient et le niveau de complexité de certains actes réalisés. Ainsi, l'accord prévoit la création, à la NGAP, de trois forfaits journaliers de prise en charge des patients dépendants (regroupant l'ensemble des interventions de l'infirmier dans la même journée pour un patient dépendant donné) qui remplaceront progressivement la rémunération à l'acte (facturée en AIS).

La valorisation de ces trois forfaits journaliers diffère selon la charge en soins nécessitée par le patient :

- 1^{er} forfait pour le suivi des patients ayant une prise en charge dite « légère » valorisé à **13 € (code acte BSA)** ;
- 2^{ème} forfait pour le suivi des patients ayant une prise en charge dite « intermédiaire » valorisé à **18,20 € (code acte BSB)** ;

- 3^{ème} forfait pour le suivi des patients ayant une prise en charge dite « lourde » valorisé à 28,70 € (code acte BSC).

	Tarif en €	
	Métropole	DOM
Forfait Léger (BSA)	13,00	13,25
Forfait Intermédiaire (BSB)	18,20	18,55
Forfait Fort (BSC)	28,70	29,25
AMX	3,15	3,30

Précisions :

- ✓ Le niveau du forfait journalier est automatiquement déterminé par l'outil BSI en fonction des interventions saisies dans l'outil.
- ✓ En cas de prise en charge du patient par plusieurs infirmiers, seul un infirmier peut facturer le forfait journalier.
- ✓ Pour un même patient, la facturation de forfaits dans le cadre du BSI ne peut pas coexister avec celle en AIS sur la même période de soins. Une fois que le patient entre dans le cadre du BSI, pas de facturation en AIS possible.

B. Actes techniques, majorations et frais de déplacement autorisés en association du forfait

➤ Actes techniques autorisés en association du forfait

L'avenant prévoit la possibilité de facturer en sus du forfait journalier (ou AIS 3) certains actes techniques à taux plein – code AMX - à compter du 1^{er} janvier 2020

- ✓ Perfusions ;
- ✓ Pansements lourds et complexes ;
- ✓ Prélèvements sanguins ;
- ✓ Surveillance clinique et de prévention suite à une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO).

Par ailleurs, l'avenant prévoit la possibilité de facturer en sus du forfait journalier certains actes techniques avec application de l'article 11B des Dispositions générales de la NGAP (2^{ème} acte à 50%) – code AMX – à compter du 1^{er} mai 2020

- ✓ Injections intramusculaires, intradermiques, sous-cutanées ;
- ✓ Injections sous-cutanées d'insuline ;
- ✓ Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline selon les indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané.

A noter que l'application de cette disposition fait actuellement l'objet d'échanges avec les représentants de la profession. Des précisions seront apportées dans une instruction à venir.

➤ Indemnités de déplacements et majorations autorisées en association du forfait

A chaque déplacement, l'infirmier peut facturer ses indemnités de déplacement (code IFI), ses éventuelles IKet majorations (nuit, dimanche et jour férié, MCI, MIE) en plus du forfait journalier.

Précisions :

- ✓ Le tarif de la lettre clé AMX est le même que celui de l'acte AMI. Ce code acte spécifique permettra de distinguer les actes techniques réalisés au titre de la dépendance (AMX) de ceux réalisés hors cadre de la dépendance (AMI).
A l'issue du BSI, un plan de soins est établi par l'IDEL. L'IDEL définit alors ce qui est en rapport avec la dépendance, notamment le nombre de passages par jour. Les actes prévus dans le cadre de la dépendance, et dont la facturation est autorisée en sus de la séance de soins, sont cotés en AMX.
- ✓ Le tarif de la lettre clé IFI est le même que celui de l'IFD. L'IFI peut être facturée isolément ou avec un acte infirmier coté en AMX. L'IFI peut se cumuler avec les indemnités kilométriques et les majorations autorisées (avec ou indépendamment de la facturation d'un acte).
- ✓ Le cas du déplacement exceptionnel au-delà des soins et déplacements prévus dans le plan de soins est facturable en cotation AMI et IFD.
- ✓ Dans le cadre de la nouvelle tarification, un seul infirmier sera amené à facturer, en tant qu'exécutant, le forfait journalier (regroupant l'ensemble des actes réalisés dans la journée auprès du patient et ce, même si plusieurs infirmiers sont amenés à intervenir auprès du patient dans la journée au regard des tournées effectuées). De fait, l'infirmier ayant facturé le forfait sera parfois amené à rétrocéder des honoraires ou à les partager avec d'autres infirmiers ayant le cas échéant effectué des soins dans la journée auprès du même patient.
Cependant chaque infirmier facture, au titre de son passage, ses indemnités de déplacement, ses éventuels actes techniques et majorations autorisés en plus du forfait.
- ✓ Le forfait journalier couvre l'ensemble des soins de la journée liés à la dépendance. Dès lors, l'infirmier n'est pas autorisé à facturer une MAU.

C. Mise en œuvre progressive du BSI et de la nouvelle tarification des soins

Compte-tenu du caractère novateur de la mesure et de son impact financier, le BSI et le nouveau mode de facturation associé (forfaits journaliers) seront mis en place progressivement en 3 étapes, à partir du 1^{er} janvier 2020, avant une généralisation à l'ensemble des patients dépendants au 1^{er} janvier 2023 :

✚ Patient 90 ans et +	► 1 ^{er} janvier 2020
✚ Patient 85 ans et +	► 1 ^{er} janvier 2021
✚ Patient 78 ans et +	► 1 ^{er} janvier 2022
Tout patient dépendant	► 1 ^{er} janvier 2023

Des évaluations intermédiaires sont prévues. En effet, pour le passage à chaque étape, les partenaires conventionnels examineront, dans le cadre de la CPN, les résultats et les impacts de la mise en œuvre de ce nouveau mode de valorisation. Ce suivi permettra d'affiner l'estimation de la fréquence et la répartition des patients sur les différents forfaits en vue du respect des montants financiers estimés de l'impact de la mise en œuvre de ces mesures. Le passage d'une étape à l'autre est ainsi soumis à un accord entre les syndicats représentatifs des infirmiers et la Cnam dans les conditions prévues par l'avenant.

Vous retrouverez en [annexe 5](#) un tableau récapitulatif de la facturation des soins pendant la période de mise en œuvre progressive (selon que le patient est intégré ou non dans le nouveau dispositif).

3.8 Accompagnement des patients par les infirmiers de pratique avancée

Le 5 juin 2019, la Cnam a ouvert de nouvelles négociations avec les représentants des infirmiers pour établir les modalités de la valorisation des Infirmiers de pratique avancée (IPA) pouvant exercer dans le cadre libéral. L'avenant 7 a été signé le 4 novembre 2019.

3.9 L'accompagnement par l'infirmier du patient à la téléconsultation – à compter du 1^{er} janvier 2020

L'avenant n°6 met en place une valorisation de l'infirmier amené à accompagner le patient dans le cadre de téléconsultations organisées à la demande du médecin.

Trois nouveaux actes d'accompagnement seront créés à la NGAP à cet effet et valorisés différemment selon que

- ✓ l'acte est réalisé lors d'un soin infirmier déjà prévu (code TLS – acte à 10 €) ;
- ✓ l'acte est réalisé isolément dans un lieu dédié aux téléconsultations (code TLL – acte à 12 €) ;
- ✓ l'acte est organisé de manière spécifique à domicile (code TLD – acte à 15 €).

Précision :

- ✓ Une aide financière à l'équipement de vidéotransmission et en appareils médicaux connectés est prévue dans le cadre du forfait d'aide à l'informatisation et à la modernisation du cabinet (voir ci-après).
- ✓ Pour le code TLL, par dérogation à l'article 13 des Dispositions générales, les indemnités de déplacement sont applicables par l'infirmier. Elles ne sont applicables qu'une fois lorsque l'infirmier accompagne plusieurs patients au cours de téléconsultations réalisées successivement dans un même lieu dédié. Deux déplacements dans un lieu dédié aux téléconsultations, au plus, sont facturables par jour.
- ✓ Pour le code TLD, les indemnités de déplacement s'appliquent.

Des instructions complémentaires vous seront adressées sur la mise en œuvre de ces différentes mesures de valorisation prévues par l'avenant 6.

4. De nouvelles modalités d'exercice conventionnel (Titre III de l'avenant 6)

4.1 Les conditions générales d'installation et de cessation d'activité en exercice libéral sous convention évoluent

Entrée en vigueur des mesures : 14 juin 2019

4.1.1 Nature de l'expérience professionnelle préalable prise en compte (article 8)

Les dispositions actuelles de la convention nationale précise que l'expérience professionnelle prise en compte est celle acquise dans une structure de soins généraux installée dans l'un des Etats membres de l'Union européenne ou en Suisse.

L'avenant 6 prévoit désormais la possibilité de comptabiliser l'expérience professionnelle réalisée par un infirmier au Québec (sous réserve que le titre de formation ait fait l'objet d'une procédure d'équivalence au titre de l'arrangement Franco-Quebecois de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des infirmiers du 30 juin 2010 modifié).

L'avenant 6 anticipe également le Brexit en prévoyant la possibilité de continuer à prendre en compte l'expérience professionnelle réalisée au Royaume-Uni.

4.1.2. Durée de l'expérience professionnelle préalable exigée avant toute installation en libéral

L'expérience professionnelle préalable exigée pour les infirmiers souhaitant s'installer en libéral après une expérience en tant que remplaçant en libéral a été alignée sur celle des infirmiers souhaitant s'installer en libéral sous convention directement après une expérience en structure (24 mois d'expérience exigée au total) :

- si l'infirmier souhaite s'installer en libéral à la suite d'une expérience en structure : nécessité pour l'infirmier de justifier de 24 mois d'expérience (3200h) au sein d'une structure de soins généraux au cours des 6 années précédant la demande d'installation en libéral sous convention
- si l'infirmier souhaite s'installer en libéral à la suite d'une expérience en tant que remplaçant libéral : nécessité pour l'infirmier de justifier de 6 mois (ou 800 h ou 109 jours) d'expérience en tant que remplaçant d'un IDEL conventionné au cours des 6 années précédant la demande d'installation en libéral sous convention en plus des 18 mois (ou 2400 heures) d'expérience déjà justifiés dans une structure de soins généraux dans les 6 années précédant la date de demande de remplacement en libéral.

A noter que les mémos élaborés pour faciliter l'instruction des dossiers de conventionnement liés à l'installation ou au remplacement des infirmiers libéraux ont, à cet effet, été mis à jour ([Annexe 6](#))

4.1.3 Mise en place d'un fichier de suivi des infirmiers remplaçants

Les caisses sont tenues de constituer pour leur circonscription un fichier de recensement du nombre d'infirmiers libéraux remplaçants. Ce fichier sera transmis chaque année fin décembre à la Cnam sur la boîte générique dprof-idel-orthopho.cnam@assurance-maladie.fr

4.1.4 Encadrement des conditions d'exercice des salariés des infirmiers libéraux

Compte-tenu de la modification récente du code de déontologie, les infirmiers conventionnés peuvent désormais salarier des confrères.

L'avenant 6 encadre donc désormais les conditions d'exercice de ces professionnels pouvant exercer dans le champ libéral

Ces derniers doivent :

- se faire enregistrer auprès de la caisse comme salarié d'un professionnel de santé libéral
- justifier d'une activité professionnelle préalable auprès de la CPAM au même titre qu'un infirmier remplaçant et
- produire à la CPAM leur diplôme, leur contrat de travail ou la déclaration préalable à l'embauche, leur numéro d'inscription à l'ordre, l'adresse de leur lieu d'exercice, le nom et la qualification de son employeur, l'indication de leur propre numéro d'immatriculation à la sécurité sociale.

A noter que les caisses sont tenues de constituer pour leur circonscription un fichier de recensement du nombre d'infirmiers salariés de confrères libéraux conventionnés. Ce fichier sera transmis chaque année fin décembre à la Cnam sur la boîte générique dprof-idel-orthopho.cnam@assurance-maladie.fr

4.1.5 Encadrement des conditions d'exercice des prestataires de services

Les conditions d'exercice des infirmiers prestataires de services (au sens de la libre prestation de services des ressortissants de l'Union européenne) sont désormais encadrées : ces derniers sont tenus, à l'instar de tout infirmier libéral, de se conventionner auprès de la caisse et de justifier d'une expérience professionnelle préalable en vue d'une installation ou d'un remplacement en libéral sous convention.

4.2 Précisions sur les conditions de cessation de l'activité d'infirmier

Entrée en vigueur des mesures : 14 juin 2019

L'avenant précise que l'infirmier cessant son activité libérale est tenu d'en informer sa caisse de rattachement dans un délai de 2 mois.

Une disposition est également introduite concernant les professionnels pour lesquels aucune facturation à l'assurance maladie n'est constatée pendant une période d'au moins 12 mois. Dans ce cas, les caisses peuvent notifier à l'infirmier concerné la suspension de l'application de l'ensemble des dispositions conventionnelles. A noter que cette suspension n'est pas applicable lorsque l'infirmier justifie cette cessation d'activité par un motif indépendant de sa volonté comme un arrêt maladie. Elle prend fin également par simple déclaration de reprise d'activité du professionnel.

4.3 Mise en place d'un dispositif de plafonnement journalier des indemnités kilométriques

Entrée en vigueur du dispositif : 31 mars 2020

Des travaux ont été initiés par la Cnam, en concertation avec les représentants des infirmiers, visant à la mise en place d'un dispositif de plafonnement journalier du montant facturé des indemnités kilométriques (IK) afin de limiter les dérives de facturation constatées :

- ✓ jusqu'à 299 km cumulés par jour : pas d'abattement du tarif du remboursement des IK ;
- ✓ à partir de 300 km cumulés par jour : un abattement de 50% du tarif du remboursement des IK est ainsi appliqué ;
- ✓ à partir de 400 km cumulés par jour : un abattement de 100% du tarif est appliqué.

A noter que ce dispositif de plafonnement est directement intégré aux logiciels de facturation. Il ne nécessite donc pas de formalité particulière de l'infirmier.

L'avenant prévoit le fait que les infirmiers conservent la possibilité de procéder à une « facturation en étoile ».

Parallèlement, les partenaires conventionnels ont engagés des travaux visant à clarifier les conditions de facturation des indemnités kilométriques notamment sur la définition de la notion d'agglomération et sur les possibilités de dérogation à la règle du professionnel de santé le plus proche. Les travaux de ce groupe de travail devront aboutir fin 2019. Pendant la durée des travaux du groupe de travail, un moratoire relatif à la facturation de ces actes est mis en place afin qu'aucun nouveau contrôle de l'assurance maladie et procédures ne soient initiés sur ce sujet.

5. Moderniser les relations entre les infirmiers et l'assurance maladie (Titre IV de la convention nationale)

5.1 Simplification des échanges entre les infirmiers et l'assurance maladie

Entrée en vigueur des mesures : 14 juin 2019

L'avenant 6 s'attache à simplifier les échanges entre l'infirmier libéral et l'assurance maladie. Pour cela, il s'adapte aux dernières évolutions législatives et réglementaires concernant les règles de facturation SESAM Vitale et la mise en œuvre du tiers payant (pour les bénéficiaires de l'ACS, pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d'une affection de longue durée...).

5.2 Mise en place d'un forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation

Entrée en vigueur des mesures : 1^{er} janvier 2020

L'assurance maladie poursuit sa démarche d'aide aux professionnels à s'équiper et à moderniser leur cabinet. A cet effet et à l'instar d'autres professions, un forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation est mis en place et remplacera les aides à la télétransmission, à la maintenance et l'aide SCOR actuellement versées.

Le forfait est composé des indicateurs suivants :

INDICATEURS	PRÉ-REQUIS	MONTANTS (SOUS RESPECT DES INDICATEURS)
SOCLES	► Utiliser un logiciel métier DMP-compatible ► Atteindre un taux de télétransmission $\geq$ à 70% ► Disposer d'une adresse de Messagerie sécurisée de santé ► Utiliser la Solution SCOR ► Être doté d'une version du CDC SESAM-Vitale à jour	490 €
COMPLEMENTAIRE (transformé en indicateur socle en 2022)	► Appartenance à une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), équipe de soins primaires (ESP) ou autres formes d'organisations capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients	100 €
+ OPTIONNEL « Télémédecine »	► Aide financière à l'équipement de vidéotransmission	350 €
	► Aide financière à l'équipement en appareils médicaux connectés	175 €
+ OPTIONNEL « DMP »	► Ouverture d'un DMP	1€ par DMP ouvert

** Observation de l'état de l'équipement au 31 décembre 2020.*

Le forfait sera versé pour la première fois aux infirmiers en 2021 (au titre de l'observation de l'état de l'équipement de l'infirmier au 31 décembre 2020). Il sera versé annuellement au plus tard à la fin du premier semestre de l'année.

Précisions :

- ✓ Un infirmier ne peut percevoir les aides liées aux indicateurs complémentaires que si ce dernier remplit les indicateurs socles ; au contraire les aides liées aux indicateurs optionnels sont indépendantes et peuvent ainsi être versées aux infirmiers ne remplissant pas les indicateurs socles.
- ✓ Des instructions spécifiques vous seront adressées ultérieurement sur la mise en place de ce nouveau forfait : détails des indicateurs, saisie des indicateurs par les professionnels, vérification des engagements, gestion des pièces justificatives, modalités de versement de l'aide, accompagnement des professionnels, gestion des contestations

6. Vie conventionnelle (titre VI de l'avenant 6)

Entrée en vigueur des mesures : 14 juin 2019

6.1 Les instances paritaires

6.1.1 Tenue des réunions des instances paritaires

Les réunions des CPD/CPR/CPN peuvent désormais se tenir en présentiel, par visioconférence ou par voie électronique sous réserve qu'au moins 2 réunions de l'instance paritaire soient conservées en présentiel sur l'année.

Précision :

- ✓ Les réunions des instances paritaires pouvaient précédemment se tenir « à distance » si le règlement intérieur de ces instances le prévoyait (faute de mention expresse sur ce point dans la précédente rédaction de la convention nationale)
- ✓ L'absence de signature par le syndicat Convergence Infirmière de l'avenant 6 à la convention nationale n'a pas d'impact sur la vie conventionnelle et notamment la composition des instances paritaires (ce dernier étant toujours signataire de la convention nationale).

6.1.2 Indemnisation des membres de la section professionnelle

Réunions en présentiel ou par visio conférence : Les représentants titulaires de la section professionnelle des CPD/CPR/CPN perçoivent désormais une indemnité de vacation de 49 AMI par séance.

Réunion par voie électronique : les représentants titulaires de la section professionnelle des CPD/CPR/CPN ayant formulé un avis sur les dossiers perçoivent une indemnité de 15 € par dossier.

6.2 Mise en place d'une procédure de déconventionnement exceptionnel à l'instar de celle existant pour les médecins, les sages-femmes, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes et progressivement étendue à toutes les conventions.

Pour plus d'information sur le déroulé de la procédure, vous trouverez les schémas récapitulatifs des différentes procédures conventionnelles en [annexe 7](#) de cette circulaire.

Nos équipes restent bien entendu à votre disposition en cas de difficulté dans l'application des présentes instructions.

PJ :

- **Annexe 1 :** Avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux
- **Annexe 2 :** Fiches thématiques sur les contrats incitatifs
- **Annexe 3 :** Tableau récapitulatif de l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles
- **Annexe 4 :** Fiche pratique BSI
- **Annexe 5 :** Fiche pratique – facturation des soins patients dépendants
- **Annexe 6 :** Mémos – aide à l'instruction des dossiers de conventionnement des infirmiers libéraux (installation, remplacement, installation en zone surdotée)
- **Annexe 7 :** Schémas récapitulatifs des procédures conventionnelles infirmiers
- **Annexe 8 :** Modalités de mise en œuvre des dérogations au principe de régulation liée à une situation personnelle et professionnelle de l'infirmier

Avenant n°8 du 10 janvier 2022

12 janvier 2022

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 20 sur 123

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 10 janvier 2022 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie, signée le 22 juin 2007

NOR : SSAS2200955A

Le ministre de l'économie, des finances et de la relance et le ministre des solidarités et de la santé,
Vu le code de la sécurité sociale, et notamment ses articles L. 162-9, L. 162-14-1 et L. 162-15,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvé l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie, annexé au présent arrêté, conclu le 9 novembre 2021, entre d'une part l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Fédération nationale des infirmiers et le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux.

Art. 2. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 10 janvier 2022.

*Le ministre des solidarités
et de la santé,*

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
K. JULIENNE

*Le ministre de l'économie,
des finances et de la relance,*
Pour le ministre et par délégation :
*La cheffe de service
adjointe au directeur de la sécurité sociale,*
M. KERMOAL-BERTHOMÉ

ANNEXES

AVENANT N° 8 À LA CONVENTION NATIONALE
ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES INFIRMIERS ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 22 JUIN 2007

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-12-2, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Vu la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007, publiée au *Journal officiel* du 25 juillet 2007, ses avenants et ses annexes.

Il est convenu ce qui suit entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)

et

La Fédération nationale des infirmiers,

Le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux.

Préambule

Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie est un enjeu de santé publique majeur. Les partenaires conventionnels conviennent du rôle clé des infirmiers libéraux dans le nécessaire virage ambulatoire de notre système de santé, gage d'une prise en charge plus efficiente, mieux coordonnée et plus adaptée aux besoins des patients et à l'évolution de leurs pathologies.

Les partenaires conventionnels ont engagé à cet effet, dans le cadre de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers, une réforme importante de la prise en charge des patients dépendants à domicile en créant un nouvel outil dématérialisé d'évaluation des besoins du patient dépendant, le bilan de soins infirmiers.

L'avenant 6 a fait parallèlement évolué les modes de rémunération des infirmiers pour les soins réalisés au domicile auprès des patients dépendants afin de mieux tenir compte de la charge de travail de l'infirmier auprès de ces patients (technicité, coordination, nombre d'actes, pénibilité,...) et du niveau de complexité de certains actes réalisés. L'avenant 6 a ainsi mis en place une nouvelle tarification de ces soins avec 3 niveaux de forfaits journaliers définis en fonction de la charge en soins infirmière (légère, intermédiaire, lourde) en remplacement de la rémunération à l'acte facturée en AIS à chaque passage au domicile du patient.

Le dispositif BSI devait se déployer en 4 étapes correspondant à des classes d'âge de patients basculant dans ce nouveau dispositif.

L'objectif de cette entrée en vigueur échelonnée dans le temps était de permettre aux partenaires conventionnels de mieux suivre la mise en œuvre de la réforme, son impact financier et de réévaluer si besoin le dispositif.

Au regard de la dynamique des prises en charge des patients de 90 ans et plus ayant basculé dans le nouveau dispositif au 1^{er} janvier 2020 et dans le but de préserver cette réforme essentielle, les partenaires conventionnels ont convenu de reporter la deuxième étape du BSI (extension aux patients dépendants de 85 ans et plus, initialement prévue au 1^{er} janvier 2021) et de s'accorder sur les mesures à mettre en place dans le cadre d'un nouvel avenant afin de poursuivre dans les meilleures conditions le déploiement du BSI.

Compte tenu du caractère particulièrement novateur du BSI et de la nouvelle tarification des soins auprès des patients dépendants, les partenaires conventionnels conviennent de réviser les conditions de montée en charge de la réforme en augmentant l'investissement financier réalisé notamment sur les patients les plus âgés. Ils s'accordent sur la nécessité de continuer à mettre en œuvre de manière progressive les étapes suivantes de la réforme tout en préservant l'objectif d'une montée en charge rapide permettant un développement complet à une échéance proche de celle initialement fixée.

Par ailleurs, les parties signataires s'accordent pour procéder à quelques modifications techniques du texte conventionnel sur d'autres aspects. Les partenaires conventionnels souhaitent en effet transposer, sur le plan conventionnel, le protocole d'accord national signé entre l'UNCAM et les syndicats nationaux représentatifs des infirmiers le 6 mai 2021 prévoyant la possibilité de conclure des accords locaux portant sur les modalités de facturation des indemnités kilométriques.

Dans la continuité des mesures dérogatoires mises en place durant la crise sanitaire, les partenaires conventionnels souhaitent en outre prévoir l'engagement de travaux portant sur la télésanté.

Enfin et à la suite des engagements prévus dans l'avenant 7 à la convention nationale, les parties signataires souhaitent initier des travaux visant à examiner si les mesures conventionnelles mises en place sont bien adaptées au déploiement des infirmiers en pratiques avancées exerçant en libéral.

Compte tenu de ces éléments, les parties signataires conviennent de ce qui suit.

Article 1^{er}

Poursuite du déploiement du dispositif du bilan de soins infirmiers

1^o L'article 5.7 du titre II de la convention nationale des infirmiers est modifié comme suit :

A la fin du paragraphe portant sur la « 1^{re} étape », après les mots : « conditionnée à la conclusion de cet avenant » est ajoutée la phrase suivante :

« En effet, les partenaires conventionnels ont convenu dans cet avenant qu'il est nécessaire d'effectuer une évaluation du passage de la facturation en AIS en forfaits BSI, notamment d'un point de vue financier. »

A partir des mots : « 2^e étape », le reste de l'article est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« A compter du 1^{er} janvier 2022, sous réserve d'une modification de la NGAP, la démarche de soins infirmiers sera remplacée par le Bilan de soins infirmiers (BSI). Ainsi, la saisie de l'outil Bilan de soins infirmiers (BSI) sera étendue à l'ensemble des patients dépendants. Le remplissage de l'outil d'évaluation du BSI deviendra ainsi obligatoire pour toute nouvelle prise en charge de patients dépendants nécessitant des soins infirmiers. Pour les patients déjà suivis, l'obligation de saisir un BSI se fera à l'échéance de la démarche de soins infirmiers (DSI, dont la durée de validité est de 3 mois). Ainsi, à partir d'avril 2022, plus aucune DSI ne sera réalisée. La réalisation et la facturation du BSI pour les patients de moins de 90 ans s'effectueront dans les mêmes conditions que pour les patients de 90 ans et plus.

Toutefois, les soins dispensés aux patients de moins de 90 ans continueront à être facturés en AIS (le volet facturation de l'outil BSI sera adapté, à titre dérogatoire, pour permettre à l'infirmier d'indiquer sa cotation en AIS pour les patients de moins de 90 ans) jusqu'aux échéances d'entrée en vigueur des différentes étapes du BSI définies dans les conditions ci-dessous. Cette saisie des BSI permettra de connaître la fréquence des interventions et la répartition des différents niveaux de forfaits BSI sur les classes d'âge identifiées pour la suite du déploiement du dispositif BSI.

Avant chaque échéance de bascule dans la réforme des étapes mentionnées ci-dessous, les membres de la CPN examineront les résultats et les impacts des données saisies dans le BSI pour l'ensemble des classes d'âges.

Des conséquences ne pourront être tirées de cette observation que si la montée en charge des données issues de la saisie du BSI est suffisante et homogène sur l'ensemble du territoire. Les partenaires conventionnels conviennent donc de réaliser mensuellement un suivi de cette montée en charge sur l'ensemble du territoire. A défaut, il ne pourra pas être procédé au passage à l'étape suivante de déploiement de la réforme.

Les partenaires conventionnels conviennent de passer automatiquement à l'étape suivante du déploiement du BSI si l'impact financier de la réforme estimé sur l'ensemble des classes d'âges à partir de la répartition des

différents niveaux de forfaits projetée sur une année complète de soins est conforme à l'impact financier attendu de la réforme.

A défaut, les partenaires conventionnels conviennent que la poursuite du déploiement de la réforme est subordonnée à la conclusion d'un avenant, afin de définir les conditions permettant la mise en œuvre de l'étape suivante.

L'impact financier, estimé à partir des données saisies dans les BSI pour les étapes suivantes et des facturations établies pour les patients déjà concernés par le dispositif est considéré comme « conforme », s'il est égal au montant de l'impact financier attendu (et figurant en annexe XIII) avec un écart maximal (positif ou négatif) de 10 %.

Les parties signataires s'accordent sur le calendrier de déploiement suivant :

- 2^e étape : à compter de septembre 2022, la nouvelle tarification des soins aux forfaits BSI est étendue aux patients âgés de 85 et plus ;
- 3^e étape : à compter d'avril 2023, la nouvelle tarification des soins aux forfaits est étendue à l'ensemble des patients dépendants.

A l'issue d'un délai de 3 mois à compter de la bascule d'une nouvelle étape, les forfaits AIS facturés pour les soins aux personnes dépendantes entrant dans le champ de la réforme seront rejetés par le système de liquidation des prestations de l'assurance maladie.

Au cours du 1^{er} semestre 2024, les membres de la CPN examineront les résultats et les impacts des facturations des forfaits BSI établies pour l'ensemble des patients dépendants.

2° L'annexe XII de la convention nationale des infirmiers est ainsi modifiée :

Au préambule, après les mots : « BSI de renouvellement », sont insérés les mots : « ou intermédiaire ».

Avant le dernier alinéa du 1^{er} paragraphe portant sur la « Saisie par l'infirmier du bilan de soins infirmiers (BSI) », sont ajoutées les dispositions suivantes :

« Au 1^{er} janvier 2022, lorsque la saisie du BSI sera étendue à l'ensemble des patients dépendants (sans facturation associée des forfaits BSI pour les patients de moins de 90 ans), le volet de facturation du BSI sera adapté, à titre dérogatoire, pour les patients de moins de 90 ans et permettra à l'infirmier d'indiquer sa cotation en AIS. »

Au paragraphe 3.2 portant sur l'« Absence de réponse du médecin dans le délai de 5 jours », les mots : « L'infirmier clôture le BSI réalisé. » sont supprimés et remplacés par les mots : « Le BSI est automatiquement clôturé. »

Au 3^e alinéa du paragraphe 5 portant sur le « Renouvellement du BSI », après les mots : « datant de moins de 12 mois. », sont insérés les mots suivants : « (possibilité de réaliser au maximum 2 BSI intermédiaires dans l'année) ».

Le paragraphe 6 portant sur l'« Algorithme de classement des patients dépendants en fonction de leur niveau de prise en charge en soins infirmiers » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« 6. Détermination de la facturation des forfaits BSI

Le forfait journalier à facturer par l'infirmier est déterminé par les interventions réalisées en propre par l'infirmier auprès du patient et cochées dans l'outil BSI. Il existe trois forfaits BSI « léger », « intermédiaire » ou « lourd » dont le tarif diffère selon le niveau de prise en charge en soins infirmiers.

Les 43 interventions du BSI ont été classées, par ordre croissant de charge en soins infirmiers, en 4 groupes homogènes, en accord avec les organisations syndicales représentatives signataires de la convention. Le groupe 1 correspond à la charge en soins la plus faible et le groupe 4 à la plus élevée (voir tableau 1 en fin d'annexe). Parmi les interventions cochées, seules les interventions des domaines Hygiène (H), Elimination (E) et Mobilité (M) sont apparues comme discriminantes pour classer les patients en termes de lourdeur de prise en charge. Il s'avère que les interventions des autres domaines sont corrélées à celles des trois domaines HEM et ne sont donc pas discriminantes.

Pour chaque domaine HEM, on ne garde que la valeur maximale de groupe des interventions cochées pour le patient. Chacun de ces 3 domaines HEM n'a donc qu'un 1 seul indicateur, le plus élevé retrouvé.

Par exemple, la combinaison H4E2M3 veut dire que parmi le(s) intervention(s) cochée(s) dans le domaine « hygiène », le groupe maximal de ces interventions appartient au groupe 4. Le groupe 4 (H4) est donc le niveau retenu pour le domaine « hygiène ». On procède de la même façon pour le domaine « Elimination » et « Mobilité ». Pour chaque combinaison HEM, des règles d'orientation déterminent le niveau de forfait BSI à facturer (voir tableau 2 en fin d'annexe).

Afin de reconnaître la complexité des prises en charge chez la personne très âgée et dépendante, un âge égal ou supérieur à 90 ans constitue un critère supplémentaire.

Tableau 1. – *Composition des 4 groupes homogènes d'interventions*

Sigles des 9 domaines ou rubriques du BSI :

A/ Alimentation ; R/ Respiratoire et cardio-circulatoire ; E/ Elimination ; H/ Hygiène ; M/ Mobilité ; SR/ Soins Relationnels ; SE/ Soins Educatifs ; D/ Douleur ; T/ Traitement

12 janvier 2022

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 20 sur 123

Groupe 1 : 10 interventions
A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs)
A/ Surveillance clinique de l'état bucco-dentaire pour adaptation de l'alimentation
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers du patient avec un dispositif de pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil
R/ Surveillance clinique de la fonction cardio-circulatoire
E/ Surveillance clinique de l'élimination urinaire et/ou fécale (aspects qualitatifs et quantitatifs)
E/ Surveillance clinique d'une constipation
H/ Surveillance du confort d'installation (lit, régulation température, préparation à l'endormissement, etc...) et de l'intégrité de la peau
H/ Pose, surveillance, entretien, d'appareillage de suppléance, d'orthèses, de prothèses
M/ Surveillance et observation, de la sécurité de l'environnement du patient et de l'utilisation des aides techniques (cannes, déambulateur, attelles,...)
Groupe 2 : 20 interventions
A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et de l'observance d'un régime alimentaire prescrit
A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et des mesures thérapeutiques prescrites : (compléments alimentaires,...)
A/ Planification des apports alimentaires et hydriques et stimulation à leur prise
A/ Planification d'un régime alimentaire prescrit et contrôle de sa mise en œuvre
A/ Mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'un patient présentant un risque de fausse route ou après fausse route
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers pour un patient appareillé par un dispositif d'oxygénothérapie
R/ Pose et dépose de contentions vasculaires
E/ Surveillance clinique de l'élimination (aspects qualitatifs et quantitatifs) et soins infirmiers liés à une incontinence occasionnelle urinaire et/ou fécale
E/ Planification des soins personnels et aide à l'élimination urinaire et/ou fécale
E/ Massage colique
M/ Surveillance et mise en place de mesures de prévention des chutes chez une personne à risque
M/ Aide à l'installation (lit, fauteuil) et aux déplacements (avec ou sans aide technique)
D/ Evaluation et suivi par test d'une douleur chronique invalidante avec retentissement important sur la qualité de vie, prise en charge relationnelle infirmière de la douleur, et le cas échéant adaptation du traitement anti-douleur selon protocole prescrit
T/ Surveillance d'un patient à risque de iatrogénie médicamenteuse en lien avec le médecin et/ou le pharmacien : repérer les patient à risque d'événements indésirables médicamenteux, sécuriser la gestion des médicaments, et gérer les situations à risque et les alertes
SR/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant : – un déficit sensoriel majeur même appareillé ou un trouble majeur de la compréhension ou de l'expression du langage oral, par communication non verbale – des troubles comportementaux importants et chroniques (angoisse, agressivité, apathie ...) – un état anxio-dépressif chronique avec souffrance morale et retentissement important sur l'activité
SE/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant : – aide éducative d'un patient atteint de pathologie(s) chronique(s) pour acquérir ou maintenir des compétences dont il a besoin dans la vie courante et dans le suivi de son traitement – aide à l'apprentissage d'autosoins et de nouveaux comportements nécessaires à la prise en charge et au suivi du traitement de pathologie(s) chronique(s) en phase évolutive (par exemple lors de la mise en œuvre d'un traitement ou de la modification de celui-ci) – aide à l'apprentissage de suppléance après perte récente d'une fonction ou d'un organe

12 janvier 2022

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 20 sur 123

Groupe 3 : 9 interventions
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers d'un patient nécessitant des aspirations bronchiques (avec ou sans trachéotomie)
E/ Surveillance clinique d'un patient porteur d'une sonde urinaire à demeure et soins infirmiers, associée ou non à un trouble de l'élimination fécale
H/ Planification des soins d'hygiène, stimulation et apprentissage visant à maintenir les capacités d'autonomie restantes
H/ Aide du patient pour la réalisation de ses soins d'hygiène, et de son habillage/déshabillage
H/ Surveillance de l'intégrité de la peau et mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'un patient présentant un risque d'escarres
M/ Aide partielle aux transferts (couché/assis/debout), avec lever ergonomique et installation du patient, surveillance et prévention des complications
SR/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant : - des troubles démentiels (désorienté, incohérent, perte de l'autonomie sociale, fugueur...) - des troubles psychiatriques sévères avec incurie (manque total de soins de soi et d'hygiène avec indifférence aux conséquences) - une situation de crise (annonce d'une pathologie grave, d'une perte de fonction/organe avec handicap, fin de vie,...)
Groupe 4 : 4 interventions
E/ Surveillance clinique de l'élimination (aspects qualitatifs et quantitatifs) et soins infirmiers liés à une incontinence permanente urinaire et/ou fécale
H/ Réalisation complète des soins d'hygiène et de l'habillage/déshabillage, sans participation du patient
M/ Aide totale aux transferts (couché/assis/debout), avec ou sans lève-malade et installation du patient, surveillance et prévention des complications
M/ Changements de positions fréquents, prévention des attitudes vicieuses, des complications de décubitus (planification et réalisation des soins)

Tableau 2. – Règles de classement des forfaits BSI

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H0 E4 M4	Lourd	Lourd
H1 E4 M4	Lourd	Lourd
H3 E1 M4	Lourd	Lourd
H3 E2 M4	Lourd	Lourd
H3 E3 M3	Lourd	Lourd
H3 E3 M4	Lourd	Lourd
H3 E4 M3	Lourd	Lourd
H3 E4 M4	Lourd	Lourd
H4 E0 M4	Lourd	Lourd
H4 E1 M4	Lourd	Lourd
H4 E2 M3	Lourd	Lourd
H4 E2 M4	Lourd	Lourd
H4 E3 M3	Lourd	Lourd
H4 E3 M4	Lourd	Lourd
H4 E4 M0	Lourd	Lourd
H4 E4 M1	Lourd	Lourd
H4 E4 M2	Lourd	Lourd
H4 E4 M3	Lourd	Lourd
H4 E4 M4	Lourd	Lourd
H0 E1 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E2 M4	Intermédiaire	Intermédiaire

12 janvier 2022

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 20 sur 123

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H0 E3 M3	Intermédiaire	Lourd
H0 E3 M4	Intermédiaire	Lourd
H0 E4 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E4 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E4 M3	Intermédiaire	Lourd
H1 E0 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E1 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E2 M3	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E2 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E3 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E3 M3	Intermédiaire	Lourd
H1 E3 M4	Intermédiaire	Lourd
H1 E4 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E0 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E0 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E0 M4	Intermédiaire	Lourd
H3 E1 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E2 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M0	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M1	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M2	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M0	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M1	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M2	Intermédiaire	Lourd
H4 E0 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E0 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E0 M3	Intermédiaire	Lourd
H4 E1 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M1	Intermédiaire	Intermédiaire

12 janvier 2022

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 20 sur 123

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H4 E1 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M3	Intermédiaire	Lourd
H4 E2 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E2 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E2 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E3 M0	Intermédiaire	Lourd
H4 E3 M1	Intermédiaire	Lourd
H4 E3 M2	Intermédiaire	Lourd
H0 E0 M0	Léger	Léger
H0 E0 M1	Léger	Léger
H0 E0 M2	Léger	Léger
H0 E0 M3	Léger	Léger
H0 E0 M4	Léger	Léger
H0 E1 M0	Léger	Léger
H0 E1 M1	Léger	Léger
H0 E1 M2	Léger	Léger
H0 E1 M3	Léger	Léger
H0 E2 M0	Léger	Léger
H0 E2 M1	Léger	Léger
H0 E2 M2	Léger	Intermédiaire
H0 E2 M3	Léger	Intermédiaire
H0 E3 M0	Léger	Léger
H0 E3 M1	Léger	Léger
H0 E3 M2	Léger	Intermédiaire
H0 E4 M0	Léger	Léger
H1 E0 M0	Léger	Léger
H1 E0 M1	Léger	Léger
H1 E0 M2	Léger	Léger
H1 E0 M3	Léger	Léger
H1 E1 M0	Léger	Léger
H1 E1 M1	Léger	Léger
H1 E1 M2	Léger	Léger
H1 E1 M3	Léger	Léger
H1 E2 M0	Léger	Léger
H1 E2 M1	Léger	Léger
H1 E2 M2	Léger	Intermédiaire
H1 E3 M0	Léger	Léger
H1 E3 M1	Léger	Léger

12 janvier 2022

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 20 sur 123

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H3 E0 M0	Léger	Léger
H3 E0 M1	Léger	Léger
H4 E0 M0	Léger	Léger

Ces dispositions n'entreront en vigueur que lorsque les modifications nécessaires seront apportées à la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale. »

3° L'annexe XIII de la convention nationale est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

« ANNEXE XIII

« IMPACT FINANCIER DE LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF BILAN DE SOINS INFIRMIERS

Montant cumulé HSD en M €	Ensemble des patients (toutes vagues)				
	2020	2021	2022	2023	2024
Coût total BSI	74	103	121	199	217

».

Article 2

Engagement de travaux conventionnels

Article 2.1

Engagement de travaux conventionnels portant sur les modalités de valorisation des infirmiers en pratiques avancées.

Le dernier alinéa de l'article 5.8 du titre II de la convention nationale est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Les partenaires conventionnels s'engagent à initier des travaux en vue d'examiner si les dispositions prévues par la convention nationale sont bien adaptées au déploiement des missions menées par les infirmiers en pratique avancée exerçant en libéral et assurent notamment la viabilité économique de l'exercice exclusif de la pratique avancée aux infirmiers qui le souhaitent. »

Article 2.2

Engagement de travaux conventionnels portant sur la télésanté.

Le deuxième alinéa de l'article 6.2.6 du titre II de la convention nationale est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans le prolongement des mesures dérogatoires mises en place durant la crise sanitaire et pour tenir compte des recommandations de la Haute Autorité de santé à venir sur la télésanté, les partenaires conventionnels s'engagent à initier des travaux portant sur les conditions de réalisation et de valorisation des actes de télésanté par les infirmiers libéraux. »

Article 3

Accords locaux portant sur les modalités de facturation des indemnités kilométriques

1° A l'article 17.4 de la convention nationale, après les mots : « entre chaque passage, à leur cabinet. », le reste de l'article est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Les partenaires conventionnels ont examiné les solutions permettant de préciser sur l'ensemble du territoire les modalités de facturation des indemnités kilométriques tout en prenant en compte les spécificités locales notamment en termes d'accès aux soins.

Un protocole national a été signé le 6 mai 2021 par les partenaires conventionnels aux fins de définir le cadre des négociations qui pourront être conduites par chaque organisme local d'assurance maladie avec les syndicats représentatifs locaux des infirmiers (accords locaux). L'accord local est approuvé par la commission paritaire départementale.

Ce protocole figure en annexe XIV. »

2° Après l'annexe XIII, est ajoutée une annexe XIV rédigée de la manière suivante :

« ANNEXE XIV

« PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF AUX ACCORDS LOCAUX SUR LES INDEMNITÉS KILOMÉTRIQUES

« Vu l'article 13 de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;

12 janvier 2022

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 20 sur 123

Vu la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007, publiée au *Journal officiel* du 25 juillet 2007, ses avenants et ses annexes ;

Il est convenu ce qui suit entre :

– l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), représentée par M. Thomas FATOME (directeur général),

Et :

– la Fédération nationale des infirmiers (FNI), représentée par M. Daniel GUILLERM ;
 – le Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux (SNIL), représenté par Mme Catherine KIRNIDIS ;
 – Convergence Infirmière, représentée par Mme Ghislaine SICRE.

Préambule

Conformément à l'article 17.4 de l'avenant n° 6 à la convention nationale, l'UNCAM et les syndicats nationaux représentatifs infirmiers ont examiné les solutions permettant de préciser sur l'ensemble du territoire les modalités de facturation des indemnités kilométriques tout en prenant en compte les spécificités locales notamment en termes d'accès aux soins.

Le présent protocole a pour objet de définir le cadre des négociations qui seront conduites par chaque caisse d'assurance maladie avec les syndicats représentatifs locaux des infirmiers. Seuls les points figurant dans le modèle d'accord local annexé au présent protocole peuvent faire l'objet d'une négociation par les partenaires conventionnels locaux.

Les autres règles régissant la facturation des frais de déplacements sont celles prévues par la convention nationale sans qu'il soit possible d'y déroger par accord local.

Les travaux du groupe de travail relatif aux modalités de facturations des indemnités kilométriques institué dans le cadre de l'avenant 6 prennent fin à la signature du présent protocole national. Aussi, le moratoire associé à ces travaux et relatif aux contrôles de l'Assurance Maladie sur les indemnités kilométriques prend fin au 1^{er} septembre 2021 si la majorité des accords locaux est signée à cette date et, à défaut, au plus tard le 1^{er} décembre 2021. L'Assurance Maladie s'engage à ne pas initier de contrôle ou de récupération d'indus sur le thème des frais de déplacement ayant trait à la notion d'agglomération et ce, durant la période d'application du moratoire.

Un suivi régulier, au minimum annuel, de la mise en oeuvre de ces accords locaux sera réalisé en commission paritaire nationale.

A Paris, le 6 mai 2021.

Pour l'UNCAM :

Le directeur général,

FATÔME THOMAS

Pour la FNI :

Le président,

GUILLERM DANIEL

Pour le SNIL :

La présidente,

KIRNIDIS CATHERINE

Pour CI :

La présidente,

SICRE GHISLAINE

ANNEXE 1

MODÈLE D'ACCORD LOCAL SUR LES INDEMNITÉS KILOMÉTRIQUES

Vu l'article 13 de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)

Vu la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007, publiée au *Journal officiel* du 25 juillet 2007, ses avenants et ses annexes ;

Il est convenu ce qui suit entre :

D'une part,

La Caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM - CGSS ou la caisse) de département

Adresse :

Représentée par : (nom, prénom), le directeur

ci-après dénommée « la caisse »

Et, d'autre part,

– la Fédération nationale des infirmiers, représentée par

- le Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux, représenté par
 - Convergence Infirmière, représenté par
- ci-après dénommés « les syndicats »

Préambule

La caisse et les syndicats locaux représentatifs infirmiers ont examiné les solutions permettant de préciser sur l'ensemble du territoire les modalités de facturation des indemnités kilométriques tout en prenant en compte les spécificités locales notamment en termes d'accès aux soins.

Article 1^{er}

Règles applicables aux modalités de facturation des indemnités kilométriques dans le département

1.1. Domicile du professionnel

Conformément à l'article 7 de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers, on entend par « domicile du professionnel » le ou les lieux d'exercice déclarés à l'assurance maladie par l'infirmier.

En référence au CI de l'article 13 « Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade » de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), les indemnités horokilométriques (IK) sont calculées à partir du domicile professionnel de l'infirmier, comme défini ci-dessus, le plus proche de la résidence du patient.

1.2. Règle de l'agglomération

1.1.1. Définition de la notion d'agglomération

La notion de l'agglomération doit être définie au sein du présent accord. L'accord local précise en annexe (cf. annexe 1.1) :

- la liste des zones (ex. : communes, cantons...), ou cartographie, avec autorisation de facturation d'indemnités horokilométriques et la définition de l'agglomération correspondante ;
- ou la liste des zones sans possibilité de facturation d'indemnités horokilométriques.

Les zones ainsi définies devront notamment tenir compte des spécificités du territoire comme, par exemple, la continuité du bâti. Les listes pourront comprendre à la fois des communes, lieux-dits, communes avant regroupement (cf. 1.1.2)...

1.1.2. Regroupements administratifs de communes

En cas de regroupement administratif de communes, sous forme d'une commune, d'une communauté de communes ou d'agglomération, les règles de facturation des indemnités kilométriques antérieures au regroupement sont conservées. Les infirmiers peuvent ainsi continuer à facturer les indemnités kilométriques dans les communes préexistantes avant le regroupement dans le respect de la règle du PS le plus proche (cf. art. 13 NGAP).

La liste des communes concernées devra figurer en annexe de l'accord local (cf. annexe 1.3).

1.2. Règle du professionnel de santé le plus proche

Conformément à l'article 13 de la NGAP, la règle du professionnel de santé (PS) le plus proche s'applique. Toutefois, à titre dérogatoire et exceptionnel, le présent accord local peut prévoir des cas dérogatoires en plus de ceux prévus dans la convention (ex. : Prado, IPA).

Dans ce cas, les règles et procédures doivent être obligatoirement explicitées dans l'accord local à partir du modèle (annexe 1.2) qui comprendra *a minima* les éléments suivants :

- la justification de la dérogation :
 - la durée ;
 - le motif (ex. : infirmier cédant surchargé, accès aux soins, démographie, congés, maladie/maternité, autre cas individuel patient) ;
- le type de dérogation (ex. : plusieurs patients ou individuelle avec coordonnées du patient concerné) ;
- le formulaire de demande à remplir par le professionnel prenant en charge les soins (cf. modèle type de formulaire de demande en annexe 1.2 à adapter au niveau local).

L'accord définit un délai de réponse de la caisse à la demande de l'infirmier.

1.3. Types d'indemnités kilométriques (IK)

Conformément à l'article 13 de la NGAP, les zones de montagne éligibles aux « indemnités kilométriques montagne » sont définies par la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne. Est considérée comme zone montagne toute commune dont tout ou partie de cette dernière est classée en zone montagne conformément à la loi suscitée.

Dans le cas d'une dérogation locale à la loi montagne suscitée en accord avec les partenaires, la liste des zones ou cartographie (ex. : communes, canton...) accompagnée des règles correspondantes (ex. : autorisations saisonnières) et du type de dérogation devront être précisés en annexe de l'accord local (cf. annexe 1.4).

Article 2

Durée du présent accord

Le présent accord est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.

L'accord est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires.

Des modifications éventuelles, sur demande des parties signataires, pourront être faites par voie d'avenant ou lors d'une prochaine négociation avec les partenaires conventionnels locaux.

Article 3

Coordination de la mise en oeuvre des accords locaux au niveau national

Afin d'assurer la coordination de la mise en oeuvre des accords locaux au niveau national, la caisse s'engage à transmettre avant signature le projet d'accord, d'avenant et leurs annexes à la Commission paritaire nationale (CPN) infirmier à l'adresse ikagglo.cnam@assurancemaladie.fr.

La CPN dispose d'un délai de 90 jours pour rendre son avis. En l'absence d'un avis rendu par la CPN dans ce délai, celui-ci est réputé rendu favorablement.

A la suite de la signature, la caisse s'engage à adresser l'accord, l'avenant et ses annexes à l'adresse ikagglo.cnam@assurance-maladie.fr.

La CPN effectuera un suivi régulier de la mise en œuvre des accords locaux.

Article 4

Evaluation du dispositif au niveau local

Les règles mises en place dans le présent accord feront parallèlement l'objet d'un suivi et d'une évaluation par la commission paritaire départementale afin d'observer l'impact des mesures mises en place et de déterminer s'il y a lieu de définir des mesures correctrices. A cet effet, la commission paritaire départementale procédera dans les deux ans suivant la signature du protocole d'accord à un bilan de ces mesures.

Article 5

Date d'effet

Le présent accord s'applique dans les deux mois suivants sa date de signature.

Article 6

Information

La caisse informera les institutions suivantes du présent accord conclu : Ordre des infirmiers, ARS, Préfet, E LSM, MSA et CNAM (CPN infirmier cf. article 3). Les infirmiers de la circonscription seront également informés.

ANNEXE 1.1

Adaptations de la règle de l'agglomération

Dans le cadre du présent accord, l'infirmier peut facturer des indemnités kilométriques selon les modalités suivantes (préciser les règles et zones concernées) :

- la liste des zones (ex. : communes, cantons...), ou cartographie, avec autorisation de facturation d'indemnités horokilométriques (ou cartographie) et la définition de l'agglomération correspondante ;
- ou la liste des zones sans possibilité de facturation d'indemnités horokilométriques.

ANNEXE 1.2

Procédure de dérogation à la règle du PS le plus proche (clause facultative)

A titre exceptionnel et dérogatoire en accord avec les partenaires signataires du présent accord, si l'infirmier le plus proche du domicile du patient ne peut pas prendre en charge les soins (infirmier cédant), le patient peut faire appel à un autre infirmier (infirmier prenant en charge le patient) selon la procédure décrite ci-dessous.

Proposition de procédure à adapter en accord avec les signataires :

1. La demande de dérogation doit-être formalisée et adressée à la caisse par mail sous la forme d'une attestation écrite.

Cette attestation est à l'initiative de l'infirmier prenant en charge le patient, si possible avec accord de l'infirmier cédant.

2. Envoi par mail à la caisse : ajouter l'adresse de correspondance.

12 janvier 2022

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 20 sur 123

3. Réponse de la caisse dans un délai de xx (à définir dans le présent accord) jours :

a. Critères d'examen de la demande :

- i. Dossier complet ;
- ii. Demande antérieure à la date de démarrage des soins sauf en cas d'urgence ou cas exceptionnel (à adapter) ;
- iii. La distance à parcourir doit être proche du domicile du patient ;
- iv. Examen complémentaire au cas par cas selon les besoins.

b. Formats de réponse de la caisse :

- i. Si accord : notification par courrier postal ou électronique au cabinet prenant et cédant ;
- ii. Si refus : notification par courrier au cabinet prenant et cédant et assuré.

La caisse fournit un modèle de demande à remplir par les infirmiers à partir du modèle suivant :

FORMULAIRE DE DEROGATION A LA REGLE DU PROFESSIONNEL DE SANTE LE PLUS PROCHE à remplir par l'infirmier concerné en charge des soins	
Coordonnées des infirmiers concernés :	
Cédant :	Prenant :
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Lieu d'exercice de référence : _____	Lieu d'exercice de référence : _____
N° ADELI : _____	N° ADELI : _____
Motif :	
☐ Infirmier cédant surchargé ☐ Accès aux soins, démographie médicale ☐ Congés ☐ Maladie/maternité ☐ Autre cas, préciser : _____	
Type de dérogation :	
☐ Plusieurs patients ☐ Individuelle, préciser les coordonnées du patient concerné :	
Patient :	Assuré si différent :
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
N° sécurité sociale : _____	N° sécurité sociale : _____
☐ Autre, préciser : _____	
Durée : _____ ou date de fin prévue : _____	
Date : _____	Fait à : _____
Signature : _____	
Adresse électronique d'envoi du formulaire rempli : xxxxxxx	

ANNEXE 1.3

Regroupement de communes

Liste des communes ayant fait l'objet d'un regroupement de communes pour lesquelles la facturation des indemnités kilométriques est autorisée dans le respect de la règle du PS le plus proche.

ANNEXE 1.4

Dérogations à la loi Montagne

A titre exceptionnel et dérogatoire en accord avec les partenaires signataires du présent accord, l'infirmier peut facturer des indemnités kilométriques montagne selon les modalités décrites ci-dessous (préciser les règles et zones concernées). »

12 janvier 2022

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 20 sur 123

Fait à Paris, le 9 novembre 2021.

Pour l'Union nationale des caisses d'assurance maladie :

Le directeur général,

T. FATOME

Pour la Fédération nationale des infirmiers :

Le président,

D. GUILLERM

Pour le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux :

Le président,

J. PINTÉ

Avenant n°9 du 18 novembre 2022

18 novembre 2022

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 124 sur 128

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Avis relatif à l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie signée le 22 juin 2007

NOR : SPRS2232635V

A fait l'objet d'une approbation, en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 9 à la convention nationale des infirmiers, conclu le 27 juillet 2022, entre d'une part l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et d'autre part, la Fédération Nationale des Infirmiers, le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers libéraux, Convergence Infirmière et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM).

AVENANT N° 9 À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES INFIRMIERS ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 22 JUIN 2007

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-12-2, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 4311-1, L. 1434-4, L. 4301-1 et L. 6316-1 et les articles R. 4301-1 et suivants, R. 4311-5-1 et R. 6316-1 et suivants ;

Vu la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007, publiée au *Journal officiel* du 25 juillet 2007, ses avenants et ses annexes.

Il est convenu ce qui suit entre :

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)

et

Convergence infirmière,

La Fédération nationale des infirmiers,

Le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux.

Préambule

Pour répondre aux attentes des patients d'un accès aux soins et d'une prise en charge en ambulatoire facilitée, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a créé la possibilité pour les infirmiers d'exercer en pratique avancée en collaboration avec les médecins.

Afin de permettre le déploiement de cette nouvelle profession en libéral, l'avenant 7 à la convention nationale a déterminé pour les infirmiers en pratique avancée (IPA) exerçant à titre libéral les modalités de valorisation de cette nouvelle pratique et encadré les modalités de réalisation de cette activité.

Cet avenant prévoyait un point d'étape au terme d'une période de deux années de mise en œuvre afin d'examiner si les modalités de rémunération mises en place avaient permis le déploiement en libéral des IPA.

Les partenaires conventionnels ont constaté, dans le cadre de ce bilan, que la montée en charge de cette nouvelle profession en libéral nécessitait d'être renforcée et ont ainsi convenu, dans le cadre du présent accord, de la nécessité d'adapter les modalités de valorisation et d'exercice de cette activité déterminées dans le champ conventionnel.

Par ailleurs, le déploiement de la télésanté constitue un enjeu majeur pour l'amélioration de l'organisation du système de santé et l'accès aux soins pour tous sur le territoire.

Dans la suite des mesures dérogatoires introduites par les pouvoirs publics lors de la crise sanitaire portant sur la télésanté et dans la continuité des réformes engagées dans le cadre du Ségur de la santé et de « Ma Santé 2022 », les partenaires conventionnels s'accordent sur l'importance d'inscrire de manière pérenne dans la convention nationale des infirmiers la possibilité de réaliser des actes de télésanté. Ils souhaitent en définir les conditions de réalisation et de facturation afin de garantir la qualité et la sécurité des soins dans ce cadre, et de l'intégrer pleinement dans l'organisation et le parcours de soins coordonné du patient.

Dans la continuité des premières mesures inscrites dans l'avenant 6 à la convention nationale et pour favoriser l'essor de la télésanté, les partenaires conventionnels conviennent également de permettre aux infirmiers d'accompagner les patients lors de téléconsultations organisées à la demande de tout professionnel médical.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels souhaitent favoriser les outils, les systèmes d'information et les modes d'organisation permettant aux infirmiers d'échanger avec les autres acteurs du système de santé pour assurer de manière efficiente la prise en charge coordonnée de leurs patients. En lien avec la feuille de route du numérique en santé et la généralisation du service « Mon Espace Santé », ils souhaitent s'engager par cet accord à poursuivre les travaux pour promouvoir l'équipement et l'augmentation significative de l'usage des outils numériques par les infirmiers.

Enfin, l'amélioration de l'état de santé de la population passe par une politique volontariste axée sur la prévention. A ce titre, les partenaires conventionnels conviennent, dans la continuité des récentes mesures réglementaires portant sur l'extension du champ de compétences des infirmiers en matière d'administration des vaccins, de la nécessité de mieux valoriser le rôle des infirmiers en ce domaine.

Article 1^{er}

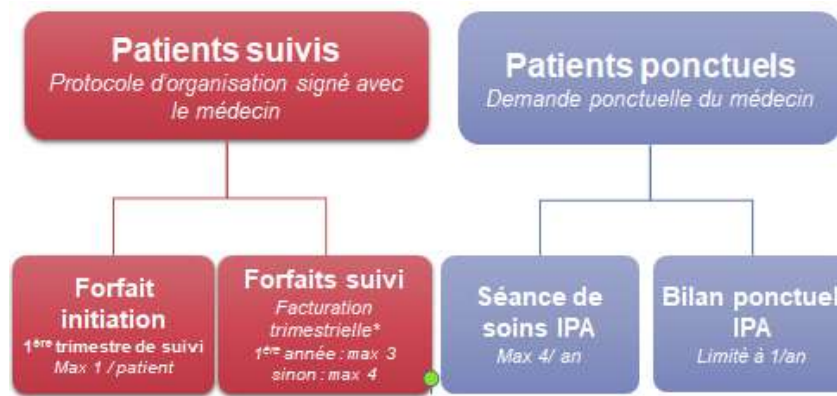
Valorisation de l'accompagnement des patients par les infirmiers en pratique avancée

Pour permettre de renforcer le déploiement en libéral des infirmiers en pratique avancée, les partenaires conventionnels conviennent de revoir les modalités de valorisation de l'accompagnement par l'IPA des patients orientés par le médecin et parallèlement d'adapter les aides au démarrage de l'activité libérale des IPA déterminées dans le cadre de la convention nationale des infirmiers.

La convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'assurance maladie est modifiée comme suit :

1° Les dispositions de l'article 5.8 du titre II intitulé « Valorisations de la prise en charge des patients par l'infirmier en pratique avancée » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Les partenaires conventionnels proposent de valoriser la prise en charge des patients par l'IPA selon deux filières d'orientation du patient vers l'IPA : à titre principal, l'orientation du patient par le médecin au titre d'un suivi régulier ; à titre secondaire, dans le cadre d'une prise en charge ponctuelle (bilan ou séance de soins ponctuels IPA) sur orientation par un médecin.



L'IPA assure la prise en charge des patients orientés par le médecin dans le cadre des domaines d'intervention ouverts à l'exercice en pratique avancée conformément aux dispositions du code de la santé publique.

A. – La valorisation de l'accompagnement des patients orientés par les médecins vers les infirmiers en pratique avancée pour un suivi régulier

Lorsque le patient est orienté par le médecin vers l'IPA pour un suivi régulier, les partenaires conventionnels proposent que l'IPA soit rémunérée forfaitairement, par trimestre de prise en charge du patient.

A ce titre, ils proposent de fixer la valeur de la lettre clé PAI à 10€ (tarif métropole) et les modalités de facturation des forfaits comme suit :

- un premier forfait dénommé « forfait d'initiation du suivi - 1^{er} contact », valorisé à hauteur de 60 euros (PAI 6), serait facturable par l'IPA une fois lorsque le patient lui est confié par le médecin, au titre du premier contact réalisé en présentiel avec le patient et de la prise en charge au titre du 1^{er} trimestre de suivi du patient ;
- un deuxième forfait dénommé « forfait de suivi », valorisé à hauteur de 50 euros (PAI 5), serait facturable par l'IPA une fois par trimestre (à la suite du premier trimestre de prise en charge et de la facturation du forfait d'initiation du suivi), dès lors qu'au moins un contact (en présentiel ou à distance) avec le patient a eu lieu au cours du trimestre au titre duquel le forfait de suivi est facturé

Ainsi, peuvent être pris en charge :

Au titre de la première année de prise en charge :

- un forfait d'initiation et un forfait de suivi facturés au titre du semestre au cours duquel le premier contact (en présentiel pour le forfait d'initiation) avec le patient a lieu et dès lors qu'au moins deux contacts ont eu lieu avec le patient sur le semestre ;
- deux forfaits de suivi pour le semestre suivant facturés dès lors qu'au moins deux contacts (en présentiel ou à distance) avec le patient ont eu lieu.

soit au maximum la facturation de quatre forfaits (initiation/suivi) par an.

Les années suivantes : quatre forfaits de suivi sont facturables par année civile (un forfait de suivi par trimestre) dès lors qu'au moins un contact (en présentiel ou à distance) avec le patient a eu lieu. Au moins un forfait de suivi par an doit correspondre à un contact en présentiel, le reste de la prise en charge peut être réalisé à distance. Par dérogation, la deuxième année de prise en charge du patient, deux forfaits sont facturables par semestre dès lors qu'au moins deux contacts avec le patient ont eu lieu.

Les forfaits d'initiation et de suivi visent à valoriser toutes les interventions de l'IPA réalisées pour le suivi du patient (en présentiel ou distanciel) au cours du trimestre de prise en charge et notamment :

- la vérification de l'éligibilité du patient au suivi par l'IPA ;
- le bilan global ou la surveillance et les conclusions cliniques ;
- les actions d'éducation, de prévention (toutes les vaccinations sont notamment comprises dans le forfait) et de dépistage ;
- l'activité de concertation et de coordination auprès des médecins qui leur confieraient des patients pour assurer leur suivi au long cours mais aussi auprès des autres acteurs de santé amenés à assurer la prise en charge de ces patients ;
- les activités transversales décrites dans le code de la santé publique.

Les partenaires conventionnels proposent, en outre, que la majoration liée à l'âge du patient définie au C. du présent article puisse le cas échéant être associée à ces forfaits d'initiation ou de suivi.

B. – La valorisation de l'accompagnement des patients orientés ponctuellement par les médecins vers les IPA pour un acte technique ou un bilan

Lorsque le patient est orienté par le médecin vers l'IPA pour la réalisation d'un acte technique isolé ou d'un bilan ponctuel (patient ne faisant pas l'objet d'un suivi régulier par l'IPA), les partenaires conventionnels proposent de valoriser cet accompagnement ponctuel par la mise en place d'un « bilan ponctuel IPA », d'une part, et d'une « séance de soins IPA », d'autre part.

1. Le bilan ponctuel réalisé par l'infirmier en pratique avancée

Les partenaires conventionnels proposent la création, à la nomenclature générale des actes professionnels, d'un « bilan ponctuel IPA ».

Ce bilan de la situation clinique du patient, réalisé ponctuellement à la demande du médecin pour un patient non suivi dans le cadre de la pratique avancée, pourrait être valorisé à hauteur de 30 euros (PAI 3).

Ce bilan, réalisé en présentiel, pourrait être facturé au maximum une fois par an par patient et comprendrait une anamnèse, un examen clinique, la réalisation d'actes techniques le cas échéant, les mesures de prévention (secondaire ou tertiaire), d'éducation thérapeutique et si besoin la réalisation de prescriptions. A l'issue du bilan, un compte rendu sera adressé au médecin ayant orienté le patient vers l'IPA.

Ce compte rendu est intégré par l'IPA dans le service « Mon Espace Santé » du patient lorsqu'il est ouvert. Cette intégration s'effectue dans les conditions définies par les articles L. 1111-14 et suivants et R. 1111-30 et suivants du code de la santé publique relatifs aux conditions d'alimentation du DMP et aux conditions d'accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.

Les partenaires conventionnels proposent, en outre, que la majoration liée à l'âge du patient définie au C. du présent article puisse être associée à ce bilan.

2. La réalisation de séances de soins ponctuelles par les infirmiers en pratique avancée

Les partenaires conventionnels proposent, lorsque le patient est orienté de manière ponctuelle par le médecin vers l'IPA, que ce dernier puisse dans ce cadre facturer forfaitairement la réalisation en présentiel, au cours d'une séance, d'un ou de plusieurs actes techniques relevant du champ de compétences propre de l'IPA (actes définis dans le cadre de l'arrêté du 18 juillet 2018 modifié demandés ponctuellement par le médecin).

Les partenaires conventionnels proposent à cet effet la création, à la nomenclature générale des actes professionnels, d'une « séance de soins ponctuelle IPA », valorisée à hauteur de 16 euros (PAI 1,6) qui pourrait être facturée au maximum quatre fois par année civile (avec un minimum d'un mois entre chaque séance) par patient dès lors que des soins sont réalisés en présentiel.

Cette séance de soins ponctuelle ne pourrait pas être facturée le même jour qu'un bilan ponctuel.

Les partenaires conventionnels proposent, en outre, que la majoration liée à l'âge du patient définie au C. du présent article ainsi que les majorations de nuit, dimanche et jours fériés définies à l'annexe I puissent être associées à ce forfait en cas de nécessité médicale.

C. – Dispositions communes à la valorisation de l'accompagnement des patients par l'IPA

Les partenaires conventionnels proposent que la majoration liée à l'âge du patient (pour les enfants de moins de 7 ans et pour les patients âgés de 80 ans et plus) dénommée « majoration MIP » puisse le cas échéant, être associée à la facturation des forfaits d'initiation, de suivi, de la séance de soins ponctuelle IPA et du bilan ponctuel IPA. Cette majoration est valorisée à hauteur de 3,90 euros.

Les frais de déplacement sont facturables à chaque passage de l'infirmier en pratique avancée au domicile du patient dans les conditions définies à la nomenclature générale des actes professionnels. A ce titre, les partenaires conventionnels conviennent par dérogation que la règle inscrite à l'article 13 de la nomenclature générale des actes professionnels selon laquelle « le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un infirmier ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport à l'infirmier, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade » ne s'applique pas pour le suivi des patients par les infirmiers en pratique avancée.

Les majorations de MIE, MCI et MAU applicables aux actes infirmiers ne sont pas applicables aux actes, séances et forfaits IPA.

Les majorations de nuit, dimanche et jours fériés définies à l'annexe I peuvent être associées aux « séances de soins ponctuelles IPA » en cas de nécessité médicale..

Les dispositions du présent article entreront en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et à l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

A l'exception du premier contact avec le patient (forfait d'initiation du suivi), du bilan ponctuel IPA et de la séance de soins ponctuelle IPA nécessitant de fait un contact en présentiel avec le patient, le suivi de ce dernier (forfaits de suivi) par l'infirmier en pratique avancée peut être réalisé à distance par vidéotransmission dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques des patients, en alternance avec un suivi du patient en présentiel. Au moins un contact en présentiel doit cependant avoir lieu dans l'année. »

2° L'annexe I intitulée « Tarifs » est modifiée comme suit :

Après la majoration jeunes enfants, les trois lignes suivantes portant sur les forfaits et majoration IPA sont supprimées et remplacées par les lignes suivantes :

«

	Métropole	DOM et Mayotte
PAI - prise en charge du patient par les infirmiers en pratique avancée	10*	10,5*
Majoration de suivi du patient par l'IPA liée à l'âge (MIP)	3,90 €	3,90 €

(*) Sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. »

Les parties conventionnelles s'accordent pour réaliser un premier bilan de ce nouveau cadre d'intervention des infirmiers en pratique avancée 18 mois après sa mise en place pour envisager les évolutions éventuelles à lui apporter.

Article 2**Accompagnement par l'infirmier de téléconsultations organisées à la demande d'un professionnel médical****1° L'article 6.2 du titre II intitulé « soutenir l'investissement des infirmiers dans la mise en œuvre de la télémédecine » est modifié comme suit :**

Après le dernier alinéa du préambule, est ajouté l'alinéa suivant ainsi rédigé :

« A noter que la possibilité pour les infirmiers d'accompagner la téléconsultation organisée à la demande d'un chirurgien-dentiste est conditionnée à l'inscription de la téléconsultation dans la convention nationale relative à cette profession. ».

2° Les articles 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3, 6.2.4 du titre II sont modifiés comme suit :

Le mot : « médecin » est remplacé par le mot : « professionnel médical ».

3° L'article 6.2.1 du titre II intitulé « champ d'application de la téléconsultation » est modifié comme suit :

Le 5° alinéa est supprimé.

4° L'article 6.2.5 du titre II intitulé « aide à l'équipement nécessaire pour le déploiement de l'activité de télémedecine » est supprimé.

5° L'article 6.2.6 du titre II intitulé « suivi de la mise en œuvre de la téléconsultation » est renommé article 6.2.5 et modifié comme suit :

Le deuxième alinéa est supprimé.

6° L'annexe I intitulée « Tarifs » est modifiée comme suit :

Après la majoration de suivi du patient par l'IPA liée à l'âge (MIP), sont insérées les lignes suivantes :

«

	Métropole	DOM et Mayotte
Acte d'accompagnement à la téléconsultation intervenant au décours d'un soin infirmier réalisé (TLS)	10	10
Acte d'accompagnement à la téléconsultation intervenant de manière spécifique (non réalisée au décours de soins infirmiers) dans un lieu dédié aux téléconsultations (TLL)	12	12
Acte d'accompagnement à la téléconsultation intervenant de manière spécifique à domicile (non réalisée au décours de soins infirmiers) (TLD)	15	15

».

Article 3

Le recours à la télésanté par les infirmiers

1° Le Préambule général, les articles 1^{er} et 2 du titre Ier et le préambule du titre II sont modifiés comme suit :

Le mot : « télémedecine » est remplacé par le mot : « télésanté ».

Les mots : « en coordination avec les médecins » et « par la mise en place d'une organisation coordonnée avec les médecins » sont supprimés.

2° Après l'article 6.2.5 du titre II intitulé « le suivi de la mise en œuvre de la téléconsultation », sont insérées les dispositions suivantes :

« Article 6.3

Le recours au télésoin

Les partenaires conventionnels souhaitent accompagner l'essor des pratiques de télésanté sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients en inscrivant, dans le droit commun, la possibilité pour les infirmiers de recourir au télésoin.

Article 6.3.1

Champ d'application du télésoin

Article 6.3.1.1

Définition

Dans le cadre de la présente convention, est entendu comme télésoin, l'acte réalisé à distance en vidéotransmission entre un infirmier exerçant une activité libérale conventionnée ou dans une structure conventionnée et un patient.

L'opportunité du recours au télésoin est appréciée au cas par cas par l'infirmier et relève d'une décision partagée du patient et du professionnel qui va réaliser l'acte.

Article 6.3.1.2

Patients concernés

L'ensemble des patients peut bénéficier du télésoin.

Ils doivent être informés des conditions de réalisation de l'acte en télésoin, des alternatives possibles et, après avoir reçu ces informations, avoir donné leur consentement préalablement à la réalisation de l'acte. Le patient peut à tout moment retirer son consentement.

A tout moment, si l'infirmier ou le patient estime que le télésoin n'est pas ou n'est plus adapté à la situation, le professionnel trace cette décision de ne pas réaliser le télésoin ou d'y mettre fin dans le dossier du patient et propose au patient une prise en charge alternative.

*Article 6.3.1.3**Situations concernées*

Aucune situation de soin ne peut être exclue a priori du télésoin, à l'exception des actes nécessitant :

- un contact direct en présentiel avec le patient (sont notamment réputés exclus les actes de prélèvement, d'injection, de vaccination, de perfusion, de pansement (à l'exception de l'acte de suivi d'un pansement à distance détaillé ci-dessous) ; les bilans, séances de soins infirmiers et acte réalisés en rapport avec la dépendance ainsi que les actes d'accompagnement à la téléconsultation nécessitant une réalisation en présentiel) ;
- un équipement spécifique non disponible auprès du patient.

Ainsi, actuellement seuls les actes suivants inscrits à la nomenclature pourraient être réalisés à distance par un infirmier :

- séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) ;
- acte d'accompagnement à la prise médicamenteuse ;
- surveillance et observation d'un patient insulino-traité (art. 5 bis) ;
- si, par nature, un acte de pansement ne peut être réalisé à distance comme indiqué précédemment, les partenaires conventionnels conviennent toutefois de l'intérêt de créer, à la nomenclature générale des actes professionnels, un acte de suivi de pansement à distance valorisé à hauteur d'un TMI 1,6 et facturable dans les conditions suivantes :
 - l'acte de suivi d'un pansement à distance est réalisé pour un patient ayant déjà bénéficié de la réalisation d'un acte de pansement en présentiel ;
 - le patient n'a pas bénéficié le même jour de la réalisation d'un acte de pansement ;
 - limitation de la facturation de cet acte à distance à 4 actes par mois par patient.

La disposition portant sur l'acte de pansement réalisé à distance entrera en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et à l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Il relève de la compétence et de la responsabilité de l'infirmier de juger de la pertinence du recours au télésoin au regard des recommandations en vigueur et de la situation du patient.

Les actes prescrits réalisés en télésoin doivent être inscrits à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

Les prises en charge pouvant être réalisées par les infirmiers en pratique avancée à distance sont prévues au C de l'article 5.8. de la présente convention.

*Article 6.3.1.4**Connaissance préalable du patient*

Pour assurer la qualité des soins et juger de la pertinence de l'acte à distance, les patients doivent être connus de l'infirmier réalisant l'acte en télésoin, c'est-à-dire avoir bénéficié d'au moins un acte ou bilan en présentiel dans les douze mois précédant la réalisation d'un acte en télésoin avec l'infirmier réalisant le télésoin ou avec un autre infirmier avec qui il exerce en groupe (appartenance à la même structure juridique ou liés entre eux par un contrat de groupe).

Les partenaires conventionnels conviennent qu'au cours d'une série d'actes infirmiers facturée par un infirmier ou plusieurs infirmiers d'un même cabinet au titre de la prise en charge d'un même patient, au moins un acte de la série doit être réalisé en présentiel.

En effet, au regard des recommandations actuelles, le recours au télésoin est d'autant plus pertinent que la relation patient/infirmier est bien établie.

Le suivi régulier du patient peut ainsi s'effectuer à la fois par des actes en présentiel et en télésoin au regard des besoins du patient et de l'appréciation de l'infirmier.

Le respect de ces principes conditionne la prise en charge du télésoin par l'Assurance Maladie.

*Article 6.3.1.5**Impossibilité pour les infirmiers d'exercer une activité exclusive à distance*

Les partenaires conventionnels rappellent qu'un infirmier conventionné ne peut pas réaliser son activité exclusivement à distance. A ce titre, ils conviennent qu'au maximum 20 % de l'activité conventionnée d'un infirmier peut être effectuée à distance. Ce seuil est appliqué à l'activité annuelle globale de l'infirmier (et non par patient afin de permettre pour certains patients qui le nécessitent d'avoir une prise en charge à distance plus importante).

Le non-respect du seuil maximal d'activité à distance tel que fixé au paragraphe précédent ainsi que des conditions conventionnelles de réalisation et de facturation des actes de télésanté telles que définies aux articles 6.3 et suivants est susceptible d'enclencher la procédure décrite à l'article 34 de la présente convention.

*Article 6.3.1.6**Principe de la territorialité de la réponse à la demande de soins*

La réponse à la demande de télésoin se base sur un principe de territorialité.

Cette notion implique que seul un infirmier du même territoire que le patient peut réaliser le télésoin.

La notion de territorialité n'est pas définie comme une limite géographique ou administrative. Elle repose sur le fait de pouvoir apporter une réponse de proximité permettant le recours à des soins en présentiel lorsque la situation l'exige ou que l'ensemble des actes nécessaires à la prise en charge du patient ne peut se faire à distance.

*Article 6.3.2**Modalités de réalisation du télésoin**Article 6.3.2.1**Conditions de réalisation*

Le télésoin est obligatoirement réalisé par vidéotransmission et dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques des patients permettant de garantir la réalisation de soins de qualité.

Il doit également être réalisé :

- dans un lieu permettant la confidentialité des échanges entre le patient et l'infirmier ;
- dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés, dans les conditions respectueuses des référentiels de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.

Pour les mineurs, le télésoin se réalise conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

Les infirmiers souhaitant recourir au télésoin peuvent se référer aux différents référentiels, cahiers des charges et recommandations encadrant ces conditions de réalisation émanant des différentes autorités, opérateurs sanitaires ou d'autres autorités publiques.

*Article 6.3.2.2**Compte-rendu de l'acte réalisé en télésoin*

L'acte de télésoin fait l'objet d'un compte rendu établi par l'infirmier, qu'il archive dans son propre dossier patient, conformément aux obligations légales et réglementaires.

Un compte-rendu est également intégré par l'infirmier libéral dans le service « Mon Espace Santé » du patient lorsqu'il est ouvert. Cette intégration s'effectue dans les conditions définies par les articles L. 1111-14 et suivants et R. 1111-30 et suivants du code de la santé publique relatifs aux conditions d'alimentation du DMP et aux conditions d'accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.

*Article 6.3.3**Modalités de rémunération et de facturation des actes réalisés en télésoin**Article 6.3.3.1**Rémunération de l'infirmier réalisant un acte en télésoin*

Les partenaires conventionnels proposent que les actes en télésoin soient valorisés dans les mêmes conditions que les actes réalisés en présence du patient auxquels ils se substituent. Ces actes sont facturés avec le code TMI, dont la valeur est identique à celle de la lettre clé AMI.

Les actes de télésoin ne peuvent pas être cumulés avec :

- les frais de déplacements (prévus à l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels) ;
- la majoration de coordination infirmière (MCI) facturable uniquement lors des passages au domicile du patient ;
- les actes et forfaits en rapport avec la dépendance (forfaits BSA, BSB ou BSC, actes en AIS, actes en AMX, bilan ou démarche de soins infirmiers en DI) ;
- les actes de prélèvement, d'injection, de vaccination, de perfusion, de pansement (à l'exception de l'acte de suivi de pansement) ainsi que les actes d'accompagnement à la téléconsultation.

Les majorations et compléments de nuit, dimanche, jours fériés ainsi que les majorations jeunes enfants (MIE) et la majoration d'acte unique (MAU) peuvent se cumuler avec les actes réalisés en télésoin.

Les prises en charges réalisées par les IPA (en présentiel ou à distance) sont facturées via des lettres clés spécifiques indiquées à l'article 5.8 de la présente convention.

Un bilan de la pratique du télésoin sera réalisé en commission paritaire nationale un an après l'entrée en vigueur du télésoin.

Article 6.3.3.2

Modalités de facturation du télésoin

En l'absence de possibilité de lire la carte Vitale du patient, la facturation peut être réalisée en mode SESAM sans Vitale, dans les conditions définies à l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale.

Si le logiciel SESAM-Vitale n'est pas à jour vis-à-vis des évolutions au cahier des charges SESAM-Vitale des modalités de facturation, l'infirmier a la possibilité de facturer en mode SESAM "dégradé" dans les conditions définies à l'article 23.1.2 de la présente convention.

A ce titre, les partenaires conventionnels conviennent que seuls les actes de télésanté (TMI, RQD) transmis en mode SESAM sans Vitale sont pris en compte au titre du calcul de l'indicateur relatif au taux de FSE du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation défini à l'article 22 de la présente convention.

En l'absence du patient au moment de la facturation de l'acte de télésoin par l'infirmier, un appel au web service ADRI, dans les conditions définies à l'article 21.3 de la convention, est réalisé afin de récupérer les données de droits actualisées du patient et ainsi de fiabiliser la facturation.

Dans le cadre de la facturation d'actes en série pouvant comprendre un ou plusieurs actes à distance et en présentiel :

- l'infirmier peut facturer l'ensemble de la série dans le seul cas où le dernier acte facturé est réalisé à distance. La transmission de la facture est alors effectuée :
 - en mode SESAM sans Vitale par les logiciels agréés télémedecine ; et
 - en mode dégradé conformément aux dispositions précitées par les logiciels non agréés télémedecine.
- l'infirmier n'est pas autorisé à facturer l'ensemble de la série comprenant des actes à distance et en présentiel, dans le cas où le dernier acte est réalisé en présence du patient. La transmission en mode sécurisé SESAM Vitale (sécurisation avec la carte Vitale du patient) d'une facture d'actes en série comprenant des actes réalisés à distance n'est pas autorisée. Dans ce cas, deux facturations sont alors nécessaires : les actes réalisés en présentiel sont facturés en SESAM Vitale (présence de la carte Vitale du patient) ; les actes à distance sont facturés en SESAM sans Vitale ou en mode dégradé conformément aux dispositions précitées.

Article 6.4

Le recours par les infirmiers à la téléexpertise

Article 6.4.1

Champ d'application de la téléexpertise

Article 6.4.1.1

Définition

La téléexpertise a pour objet de permettre à un professionnel de santé de solliciter l'avis à distance d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières susceptibles de répondre à la question posée, sur la base d'informations de santé liées à la prise en charge d'un patient.

En dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis donné par le professionnel médical requis peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation complexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel de santé requérant.

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par l'infirmier requérant. L'opportunité de sa réalisation relève de la responsabilité du professionnel médical requis.

A noter :

- les infirmiers en pratique avancée sont à l'instar des infirmiers habilités à requérir une téléexpertise auprès d'un professionnel médical. Toutefois, ils ne peuvent requérir une téléexpertise auprès du médecin leur ayant orienté le patient ;
- la prise en charge de la possibilité pour les infirmiers et les infirmiers en pratique avancée de requérir une téléexpertise auprès d'un chirurgien-dentiste est conditionnée à l'inscription de cette possibilité dans la convention nationale relative à cette profession ;
- le recours à la téléexpertise pour un infirmier n'est pas soumis à prescription médicale préalable.

Article 6.4.1.2

Patients concernés

L'ensemble des patients peut bénéficier de téléexpertise.

Les patients ou leur représentant légal doivent être informés des conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement, après avoir reçu ces informations.

Article 6.4.2

Modalités de réalisation de l'acte de téléexpertise

Article 6.4.2.1

Conditions de réalisation

La téléexpertise doit être réalisée dans des conditions permettant de garantir :

- la confidentialité des échanges entre l'infirmier requérant et le professionnel médical requis ;
- la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, secret médical, etc.) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés ;
- le respect des référentiels de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.

L'équipement doit être adapté à l'usage de la téléexpertise avec une couverture des services nécessaires (images, photographies, tracés, etc.). Les échanges dans le cadre de la téléexpertise entre l'infirmier requérant et le professionnel médical requis doivent s'appuyer sur le recours à une messagerie sécurisée de santé.

Les infirmiers souhaitant recourir à la téléexpertise peuvent se référer aux différents référentiels, cahiers des charges, recommandations encadrant ces conditions de réalisation émanant des autorités sanitaires ou d'autres autorités publiques.

Les téléexpertises effectuées entre l'infirmier requérant et le professionnel médical requis sont asynchrones (donc réalisées sur des temps différents) et peuvent être ponctuelles ou répétées.

Article 6.4.2.2

Compte-rendu de la téléexpertise

L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte-rendu, établi par le professionnel médical requis, conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au professionnel de santé requérant ayant sollicité l'acte.

Un compte rendu est intégré par le professionnel médical requis dans le service « mon espace santé » du patient lorsqu'il est ouvert. Cette intégration s'effectue dans les conditions définies par les articles L. 1111-14 et suivants et R. 1111-30 et suivants du code de la santé publique et relatifs aux conditions d'alimentation du DMP et aux conditions d'accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.

Article 6.4.3

Modalités de rémunération de l'acte de téléexpertise

Le travail de coordination de l'infirmier requérant sollicitant, pour une meilleure prise en charge de son patient, une téléexpertise auprès d'un professionnel médical est valorisé dans les conditions suivantes :

- l'acte de demande de téléexpertise est valorisé à hauteur de 10 € par téléexpertise ;
- et dans la limite de 4 actes par an, par infirmier, pour un même patient.

Ces actes sont facturés avec la lettre-clé RQD.

La mise en œuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Ces dispositions entreront en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Les partenaires conventionnels conviennent d'étudier les conditions dans lesquelles la rémunération de la téléexpertise pourrait évoluer vers une rémunération permettant d'asseoir une participation du patient.

Article 6.4.4

Modalités de facturation de l'acte de téléexpertise

Dans le cadre des téléexpertises, si le patient est connu du professionnel médical requis, les données administratives nécessaires à la facturation sont enregistrées dans le logiciel de ce professionnel.

Dans les cas où le professionnel médical requis ne connaît pas le patient, les données administratives du patient (nom, prénom, NIR et pour les ayants droit, en sus la date de naissance et le rang gémellaire) sont transmises par l'infirmier requérant.

Dans tous les cas, l'infirmier requérant doit également communiquer au professionnel médical requis son numéro d'identification de professionnel de santé qui doit être renseignée dans la feuille de soins du professionnel médical requis.

En l'absence du patient au moment de la facturation de l'acte de demande de téléexpertise par l'infirmier requérant, un appel au web service ADRI, dans les conditions définies à l'article 21.3 de la convention, est réalisé afin de récupérer les données de droits actualisées du patient et ainsi de fiabiliser la facturation.

En outre, l'infirmier requérant doit obligatoirement mentionner dans la feuille de soins le numéro d'identification du professionnel médical requis que celui-ci lui aura préalablement communiqué.

En l'absence de possibilité de lire la carte Vitale du patient, la facturation de l'acte de requérant d'une téléexpertise s'effectue en mode SESAM sans Vitale, dans les conditions définies à l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale.

Si le logiciel SESAM-Vitale n'est pas à jour vis-à-vis des évolutions au cahier des charges SESAM-Vitale des modalités de facturation des actes de télésanté, l'infirmier a la possibilité de facturer en mode SESAM « dégradé » dans les conditions définies à l'article 23.1.2 de la présente convention.

A ce titre, les partenaires conventionnels conviennent que seuls les actes de téléexpertise (RQD) et les actes de télésoin (TMI) transmis en mode SESAM sans Vitale sont pris en compte au titre du calcul de l'indicateur relatif au taux de FSE du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation défini à l'article 22 de la présente convention.

3° L'article 34.1 du titre VI intitulé « Non-respect des règles conventionnelles constaté par une caisse » est modifié comme suit :

Après le 10^e alinéa, sont ajoutés les alinéas suivants :

- « – le non-respect du seuil maximum d'activité pouvant être réalisée à distance par un infirmier défini à l'article 6.3.1.5 de la présente convention ;
- « – le non-respect des conditions de réalisation et de facturation des actes de télésanté prévues aux articles 6.2 et 6.3 et suivants de la présente convention ».

4° L'annexe I intitulée « Tarifs » est modifiée comme suit :

A la suite de la ligne portant sur l'acte d'accompagnement à la téléconsultation intervenant de manière spécifique à domicile (TLD), sont insérées les lignes suivantes :

«

Tarifs en euros	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer
Télésoin (TMI)	3,15	3,30
Acte de demande de téléexpertise (RQD) (**)	10,00	11,00

(**) Sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. »

Article 4

Evolution du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet et engagement de travaux portant sur l'utilisation par les infirmiers des outils numériques en santé

Les parties signataires souhaitent apporter des évolutions au forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation (FAMI) afin de réviser les conditions d'octroi et le montant de la valorisation accordée au titre des aides au démarrage de l'activité d'infirmier en pratique avancée.

Il conviendrait par ailleurs de la nécessité de revoir la rédaction du contenu de l'article pour tenir compte des dernières évolutions intervenues sur le forfait (intégration des évolutions portant sur les IPA dans le cadre de l'avenant 7, intégration de l'indicateur exercice coordonné au sein des indicateurs socles du FAMI à compter de 2023, et fin de la valorisation accordée au titre de l'ouverture des DMP liée à la création pour tous les patients du service mon espace santé.).

1° Le contenu de l'article 22 du titre IV intitulé « Aide à la modernisation et à l'informatisation » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« A. – L'aide à la modernisation et à l'informatisation »

Afin d'accompagner les professionnels qui s'engagent dans des investissements permettant de moderniser et informatiser leur cabinet, l'assurance maladie a procédé à la refonte des aides initialement versées (aide à la télétransmission, à la maintenance, aide SCOR) en instaurant une aide forfaitaire dénommée : « forfait d'aide à la modernisation et informatisation » versée annuellement aux infirmiers et infirmiers en pratique avancée conventionnés au plus tard au 30 avril de l'année suivant l'année au titre de laquelle l'aide est versée, sous respect d'un certain nombre de critères vérifiés par l'assurance maladie au titre de l'année civile précédente (N-1).

L'aide est versée par l'organisme local d'assurance maladie du lieu d'installation principal de l'infirmier pour le compte de l'ensemble des régimes.

Les indicateurs de ce forfait sont les suivants :

- utiliser un logiciel métier, compatible DMP pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée ;

- être doté d'une version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les derniers avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31 décembre de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération ;
- utiliser la solution SCOR pour la transmission à l'assurance maladie des pièces justificatives numérisées ;
- atteindre un taux de télétransmission en flux sécurisé supérieur ou égal à 70 %, la télétransmission des données fiabilisant la facture et permettant de garantir des délais de paiement très courts ;
- disposer d'une adresse de Messagerie Sécurisée de Santé ;
- participer à une équipe de soins primaires ou maison de santé pluri-professionnelle partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé ou à d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.

Dès lors que ces critères sont respectés, l'infirmier bénéficie d'une aide forfaitaire annuelle de 590 euros.

A noter que le critère portant sur l'utilisation de la solution SCOR est optionnel pour les infirmiers en pratique avancée étant donné que ces professionnels n'exercent pas leur activité sur prescription médicale.

Pour tenir compte de l'activité transverse de coordination réalisée par les infirmiers en pratique avancée exerçant en libéral avec les médecins et les autres acteurs de santé en vue d'assurer la prise en charge de ces patients, le forfait annuel d'aide à la modernisation est majoré pour ces professionnels. La majoration s'élève à 300 € complémentaires pour les IPA libéraux conventionnés et à 1 020 € pour les IPA libéraux conventionnés exerçant en zone sous dense en médecins qualifiés de « Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP) » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique pour les médecins.

L'infirmier et l'infirmier en pratique avancée impliqué dans le déploiement de l'activité de télésanté pourra, dans le cadre du forfait d'aide à la modernisation, bénéficier d'une aide forfaitaire à l'équipement selon les modalités suivantes :

- 350 euros pour l'équipement de vidéotransmission y compris pour les abonnements aux différentes solutions techniques proposés en matière de recours aux actes de télésanté ;
- 175 euros pour l'équipement en appareils médicaux connectés dont la liste est établie, sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée le cas échéant chaque année.

L'aide forfaitaire à l'équipement pour l'activité de télésanté peut être perçue indépendamment de l'atteinte des indicateurs socles de l'aide à la modernisation et à l'informatisation (SCOR, taux de télétransmission...).

Les partenaires conventionnels s'entendent pour faire un suivi régulier de cette mesure notamment quant à la possibilité pour les infirmiers de répondre à l'ensemble des critères socles du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation.

B. – L'aide au démarrage de l'activité d'infirmier en pratique avancée

Les partenaires conventionnels ont instauré une aide au démarrage de l'activité des infirmiers en pratique avancée.

Cette aide financière vise à accompagner les infirmiers en pratique avancée pour le début de leur activité libérale. Sont éligibles à cette aide :

- les infirmiers en pratique avancée conventionnés s'installant en libéral ;
- les infirmiers libéraux conventionnés installés en libéral qui informent leur caisse de rattachement de leur souhait de consacrer leur activité à la pratique avancée.

Le montant total de l'aide, versé sur deux ans non renouvelable, est de :

40 000 euros pour les infirmiers en pratique avancée conventionnés exerçant en zone sous-dense médicale qualifiés de « Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP) » telles que définies en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique pour les médecins. Cette aide est versée de la manière suivante :

- 30 000 euros dans le mois suivant la signature du contrat ;
- 10 000 euros la deuxième année, avant la fin du 1^{er} semestre de l'année suivante.

Ou de 27 000 euros pour les infirmiers en pratique avancée exerçant en dehors de ces zones sous-denses médicales. Cette aide est versée de la manière suivante :

- 20 000 euros dans le mois suivant la signature du contrat ;
- 7 000 euros la deuxième année, avant la fin du 1^{er} semestre de l'année suivante.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

Pour bénéficier du versement de cette aide, les infirmiers en pratique avancée doivent s'engager :

- à exercer au minimum 5 ans dans la zone ;
- à avoir assuré le suivi d'un minimum de 30 patients la première année d'exercice et de 60 patients la seconde année d'exercice en tant qu'infirmier en pratique avancée ;
- et atteindre une part d'activité en tant qu'infirmier en pratique avancée d'au moins : 25 % de son activité globale la 1^{re} année d'activité, 50 % la 2^e année d'exercice et 85 % la 3^e année d'exercice.

Engagement optionnel

A titre optionnel, l'IPA s'engage à exercer les fonctions de maître de stage et à accueillir en stage un étudiant IPA.

L'infirmier en pratique avancée formé au tutorat peut bénéficier également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 200 euros par mois (pendant la durée du stage) s'il accueille dans son cabinet un étudiant infirmier en pratique avancée stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

L'assurance maladie peut procéder à la récupération des sommes indument versées si l'infirmier quitte la zone avant la fin des cinq ans ou si la part d'activité minimale en tant qu'IPA n'est pas atteinte. Lorsque la part d'activité minimale au titre de la 3^e année d'exercice n'est pas atteinte, les aides versées sont récupérées au due concurrence de l'écart à la cible (par exemple un IPA qui atteint 70 % d'activité exclusive la 3^e année soit 82 % de réalisation de l'objectif cible se verra récupérer 18 % des aides qui lui ont été versées au titre du contrat).

Dispositions transitoires

A titre dérogatoire, les partenaires conventionnels conviennent dans le délai d'un an suivant la date de parution au *Journal officiel* de l'avenant 9 à la convention nationale, de permettre aux IPA libéraux conventionnés déjà en exercice de bénéficier des nouveaux contrats d'aide au démarrage de l'activité prévus par le présent texte.

Les IPA en exercice n'ayant pas adhéré au contrat d'aide au démarrage pourront ainsi en bénéficier. Par ailleurs, les IPA en exercice ayant adhéré au contrat d'aide au démarrage pourront basculer sur l'option plus favorable d'une aide majorée s'ils sont installés en zone sous-dense médicale qualifiées de « Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP) ». Cependant et pour tenir compte de l'aide financière déjà versée au titre du précédent contrat, ils ne pourront bénéficier au titre des différents contrats que d'une aide maximale de 40 000 euros (il reviendra ainsi à l'organisme d'assurance maladie de déduire de la somme à verser à l'IPA l'aide déjà accordée au titre du précédent contrat).

2° L'article 6.1 du titre II intitulé « Soutenir l'investissement des infirmiers dans l'ouverture du Dossier Médical Partagé » est supprimé.

3° Après l'article 22 du titre IV intitulé « Aides à la modernisation et à l'informatisation », il est ajouté un article 22.1. ainsi rédigé :

« Article 22.1

Déploiement du numérique en santé

En lien avec la feuille de route du numérique en santé et la généralisation de mon espace santé à l'ensemble de la population, les partenaires conventionnels s'engagent à poursuivre les travaux en vue d'accélérer le déploiement des outils numériques en faveur d'une meilleure coordination des soins et une facilitation des échanges entre professionnels de santé et avec les patients.

A ce titre ils conviennent d'engager des travaux :

- portant sur la e-prescription ;
- en vue de créer un nouvel indicateur au forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet défini à l'article 22 de la présente convention pour valoriser l'alimentation par les infirmiers du service "Mon espace santé". »

4° Après l'annexe XIV dénommée « Protocole d'accord relatif aux accords locaux sur les indemnités kilométriques », est insérée une annexe XV rédigée de la manière suivante :

« ANNEXE XV

CONTRAT TYPE D'AIDE AU DÉMARRAGE DE L'ACTIVITÉ D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE EN LIBÉRAL

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-12-2, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 4301-1 et R. 4301-1 et suivants ;

Vu la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007, publiée au *Journal officiel* du 25 juillet 2007, ses avenants et ses annexes,

Il est conclu un contrat d'aide conventionnelle au démarrage de l'activité d'infirmier en pratique avancée en libéral, entre :

- d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

Et, d'autre part, l'infirmier libéral exerçant en pratique avancée :

Prénom, Nom :

Inscrit au tableau du conseil départemental de l'ordre des infirmiers de : sous le numéro

18 novembre 2022

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 124 sur 128

numéro AM :

Adresse professionnelle :

*Article 1^{er}**Champ du contrat**Article 1.1**Objet du contrat*

Ce contrat vise à accompagner les infirmiers en pratique avancée dans le début de leur activité libérale par la mise en place d'une aide financière.

*Article 1.2**Bénéficiaires du contrat*

Le présent contrat est réservé aux :

- infirmiers en pratique avancée conventionnés s'installant en libéral ;
- infirmiers libéraux conventionnés installés en libéral qui informent leur caisse de rattachement de leur souhait de consacrer leur activité à la pratique avancée.

*Article 2**Engagements**Article 2**Engagements de l'infirmier en pratique avancée*

L'infirmier en pratique avancée s'engage à :

- exercer au minimum 5 ans dans la zone ;
- avoir assuré le suivi d'un minimum de 30 patients la première année d'exercice et de 60 patients la seconde année d'exercice en tant qu'infirmier en pratique avancée ;
- et atteindre une part d'activité en tant qu'infirmier en pratique avancée d'au moins 25 % de son activité globale la 1^{re} année d'activité, 50 % la 2^{ème} année d'exercice et 85 % la 3^e année d'exercice.

Le calcul en pourcentage des seuils d'activité en tant qu'IPA s'effectue sur une année civile comme suit :

Actes et forfaits spécifiques IPA (honoraires sans dépassement) /

Activité totale de l'activité de l'infirmier (activité d'infirmier en soins généraux et actes/forfaits spécifiques IPA en honoraires sans dépassement)

Les déplacements et majorations sont exclus de ce calcul.

Engagement optionnel

A titre optionnel, l'IPA s'engage à exercer les fonctions de maître de stage et à accueillir en stage un étudiant IPA.

*Article 2.2**Engagements de l'Assurance Maladie*

Option 1 : L'infirmier en pratique avancée conventionné exerçant en zones sous-denses médicales qualifiées de « Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP) » telles que définies en application du 1° de l'article L. 4134-4 du code de la santé publique, bénéficie d'une aide d'un montant de 40 000 euros.

Cette aide est versée sur deux ans, non renouvelables, de la manière suivante :

- 30 000 euros dans le mois suivant la signature du contrat ;
- 10 000 euros la deuxième année avant la fin du 1^{er} semestre de l'année suivante.

Option 2 : L'infirmier en pratique avancée exerçant en dehors de ces zones sous-denses médicales, bénéficie d'une aide d'un montant de 27 000 euros.

Cette aide est versée sur deux ans, non renouvelables, de la manière suivante :

- 20 000 euros dans le mois suivant la signature du contrat ;
- 7 000 euros la deuxième année avant la fin du 1^{er} semestre de l'année suivante.

Engagement optionnel

L'infirmier en pratique avancée formé au tutorat peut bénéficier également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 200 euros par mois (pendant la durée du stage) s'il accueille dans son cabinet un étudiant infirmier en pratique avancée stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

L'assurance maladie peut procéder à la récupération des sommes indument versées si l'infirmier quitte la zone avant la fin des cinq ans ou si l'activité minimale en tant qu'IPA ou la part d'activité en tant qu'IPA détaillée à l'article 2.1 du présent contrat n'est pas atteinte.

Lorsque la part d'activité minimale au titre de la 3^e année d'exercice n'est pas atteinte, les aides versées sont récupérées au due concurrence de l'écart à la cible.

*Article 3**Modalités et durée d'adhésion au contrat*

L'infirmier en pratique avancée prend contact auprès de sa caisse de rattachement pour formaliser l'adhésion par la signature du présent contrat.

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement

*Article 4**Modalités de résiliation du contrat**Article 4.1**La résiliation à l'initiative de l'infirmier en pratique avancée*

L'infirmier en pratique avancée signataire du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'Assurance Maladie signataire dudit contrat.

Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation.

*Article 4.2**La résiliation par la caisse d'Assurance Maladie*

En cas d'absence de respect par l'infirmier en pratique avancée de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

L'infirmier en pratique avancée dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à l'organisme local d'assurance maladie.

Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier en pratique avancée la fin de son adhésion au contrat et récupérer les sommes indument versées au titre du contrat conformément aux articles 2.2 et 4.3 du présent contrat.

*Article 4.3**Les conséquences de la résiliation*

En cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine, le versement de l'aide est interrompu.

L'infirmier en pratique avancée est tenu de procéder au remboursement de la somme indument versée à l'organisme local d'Assurance Maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation conformément aux dispositions de l'article 2.2 du présent contrat.

*Article 5**Conséquences d'une modification des zones sous denses médicales*

En cas de modification par l'ARS des zones sous-denses médicales qualifiées de « Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP) » telles que définies en application du 1^o de l'article L. 4134-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'installation de l'infirmier adhérent de la liste des zones sous-denses médicales, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par l'infirmier ou l'assurance maladie.

Fait à [...] en [...] exemplaires, le

Date d'effet du contrat

L'infirmier en pratique avancée

Le directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie/caisse générale de sécurité sociale de [...]

».

Article 5

Administration des vaccins par les infirmiers

Après l'article 5.8 du titre II de la convention nationale intitulé « **Accompagnement des patients par les infirmiers de pratiques avancées** », est ajouté un article 5.9 intitulé « Administration des vaccins par les infirmiers » rédigé comme suit :

« Article 5.9

Administration des vaccins par les infirmiers

L'amélioration de l'état de santé de la population passe par une politique volontariste axée sur la prévention. A ce titre, les partenaires conventionnels conviennent, dans la continuité des mesures réglementaires portant sur l'extension du champ de compétences des infirmiers en matière d'administration des vaccins, de la nécessité de valoriser le rôle des infirmiers en ce domaine.

Les infirmiers pouvant, selon les types de vaccins, désormais vacciner avec ou sans prescription préalable, les parties signataires proposent de valoriser l'administration des vaccins par les infirmiers selon les modalités suivantes :

- lorsque le patient dispose pour la vaccination d'une prescription préalable établie par un professionnel de santé ou que la délivrance du vaccin ne nécessite pas de prescription : AMI 2,4 (soit 7,56 €).
- lorsque le patient ne dispose pas d'une prescription préalable établie par un autre professionnel de santé (alors que le vaccin est à prescription obligatoire) : AMI 3,05 (soit 9,61 €)

Compte tenu de ces évolutions et sous réserve de la modification de la nomenclature générale des actes professionnels, les partenaires conventionnels proposent :

- la suppression du supplément grippe (AMI 1) mis en place pour la vaccination.
- la facturation à taux plein de l'acte de vaccination réalisé à domicile quel que soit le nombre d'actes auxquels il est associé. Aussi, lorsqu'ils sont réalisés à domicile, ces actes de vaccination dérogent aux dispositions de l'article 11B des dispositions générales de la NGAP : ils peuvent être cumulés à taux plein quel que soit le coefficient du ou des actes éventuellement associés.

Ces dispositions entreront en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et à l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. »

Article 6

Engagement à enrichir la nomenclature générale des actes professionnels au regard de l'expérience liée aux dérogations mises en place pendant la période d'urgence sanitaire

Les partenaires conventionnels s'engagent à mener des travaux et inscrire, le cas échéant, à la nomenclature générale des actes professionnels les actes mis en place à titre dérogatoire dans le cadre de la crise Covid et qui auraient vocation à être pérennisés, à l'échéance fixée par les textes réglementaires liés à la période d'urgence sanitaire.

Fait à Paris, le 27 juillet 2022.

Pour l'Union nationale des Caisses d'Assurance Maladie :

Le directeur général,

T. FATOME

Pour Convergence Infirmière :

La présidente,

G. SICRE

Pour la Fédération nationale des infirmiers :

Le président,

D. GUILLERM

Pour le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux :

Le président,

J. PINTÉ

Pour l'Union nationale des organismes complémentaires d'Assurance Maladie :

Le président,

M. LECLERE

Avenant n°10 du 25 juillet 2023

29 juillet 2023

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 43 sur 110

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 25 juillet 2023 portant approbation de l'avenant n° 10 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie signée le 22 juin 2007

NOR : SPRS2320848A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9, L. 162-14-1 et L. 162-15,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvé l'avenant n° 10 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie, annexé au présent arrêté, conclu le 16 juin 2023, entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la Fédération nationale des infirmiers, le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie.

Art. 2. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 25 juillet 2023.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
M. DAUDE

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,
F. VON LENNEP

ANNEXE

AVENANT N° 10 À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS
ENTRE LES INFIRMIERS ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 22 JUIN 2007

Entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM),

et :

La Fédération nationale des infirmiers ;

Le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-12-2, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6314-1 ;

Vu la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007, publiée au *Journal officiel* du 25 juillet 2007, ses avenants et ses annexes ;

Il a été convenu ce qui suit :

Les parties signataires du présent avenant conviennent que la convention nationale, signée le 22 juin 2007 susvisée, modifiée par avenants et reconduite tacitement depuis cette date est modifiée par les dispositions suivantes.

Préambule

Dans un contexte marqué par une inflation importante, les partenaires conventionnels ont décidé d'ouvrir des négociations afin de soutenir les infirmiers libéraux.

Ils ont également souhaité déployer la dernière étape du dispositif de bilan de soin infirmiers en octobre 2023, c'est-à-dire étendre la facturation des soins infirmiers aux forfaits BSI à l'ensemble des patients dépendants.

Pour soutenir le déploiement de la profession d'infirmier en pratique avancée en libéral et dans le prolongement des mesures mises en place dans le cadre de l'avenant 9, les parties signataires souhaitent en outre mettre en place une aide conventionnelle visant à accompagner les infirmiers libéraux qui souhaitent se former au métier d'infirmier en pratique avancée en compensant en partie la perte d'activité pendant la période de formation.

Enfin, des travaux vont être prochainement engagés entre le ministère et les représentants de la profession en vue de déterminer les modalités de rémunération des infirmiers libéraux à la prise en charge des soins non programmés après régulation médicale. Dans cette perspective, les partenaires conventionnels s'engagent dès la finalisation des travaux, à en tirer des conséquences sur le plan conventionnel pour permettre aux infirmiers de concourir à la permanence des soins.

Compte tenu de ces éléments, les parties signataires conviennent de ce qui suit.

Article 1^{er}*Valorisation de l'accompagnement des patients par les infirmiers libéraux*

Les tarifs des indemnités forfaitaires de déplacement « IFD » et « IFI » sont revalorisés de 10 %.

En conséquence, l'annexe I de la convention nationale des infirmiers « Tarifs » est modifiée ainsi qu'il suit :

- la ligne portant sur l'indemnité forfaitaire de déplacement « IFD » est remplacée par les dispositions suivantes :

«

	Métropole	DOM et Mayotte
IFD	2,75	2,75

» ;

- après la ligne portant sur l'indemnité forfaitaire de déplacement « IFD », est ajoutée la ligne suivante :

«

	Métropole	DOM et Mayotte
IFI	2,75	2,75

».

La mise en œuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Article 2*Généralisation du BSI à l'ensemble des patients dépendants à domicile*

L'article 5.7 de la convention nationale des infirmiers « Prise en charge des soins à domicile des patients dépendants » est modifié comme suit :

Les mots : « A compter d'avril 2023 » sont remplacés par les mots : « A compter d'octobre 2023 » et les mots : « Au cours du 1^{er} semestre 2024 » sont remplacés par les mots : « Au cours du 2^{ème} semestre 2024 ».

Article 3*Mise en place d'une aide à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée*

1° Après la fin du paragraphe B « L'aide au démarrage de l'activité d'infirmier en pratique avancée » de l'article 22 du titre IV « Aide à la modernisation et à l'informatisation » est inséré un paragraphe C ainsi rédigé :

« C. – L'aide à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée

Les parties signataires instaurent une aide conventionnelle à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée. Cette aide financière vise à accompagner les infirmiers libéraux qui se forment au métier d'infirmier en pratique avancée et a pour objet de compenser en partie la perte d'activité de l'infirmier durant cette formation. Cette aide s'ajoute, le cas échéant, aux aides locales.

Sont éligibles à cette aide, les infirmiers conventionnés installés en libéral qui s'engagent dans une formation universitaire d'infirmier en pratique avancée et dont le montant des honoraires sans dépassement facturés au titre de leur activité libérale au cours de l'année précédant leur première année de formation est supérieur à 15 000 euros.

29 juillet 2023

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 43 sur 110

Le montant total de l'aide versé en deux annualités (non renouvelable) est de :

- 15 000 euros pour les infirmiers libéraux exerçant en métropole ;
- 17 000 euros pour les infirmiers libéraux exerçant dans les DROM et qui suivent leur cursus universitaire d'infirmier en pratique avancée en métropole.

Les premiers versements de l'aide interviendront à compter de mars 2024 au bénéfice des infirmiers libéraux démarrant leur formation d'infirmier en pratique avancée à la rentrée universitaire 2023.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

Pour bénéficier du versement de cette aide, les infirmiers libéraux doivent s'engager :

- à suivre l'ensemble de la formation d'infirmier en pratique avancée (deux années de formation). A ce titre et pour bénéficier de l'aide, l'infirmier devra présenter chaque année à sa caisse de rattachement une attestation d'inscription à la première année ou à la deuxième année de formation au diplôme d'infirmier en pratique avancée ;
- à exercer au minimum 2 ans en tant qu'infirmier en pratique avancée en libéral, en activité exclusive ou non, à l'issue de sa formation.

L'assurance maladie peut procéder à la récupération des sommes indument versées si l'infirmier ne respecte pas les engagements précités en fonction de la durée de formation restant à réaliser. » ;

2° Il est ajouté à la convention une annexe XVI ainsi rédigée :

« ANNEXE XVI

CONTRAT TYPE D'AIDE À LA FORMATION AU MÉTIER D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-12-2, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4301-1 et R. 4301-1 et suivants ;

Vu la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007, publiée au *Journal officiel* du 25 juillet 2007, ses avenants et ses annexes.

Il est conclu un contrat d'aide conventionnelle à la formation d'infirmier en pratique avancée, entre :

- d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

Représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

Et, d'autre part, l'infirmier libéral :

Prénom, Nom :

Inscrit au tableau du conseil départemental de l'ordre des infirmiers de : sous le numéro

Numéro AM :

Adresse professionnelle :

Article I^{er}

Champ du contrat

Article I.1

Objet du contrat

Ce contrat vise à accompagner les infirmiers libéraux qui se forment au métier d'infirmier en pratique avancée par la mise en place d'une aide financière permettant de compenser en partie leur perte d'activité en tant qu'infirmier durant cette formation. Cette aide conventionnelle peut s'ajouter aux aides locales existantes.

Article 1.2*Bénéficiaires du contrat*

Le présent contrat est réservé aux infirmiers conventionnés installés en libéral qui s'engagent dans une formation universitaire d'infirmier en pratique avancée et dont le montant des honoraires sans dépassements facturés au titre de leur activité libérale au cours de l'année précédant leur première année de formation est supérieur à 15 000 euros.

Article 2*Engagements***Article 2.1***Engagements de l'infirmier*

L'infirmier libéral s'engage à :

- à suivre l'ensemble de la formation d'infirmier en pratique avancée (deux années de formation). A ce titre et pour bénéficier de l'aide, l'infirmier devra présenter chaque année à la caisse de rattachement une attestation de scolarité justifiant de son inscription à la première année puis à la deuxième année de formation au diplôme d'infirmier en pratique avancée ;
- à exercer au minimum 2 ans en tant qu'infirmier en pratique avancée en libéral, en activité exclusive ou non, à l'issue de sa formation.

Article 2.2*Engagements de l'assurance maladie*

En contrepartie du respect des engagements au contrat, l'assurance maladie s'engage à verser à l'infirmier en deux annualités une aide d'un montant de :

- 15 000 euros pour les infirmiers libéraux exerçant en métropole ;
- 17 000 euros pour les infirmiers libéraux exerçant dans les DROM et qui suivent leur cursus universitaire d'infirmier en pratique avancée en métropole.

50 % de l'aide est versée dans un délai de 6 mois à compter de la date de signature du contrat. Les autres 50 % sont versés au plus tard à la date anniversaire du 1^{er} versement.

Pour les formations débutant en septembre 2023, le premier versement ne pourra intervenir qu'à compter de mars 2024.

Cette aide est non renouvelable.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

Article 3*Modalités et durée d'adhésion au contrat*

Le présent contrat est conclu pour une durée de 4 ans (dont les 2 années de formation) à compter de sa date de signature.

Article 4*Modalités de résiliation du contrat***Article 4.1***La résiliation à l'initiative de l'infirmier en pratique avancée*

L'infirmier signataire du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'assurance maladie signataire dudit contrat.

Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation.

Article 4.2*La résiliation par la caisse d'assurance maladie*

En cas d'absence de respect par l'infirmier de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à l'organisme local d'assurance maladie.

Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier la fin de son adhésion au contrat et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat conformément aux articles 2.2 et 4.3 du présent contrat.

Article 4.3*Les conséquences de la résiliation*

En cas de résiliation du contrat, le versement de l'aide est interrompu.

L'infirmier est tenu de procéder au remboursement de la somme indument versée à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation conformément aux dispositions de l'article 2.2 du présent contrat. Le calcul du montant à rembourser se fait au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier ainsi qu'il suit :

- pour les résiliations intervenant avant la fin de la formation universitaire, l'infirmier doit procéder au remboursement de la totalité de l'aide versée au moment de la résiliation ;
- pour les résiliations intervenant dans la première année d'exercice en tant qu'infirmier en pratique avancée en libéral, l'infirmier doit procéder au remboursement de la moitié de l'aide versée ;
- pour les résiliations intervenant avant la fin de la deuxième année d'exercice en tant qu'infirmier en pratique avancée en libéral, l'infirmier doit procéder au remboursement d'un tiers de l'aide versée.

Fait à [...] en [...] exemplaires, le

Date d'effet du contrat

L'infirmier

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie/caisse générale de sécurité sociale de [...] ».

Fait à Paris, le 16 juin 2023.

Pour l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie :

Le directeur général,

T. FATOME

Pour la Fédération nationale des infirmiers :

Le président,

D. GUILLERM

Pour le Syndicat national des infirmières
et des infirmiers libéraux :

Le président,

J. PINTE

Pour l'Union nationale des organismes
d'assurance maladie complémentaires :

Le président,

M. LECLERE

Arrêté du 20 mars 2012 relatif à la prescription infirmière

30 mars 2012

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 34 sur 146

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux
que les infirmiers sont autorisés à prescrire

NOR : ETSH1208335A

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 4311-1 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 7 mars 2012,

Arrête :

Art. 1^{er}. – En application de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, sont autorisés à prescrire à leurs patients, sauf en cas d'indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux :

- inscrits sous une ligne générique ou un nom de marque et appartenant à une catégorie visée par l'article 2 du présent arrêté, sauf mention contraire, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale ;
- correspondant à une combinaison (set) de plusieurs produits inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale et appartenant à l'une des catégories visées dans l'article 2.

Les sets qui comprennent au moins un produit n'appartenant pas à l'une des catégories visées dans l'article 2 ne peuvent pas être prescrits par les infirmiers.

Art. 2. – I. – A l'exclusion du petit matériel nécessaire à la réalisation de l'acte facturé, les infirmiers sont autorisés, lorsqu'ils agissent pendant la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmiers et dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire aux patients, sauf en cas d'indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux suivants :

1. Articles pour pansement :

- pansements adhésifs stériles avec compresse intégrée ;
- compresses stériles (de coton hydrophile) à bords adhésifs ;
- compresses stériles de coton hydrophile non adhérente ;
- pansements et compresses stériles absorbants non adhérents pour plaies productives ;
- compresses stériles non tissées ;
- compresses stériles de gaze hydrophile ;
- gaze hydrophile non stérile ;
- compresses de gaze hydrophile non stériles et non tissées non stériles ;
- coton hydrophile non stérile ;
- ouate de cellulose chirurgicale ;
- sparadraps élastiques et non élastiques ;
- filets et jerseys tubulaires ;
- bandes de crêpe en coton avec ou sans présence d'élastomère ;
- bandes extensibles tissées ou tricotées ;
- bandes de crêpe en laine ;
- films adhésifs semi-perméables stériles ;
- sets pour plaies.

2. Cerceaux pour lit de malade.

3. Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil urogénital :

- étui pénien, joint et raccord ;

- plat bassin et urinal ;
- dispositifs médicaux et accessoires communs pour incontinents urinaires, fécaux et stomisés : poches, raccord, filtre, tampon, supports avec ou sans anneau de gomme, ceinture, clamp, pâte pour protection péristomiale, tampon absorbant, bouchon de matières fécales, collecteur d'urines et de matières fécales ;
- dispositifs pour colostomisés pratiquant l'irrigation ;
- nécessaire pour irrigation colique ;
- sondes vésicales pour autosondage et hétérosondage.

4. Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile :

a) Appareils et accessoires pour perfusion à domicile :

- appareil à perfusion stérile non réutilisable ;
- panier de perfusion ;
- perfuseur de précision ;
- accessoires à usage unique de remplissage du perfuseur ou du diffuseur portable ;
- accessoires à usage unique pour pose de la perfusion au bras du malade en l'absence de cathéter implantable ;

b) Accessoires nécessaires à l'utilisation d'une chambre à cathéter implantable ou d'un cathéter central tunnelisé :

- aiguilles nécessaires à l'utilisation de la chambre à cathéter implantable ;
- aiguille, adhésif transparent, prolongateur, robinet à trois voies ;

c) Accessoires stériles, non réutilisables, pour hépariner : seringues ou aiguilles adaptées, prolongateur, robinet à 3 voies ;

d) Pieds et potences à sérum à roulettes.

II. – Par ailleurs, peuvent également être prescrits dans les mêmes conditions qu'au I, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par leur patient, les dispositifs médicaux suivants :

1. Matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres en mousse avec découpe en forme de gaufrier.

2. Coussin d'aide à la prévention des escarres :

- coussins à air statique ;
- coussins en mousse structurée formés de modules amovibles ;
- coussins en gel ;
- coussins en mousse et gel.

3. Pansements :

- hydrocolloïdes ;
- hydrocellulaires ;
- alginates ;
- hydrogels ;
- en fibres de carboxyméthylcellulose (CMC) ;
- à base de charbon actif ;
- à base d'acide hyaluronique seul ;
- interfaces (y compris les silicones et ceux à base de carboxyméthylcellulose [CMC]) ;
- pansements vaselinés.

4. Sonde naso-gastrique ou naso-entérale pour nutrition entérale à domicile.

5. Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, orthèses élastiques de contention des membres :

- bas (jarret, cuisse) ;
- chaussettes et suppléments associés.

6. Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, accessoires pour lecteur de glycémie :

- lancettes ;
- bandelettes d'autosurveillance glycémique ;
- autopiqueurs à usage unique ;
- seringues avec aiguilles pour autotraitement ;
- aiguilles non réutilisables pour stylo injecteur ;
- ensemble stérile non réutilisable (aiguilles et réservoir) ;
- embout perforateur stérile.

30 mars 2012

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 34 sur 146

Art. 3. – L'arrêté du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire est abrogé.

Art. 4. – La directrice générale de l'offre de soins, le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 20 mars 2012.

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur général
de la santé,*
J.-Y. GRALL

*Le directeur
de la sécurité sociale,*
T. FATOME

*La directrice générale
de l'offre de soins,*
A. PODEUR

Arrêté du 21 avril 2022

23 avril 2022

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 41 sur 140

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 21 avril 2022 fixant la liste des personnes pouvant bénéficier des vaccinations administrées par un infirmier ou une infirmière, sans prescription médicale préalable de l'acte d'injection

NOR : SSAP2205648A

Le ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment son article R. 4311-5-1 ;

Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 24 mars 2022 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 15 mars 2022,

Arrête :

Art. 1^{er}. – L'infirmier ou l'infirmière peut administrer la vaccination mentionnée au 1^o du I de l'article R. 4311-5-1 du code de la santé publique aux :

1^o Personnes majeures pour lesquelles cette vaccination est recommandée dans le calendrier des vaccinations en vigueur, à l'exception des personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure ;

2^o Personnes majeures non ciblées par les recommandations vaccinales en vigueur, à l'exception des personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure ;

3^o Personnes mineures âgées de 16 ans et plus pour lesquelles cette vaccination est recommandée dans le calendrier des vaccinations en vigueur, à l'exception des personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure.

Art. 2. – L'infirmier ou l'infirmière peut administrer les vaccinations mentionnées aux 2^o à 15^o du I de l'article R. 4311-5-1 du code de la santé publique aux :

1^o Personnes mineures âgées de 16 ans et plus pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées dans le calendrier des vaccinations en vigueur ;

2^o Personnes majeures pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées dans le calendrier des vaccinations en vigueur.

Art. 3. – L'arrêté du 14 novembre 2017 fixant la liste des personnes pouvant bénéficier de l'injection du vaccin antigrippal saisonnier pratiquée par un infirmier ou une infirmière est abrogé.

Art. 4. – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 21 avril 2022.

OLIVIER VÉRAN

Décret du 8 août 2023

9 août 2023

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 41 sur 126

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Décret n° 2023-736 du 8 août 2023 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers, des pharmaciens d'officine, des infirmiers et des pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur, des professionnels de santé exerçant au sein des laboratoires de biologie médicale et des étudiants en troisième cycle des études pharmaceutiques

NOR : SPRP2312582D

Publics concernés : infirmiers, pharmaciens d'officine, pharmacies à usage intérieur, laboratoires de biologie médicale et étudiants en 3^e cycle des études de pharmacie.

Objet : extension des compétences vaccinales des infirmiers et pharmaciens d'officine et création de compétences vaccinales pour certains professionnels de santé exerçant dans les pharmacies à usage intérieur et laboratoires de biologie médicale, ainsi que pour les étudiants en 3^e cycle de pharmacie.

Entrée en vigueur : le décret entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret étend les compétences d'administration de vaccins des infirmiers et des pharmaciens d'officine et précise les conditions de mise en œuvre de leur nouvelle compétence de prescription de vaccins. Il détermine par ailleurs les conditions de mise en œuvre des nouvelles compétences de prescription et d'administration de vaccins pour les pharmacies à usage intérieur et les laboratoires de biologie médicale. Il précise enfin les conditions de l'administration de vaccins par les étudiants de 3^e cycle de pharmacie.

Références : le décret est pris pour l'application de l'article 33 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023. Ses dispositions, ainsi que les dispositions du code de la santé publique qu'il modifie, peuvent être consultés, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

La Première ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-13-4 et L. 162-16-1 ;

Vu la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 modifiée prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 modifiée relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire ;

Vu l'avis du Haut conseil des professions paramédicales en date du 9 mai 2023 ;

Vu l'avis de la Commission nationale de biologie médicale en date du 23 mai 2023 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 31 mai 2023 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 1^{er} juin 2023 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 1^{er} juin 2023 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A l'article R. 4311-5-1 :

a) Le III est abrogé ;

b) Le II devient le III ;

c) Le I est remplacé par les dispositions suivantes :

« I. – L'infirmier ou l'infirmière peut prescrire, dans les conditions définies à l'article R. 4311-3, les vaccins mentionnés dans l'arrêté prévu par le 1° de l'article L. 4311-1 aux personnes dont les conditions d'âge et, le cas échéant, les pathologies sont précisées par ce même arrêté.

« L'infirmier ou l'infirmière déclare l'activité de prescription de vaccins, par tout moyen donnant date certaine à la réception de la déclaration, auprès de l'autorité compétente du conseil de l'ordre des infirmiers au tableau duquel il ou elle est inscrit.

« La déclaration mentionne les nom et prénom d'exercice et le numéro d'identification de l'infirmier ou l'infirmière au répertoire sectoriel de référence des personnes physiques mentionné à l'article L. 1470-4.

« Lorsque l'infirmier ou l'infirmière n'a pas suivi d'enseignement relatif à la prescription de vaccins dans le cadre de sa formation initiale, la déclaration est accompagnée d'une attestation de formation délivrée par un organisme ou une structure de formation respectant les objectifs pédagogiques fixés par arrêté du ministre chargé de la santé, permettant de connaître notamment les caractéristiques des maladies à prévention vaccinale, la traçabilité des vaccinations et les principales recommandations du calendrier vaccinal.

« L'activité de prescription de vaccins peut commencer dès la réception de la déclaration mentionnée au deuxième alinéa du présent I. » ;

d) Après le I, il est rétabli un II ainsi rédigé :

« II. – L'infirmier ou l'infirmière peut administrer, dans les conditions définies à l'article R. 4311-3 :

« 1° Les vaccins qu'il ou elle peut prescrire en application du I ;

« 2° Sans prescription médicale préalable de l'acte d'injection, les vaccins mentionnés dans l'arrêté prévu par le 2° de l'article L. 4311-1 aux personnes dont les conditions d'âge et, le cas échéant, les pathologies sont précisées par ce même arrêté. » ;

2° Au premier alinéa de l'article R. 5121-161, les mots : « ou le pharmacien » sont remplacés par les mots : « , le pharmacien ou l'infirmier » ;

3° A la sous-section préliminaire de la section 2 du chapitre V du titre II du livre Ier de la cinquième partie :

a) L'article R. 5125-33-8 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 5125-33-8. – I. – Le pharmacien d'officine, d'une pharmacie mutualiste ou de secours minière peut prescrire et administrer les vaccins mentionnés dans les arrêtés prévus respectivement par le 9° et le 9° bis de l'article L. 5125-1-1 A aux personnes dont les conditions d'âge et, le cas échéant, les pathologies sont précisées par ces mêmes arrêtés.

Il déclare son activité d'administration ou de prescription et d'administration de vaccins, par tout moyen donnant date certaine à la réception de la déclaration, auprès de l'autorité compétente du conseil de l'ordre des pharmaciens dont il relève.

« II. – La déclaration mentionne les nom et prénom d'exercice et le numéro d'identification du pharmacien au répertoire sectoriel de référence des personnes physiques mentionné à l'article L. 1470-4.

« Lorsque le pharmacien n'a pas suivi d'enseignement relatif à l'administration ou à la prescription de vaccins dans le cadre de sa formation initiale, la déclaration est accompagnée d'une attestation de formation délivrée par un organisme ou une structure de formation respectant les objectifs pédagogiques fixés par arrêté du ministre chargé de la santé, permettant au pharmacien de connaître notamment, pour la prescription, les caractéristiques des maladies à prévention vaccinale, la traçabilité des vaccinations et les principales recommandations du calendrier des vaccinations et, pour l'administration, le cadre normatif et les objectifs de santé publique de la vaccination, les modes d'injection et le suivi post-injection.

« Lorsque le pharmacien a déjà suivi la formation à l'administration de vaccins, assurée par un organisme ou une structure de formation respectant les objectifs pédagogiques et les conditions fixés dans l'arrêté pris en application de l'alinéa précédent, ou la formation spécifique à la vaccination contre la covid-19 assurée dans les conditions prévues en application de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ou de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire, il est dispensé du suivi de la partie de la formation relative à l'administration de vaccins. Dans ce cas, la déclaration est accompagnée d'une attestation de suivi de l'une ou l'autre de ces formations.

« III. – Lorsque la pharmacie respecte le cahier des charges relatif aux conditions techniques pour exercer l'activité de vaccination dont le contenu est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, l'activité d'administration ou de prescription et d'administration de vaccins peut commencer dès la réception de la déclaration mentionnée au I. » ;

b) L'article R. 5125-33-8-1 est abrogé ;

c) Au premier alinéa de l'article R. 5125-33-9, la référence au 2° du II de l'article R. 5125-33-8 est remplacée par une référence au I de cet article ;

4° Après l'article R. 5126-9, il est inséré un article R. 5126-9-1 ainsi rédigé :

« Art. R. 5126-9-1. – I. – Les pharmaciens et les infirmiers exerçant au sein d'une pharmacie à usage intérieur peuvent prescrire et administrer les vaccins mentionnés dans les arrêtés prévus respectivement au 6° et au 7° de l'article L. 5126-1 aux personnes dont les conditions d'âge et, le cas échéant, les pathologies sont précisées par ces mêmes arrêtés.

« II. – La prescription et l'administration des vaccins par les professionnels mentionnés au I sont réalisées dans les conditions suivantes :

« 1° Le pharmacien déclare son activité d'administration ou de prescription et d'administration de vaccins, par tout moyen donnant date certaine à la réception de la déclaration, auprès de l'autorité compétente du conseil de

l'ordre des pharmaciens dont il relève. La déclaration mentionne les nom et prénom d'exercice et le numéro d'identification du pharmacien au répertoire sectoriel de référence des personnes physiques mentionné à l'article L. 1470-4.

« Lorsque le pharmacien n'a pas suivi d'enseignement relatif à l'administration ou à la prescription de vaccins dans le cadre de sa formation initiale, la déclaration est accompagnée d'une attestation de formation délivrée par un organisme ou une structure de formation respectant les objectifs pédagogiques fixés par arrêté du ministre chargé de la santé, permettant au pharmacien de connaître notamment, pour la prescription, les caractéristiques des maladies à prévention vaccinale, la traçabilité des vaccinations et les principales recommandations du calendrier des vaccinations et, pour l'administration, le cadre normatif et les objectifs de santé publique de la vaccination, les modes d'injection et le suivi post-injection.

« Lorsque le pharmacien a déjà suivi la formation à l'administration de vaccins, assurée par un organisme ou une structure de formation respectant les objectifs pédagogiques et les conditions fixés dans l'arrêté pris en application de l'alinéa précédent, ou la formation spécifique à la vaccination contre la covid-19 assurée dans les conditions prévues en application de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ou de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire, il est dispensé du suivi de la partie de la formation relative à l'administration de vaccins. Dans ce cas, la déclaration est accompagnée d'une attestation de suivi de l'une ou l'autre de ces formations ;

« 2° L'infirmier ou l'infirmière déclare son activité de prescription de vaccins selon les modalités prévues au I de l'article R. 4311-5-1 ;

« 3° L'activité d'administration ou de prescription et d'administration de vaccins peut commencer dès la réception des déclarations mentionnées au 1° du I du présent article et au deuxième alinéa du I de l'article R. 4311-5-1. Cette activité est réalisée par les professionnels de santé mentionnés au I du présent article dans le respect du cahier des charges relatif aux conditions techniques fixées à la pharmacie pour exercer cette activité, dont le contenu est défini par arrêté du ministre chargé de la santé.

« III. – Sont susceptibles de se voir prescrire et administrer par les professionnels de santé mentionnés au I les vaccins figurant sur les listes fixées par les arrêtés prévus aux 6° et 7° de l'article L. 5126-1 :

« 1° Les personnes prises en charge par l'établissement, le service ou l'organisme dont relève la pharmacie à usage intérieur, dont les conditions d'âge et, le cas échéant, les pathologies sont précisées par ces arrêtés ;

« 2° Les personnels exerçant au sein de l'établissement, du service ou de l'organisme dont relève la pharmacie à usage intérieur, dont les conditions d'âge et, le cas échéant, les pathologies sont précisées par ces arrêtés.

« IV. – Les professionnels mentionnés au I inscrivent dans le carnet de santé, le carnet de vaccination ou le dossier médical partagé de la personne vaccinée ses nom et prénom d'exercice, la dénomination du vaccin administré, la date de son administration et son numéro de lot. A défaut de cette inscription, ils délivrent à la personne vaccinée une attestation de vaccination qui comporte ces informations.

« En l'absence de dossier médical partagé et sous réserve du consentement de la personne vaccinée, ils transmettent ces informations à son médecin traitant. La transmission de cette information s'effectue par messagerie sécurisée de santé répondant aux conditions prévues à l'article L. 1470-5, lorsqu'elle existe. »

5° A l'article R. 5132-6 :

a) Le 4° est complété par les mots : « et pour les vaccins prescrits en application de l'article L. 6212-3 » ;

b) Le 7° est complété par les mots : « ou d'un infirmier pour les vaccins prescrits en application de l'article L. 4311-1. » ;

6° Au chapitre III du titre V du livre I^{er} de la sixième partie, il est inséré, après la section 4, une section 4 *bis* ainsi rédigée :

« Section 4 bis – Compétences vaccinales des étudiants en pharmacie en milieu hospitalier et extrahospitalier

« Art. R. 6153-91-2. – Les étudiants en troisième cycle des études pharmaceutiques mentionnés au second alinéa de l'article L. 6153-5 peuvent administrer les vaccins dont la liste est prévue au 9° bis de l'article L. 5125-1-1 A aux personnes dont les conditions d'âge et, le cas échéant, les pathologies sont précisées par l'arrêté prévu par ce même 9° bis, sous réserve d'avoir suivi les enseignements théoriques et pratiques relatifs à la vaccination dans le cadre de leur formation initiale, ou la formation spécifique à la vaccination contre la covid-19 assurée dans les conditions prévues en application de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ou de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire. » ;

7° Au chapitre II du titre I^{er} du livre II de la sixième partie :

a) La section unique devient la section 1 ;

b) Après la section 1, il est ajouté une section 2 ainsi rédigée :

« Section 2 – Dispositions relatives à l'administration et la prescription de vaccins

« Art. R. 6212-2. – I. – Les biologistes médicaux mentionnés à l'article L. 6213-1, les médecins et pharmaciens autorisés à exercer les fonctions de biologiste médical au titre des articles L. 6213-2 et L. 6213-2-1 ainsi que les infirmiers exerçant au sein du laboratoire de biologie médicale peuvent prescrire et administrer les vaccins figurant sur les listes fixées par les arrêtés prévus au deuxième alinéa de l'article L. 6212-3 aux personnes dont les conditions d'âge et, le cas échéant, les pathologies sont précisées par ces arrêtés.

« II. – La prescription et l'administration des vaccins au sein du laboratoire de biologie médicale sont réalisées dans les conditions suivantes :

« 1° Le pharmacien exerçant au sein du laboratoire de biologie médicale déclare son activité d'administration ou de prescription et d'administration de vaccins, par tout moyen donnant date certaine à la réception de la déclaration, auprès de l'autorité compétente du conseil de l'ordre des pharmaciens dont il relève. La déclaration mentionne les nom et prénom d'exercice et le numéro d'identification du pharmacien au répertoire sectoriel de référence des personnes physiques mentionné à l'article L. 1470-4.

« Lorsque le pharmacien n'a pas suivi d'enseignement relatif à l'administration ou à la prescription de vaccins dans le cadre de sa formation initiale, la déclaration est accompagnée d'une attestation de formation délivrée par un organisme ou une structure de formation respectant les objectifs pédagogiques fixés par arrêté du ministre chargé de la santé, permettant au pharmacien de connaître notamment, pour la prescription, les caractéristiques des maladies à prévention vaccinale, la traçabilité des vaccinations et les principales recommandations du calendrier des vaccinations et, pour l'administration, le cadre normatif et les objectifs de santé publique de la vaccination, les modes d'injection et le suivi post-injection.

« Lorsque le pharmacien a déjà suivi la formation à l'administration de vaccins, assurée par un organisme ou une structure de formation respectant les objectifs pédagogiques fixés dans l'arrêté pris en application de l'alinéa précédent, ou la formation spécifique à la vaccination contre la covid-19, assurée dans les conditions prévues en application de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ou de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire, il est dispensé du suivi de la partie de la formation relative à l'administration de vaccins. Dans ce cas, la déclaration est accompagnée d'une attestation de suivi de l'une ou l'autre de ces formations ;

« 2° L'infirmier déclare son activité de prescription de vaccins selon les modalités prévues au I de l'article R. 4311-5-1 ;

« 3° L'activité d'administration ou de prescription et d'administration de vaccins peut commencer dès la réception des déclarations mentionnées au 1° du présent I et au deuxième alinéa du I de l'article R. 4311-5-1, dès lors que le laboratoire de biologie médicale où exercent les professionnels de santé mentionnés au I respecte le cahier des charges relatif aux conditions techniques pour exercer cette activité, dont le contenu est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« III. – Les professionnels mentionnés au I inscrivent dans le carnet de santé, le carnet de vaccination et le dossier médical partagé de la personne vaccinée ses nom et prénom d'exercice, la dénomination du vaccin administré, la date de son administration et son numéro de lot. A défaut de cette inscription, ils délivrent à la personne vaccinée une attestation de vaccination qui comporte ces informations.

« En l'absence de dossier médical partagé et sous réserve du consentement de la personne vaccinée, ils transmettent ces informations au médecin traitant de cette personne. La transmission de cette information s'effectue par messagerie sécurisée de santé répondant aux conditions prévues à l'article L. 1470-5, lorsqu'elle existe. »

Art. 2. – La première phrase du premier alinéa de l'article R. 163-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Après les mots : « à l'article R. 5125-33-5 » sont insérés les mots : « ou, pour les vaccins, sur prescription par les professionnels de santé habilités dans les conditions mentionnées aux articles R. 4311-5-1, R. 5125-33-8, R. 5126-9-1 et R. 6212-2 » ;

2° Les mots : « des vaccins ou » sont supprimés ;

3° Les mots : « respectivement aux articles R. 4311-5-1 et » sont remplacés par les mots : « à l'article ».

Art. 3. – Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 8 août 2023.

ÉLISABETH BORNE

Par la Première ministre :

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*
AURÉLIEN ROUSSEAU

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*
BRUNO LE MAIRE

Arrêté du 8 août 2023

9 août 2023

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 52 sur 126

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 8 août 2023 fixant la liste des vaccins que certains professionnels de santé et étudiants sont autorisés à prescrire ou administrer et la liste des personnes pouvant en bénéficier en application des articles L. 4311-1, L. 4151-2, L. 5125-1-1 A, L. 5126-1, L. 6212-3 et L. 6153-5 du code de la santé publique

NOR : SPRP2319253A

Le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4311-1 L. 4151-2, L. 5125-1-1 A, L. 5126-1, L. 6212-3 et L. 6153-5 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 31 mai 2023 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole en date du 1^{er} juin 2023 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 1^{er} juin 2023 ;

Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 25 mai 2023 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 9 mai 2023 ;

Vu l'avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé du 16 juin 2023,

Arrête :

Art. 1^{er}. – En application de l'article R. 4311-5-1 du code de la santé publique, les infirmiers sont autorisés à :

1° Prescrire, au titre du I de l'article R. 4311-5-1, l'ensemble des vaccins mentionnés dans le calendrier des vaccinations en vigueur aux personnes âgées de onze ans et plus selon les recommandations figurant dans ce même calendrier, à l'exception des vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées ;

2° Administrer, au titre du II de l'article R. 4311-5-1, l'ensemble des vaccins mentionnés dans le calendrier des vaccinations en vigueur aux personnes âgées de onze ans et plus selon les recommandations figurant dans ce même calendrier ;

3° Prescrire et administrer les vaccins contre la grippe saisonnière aux personnes âgées de onze ans et plus, ciblées ou non ciblées par les recommandations vaccinales.

Art. 2. – En application de l'article D. 4151-25 du code de la santé publique, les sages-femmes sont autorisées à :

1° Prescrire l'ensemble des vaccins mentionnés au calendrier des vaccinations en vigueur à toutes les personnes pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées, à l'exception des vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées ;

2° Administrer l'ensemble des vaccins mentionnés dans le calendrier des vaccinations en vigueur à toutes les personnes pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées ;

3° Prescrire et administrer les vaccins contre la grippe saisonnière à toutes les personnes ciblées ou non ciblées par les recommandations vaccinales.

Les présentes dispositions sont applicables dans le territoire des îles Wallis et Futuna.

Art. 3. – Les pharmaciens d'officine, des pharmacies mutualistes ou de secours minières mentionnés au I de l'article R. 5125-33-8 du code de la santé publique, les professionnels mentionnés au I de l'article R. 5126-9-1 du même code exerçant au sein d'une pharmacie à usage intérieur et les professionnels mentionnés au I de l'article R. 6212-2 du même code exerçant au sein d'un laboratoire de biologie médicale sont autorisés à :

1° Prescrire l'ensemble des vaccins mentionnés dans le calendrier des vaccinations en vigueur aux personnes âgées de onze ans et plus selon les recommandations figurant dans ce même calendrier, à l'exception des vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées ;

2° Administrer les vaccins mentionnés dans le calendrier des vaccinations en vigueur aux personnes âgées de onze ans et plus selon les recommandations figurant dans ce même calendrier ;

3° Prescrire et administrer les vaccins contre la grippe saisonnière aux personnes âgées de onze ans et plus, ciblées ou non ciblées par les recommandations vaccinales.

Art. 4. – En application du premier alinéa de l'article L. 6153-5 du code de la santé publique, les étudiants en troisième cycle des études de médecine sont autorisés à administrer, sous la supervision d'un maître de stage, l'ensemble des vaccins mentionnés dans le calendrier des vaccinations en vigueur, à toutes les personnes pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées, ainsi que, s'agissant de la vaccination contre la grippe saisonnière, à toutes les personnes ciblées ou non ciblées par les recommandations vaccinales.

Art. 5. – En application des articles L. 6153-5 et R. 6153-91-2 du code de la santé publique, les étudiants en troisième cycle des études pharmaceutiques sont autorisés à administrer, sous la supervision d'un maître de stage, les vaccins mentionnés aux 2° et 3° de l'article 3 du présent arrêté aux personnes mentionnées par ces mêmes dispositions.

Art. 6. – L'arrêté du 21 avril 2022 fixant la liste des personnes pouvant être bénéficiaires des vaccinations administrées par un infirmier ou une infirmière, sans prescription médicale préalable de l'acte d'injection est abrogé.

L'arrêté du 1^{er} mars 2022 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à prescrire et à pratiquer est abrogé.

L'arrêté du 21 avril 2022 fixant la liste des vaccins que les pharmaciens d'officine sont autorisés à administrer en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique et la liste des personnes pouvant en bénéficier est abrogé.

Art. 7. – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 8 août 2023.

AURÉLIEN ROUSSEAU

Synthèse des textes relatifs aux déchets d'activités de soins à risques infectieux

Synthèse des textes relatifs aux déchets d'activités de soins à risques infectieux

**Définit :**

- Les déchets d'activités de soins concernés
- Leur tri
- Les personnes à qui incombe leur élimination
- L'obligation de les entreposer, transporter et incinérer de manière adéquate

Quels sont les déchets concernés ?

- Déchets présentant un risque infectieux (contenant des micro-organismes viables ou leurs toxines)
- Matériels à impact psycho émotionnel (notion rajoutée par le ministère de la santé en 2009)
- Déchets, même sans risque infectieux, relevant des catégories suivantes :
 - Matériels piquants, coupants, tranchants
 - Objets entrés en contact avec un produit biologique
 - Produits sanguins
 - Déchets anatomiques humains

**Qui doit les éliminer ?**

« La personne physique qui exerce l'activité productrice de déchets dans le cadre de son activité professionnelle ».

C'est donc à l'infirmière qu'incombe la responsabilité d'éliminer les déchets d'activité de soins qu'elle produit lors des soins délivrés.

Synthèse des textes relatifs aux déchets d'activités de soins à risques infectieux



Synthèse des textes relatifs aux déchets d'activités de soins à risques infectieux



Arrêté du 14/10/2011
relatif aux modalités
d'entreposage

Définit :

- Le délai entre la production des déchets et leur incinération en filière spécifique : dépend de la quantité de déchets produits (moyenne mensuelle des 12 derniers mois avec une variable de 10 %)
- Les modalités de cet entreposage : variable également en fonction du volume de déchets éliminés

Durées de stockage :

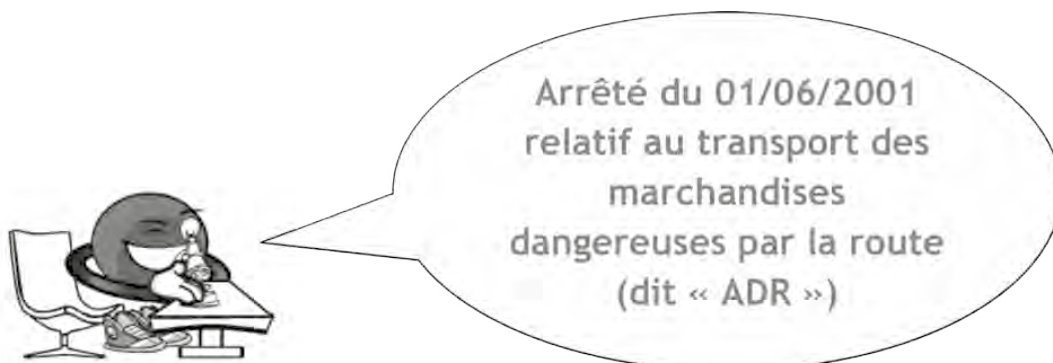
- Si production $\leq 5\text{kg/mois}$: 3mois
- Si production de 5 à 15 kg/mois : 1 mois
- Si production entre 15 kg/mois et 100 kg/semaine : 7 jours
- Si production $> 100\text{ kg/semaine}$: 72 heures

Modalités de stockage :

- Si production $\leq 15\text{ kg/mois}$: entreposage dans une zone identifiée, à accès limité, à l'écart des sources de chaleur et régulièrement nettoyée
- Si production $\geq 15\text{ kg/mois}$:
 - Local spécifique
 - Protégé du vol, des dégradations, des animaux
 - Ventilé, éclairé
 - Sols et parois lavables ; avec arrivée et évacuation d'eau ...



Synthèse des textes relatifs aux déchets d'activités de soins à risques infectieux

**Définit :**

- Les modalités de transport des déchets d'activités de soins à risque
- Les obligations du transporteur
- Les documents nécessaires à la traçabilité de l'élimination des déchets

Modalités de transport :

- Possibilité d'apport volontaire sur un site de regroupement (déchetterie ou borne dédiée) par le véhicule personnel de l'infirmière (pas de 2 ou 3 roues) si la masse de déchets transportée est ≤ 15 kg
- Ramassage par un prestataire collecteur autorisé au transport des matières dangereuses (conditions précises des véhicules)



Synthèse des textes relatifs aux déchets d'activités de soins à risques infectieux



Traçabilité

- **Convention entre le prestataire et le producteur** : identifie le producteur, le collecteur et le destinataire final, les modalités et le coût
- **Bon de prise en charge ou bordereau de suivi** : identifie les différents acteurs, le volume de déchets collectés, et la date de la collecte
- **Justificatif d'incinération** : prouvant la date et le lieu du traitement final (peut être annuel)

>> À conserver 3 ans.



Recommandations de bonnes pratiques

- Choisir des collecteurs adaptés à la taille des déchets à éliminer ; les fixer sur un support à portée de main
- Ne pas dépasser la limite de remplissage ni forcer lors de l'introduction des déchets
- Porter une attention particulière lors du remplissage et la manipulation des collecteurs



Mais que risquons-nous ???

- Des contrôles peuvent être effectués par l'ARS
- Sanction possible en cas de non-respect des obligations (Code pénal Art L.541-46) : 2 ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende

Synthèse des textes relatifs aux déchets d'activités de soins à risques infectieux

Particularité des patients en auto soins

Décret n° 2011-763 du
28/06/2011 relatif à la
gestion des DASRI
perforants produits par les
patients en autotraitement

- Indique qu'en l'absence de dispositif de collecte de proximité spécifique, les officines de pharmacies collectent gratuitement les DASRI produits par les patients en auto traitement qui leurs sont apportés par les particuliers
- Depuis le 1^{er} novembre 2011, la distribution gratuite de mini-collecteurs (boîtes jaunes) pour les DASRI perforants à destination des patients qui se traitent à domicile se met en place dans les pharmacies d'officine et les pharmacies des hôpitaux (décret du 22 octobre 2010)



Diabète,
hépatites,
infertilité,
maladies
veineuses ...

Arrêté du 4 mai 2016 fixant
la liste des pathologies
conduisant pour les patients
en autotraitement à la
production de déchets
d'activité de soins à risque
infectieux perforants

Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs : pallia 10

QUE SONT LES SOINS PALLIATIFS¹ ?

Les **soins palliatifs** sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Dans une approche globale et individualisée, ils ont pour objectifs de :

- Prévenir et soulager la douleur et les autres symptômes, prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée.
- Limiter la survenue de complications, en développant les prescriptions anticipées personnalisées
- Limiter les ruptures de prises en charge en veillant à la bonne coordination entre les différents acteurs de soin.

La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel.

ET L'ACCOMPAGNEMENT¹ ?

L'**accompagnement** d'un malade et de son entourage consiste à apporter attention, écoute, réconfort, en prenant en compte les composantes de la souffrance globale (physique, psychologique, sociale et spirituelle). Il peut être mené en lien avec les associations de bénévoles. L'accompagnement de l'entourage peut se poursuivre après le décès pour aider le travail de deuil.

A QUI S'ADRESSENT-ILS¹ ?

Aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, en accompagnant leurs familles et leurs proches.

¹ Soins palliatifs et accompagnement. Coll. Repères pour votre pratique. Inpes, mai 2009.

QUEL EST LE CADRE LEGAL ?

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement »

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (« loi Léonetti ») : propose aux professionnels de santé un cadre de réflexion reposant sur le respect de la volonté de la personne malade (directives anticipées, personne de confiance), le refus de l'obstination déraisonnable. Elle indique les procédures à suivre dans les prises de décisions : collégialité et traçabilité des discussions, de la décision et de son argumentation.

OU TROUVER UNE EQUIPE DE SOINS PALLIATIFS EN FRANCE ?

Répertoire national des structures :

www.sfap.org

Accompagner la fin de la vie, s'informer, en parler :

 **N°Azur 0 811 020 300**
PRIX APPEL LOCAL

Les coordonnées de votre équipe ressource en soins palliatifs :

D100105-avril 2010



PALLIA 10

Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs ?

Outil d'aide à la décision
en 10 questions

Accès aux soins palliatifs :
→ un droit pour les patients
→ une obligation professionnelle
pour les équipes soignantes

Avec le soutien institutionnel
des laboratoires Nycomed



(version 1- juin 2010)

Chaque professionnel de santé aura à mettre en place une démarche palliative et d'accompagnement au cours de son exercice.

QUI PEUT UTILISER PALLIA 10 ?

Tout soignant

DANS QUEL BUT UTILISER PALLIA 10 ?

Pallia 10 est un outil conçu pour vous aider à mieux repérer le moment où le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs devient nécessaire.

La mise en œuvre de la démarche palliative tirera profit de la collaboration avec une équipe mobile (patient hospitalisé), un réseau (patient à domicile) ou une unité de soins palliatifs.

QUAND UTILISER PALLIA 10 ?

Chez des patients atteints de maladies ne guérissant pas en l'état actuel des connaissances.

Quand l'accumulation des besoins rend complexe la démarche d'accompagnement : élaboration du projet de soin le plus adapté, priorisation et coordination des interventions.

COMMENT UTILISER PALLIA 10 ?

Elaboré par un groupe d'experts de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), avec le soutien institutionnel des laboratoires Nycomed, **Pallia 10** explore les différents axes d'une prise en charge globale.

Répondez à chacune des questions.

Au-delà de 3 réponses positives, le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs doit être envisagé

	QUESTIONS	COMPLEMENT	OUI/ NON
1	Le patient est atteint d'une maladie qui ne guérira pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser Pallia 10 et passer aux questions suivantes	
2	Il existe des facteurs pronostiques péjoratifs	Validés en oncologie : hypo albuminémie, syndrome inflammatoire, lymphopénie, Performans Status >3 ou Index de Karnofsky	
3	La maladie est rapidement évolutive		
4	Le patient ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il persiste des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation ...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour le patient et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho- pathologie préexistante chez le patient et son entourage	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez le patient et/ou l'entourage	Isolément, précarité, dépendance physique, charge en soins, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante, enfants en bas âge	
8	Le patient ou l'entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, les patients, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soin de type palliatif	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences au sein de l'équipe concernant la cohérence du projet de soin	Ces questionnements peuvent concerner : - prescriptions anticipées - indication : hydratation, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (HGT, monitoring ...) - indication et mise en place d'une sédation - lieu de prise en charge le plus adapté - statut réanimatoire	
10	Vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple : - un refus de traitement - une limitation ou un arrêt de traitement - une demande d'euthanasie - la présence d'un conflit de valeurs	La loi Léonetti relative au droit des malades et à la fin de vie traite des questions de refus de traitement et des modalités de prise de décisions d'arrêt et de limitation de traitement autant chez les patients compétents que chez les patients en situation de ne pouvoir exprimer leur volonté	

Nos thématiques



ENVIRONNEMENT CONVENTIONNEL, AVENANT 9 ET 10

- Gestion du cabinet : développer votre activité libérale
- La NGAP : les soins infirmiers et leur cotation **AVENANT 9**
- La NGAP : perfectionnement **AVENANT 10**
- La prescription infirmière
- Le bilan de soins infirmiers (BSI) **AVENANT 10**
- Le tutorat des étudiants en soins infirmiers en exercice libéral : double plus-value pour la profession **NOUVEAUTÉ**
- Santé numérique : téléconsultation



L'INFIRMIÈRE, LE PATIENT ET LES SOINS ALTERNATIFS

- L'éducation thérapeutique du patient
- L'infirmier devant la violence et l'agressivité des patients et de l'entourage
- La consultation infirmière
- Les soins palliatifs et accompagnement en fin de vie
- Perte d'autonomie des seniors : repérer et prendre en charge
- Pratique professionnelle bientraitante pour prévenir la maltraitance
- S'installer en libéral **NOUVEAUTÉ**
- Santé environnementale : prévenir et prendre en charge
- Santé numérique : téléconsultation
- Santé sexuelle : promouvoir et prévenir **NOUVEAUTÉ**
- Vaccination : savoir prescrire **NOUVEAUTÉ**
- Violence faite aux femmes : repérer et prendre en charge **NOUVEAUTÉ**



SOINS ET PATHOLOGIES

- Accompagnement des aidants à domicile
- Alcool, cannabis : repérer et prendre en charge les addictions **NOUVEAUTÉ**
- Alzheimer : dépister et prendre en charge **NOUVEAUTÉ**
- Annonce d'une maladie neurodégénérative **NOUVEAUTÉ**
- Cancers du poumon : prévenir, dépister et prendre en charge **NOUVEAUTÉ**
- Cancers du sein : prévenir, dépister et prendre en charge
- Douleur aiguë chez la personne âgée
- Évaluer et prendre en charge les risques cardiovasculaires
- L'infirmière devant une situation d'urgence
- Le bon usage des médicaments
- Les soins infirmiers aux personnes diabétiques
- Maladie de Parkinson : dépister et prendre en charge
- Obésité : repérer et prendre en charge **NOUVEAUTÉ**
- Plaies chroniques et cicatrisation
- Prise en charge des patients adultes avec symptômes prolongés de la COVID-19 **NOUVEAUTÉ**
- Prise en charge des patients insuffisants cardiaques ou atteints d'une BPCO
- Situations sanitaires exceptionnelles (SSE)
- Soins infirmiers et surveillance des patients en période post-opératoire immédiate
- Soins infirmiers et surveillance des patients porteurs de stomies
- Soins infirmiers et surveillance des patients souffrant de pathologies cardiaques
- Troubles anxio-dépressifs : repérer et prendre en charge
- Voies veineuses centrales et évaluation des pratiques professionnelles **NOUVEAUTÉ**



+ DE THÈMES SUR ORION DIGITAL

Flashez le code ou rendez-vous sur :
www.oriondigital.fr





Retrouvez toutes nos formations
sur notre site internet :
www.orionsante.fr



Scannez le code pour accéder
directement au site internet

 04 99 133 500

 www.orionsante.fr

 contact@orionsante.fr

Rejoignez la communauté Orion Santé

