

AVENANT N° 6
À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE
LES INFIRMIERS ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 22 JUIN 2007

PRECISIONS

Le présent document correspond au texte (et aux annexes) de la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie, actualisé par avenants successifs, et dernièrement par l'avenant 11 signé le 31 mars 2026.

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.

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 9 sont remplacées par les dispositions qui suivent.

TABLE DES MATIÈRES

PREAMBULE.....	10
TITRE PRELIMINAIRE – PORTEE DE LA CONVENTION NATIONALE	11
Article 1. Objet de la convention	11
Article 2. Champ d’application de la convention	11
TITRE I^{er} – CONFORTER L’ACCES AUX SOINS.....	13
Article 3. Dispositif démographique applicable aux infirmiers.....	13
Article 3.1. Principes généraux	13
Article 3.2. Zonage démographique des infirmiers.....	13
Article 3.2.1. Délimitation des zones	14
Article 3.2.2. Modulations des zones à l’échelon régional.....	14
Article 3.3. Dispositifs d’incitation à l’installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées ».....	15
Article 3.3.1. Contrats incitatifs infirmier (CII)	15
Article 3.3.2. Dispositifs communs aux contrats incitatifs infirmiers.....	21
Article 3.3.3. L’aide à la formation au métier d’infirmier en pratique avancée.....	21
Article 3.3.4. Valorisation des fonctions de maître de stage assurées par l’infirmier en pratique avancée.....	22
Article 3.3.5. L’aide au démarrage de l’activité d’infirmier en pratique avancée.....	22
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	23
Article 3.4.1. Modalités de gestion des demandes de conventionnement des infirmiers en « zone sur-dotée »	23
Article 3.4.2. Dérogations au principe de régulation du conventionnement en « zones sur-dotées »	26
Article 3.4.3. Application du principe de régulation du conventionnement en « zones sur-dotées » au SSIAD	27
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.....	28
Article 4. Suivi du rééquilibrage de l’offre de soins en infirmiers sur le territoire et accompagnement du dispositif.....	28
Article 4.1. Suivi du dispositif démographique	28
Article 4.2. Accompagnement du dispositif	28
TITRE II – VALORISER L’ACTIVITE DES INFIRMIERS LIBERAUX.....	29
Article 5. La valorisation du rôle clinique, de suivi et d’organisation des soins infirmiers en ville	29
Article 5.1. La consultation infirmière.....	29
Article 5.2. Les actes de surveillance	31
Article 5.3. La prise en charge des plaies	33
Article 5.3.1. Accès direct pour la prise en charge des plaies.....	33
Article 5.3.2. Renforcement de l’autonomie des infirmiers dans la prise en charge des plaies	34
Article 5.3.3. Bilan pour la réalisation d’un pansement sur les plaies	34

Article 5.4. La prise en charge du diabète des enfants scolarisés.....	35
Article 5.5. La prise en charge des enfants de moins de 7 ans par les infirmiers	35
Article 5.6. La prise en charge des soins non programmés	36
Article 5.7. La prise en charge de la dépendance	37
Article 5.8. Valorisation de la remise du kit de dépistage du cancer colorectal par les infirmiers	39
Article 5.9. Enjeux écologiques.....	41
Article 5.10. L’infirmier référent.....	42
Article 5.11. Les infirmiers « Equilibres »	43
Article 5.12. Les infirmiers en pratique avancée	45
1. Le bilan réalisé par l’infirmier en pratique avancée	47
2. La réalisation de consultations par les infirmiers en pratique avancée	47
Article 5.13. Le rôle des infirmiers pour la vaccination à domicile	49
Article 6. La valorisation de la promotion et du déploiement d’outils d’échanges, de sécurisation et de coordination professionnelle	49
Article 6.1. Soutenir l’investissement des infirmiers dans la mise en œuvre de la télémédecine	49
Article 6.2.1. Champ d’application de la téléconsultation	50
Article 6.2.2. Rôle de l’infirmier accompagnant	50
Article 6.2.3. Les conditions de réalisation de la téléconsultation	50
Article 6.2.4. Modalités de rémunération de l’acte d’accompagnement à la téléconsultation	50
Article 6.2.5. Le suivi de la mise en œuvre de la téléconsultation	51
Article 6.3. Le recours au télésoin	51
Article 6.3.1. Champ d’application du télésoin	51
Article 6.3.2. Modalités de réalisation du télésoin	53
Article 6.3.3. Modalités de rémunération et de facturation des actes réalisés en télésoin.....	54
Article 6.4. Le recours par les infirmiers à la téléexpertise	55
Article 6.4.1. Champ d’application de la téléexpertise	55
Article 6.4.3. Modalités de rémunération de l’acte de téléexpertise	56
Article 6.4.4. Modalités de facturation de l’acte de téléexpertise	56
TITRE III – MODALITES D’EXERCICE CONVENTIONNEL.....	58
Article 7. Démarches de l’infirmier auprès de la caisse lors de l’installation en libéral	58
Article 8. Conditions d’installation et de cessation d’activité en exercice libéral sous convention	58
Article 9. Modalités d’exercice.....	61
Article 10. Conditions particulières d’exercice des infirmiers exerçant au sein des sociétés d’exercice.....	62
Article 11. Conditions particulières d’exercice des remplaçants des infirmiers libéraux.....	62
Article 12. Conditions particulières d’exercice des salariés des infirmiers libéraux	65
Article 12 bis. Conditions particulières d’exercice des infirmiers en pratique avancée.....	67
Article 12 ter. Conditions particulières d’exercice des infirmiers « Equilibres ».....	67
Article 13. De la qualité et du bon usage des soins	70

Article 14. Le respect du libre choix.....	70
Article 15. Les documents ouvrant droit au remboursement des prestations.....	71
Article 16. Rédaction des ordonnances	71
Article 17. Facturation des honoraires et indemnités kilométriques	72
Article 17.1. Document de facturation.....	72
Article 17.2. Dispositions particulières liées à la réalisation d'actes en série	72
Article 17.3. Dispositions particulières liées à la réalisation d'un acte par un infirmier salarié.....	73
Article 17.4. Dispositif de plafonnements journaliers du montant facturé des indemnités kilométriques	73
Article 18. Mode de fixation des honoraires	74
Article 19. Mise en œuvre de la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux	74
Article 19.1. Tiers payant pour les bénéficiaires de la CMU-c.....	75
Article 19.2. Tiers Payant pour les bénéficiaires de l'ACS.....	75
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)	75
Article 19.4. Autres Tiers payants	75
TITRE IV – MODERNISER LES RELATIONS ENTRE LES INFIRMIERS ET L'ASSURANCE MALADIE.....	76
Article 20. Les engagements de l'assurance maladie sur la gestion de la facturation des actes	76
Article 21. Modalités des échanges relatifs à la facturation à l'Assurance maladie.....	77
Article 21.1. Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques	77
Article 21.2. L'utilisation de la carte de professionnel de santé.....	77
Article 21.3. L'utilisation de la carte vitale	77
Article 21.4. Les règles de télétransmission de la facturation.....	77
Article 21.4.1. L'équipement informatique des caisses d'assurance maladie.....	77
Article 21.4.2. Équipement informatique de l'infirmier	77
Article 21.4.2-1. Observatoire conventionnel des logiciels de facturation	78
Article 21.4.3. Liberté de choix du réseau	78
Article 21.4.4. Respect des règles applicables aux informations électroniques	79
Article 21.5. Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques.....	79
Article 21.5.1. Établissement des FSE	79
Article 21.5.2. Délai de transmission des FSE	79
Article 21.5.3. Délai de paiement en cas de dispense d'avance des frais	79
Article 21.5.4. Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais	79
Article 21.5.5. Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique	80
Article 21.6. Principe de numérisation et de télétransmission des ordonnances (dispositif SCOR).....	80
Article 21.7. Tri et transmission des ordonnances en cas de non recours au dispositif SCOR.....	81
Article 22. Aides à la modernisation et à l'informatisation	81
Article 22.1. Déploiement du numérique en santé.....	83
Article 23. Les autres procédures de facturation	83
Article 23.1. La feuille de soins SESAM « dégradé ».....	83

Article 23.1.1. Procédure exceptionnelle	83
Article 23.1.2. Transmission des feuilles de soins SESAM « dégradé ».....	83
Article 23.2. La facturation via la feuille de soins sur support papier.....	84
Article 23.3. La simplification des échanges entre les infirmiers et l'assurance maladie	84
Article 23.3.1. Le déploiement de la norme NOEMIE 580	84
Article 23.3.2. Mise à disposition de téléservices par l'assurance maladie obligatoire	85
Article 23.3.3. Des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés	85
Article 23.3.4. Un accompagnement des professionnels de santé dans leur pratique	85
TITRE V – DISPOSITIONS SOCIALES ET FISCALES	86
Article 24. Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés	86
Article 25. Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse.....	86
Article 26. Modalités de versement	86
TITRE VI - VIE CONVENTIONNELLE	87
Article 27. Durée de la convention.....	87
Article 28. La signature de la convention par une nouvelle partie	87
Article 29. Résiliation de la convention	87
Article 30. Notification de la convention	87
Article 31. Modalités d'adhésion	87
Article 32. Modalités de rupture d'adhésion	88
Article 33. Instances conventionnelles	88
Article 33.1. La Commission Paritaire Nationale (CPN).....	88
Article 33.1.1. Composition de la commission paritaire nationale	88
Article 33.1.2. Mise en place de la commission paritaire nationale	89
Article 33.1.3. Missions de la commission paritaire nationale	89
Article 33.1.4. Groupe de travail relatif aux problématiques liées aux indus et à l'interprétation de la nomenclature.....	90
Article 33.2. Les Commissions paritaires régionales (CPR).....	91
Article 33.2.1. Composition de la commission paritaire régionale.....	91
Article 33.2.2. Mise en place de la commission paritaire régionale	92
Article 33.2.3. Missions de la commission paritaire régionale	92
Article 33.3. Les Commissions paritaires départementales (CPD).....	93
Article 33.3.1. Composition de la commission paritaire départementale	93
Article 33.3.2. Mise en place de la commission paritaire départementale	94
Article 33.3.3. Missions de la commission paritaire départementale.....	94
Article 34. Procédures conventionnelles.....	95
Article 34.1. Non-respect des règles conventionnelles constaté par une caisse	95
Article 34.2. La procédure.....	96
Article 34.2.1. Procédure préalable d'avertissement	96
Article 34.2.2. Relevé de constatation préalable à la convocation de la CPD	96

Article 34.2.3. Examen par la commission paritaire départementale.....	97
Article 34.2.4. Décision et notification de la sanction.....	97
Article 34.3. Les sanctions susceptibles d’être prononcées	98
Article 34.4. Procédure exceptionnelle de déconventionnement.....	99
Article 34.5. Condamnation par une instance ordinale ou judiciaire	99
Article 34.6. Continuité des procédures initiées avant l’entrée en vigueur du présent accord	100
ANNEXE I – TARIFS	102
ANNEXE II – METHODOLOGIE DE CLASSIFICATION DES ZONES RELATIVES AUX INFIRMIERS LIBERAUX	105
1. Unité territoriale	105
2. Source des données	105
3. Méthodologie	106
3.1. Descriptif des variables utilisées dans le calcul de l’indicateur APL.....	106
3.1.1. Le nombre d’infirmiers en Équivalent Temps Plein.....	106
3.1.2. La population résidente standardisée par l’âge par commune	106
3.1.3. Les distances entre communes	106
3.2. Classement des bassins de vie et pseudo-cantons	107
ANNEXE III – CONTRAT TYPE NATIONAL D’AIDE A L’INSTALLATION DES INFIRMIERS DANS LES ZONES TRES SOUS DOTEES	109
Article 1 Champ du contrat d’installation.....	109
Article 1.1. Objet du contrat d’installation	109
Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d’installation	110
Article 2 Engagements des parties dans le contrat d’installation	110
Article 2.1 Engagements de l’infirmier	110
Article 2.2 Engagements de l’assurance maladie et de l’agence régionale de santé	110
Article 3 Durée du contrat d’installation	111
Article 4 Résiliation du contrat d’installation.....	112
Article 4.1 Rupture d’adhésion à l’initiative de l’infirmier.....	112
Article 4.2 Rupture d’adhésion à l’initiative de la caisse d’assurance maladie.....	112
Article 5 Conséquence d’une modification des zones très sous-dotées	112
ANNEXE IV – CONTRAT TYPE NATIONAL D’AIDE A LA PREMIERE INSTALLATION DES INFIRMIERS DANS LES ZONES TRES SOUS DOTEES.....	114
Article 1 Champ du contrat d’aide à la première installation en libéral.....	114
Article 1.1. Objet du contrat d’aide à la première installation en libéral	114
Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d’aide à la première installation en libéral	115
Article 2 Engagements des parties dans le contrat d’aide à la première installation en libéral. 115	115
Article 2.1 Engagements de l’infirmier	115
Article 2.2 Engagements de l’assurance maladie et de l’agence régionale de santé	116
Article 3 Durée du contrat d’aide à la première installation en libéral.....	117
Article 4 Résiliation du contrat d’aide à la première installation en libéral.....	117

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative de l'infirmier	117
Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie.....	117
Article 5 Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées	117
ANNEXE V – CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE AU MAINTIEN DES INFIRMIERS DANS LES ZONES TRES SOUS DOTEES.....	118
Article 1 Champ du contrat de maintien	118
Article 1.1. Objet du contrat de maintien	118
Article 1.2. Bénéficiaires du contrat de maintien	119
Article 2 Engagements des parties dans le contrat de maintien.....	119
Article 2.1 Engagement de l'infirmier	119
Article 2.2 Engagement de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé.....	119
Article 3 Durée du contrat de maintien.....	120
Article 4 Résiliation du contrat d'aide au maintien	120
Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative de l'infirmier.....	120
Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie.....	120
Article 5 Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées	121
ANNEXE VI – 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	122
ANNEXE VII – NUMERISATION ET TELETRANSMISSION DES ORDONNANCES.....	123
Article 1 - Principe de numérisation et de télétransmission des pièces justificatives	123
Article 2 - La pièce numérique	123
Article 3 - La numérisation des pièces justificatives	124
Article 4 - Délai de transmission des pièces justificatives	124
Article 5 - La facturation des actes en série ou réalisés dans un cabinet de groupe.....	124
Article 6 - Des cas d'échec de la transmission des pièces justificatives numérisées.....	124
Article 7 - La valeur probante des pièces justificatives numérisées.....	126
Article 8 - La conservation des preuves et de la protection des données.....	126
ANNEXE VIII – REGLEMENT INTERIEUR DES INSTANCES CONVENTIONNELLES .	127
Article 1 Organisation des commissions paritaires conventionnelles	127
Article 1.1. Secrétariat de la commission	127
Article 1.2. Organisation des réunions des commissions.....	127
Article 1.3 Commissions électroniques et par visio-conférence	127
Article 1.4. Présidence des sections et des commissions	128
Article 2 Délibérations.....	128
Article 2.1. Vérification des règles de quorum et de parité.....	128
Article 2.2. Règles de vote	129
Article 3 Situation de carence de la commission	129
Article 4 Groupe de travail pour la CPN, les CPR et les CPD	130

Article 5 Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission	130
ANNEXE IX – COMMISSION DE HIERARCHISATION DES ACTES ET DES PRESTATIONS INFIRMIERS (CHAP)	131
Paragraphe 1 - Rôle de la commission	131
Paragraphe 2 - Composition de la commission	131
Paragraphe 3 - Indemnisation des membres de la commission.....	131
Paragraphe 4 - Règlement intérieur de la commission	131
ANNEXE X – BILAN DE SOINS INFIRMIERS	132
1. Saisie par l’infirmier du bilan de soins infirmiers (BSI).....	132
2. Consultation de la synthèse BSI par le médecin prescripteur et avis sur le plan de soins proposé.....	132
3. Clôture du BSI après avis du médecin.....	133
4. Facturation par l’infirmier des BSI réalisés.....	133
5. Renouvellement du BSI	133
6. Détermination de la facturation des forfaits BSI	134
ANNEXE XI – IMPACT FINANCIER DE LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF BILAN DE SOINS INFIRMIERS	143
ANNEXE XII – SYNTHÈSE DU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	144
ANNEXE XIII – PROTOCOLE D’ACCORD RELATIF AUX ACCORDS LOCAUX SUR LES INDEMNITÉS KILOMETRIQUES	145
ANNEXE 1 : Modèle d’accord local sur les indemnités kilométriques	147
Préambule.....	147
Article 1 : Règles applicables aux modalités de facturation des indemnités kilométriques dans le département.....	147
1.1. Domicile du professionnel.....	147
1.2. Règle de l’agglomération.....	147
1.1.1. Définition de la notion d’agglomération	147
1.1.2. Regroupements administratifs de communes	148
1.2. Règle du professionnel de santé le plus proche	148
1.3. Types d’indemnités Kilométriques (IK)	148
Article 2 : Durée du présent accord	148
Article 3 : Coordination de la mise en oeuvre des accords locaux au niveau national.....	149
Article 4 : Évaluation du dispositif au niveau local.....	149
Article 5 : Date d’effet	149
Article 6 : Information.....	149
ANNEXE 1.1 : Adaptations de la règle de l’agglomération.....	149
ANNEXE 1.2 : Procédure de dérogation à la règle du PS le plus proche (clause facultative).....	149
ANNEXE 1.3 : Regroupement de communes	151
ANNEXE 1.4 : Dérogations à la loi Montagne	151

ANNEXE XIV – CONTRAT TYPE D’AIDE AU DEMARRAGE DE L’ACTIVITE D’INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE EN LIBERAL.....	152
Article 1. Champ du contrat	153
Article 1.1. Objet du contrat.....	153
Article 1.2. Bénéficiaires du contrat.....	153
Article 2. Engagements.....	153
Article 2.1. Engagements de l’infirmier en pratique avancée	153
Article 2.2. Engagements de l’Assurance Maladie	153
Article 3. Modalités et durée d’adhésion au contrat	154
Article 4. Modalités de résiliation du contrat	154
Article 5 Conséquences d’une modification des zones sous denses médicales	154
ANNEXE XV – CONTRAT TYPE D’AIDE A LA FORMATION AU METIER D’INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE	156
Article 1. Champ du contrat	157
Article 1.1. Objet du contrat.....	157
Article 1.2. Bénéficiaires du contrat.....	157
Article 2. Engagements.....	157
Article 2.1. Engagements de l’infirmier	157
Article 2.2. Engagements de l’Assurance Maladie	157
Article 3. Modalités et durée d’adhésion au contrat	157
Article 4. Modalités de résiliation du contrat	157
Article 4.1. La résiliation à l’initiative de l’infirmier en pratique avancée	157
Article 4.2. La résiliation par la caisse d’Assurance Maladie.....	158
Article 4.3. Les conséquences de la résiliation	158

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. À 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 l'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 télésanté, 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 télésanté ;
- 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 d'application nationale, régit l'ensemble de l'activité des infirmiers exerçant à titre libéral et des 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 télésanté 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.

La présente convention s'applique en outre aux infirmiers en pratique avancée exerçant à titre libéral qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel en tant qu'activité exclusive en pratique avancée ou en tant qu'activité concomitante à une autre activité d'infirmier libéral (activité mixte). Ces infirmiers bénéficient en outre dans la convention nationale de dispositions spécifiques liées à leur statut particulier.

La présente convention est également applicable aux infirmiers salariés d'un membre d'une profession à compétence médicale ou d'un directeur de laboratoire, dès que les soins sont tarifés à l'acte.

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 I^{er} – 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 sur-dotées.

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 ».

La notion de « population française totale » s'entend comme étant la population de la France entière, hors population de Mayotte

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 ».

Au niveau régional, les parts de population précédemment définies pour chaque type de zone peuvent évoluer en fonction de la mise à jour de l'indicateur APL utilisé par la DREES.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels s'engagent à mener des travaux avec la DREES visant à adapter la maille géographique prise en compte dans le zonage, aux spécificités locales.

Les nouveaux zonages, publiés à minima tous les deux ans 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.

Les infirmiers exerçant une activité exclusive en pratique avancée ne peuvent pas bénéficier des mesures incitatives prévues aux articles 3.3.1.1 à 3.3.1.3 et aux annexes III à V de la présente convention nationale.

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 la 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 :

- 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.

À 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 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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 la 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.

À 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 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) ;
- 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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 3.3.1.3. 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 la 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.

À 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 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 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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 3.3.2. 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 la 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.

Article 3.3.3. L'aide à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée

Une aide conventionnelle à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée peut être versée aux infirmiers éligibles. 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 les honoraires sans dépassement correspondant à l'activité libérale au titre de l'année N-1 dépassent le montant de 15 000 €.

Le montant total de l'aide versé en une fois est de :

- 15 000 € pour les infirmiers libéraux exerçant en métropole ;
- 17 000 € pour les infirmiers libéraux exerçant dans les DROM et qui suivent leur cursus universitaire d'infirmier en pratique avancée en métropole.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat :

- 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 ;
- exercer au minimum deux ans en tant qu'infirmier en pratique avancée en libéral 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.

Article 3.3.4. Valorisation des fonctions de maître de stage assurées par l'infirmier en pratique avancée

L'IPA peut s'engager à exercer les fonctions de maître de stage et à accueillir en stage un étudiant IPA. L'infirmier bénéficie alors d'une rémunération complémentaire d'un montant de 200 € par mois (pendant la durée du stage) s'il accueille dans son cabinet un étudiant IPA stagiaire à temps plein (sur une base de 35 h / semaine). Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel du stagiaire.

L'IPA maître de stage transmet la convention de stage à sa caisse de rattachement.

Article 3.3.5. L'aide au démarrage de l'activité d'infirmier en pratique avancée

L'aide au démarrage de l'activité des IPA, vise à les accompagner pour le début de leur activité libérale.

Sont éligibles à cette aide :

- les IPA 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 € pour les IPA conventionnés exerçant en zones sous-dense médicales qualifiées 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 € dans le mois suivant la signature du contrat ;
 - – 10 000 € la deuxième année, avant la fin du premier semestre de l'année suivante.
- Ou de 27 000 € pour les IPA exerçant en dehors de ces zones sous-denses médicales. Cette aide est versée de la manière suivante :
 - – 20 000 € dans le mois suivant la signature du contrat ;
 - – 7 000 € la deuxième année, avant la fin du premier 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 IPA doivent s'engager :

- à exercer au minimum cinq ans dans la zone ;
- à assurer le suivi d'un minimum de trente patients la première année d'exercice et de soixante patients la seconde année d'exercice en tant qu'IPA ;
- atteindre une part d'activité en tant qu'IPA d'au moins : 25 % de son activité globale la première année d'activité, 50 % la deuxième année d'exercice et 85 % la troisième.

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 lettre envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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.

L'infirmier dispose d'un délai maximal de six mois pour céder son activité et désigner un successeur. Passé ce délai, la reprise de patientèle n'est plus justifiée, celle-ci étant réputée avoir été redistribuée entre les autres cabinets du secteur.

Lorsqu'un infirmier « cédant » n'a pas suivi de patient sur la zone au cours des deux années précédant sa cessation d'activité, il faut considérer qu'aucune patientèle n'est à reprendre sur cette zone. En conséquence, la place ne peut être réattribuée à un autre infirmier.

Lorsque la succession intervient dans le cadre d'une reprise conforme à l'ensemble des conditions de conventionnement, l'organisme local d'Assurance Maladie informe la CPD de

l'enregistrement des demandes de conventionnement. Cette information peut être réalisée par voie électronique.

En cas d'arrêt brutal et définitif de l'activité d'un infirmier pour cause de force majeure, l'organisme local d'Assurance Maladie sollicite les héritiers de l'infirmier concerné, ou à défaut les membres du cabinet, afin de désigner un successeur conformément aux 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 en cas de dérogation au principe de régulation du conventionnement en zone sur-dotée, telles que prévues à l'article 3.4.2 de la présente convention 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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.

À 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.

À 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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.

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 repreneur ;
- 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.

C. Dérogation au principe de régulation destinée aux infirmiers en pratique avancée exerçant en zones sur-dotées

L'infirmier exerçant une activité exclusive en pratique avancée n'est pas soumis aux règles de conventionnement en zones sur-dotées précisées à l'article 3.4 de la présente convention nationale.

Si ce dernier décide par la suite de reprendre une activité d'infirmier libéral en complément de son activité en pratique avancée ou à la suite de la cessation de son activité en pratique avancée, l'infirmier devient alors soumis aux règles de conventionnement en zones sur-dotées précisées à l'article 3.4 de la présente convention nationale.

L'infirmier libéral installé et conventionné en « zone sur-dotée » qui décide de consacrer son activité libérale exclusivement à la pratique avancée doit notifier son changement d'activité à sa caisse de rattachement. Il précise à cette occasion à la caisse son choix :

- soit de conserver son conventionnement en zone sur-dotée pendant une durée de 3 ans et ce, afin de lui permettre, s'il le souhaite, de reprendre dans ce délai sur la zone une activité d'infirmier libéral de soins infirmiers hors pratique avancée. La place de l'infirmier dans la zone ne pourra pas dès lors être attribuée dans ce délai à un autre infirmier ;
- soit de céder sa place dans la zone sur-dotée permettant ainsi de conventionner un autre infirmier sur la zone dans les conditions prévues à l'article 3.4 de la présente convention nationale.

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.

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de travailler ensemble à une meilleure articulation entre les SSIAD et les IDEL, afin d'optimiser la complémentarité de leurs offres respectives et de garantir une prise en charge continue et adaptée des besoins des patients dans les zones concernées.

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 la 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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.

À 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.

Ils conviennent également que ce dispositif d'encadrement de l'activité n'est pas applicable aux infirmiers exerçant une activité exclusive en pratique avancée.

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.

L'UNCAM s'engage à transmettre aux représentants de la section professionnelle de la Commission Paritaire Nationale les mises à jour annuelles de l'APL réalisées par la DREES.

Article 4.2. Accompagnement du dispositif

Les parties signataires conviennent de poursuivre les actions d'information sur le thème de la répartition démographique de la profession auprès des infirmiers souhaitant s'installer en libéral sous convention ainsi qu'auprès des étudiants infirmiers.

Les parties signataires s'entendent ainsi pour diffuser largement les constats réalisés au niveau régional en matière de répartition démographique des infirmiers libéraux, notamment le classement des bassins de vie, ainsi que les différents types d'aides disponibles pour l'installation, émanant aussi bien de l'Etat, des collectivités territoriales que de l'assurance maladie.

TITRE II – VALORISER L'ACTIVITE DES INFIRMIERS LIBERAUX

Les partenaires conventionnels reconnaissent le rôle essentiel des infirmiers dans la prise en charge en ambulatoire qu'il convient de poursuivre et de renforcer par la valorisation des actes répondant à des enjeux de santé publique, de prévention et de qualité de prise en charge.

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels proposent de valoriser :

- l'accompagnement par les infirmiers de la prise médicamenteuse à domicile,
- la prise en charge par les infirmiers des soins postopératoires à domicile, l'intervention des infirmiers auprès des enfants de moins de 7 ans,
- la prise en charge des plaies complexes et de certains pansements courants.

Les parties signataires conviennent également de la nécessité de faire évoluer les modes de valorisation de l'activité des infirmiers au regard de la diversité et de la complexité des prises en charge assurées afin de mieux tenir compte de la charge de travail de ces derniers notamment en ce qui concerne les soins réalisés au domicile pour les patients dépendants. Ces nouvelles mesures de nomenclature permettront par ailleurs une meilleure identification des actes des infirmiers au sein de la nomenclature générale des actes professionnels.

Les partenaires conventionnels souhaitent, en outre, faire évoluer la nomenclature actuelle afin qu'elle soit plus descriptive, qu'elle permette d'identifier plus finement les actes réalisés et tarifés par les infirmiers, qu'elle intègre les dernières évolutions en termes de prises en charge des patients et les nouveaux actes réalisés. Ces évolutions de la nomenclature vont permettre parallèlement de renforcer l'analyse et le suivi médico-économique des actes infirmiers réalisés.

Ils souhaitent, enfin, poursuivre dans la convention l'accompagnement des évolutions de la profession, le développement des outils innovants, le soutien aux pratiques de coopération efficaces et conforter la place des infirmiers dans la prise en charge coordonnée des patients avec les autres professionnels de santé. Dans ce cadre, les partenaires conventionnels conviennent de soutenir l'engagement des infirmiers dans le déploiement des actes de télésanté et du Dossier Médical Partagé.

Article 5. La valorisation du rôle clinique, de suivi et d'organisation des soins infirmiers en ville

Les parties signataires s'accordent sur des évolutions tarifaires pour valoriser le rôle clinique, de suivi et d'organisation des soins infirmiers en ville et en accompagnant le développement de la consultation infirmière, du suivi régulier des traitements, des soins non programmés régulés et des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Article 5.1. La consultation infirmière

Dans le cadre de l'évolution des besoins de santé de la population, marquée notamment par le vieillissement, l'augmentation des maladies chroniques et la nécessité de renforcer la coordination des parcours de soins, les partenaires conventionnels réaffirment leur volonté commune de valoriser pleinement les compétences des infirmiers dans le système de santé.

Conformément aux dispositions de l'article R. 4311-3 du Code de la santé publique, qui reconnaît le rôle propre de l'infirmier dans l'évaluation, la surveillance clinique, l'accompagnement et la prévention, les partenaires conventionnels conviennent d'introduire des consultations infirmières.

Ces consultations ont vocation à renforcer l'accès aux soins et la coordination des soins de proximité, la qualité de la prise en charge des patients, à soutenir la prévention, à améliorer le suivi des situations complexes.

La mise en œuvre de ces consultations infirmières s'inscrira dans une démarche de construction commune avec la profession, à travers leurs organisations représentatives, afin d'en définir les modalités, le champ d'intervention, les conditions de réalisation, de traçabilité dans le DMP et la valorisation correspondante.

Compte tenu de l'ampleur de cette évolution et de la nécessité d'assurer une intégration progressive et sécurisée dans l'organisation des soins, les partenaires conviennent d'une mise en place progressive sur la période 2027-2029, permettant une montée en charge graduée et adaptée aux réalités du terrain.

Les partenaires actent le principe que les consultations sont réalisées dans une séance dédiée sans réalisation d'un autre acte technique ou de dépendance. La réalisation d'actes reste possible, le cas échéant, à un autre moment de la journée.

Les partenaires conventionnels s'entendent sur la création dans un premier temps de deux consultations :

- d'une part l'instauration d'un traitement initial par insuline pour les diabétiques de type II ;
- d'autre part une consultation de suivi post Mon Bilan Prévention.

Selon l'évolution du métier infirmier et les besoins caractérisés de la population, les parties signataires travailleront à la mise en place de nouvelles consultations.

A. Mise en place de groupes de travail sur le contenu des consultations

Les parties signataires conviennent de poursuivre conjointement leurs travaux afin de définir, au sein de groupes de travail dédiés, le contenu, les modalités de mise en œuvre et les conditions de valorisation des consultations infirmières prévues par le présent avenant. Ils s'accordent également sur une introduction progressive de ces consultations au sein de la NGAP, selon un calendrier échelonné sur la période 2027-2029, tenant compte des évaluations intermédiaires, des besoins de santé identifiés et des conditions d'efficience du système de soins.

Outre les deux consultations pour les patients nouvellement insulino-traités et le suivi post Mon Bilan Prévention, les partenaires conventionnels analyseront l'opportunité de la mise en place d'autres motifs de consultation, leur contenu, notamment une consultation de retour d'hospitalisation post-AVC, une consultation de prévention en santé mentale, une consultation en situation d'urgence, ou encore une consultation sur les plaies. Le contenu des consultations relatives au parcours de suivi renforcé de l'infirmier référent fera également l'objet de discussions dans le cadre de ce groupe de travail.

Le groupe de travail devra définir les consultations périmétrées retenues ou non et la priorité de mise en œuvre afin de permettre l'entrée en vigueur de deux consultations en 2028 en plus des deux consultations détaillées aux B. et C. du présent article. Le tarif de ces consultations est fixé à 20 €.

B. Consultation pour les patients nouvellement insulino-traités

Les partenaires conventionnels conviennent de la création d'une consultation infirmière destinée aux patients atteints de diabète de type 2 lors de l'instauration d'un traitement initial par insuline, réalisable dans les six premiers mois suivant le début du traitement. Cette consultation a pour objectif d'accompagner le patient dans une approche transversale vers une meilleure autonomie et une compréhension renforcée de sa maladie, notamment par une

intervention centrée sur l'éducation thérapeutique, la gestion de l'insulinothérapie, la bonne appropriation du protocole prescrit, la prévention des complications et les mesures hygiéno-diététiques.

- Le nombre de consultations est limité à quatre par patient.
- Cette consultation est valorisée par la cotation CIA d'un montant de 20 €, non associable à d'autres actes et non facturable pour les patients pris en charge dans le cadre d'un forfait de soins infirmiers.
- Seuls les frais de déplacements sont associables à cette consultation.
- Les partenaires conviennent d'une mise en œuvre de ce dispositif à l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du Code de la sécurité sociale sous réserve d'un avis favorable de la Haute Autorité de santé (HAS).

C. Consultation de suivi après Mon Bilan Prévention

Les partenaires conventionnels conviennent de la création d'une consultation infirmière constituant un suivi du patient après la réalisation d'un bilan dans le cadre du dispositif Mon Bilan Prévention, réalisable dans les six mois suivant la réalisation de ce bilan en fonction des problématiques identifiées lors du bilan de prévention. Cette consultation, dont le contenu sera défini dans le cadre de travaux conduits en groupe de travail, sera standardisée selon les situations et mise en œuvre conformément aux recommandations de la HAS. Elle permettra notamment au patient, le cas échéant, de faciliter une prise en charge médicale efficiente.

Le nombre de consultations est limité à quatre par patient et par bilan prévention.

Cette consultation est valorisée par la cotation CIB, d'un montant fixé à 20 €, non associable à d'autres actes et non facturable pour les patients pris en charge dans le cadre d'un forfait de soins infirmiers.

Seuls les frais de déplacements sont associables à cette consultation.

Les partenaires conviennent d'une mise en œuvre de ce dispositif le 1^{er} juillet 2027 sous réserve d'un avis favorable de la HAS.

Article 5.2. Les actes de surveillance

En complément des mesures introduites dans le cadre de la mise en œuvre de l'avenant 8, les partenaires conventionnels conviennent de la création de nouveaux actes de surveillance.

Ils conviennent également de préciser en chapeau de l'article 10 de la partie XVI, Chapitre I de la NGAP : « Au cours d'une même séance, les actes de surveillance facturés en AMI du présent article ne sont pas cumulables entre eux. »

A. Surveillance clinique et thérapeutique globale hebdomadaire

Les partenaires conventionnels conviennent de la création d'un acte de surveillance clinique et thérapeutique hebdomadaire à l'article 10 de la partie XVI, Chapitre I de la NGAP.

Cet acte comprend une surveillance clinique adaptée à l'état du patient conformément à la prescription médicale ; en l'absence de précisions particulières, sont recherchées et renseignées la pression artérielle, la fréquence cardiaque, la saturation artérielle en oxygène. L'acte de surveillance clinique hebdomadaire comprend également une surveillance thérapeutique portant sur la tolérance médicamenteuse, la gestion des traitements, incluant le cas échéant la préparation du pilulier hebdomadaire, l'identification de situations de stocks de produits de santé inadaptées, ainsi que l'information du patient relative au bon usage et à la gestion des médicaments non utilisés. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier adapte le suivi clinique et thérapeutique aux besoins du patient.

Chaque séance donne lieu à l'établissement d'une fiche de surveillance, renseignée à chaque passage, destinée à favoriser la coordination avec les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient.

L'administration de médicaments prévue au même article est incluse dans cet acte.

Il est valorisé par une cotation AMI 3,77, applicable à compter du 1^{er} janvier 2028.

Cet acte n'est pas facturable pour les patients pris en charge dans le cadre d'un forfait de soins infirmiers.

Il est facturable au maximum une fois par semaine par patient.

B. Surveillance clinique pour situations aiguës

Les partenaires conventionnels conviennent de la création d'un acte de surveillance clinique et thérapeutique réalisé dans le cadre d'une pathologie aiguë ou d'une décompensation aiguë d'une pathologie chronique à l'article 10 de la partie XVI, Chapitre I de la NGAP.

Cet acte comprend une surveillance clinique adaptée à l'état du patient conformément à la prescription médicale ; en l'absence de précisions particulières, sont recherchées et renseignées la tolérance médicamenteuse et l'observance thérapeutique, la pression artérielle, la fréquence cardiaque et la saturation artérielle en oxygène. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier adapte le suivi clinique et thérapeutique aux besoins du patient.

Chaque séance de surveillance fait l'objet d'une fiche de surveillance, renseignée à chaque passage, afin de garantir la coordination avec les autres professionnels de santé.

Le recours à cet acte est limité à quinze passages maximum sur une période de trois mois par patient. Cet acte ne peut être facturé pour la seule surveillance médicamenteuse du patient. L'administration de médicaments prévue au même article est incluse dans cet acte.

Cet acte n'est pas facturable pour les patients pris en charge dans le cadre d'un forfait de soins infirmiers.

Il est valorisé par une cotation AMI 1,49, applicable à compter du 1^{er} janvier 2028.

C. Administration et surveillance de médicament

Les partenaires conventionnels conviennent de modifier à l'article 10 de la partie XVI, Chapitre I de la NGAP l'acte « Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile des patients présentant des troubles psychiatriques ou cognitifs (maladies neurodégénératives ou apparentées) avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage. », facturable en AMI 1,2 comme suit :

- le champ de cet acte est étendu à toute situation de troubles neurologiques, psychiatriques, cognitifs, sensoriels ou moteurs rendant impossible l'auto-administration des traitements ;
- pour plus de clarté les voies d'administration sont élargies : sont désormais concernées les voies d'administration suivantes : orale, ophtalmique, auriculaire, nasale, cutanée, vaginale et rectale ;
- le terme « thérapeutique orale au domicile » dans le libellé de l'acte est remplacé par « de la prise médicamenteuse ».

Cet acte est facturable une seule fois par passage, quel que soit le nombre de médicaments administrés ou le nombre de voies d'administration utilisées.

Ne peuvent donner lieu à facturation les actes d'administration de médicaments que lorsqu'au moins un des médicaments administrés est remboursable par l'Assurance Maladie.

D. Acte d'administration et de surveillance de médicament pour patients en ALD pour démence ou troubles psychiatriques délirants

Les partenaires conventionnels conviennent de la création d'un acte spécifique d'administration et de surveillance des médicaments destiné aux patients présentant des troubles psychiatriques délirants ou des démences de type Alzheimer et apparentées à l'article 10 de la partie XVI, Chapitre I de la NGAP.

Cet acte est soumis aux mêmes conditions de réalisation et de facturation que l'acte d'administration et de surveillance des médicaments tel que modifié par le présent avenant.

Il est toutefois réservé aux patients relevant de l'ALD n°15 (maladie d'Alzheimer et autres démences) ainsi qu'à certains patients relevant de l'ALD n°23, identifiés par les codes CIM-10 suivants : F20 (schizophrénies), F22 (troubles délirants persistants), F25 (troubles schizo-affectifs) et F31 (trouble affectif bipolaire) et être pris en charge pour un soin en rapport avec l'ALD. La prescription médicale ne pouvant pas préciser la nature de l'ALD du patient, les infirmiers devront donc s'assurer que le patient est éligible à cet acte en vérifiant les informations (ALD et CIM-10) accessible à travers le compte amelipro.

Cet acte est valorisé par une cotation AMI 1,48, applicable à compter du 1^{er} janvier 2028.

Ne peuvent donner lieu à facturation les actes d'administration de médicaments que lorsqu'au moins un des médicaments administrés est remboursable par l'Assurance Maladie.

Article 5.3. La prise en charge des plaies

Article 5.3.1. Accès direct pour la prise en charge des plaies

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la mise en place d'une prise en charge en accès direct sur le traitement des plaies afin de reconnaître les compétences cliniques des infirmiers libéraux dans leur rôle propre et de favoriser un accès simplifié aux soins pour les patients, dans le respect du périmètre des soins pris en charge par l'Assurance Maladie.

Ils s'accordent sur la mise en place d'une prise en charge des plaies en accès direct en trois étapes :

Dès la publication de cet avenant, 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, ils s'accordent sur la nécessité de la traçabilité de l'acte « Autre pansement » figurant à l'article 2 « Pansement courant » du titre XVI, Partie I, Chapitre I de la NGAP par la fixation d'une cotation en AMI 2,02 et une description de cette catégorie en deux actes :

- « pansement de plaie(s) non chirurgicale(s) (ulcère, escarre, plaie chronique ou aiguë non chirurgicale) » ;
- « pansement de plaie(s) chirurgicale(s) simple(s) ».

Cette première phase a pour objectif de mieux définir cette catégorie et de déterminer la pratique actuelle des infirmiers vis-à-vis des « Autre pansement » par rapport aux autres actes facturables en AMI 2 et AMI 2 x 50 %.

À partir du 1^{er} janvier 2027, les pansements de plaie(s) non chirurgicale(s) seront facturables en accès direct, mais pourront également continuer à être prescrits. A l'instar de l'acte originel, cet acte n'est pas cumulable avec un forfait de soins infirmiers. Il n'est par ailleurs pas facturable si la pose de pansement est la conséquence d'un acte réalisé par l'infirmier.

Enfin, conscients de la nécessaire sobriété en santé et du juste soin, et considérant que si l'accès direct simplifie les parcours de soins des patients et reconnaît les compétences des infirmiers, il ne s'accompagne pas d'un changement du périmètre de prise en charge des pansements par

l'Assurance Maladie, les partenaires conventionnels s'accordent sur la mise en place d'un suivi annuel en CPN de la facturation des « Autre pansement », que ce soit sous forme d'acte ou dans le cadre d'un bilan de pansement simple.

Article 5.3.2. Renforcement de l'autonomie des infirmiers dans la prise en charge des plaies

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de renforcer l'autonomie des infirmiers dans la prise en charge des plaies. Ils s'accordent sur l'indispensable prise en charge conjointe des plaies chroniques par les infirmiers et les médecins pour garantir aux patients les meilleurs soins.

Ainsi, la durée de prise en charge des plaies étant variable et incertaine, ils souhaitent garantir cette autonomie aux infirmiers tout en réaffirmant la nécessité d'une évaluation médicale des plaies chroniques. Ils souhaitent garantir l'homogénéité des pratiques de facturation et de contrôle sur le territoire.

C'est pourquoi, dès publication de cet avenant, 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, par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales qui dispose que sont remboursés les actes issus d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative, les actes de pansement des articles 2 et 3 du chapitre Ier et de l'article 5 bis du chapitre 2, de la première partie du titre XVI peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, lorsqu'ils sont personnellement effectués par l'infirmier, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription écrite du médecin dans laquelle figure la mention « jusqu'à cicatrisation » ou toute autre mention ayant le même sens. Cette mention est acceptable pour une durée de soins de trois mois maximum. Le médecin peut, s'il le souhaite, préciser la durée dans sa prescription, qui s'impose alors à l'infirmier.

Article 5.3.3. Bilan pour la réalisation d'un pansement sur les plaies

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la création d'un bilan annuel réalisé à l'occasion de la réalisation d'un acte de « pansement de plaie(s) non chirurgicale(s) » ou de « pansement de plaie(s) chirurgicale(s) simple(s) » à risque de complication ou de récurrence nécessitant la réalisation de pansements courants, qu'il soit effectué en accès direct ou sur prescription médicale.

Ce bilan a pour finalité d'apprécier la situation clinique globale du patient et d'identifier les éléments susceptibles d'influencer l'évolution de la plaie. Il permet notamment de repérer les facteurs de risque généraux d'évolution défavorable, tels que les comorbidités, l'état nutritionnel, les antécédents ou encore le contexte de prise en charge, afin d'adapter la stratégie de soins.

À compter du 1^{er} janvier 2027, ce bilan est facturable une fois par patient sur une période de douze mois consécutifs, sous le libellé « Bilan infirmier annuel dans le cadre de la prise en charge de plaie à risque de complication ou de récurrence », valorisé AMI 3,48. Il s'inscrit exclusivement dans le cadre des pansements de plaies relevant de la catégorie des pansements courants. Il ne peut être facturé ni en cumul avec un forfait de soins infirmiers journalier, ni lorsqu'un bilan de plaie complexe a déjà été réalisé au cours de la même période. Ce bilan inclut la réalisation du pansement, qui ne peut être facturé en sus.

Lorsque le pansement est réalisé en accès direct, le bilan s'inscrit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier. Lorsqu'il fait l'objet d'une prescription médicale, et par dérogation à l'article 5 des dispositions générales de la NGAP, la réalisation de ce bilan n'a pas à être expressément mentionnée dans la prescription.

Le compte rendu de ce bilan est enregistré dans le dossier de soins infirmiers et versé au Dossier Médical Partagé (DMP) du patient, afin de garantir sa traçabilité et son accessibilité à l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient.

Par ailleurs, dans le même objectif de renforcement de la coordination et du partage d'information entre les professionnels de santé, le compte rendu du bilan d'une plaie nécessitant un pansement lourd et complexe devra également être versé au DMP.

Enfin, conformément aux travaux engagés dans le cadre du groupe de travail mentionné à l'article 5.1, les partenaires conventionnels réaffirment leur attachement au rôle propre des infirmiers. Ils poursuivront leurs travaux en vue de proposer une consultation infirmière dédiée aux plaies, en cohérence avec les compétences définies dans l'arrêté à paraître relatif aux champs de compétences des infirmiers.

Article 5.4. La prise en charge du diabète des enfants scolarisés

L'utilisation de pompe à insuline est à réserver aux patients capables d'utiliser le système en autonomie. La situation d'un jeune enfant non autonome est différente, notamment s'il est scolarisé. Il ne peut ni lire ni interpréter le résultat seul, en l'absence de ses parents ou d'un aidant. L'intervention de l'infirmier se justifie donc sur le temps scolaire et périscolaire, à la fois pour le contrôle de la glycémie et si besoin l'administration d'insuline.

Les partenaires conventionnels s'accordent donc sur la création de deux actes spécifiques :

- Un acte de lecture et d'analyse de la valeur glycémique affichée sur un dispositif de mesure du glucose, qu'il s'agisse d'une glycémie capillaire préalablement réalisée ou d'une donnée issue d'un dispositif de mesure continue du glucose (AMI 1) ;
- Un acte d'administration d'un bolus d'insuline par l'intermédiaire d'une pompe à insuline (AMI 1).

Ces deux actes sont intégrés à l'article 5 bis, du titre XVI de la NGAP.

Ces actes sont exclusivement réservés à la prise en charge des enfants diabétiques scolarisés de moins de 16 ans. Ils ne peuvent être facturés que pour des interventions réalisées sur le temps scolaire ou périscolaire, au sein de l'établissement scolaire ou de centres d'activités périscolaires.

Seuls les frais de déplacement et la majoration MIE sont associables à ces actes, le lieu de prise en charge étant alors assimilé à un domicile de manière dérogatoire dans ce cadre.

À cette occasion, une majoration MSD « Majoration Scolaire Diabète » d'intervention en établissement scolaire et périscolaire pour prise en charge d'un diabète de type I est créée, afin de prendre en compte les contraintes spécifiques et la complexité de prise en charge en milieu scolaire, au-delà de la technicité des actes réalisés.

Ces deux actes, ainsi que de la majoration MSD à 7 € seront pris en charge à partir du 1^{er} janvier 2027.

Les partenaires conventionnels conviennent d'étudier les autres situations temporaires pour lesquels le patient équipé n'est plus autonome (absence de l'aidant, bascule dans la dépendance) dans le cadre du groupe de travail sur la nomenclature prévu à l'article 33.1.4.

Article 5.5. La prise en charge des enfants de moins de 7 ans par les infirmiers

Les partenaires conventionnels conviennent d'inscrire la majoration MIE à la NGAP telle que définie conventionnellement lors de l'avenant 6 de cette convention et ouverte le 1^{er} janvier 2020 sous réserve d'une modification préalable de la liste des actes et prestations.

Article 5.6. La prise en charge des soins non programmés

Pour donner toute leur portée aux dispositions de la loi du 19 mai 2023, le présent article vise à définir le modèle de rémunération applicable à la participation des infirmiers libéraux aux soins non programmés, sur demande de la régulation. Les infirmiers libéraux peuvent notamment participer à la permanence des soins ambulatoires (PDSA), mais également dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS). Les partenaires conventionnels affirment leur engagement à ce que la participation aux soins non programmés reste strictement volontaire et exercée en marge de leur activité principale, sans porter atteinte à l'obligation de sécurité et de continuité des soins.

En fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existantes et dans les conditions fixées par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, la mission de permanence des soins peut aussi être assurée par les établissements de santé, ou faire l'objet d'un concours des infirmiers. Les principes d'organisation du dispositif de permanence des soins ambulatoire sont déterminées dans les cahiers des charges de la permanence des soins ambulatoire arrêtés par les directeurs généraux des ARS.

Les assurés bénéficient, pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins régulée, d'une dispense d'avance des frais.

Afin d'assurer une réponse organisée aux soins non programmés en journée, les infirmiers libéraux peuvent être également sollicités dans le cadre du SAS (hors période PDSA).

Les partenaires conventionnels conviennent de rémunérer l'astreinte en période PDSA selon les règles précisées au A. et proposent d'inscrire un acte et une majoration dans la NGAP afin de valoriser l'effectif selon les règles proposées au B.

Avant l'entrée en vigueur des mesures, il sera mis en place un groupe de travail conjoint avec le ministère en charge de la Santé afin de définir les modalités opérationnelles et d'organisations structurelles (au sein du CODAMUPS et des ADOPS) de l'intégration des infirmiers comme effecteurs de la PDSA et du SAS à l'échelle des territoires. Une attention particulière sera portée à garantir une répartition équitable des sollicitations de régulation entre les infirmiers libéraux volontaires, afin d'éviter une concentration des missions sur un nombre restreint de professionnels.

A. Assurer une réponse aux soins non programmés pendant les horaires de PDSA

À compter de l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du Code de la sécurité sociale, la participation repose sur une inscription volontaire des infirmiers sur un tableau de garde couvrant des périodes d'astreinte par périodes de quatre heures, rémunérées forfaitairement à hauteur de 52 €. Pour garantir une répartition équitable des astreintes, celles-ci ne peuvent être assurées de manière systématique par le même infirmier.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour que les indemnités d'astreintes ne soient versées que sur les plages horaires de la PDSA (mentionnées dans le cahier des charges) et donc notamment entre 20 h et 0 h en semaine, de 12 h jusqu'à 0 h le samedi et entre 8 h et 0 h le dimanche et jours fériés.

Afin d'obtenir le paiement des astreintes, l'infirmier devra adresser à sa caisse de rattachement un bordereau qui devra comporter le visa (cachet ou signature) du centre de régulation attestant de sa participation au dispositif et du nombre de périodes effectuées. Le cas échéant, le groupe de travail susmentionné pourra déterminer une autre modalité de déclaration de la participation.

Les principes d'organisation du dispositif de permanence des soins ambulatoires sont déterminés dans les cahiers des charges de la permanence des soins ambulatoires arrêtés par les directeurs généraux des ARS.

B. La valorisation de l'intervention des infirmiers volontaires à la demande de la régulation

À compter de l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du Code de la sécurité sociale et sous réserve d'une modification préalable de la liste des actes et prestations, il est créé une majoration spécifique MIR « Majoration demande Issue de la Régulation » d'intervention à domicile de 15 € liée à la sollicitation par la régulation de la PDSA ou de la filière ambulatoire du SAS, dès lors que l'intervention s'inscrit dans les conditions fixées par le présent article et les textes en vigueur. Le nombre de majoration MIR est limité à 20 par semaine et par infirmier.

Cette majoration est ponctuelle et s'applique uniquement à l'intervention demandée par la régulation. Si l'infirmier prend en charge le patient à la suite de cette intervention, la majoration n'est plus applicable pour ces actes supplémentaires.

Cette majoration est facturée en sus dans les deux situations de facturation décrites ci-dessous :

- Lorsque l'infirmier intervient à la demande de la régulation et réalise au moins un acte infirmier prévu dans la NGAP, l'infirmier bénéficie de la majoration spécifique MIR en plus de la facturation des actes réalisés conformément aux règles de la NGAP. Dans ce cadre, par dérogation au principe de non facturation d'AMI le même jour qu'un forfait de dépendance, la lettre clé AMI pourra être facturée.
- Lorsque l'infirmier intervient à la demande de la régulation et ne réalise pas d'acte infirmier prévu dans la NGAP, l'infirmier facture un nouvel acte dit de « levée de doute » correspondant à un AMI 1,35 à compter de l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du Code de la sécurité sociale. Cet acte n'est cumulable qu'avec les frais de déplacement prévues à l'article 13 de la NGAP et, le cas échéant, avec les majorations d'urgence de nuit, de dimanche et jours fériés, prévue à l'article 14 de la NGAP, ou la majoration jeune enfant (MIE). Cet acte étant par définition isolé, il n'est pas cumulable avec la majoration acte unique (MAU). La majoration MIR est facturable en sus de l'acte de « levée de doute ». Aucun autre acte n'est associable.

Dans les deux cas, l'infirmier réalise obligatoirement un retour d'information à la régulation médicale à l'issue de toute intervention effectuée dans ce cadre afin de permettre le suivi et la traçabilité de l'activité, dans le respect des règles déontologiques et de protection des données personnelles. Les modalités précises de ce retour d'information seront discutées dans le cadre du groupe de travail conjoint avec le ministère en charge de la Santé.

Par dérogation, lorsque l'infirmier intervient à la demande de la régulation et à condition que son cabinet soit situé à une distance raisonnable du malade, soit dans la limite de 10 km en zone urbaine et de 30 km en zone rurale, il peut facturer des indemnités kilométriques sans application de la règle du professionnel le plus proche (cf. article 13 C. alinéa 3 de la NGAP).

Article 5.7. La prise en charge de la dépendance

A. Le Bilan de soins infirmiers

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le rôle clé des infirmiers libéraux dans le virage ambulatoire du 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 par le biais de la réalisation d'un Bilan de soins infirmier (BSI) et la valorisation de la prise en charge qui en découle sous forme de forfaits journaliers.

Ces forfaits sont 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 X.

- Le 1^{er} forfait, pour le suivi des patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « légère », est valorisé à hauteur de 13 € par jour et par patient (code prestation BSA) ;
- Le 2^e forfait, pour le suivi des patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « intermédiaire », est valorisé à hauteur de 18,2 € par jour et par patient (code prestation BSB) ;
- Le 3^e forfait, pour le suivi des patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « lourde », est valorisé à hauteur de 28,7 € par jour et par patient (code prestation BSC).

L'établissement du BSI (bilan initial) est valorisé par un DI 2,5 (25 €). Le cas échéant, son renouvellement doit intervenir au bout d'un an (bilan de renouvellement) et est valorisé à hauteur d'un DI 1,2 (12 €).

Lorsque l'état de santé du patient le justifie, l'infirmier peut réaliser jusqu'à deux bilans intermédiaires par an, valorisés à hauteur de 12 € chacun.

Par dérogation à l'article 5 et à l'article 14 B. de la NGAP, la fréquence de passages (y compris le dimanche et les jours fériés) est définie par le plan de soins proposé par l'infirmier dans le BSI et validé par le médecin.

Les frais de déplacement sont facturables à chaque passage de l'infirmier au domicile du patient ainsi que les éventuelles majorations applicables dans les conditions définies à la NGAP.

B. Les règles de cumul avec le BSI

Les partenaires conventionnels conviennent de simplifier et de clarifier les règles de cumul avec les actes techniques. Les règles applicables sont celles précisées dans le paragraphe suivant ou à défaut celles inscrites à la liste des actes et prestations (LAP) et ses dispositions générales.

Pour rappel, le forfait journalier BSI est toujours considéré comme le premier acte facturé pour chacun des passages de la journée. Ainsi, bien que facturé une fois par jour, ce forfait est considéré comme le premier acte lors de chaque passage de la journée.

Seuls les actes AMX sont facturables les jours de facturation d'un forfait BSI. Les règles de cumul prévues à la NGAP restent inchangées.

Les actes de l'article 5 bis du chapitre II du titre XVI de la NGAP, sont considérés pour l'application des règles de cumul comme un seul et unique acte, quel que soit le nombre d'actes différents ou identiques facturés au cours d'une même séance, en dérogation de l'article 11 B. des dispositions générales de la NGAP. À compter du 1^{er} janvier 2028, même s'ils sont en deuxième acte, le premier étant toujours le forfait journalier de prise en charge d'un patient dépendant, ils sont facturables à taux plein.

C. Majoration portant sur les patients fragiles et très dépendants

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la mise en place d'une majoration MSG (facturable une fois par jour), associée au forfait BSC lorsque le score SEGA total (A+ B) de l'outil BSI du patient est supérieur ou égal à :

- 35, à compter du 1^{er} janvier 2028, représentant environ 25 % des patients BSC ;
- 32, à compter du 1^{er} janvier 2029, représentant environ 40 % des patients BSC.

Cette majoration est valorisée à hauteur de 3,10 €. La CPN suivra les effets de cette mesure et notamment la part des patients BSC qui bénéficient de cette majoration. La CPN pourra être

amenée à réévaluer le seuil du score SEGA si les proportions de patients ne correspondent pas aux objectifs quantitatifs de couverture des patients BSC identifiés pour 2028 et 2029.

D. L'outil BSI

Les partenaires conventionnels conviennent de faire évoluer l'outil BSI afin d'en renforcer la lisibilité, la pertinence et l'exploitation du bilan par les médecins, ainsi que, le cas échéant, par d'autres professionnels de santé intervenant dans le parcours de soins du patient.

Les axes de travail prioritaires identifiés sont les suivants :

- adapter la synthèse destinée aux médecins, afin de la rendre plus lisible et directement exploitable en vue de renforcer la coordination entre professionnels de santé ;
- mettre à disposition des autres professionnels de santé une partie des données du BSI grâce au dossier médical partagé, dans le respect de la confidentialité des données du patient.

Des ateliers conjoints réunissant médecins et infirmiers utilisateurs seront organisés afin d'identifier les ajustements à mettre en œuvre. Les conclusions issues de ces travaux seront examinées en CPN, préalablement au lancement des évolutions de l'outil.

Compte tenu de la technicité et de la portée de ces travaux, il est convenu de mettre progressivement en place une phase d'expérimentation au cours du second semestre 2026. Elle sera destinée à évaluer l'impact des ajustements proposés. Selon les résultats constatés et le niveau de complexité des adaptations à opérer, une généralisation pourra être envisagée au plus tôt au cours du premier semestre 2027, après concertation des partenaires conventionnels en CPN.

Article 5.8. Valorisation de la remise du kit de dépistage du cancer colorectal par les infirmiers

A. Éligibilité du patient

Le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal prévoit la réalisation d'un test tous les deux ans pour les personnes âgées de 50 à 74 ans inclus.

Dans ce cadre, les infirmiers libéraux peuvent remettre un kit de dépistage colorectal (DOCCR) aux patients :

- âgés de 50 à 74 ans inclus, éligibles au dépistage organisé ;
- n'ayant pas bénéficié récemment d'un examen, excluant la réalisation de ce test ;
- ne présentant pas un risque élevé ou très élevé de développer un cancer colorectal.

Si la personne âgée de 50 à 74 ans n'est pas éligible parce qu'elle présente un risque élevé ou très élevé de développer un cancer colorectal, l'infirmier l'invite à consulter son médecin traitant ou tout autre médecin désigné par elle pour envisager la prise en charge médicale appropriée.

L'éligibilité à ce dépistage est déterminée à l'aide d'un auto-questionnaire mis à disposition par l'INCa, que le patient remplit avec l'aide de l'infirmier, le cas échéant.

B. Le rôle de l'infirmier

La mission de l'infirmier ou de l'infirmier en pratique avancée est d'accompagner et de conseiller le patient lors de la délivrance du kit, afin que celui-ci réalise son test.

Si le patient est éligible, l'infirmier ou l'infirmier en pratique avancée :

- présente les modalités d'utilisation du kit et précise que le flacon doit être envoyé au laboratoire de biologie médicale à l'aide de l'enveloppe retour pré-remplie et pré-affranchie qui lui est fournie ;
- s'assure de la bonne compréhension de ces modalités par la personne ;
- complète la fiche d'identification figurant à l'intérieur du kit comme suit :
 - si la personne dispose d'une invitation, l'infirmier ou l'infirmier en pratique avancée :
 - s'assure de l'identification correcte du patient sur les étiquettes pré-remplies fournies avec la lettre d'invitation ;
 - colle la grande étiquette sur la fiche d'identification et la petite étiquette sur le flacon de prélèvement, et précise au patient de ne pas oublier de compléter cette dernière en y inscrivant la date de prélèvement lorsqu'elle réalisera son test ;
 - renseigne à la main sur la fiche les coordonnées du médecin traitant ou du médecin désigné par le patient ;
 - si le patient ne dispose pas d'une invitation, l'infirmier ou l'infirmier en pratique avancée :
 - renseigne à la main la fiche d'identification du kit et la petite étiquette avec les coordonnées du patient ;
 - colle l'étiquette sur le flacon de prélèvement et précise au patient de ne pas oublier de la compléter de la date de prélèvement lorsqu'elle réalisera son test ;
 - renseigne à la main sur la fiche les coordonnées du ou des médecin(s) destinataire(s) du résultat du test ;
- remet au patient le kit de dépistage et précise que le kit doit être utilisé avant sa date de péremption ;
- l'informe de l'intérêt et des limites de ce dépistage, des suites éventuelles et de la conduite à tenir en cas de résultat positif ;
- informe de la remise du kit par messagerie sécurisée le ou les médecin(s) destinataire(s) des résultats, sauf en cas d'opposition expresse de la personne ;
- facture un acte traceur via son logiciel métier (remontée dans Resti PS).

Lorsque l'infirmier ou l'infirmier en pratique avancée revoit le patient après la délivrance du kit, il vérifie que le test a été réalisé et, dans le cas contraire lui rappelle l'importance de se faire dépister.

Pour remplir l'obligation d'information du médecin traitant, l'infirmier enregistre dans le DMP du patient lorsqu'il est ouvert, la remise de ce kit grâce à la note de dépistage qui figure en annexe XII.

Un suivi sera réalisé afin de mesurer l'impact de cette nouvelle modalité de remise du kit, notamment grâce aux indicateurs suivants :

- évolution du taux de dépistage régional et national ;
- taux de kits remis par les infirmiers et les infirmiers en pratique avancée (nombre de kits remis divisé par le nombre de kits commandés) ;
- taux de dépistage faisant suite à la remise d'un kit par les infirmiers et les infirmiers en pratique avancée (nombre de tests réalisés divisé par le nombre de kits remis).

Ce suivi sera présenté et discuté en CPN.

C. La prise en charge et la rémunération

La prise en charge de l'acte par l'Assurance Maladie est de 100 %.

Cette démarche est rémunérée comme suit :

- la remise de kit est rémunérée 3 € et facturée par le code acte traceur [RKD]. Ce tarif est majoré d'un coefficient de 1,05 dans les départements et collectivités d'outre-mer.
- lorsque le patient réalise le test à la suite de la remise du kit par l'infirmier ou un infirmier en pratique avancée, ce dernier est rémunéré 2 € de plus. Ce tarif est majoré d'un coefficient de 1,05 dans les départements et collectivités d'outre-mer. Le montant total dû pour le nombre de tests réalisés au cours d'une année sera versé par un paiement annuel au deuxième trimestre de l'année suivante.

Article 5.9. Enjeux écologiques

A. Engagement éco-responsable

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de prendre en compte les enjeux écologiques dans le domaine de la santé, dans un objectif de :

- réduire l'impact environnemental de la pratique des infirmiers ;
- la prévention des risques environnementaux et la promotion de la santé environnementale.

Il est essentiel de former l'ensemble des acteurs du système de santé aux enjeux de la transformation écologique du système de santé, de la santé environnementale et de l'adaptation aux changements climatiques.

Un groupe de travail pour la construction d'une démarche écoresponsable du cabinet sera mis en place.

B. Expérimentation « AntiGaspi »

Les partenaires conventionnels reconnaissent l'importance du rôle des infirmiers dans la lutte contre le gaspillage des produits de santé et s'accordent pour suivre de manière rapprochée, dans le cadre de la CPN, la mise en œuvre de l'expérimentation « AntiGaspi » lancée à cette fin en 2026 sur dix-huit départements avec des infirmiers volontaires. Les produits de santé représentent en effet le premier poste d'émissions de gaz à effet de serre du système de santé et sont par ailleurs à l'origine de pollutions des écosystèmes. Aussi, en complément des efforts de décarbonation des filières de production, il est essentiel d'actionner les leviers permettant de limiter le volume de produits non utilisés et jetés.

L'objectif de cette expérimentation est de réduire le gaspillage des produits de santé des patients pris en charge à domicile par un infirmier en s'appuyant sur la coordination pluriprofessionnelle (notamment, infirmier, médecin, pharmacien) et l'accompagnement des patients. L'expérimentation repose en effet sur l'idée que l'intervention à domicile permet de constater certaines problématiques parfois difficiles à détecter en dehors. De plus, le partage d'information entre les professionnels intervenant autour du patient est une des clés pour limiter le gaspillage et peut faciliter la réévaluation de prescriptions, la pertinence des délivrances à l'officine et le renforcement de l'accompagnement thérapeutique du patient lorsque c'est nécessaire au regard de la situation identifiée.

En fonction des résultats observés, les partenaires discuteront des évolutions éventuelles à intégrer à la convention, ce qui pourra notamment impliquer un renforcement de la coordination pluriprofessionnelle et du rôle des infirmiers dans la conciliation médicamenteuse.

Article 5.10. L'infirmier référent

En lien étroit avec le médecin traitant et le pharmacien correspondant, l'infirmier référent a pour mission de favoriser la coordination des soins, assurer une mission de prévention, de suivi et de recours pour les patients atteints d'une ALD nécessitant des soins infirmiers réguliers.

Ce statut permet d'intégrer davantage les infirmiers dans le parcours de soins des patients atteints d'une ALD. Les partenaires conventionnels s'accordent pour développer progressivement les conditions permettant aux infirmiers référents d'être identifiés par les différents acteurs du parcours de soins des patients et organisations territoriales (établissements de santé et médico-sociaux, dispositifs d'appui à la coordination, centre de ressources territorial, communauté professionnelle territoriale de santé, etc.) afin d'améliorer la coordination des soins et la qualité de prise en charge des patients.

En complément, les partenaires conventionnels s'accordent sur la mise en place d'un suivi renforcé pour certains profils de patients, âgés ou en situation de handicap, et qui ne peuvent accéder à une consultation médicale sans l'aide d'un transport sanitaire. Ce suivi renforcé est organisé dans un cadre coordonné avec le médecin traitant.

Plusieurs infirmiers exerçant au sein d'un même cabinet peuvent être conjointement désignés infirmiers référents.

A. Le choix de l'infirmier référent

Les assurés, ou ayants-droit âgés de 16 ans ou plus, en ALD qui le souhaitent peuvent désigner un infirmier référent avec l'accord de ce dernier. Les assurés peuvent bénéficier d'un infirmier référent et/ou d'un IPA référent. Lorsque l'assuré ou l'ayant droit est mineur, la déclaration de l'infirmier référent est réalisée avec l'accord d'au moins un des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale.

La déclaration d'un infirmier référent tient compte du libre choix du patient.

Les infirmiers exerçant au sein du cabinet de l'infirmier référent peuvent se suppléer entre eux en cas d'absence de l'infirmier référent et si la situation le nécessite.

Une procédure de déclaration sera déployée par l'Assurance Maladie pour permettre aux assurés de déclarer leur(s) infirmier(s) référent(s). Elle se formalisera par une déclaration en ligne remplie par l'infirmier avec l'accord du patient et à l'aide de sa Carte Vitale, ou par l'établissement d'un formulaire « Déclaration de choix d'infirmier(s) référent(s) » cosigné par l'assuré ou son représentant et l'infirmier. Cette déclaration s'effectue obligatoirement lors d'un contact en présentiel avec le patient.

La transmission s'effectuera respectivement par voie électronique via les téléservices pour la déclaration en ligne ou par envoi papier par l'infirmier.

L'assuré peut changer à tout moment d'infirmier référent et sera notifié de ce changement, tout comme l'ancien infirmier référent.

Les partenaires conventionnels suivront le développement de l'outil de télédéclaration lors des CPN.

B. Le partage d'informations et la continuité ville-hôpital

L'infirmier référent veille à alimenter régulièrement le DMP et s'engage à y consigner les données nécessaires au suivi du patient.

Son rôle de coordination renforcée en fait un interlocuteur privilégié en cas d'hospitalisation des patients dont il est référent, assurant ainsi une continuité des soins entre la ville et l'hôpital. Les partenaires conventionnels reconnaissent qu'il est impératif que l'infirmier référent, ainsi

que l'IPA le cas échéant, puissent être destinataires des bulletins de liaison de sortie d'hospitalisation et tout autre document nécessaire au bon suivi des patients dont il est référent.

Des travaux seront menés avec la HAS et les acteurs hospitaliers afin d'apporter des améliorations au bulletin de liaison de sortie d'hospitalisation adressé au médecin traitant afin que celui-ci soit aussi systématiquement transmis à l'infirmier et/ou l'IPA référent.

C. Mise en place d'un parcours de suivi renforcé pour des patients particulièrement vulnérables

Les personnes très âgées, présentant un handicap ou poly-pathologiques nécessitent une surveillance et un suivi adapté à leur état de santé afin de prévenir et d'éviter les situations susceptibles de les amener à une plus forte dépendance ou à une hospitalisation. Une partie de ces patients ne peut plus se rendre au cabinet de son médecin et se trouve donc dans une situation d'accès aux soins fortement dégradées.

En s'appuyant sur des expérimentations d'organisation locales concluantes, les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place un parcours de suivi renforcé pour certains profils de patients. En s'appuyant sur une collaboration efficace et rémunérée, le parcours vise à mettre en place un suivi de proximité, à domicile par l'infirmier référent, et coordonné avec le médecin traitant.

À compter du 1^{er} juillet 2027, le parcours de suivi renforcé pour certains profils de patients est mis en place à l'initiative du médecin traitant ou de l'infirmier référent après concertation entre eux.

Ce parcours s'appuiera sur l'élaboration d'un plan de suivi personnalisé au moment de l'inclusion du patient. Suivent ensuite des visites mensuelles à domicile réalisée par l'infirmier référent dont les modalités seront définies dans le cadre des consultations infirmières du présent avenant.

Le plan de suivi personnalisé doit être élaboré conjointement avec le médecin traitant et peut notamment se faire dans le cadre d'une visite conjointe au domicile du patient.

Les partenaires conventionnels définiront les conditions d'éligibilité précises des patients ainsi que les modalités pratiques de ce parcours dans le cadre de groupes de travail courant 2026. Un groupe de travail paritaire dédié sera installé dans un délai maximal de deux mois suivant la publication du présent avenant.

Les conclusions du groupe de travail seront présentées et soumises à validation en CPN.

Article 5.11. Les infirmiers « Equilibres »

Le présent accord pose les premières étapes en vue de la généralisation de l'expérimentation « Equilibres » (article 51) sur le champ des soins. Les partenaires conventionnels reconnaissent que le modèle expérimenté est un modèle global qui repose non seulement sur une prise en charge en soins mais aussi sur une formation et un accompagnement et que des discussions se poursuivent par ailleurs sous l'égide du ministère de la Santé sur les éventuels autres soutiens financiers, notamment sur le volet de la formation.

L'infirmier optant pour l'exercice dans le cadre du dispositif Équilibres doit respecter la procédure prévue à l'article 12 ter. Ce mode d'organisation et de rémunération horaire alternatif se substitue à la NGAP.

A. La prise en charge et la rémunération

L'activité des infirmiers intégrant le dispositif est valorisée via une double rémunération, répartie comme suit :

- Une rémunération, sur la base d'un taux horaire de 54 € en Métropole et 57 € dans les DROM, facturée selon le temps réellement passé auprès du patient. Elle s'applique en fonction des grands ensembles d'actes décrits ci-après. L'activité infirmière repose essentiellement sur les soins réalisés auprès des patients bien que du temps de déplacement vers le domicile ou du temps de coordination auprès d'autres acteurs soit également effectué. Les partenaires conventionnels reprennent les mêmes dispositions que lors de l'expérimentation avec un taux horaire facturable uniquement pour le temps passé auprès du patient.

L'infirmier « Équilibres » renseigne le code correspondant au(x) grand(s) ensemble(s) de soins infirmiers effectivement réalisés et indique, en guise de coefficient, le temps en minutes consacré à chacun de ces ensembles :

Nom du grand ensemble	Nom code prestation
Prélèvement/saignée	EQA
Injection (toutes voies d'abord), hors vaccination	EQB
Vaccination/test tuberculinique	EQC
Pansements et soins de plaie	EQD
Soins infirmiers sur l'appareil digestif	EQE
Soins infirmiers sur l'appareil génito-urinaire	EQF
Soins infirmiers sur l'appareil respiratoire	EQI
Administration et surveillance de thérapeutique orale par voie orale, sonde nasogastrique ou stomie	EQJ
Soins et surveillance de perfusion	EQK
Soins et surveillance de diabète (y compris injections, pansement, contrôle glycémique, observation des pieds)	EQL
Surveillance PRADO ou RAAC	EQM
Coordination et transmissions	EQN

Actes de dépistage et prévention	EQO
Soins relationnels	EQP
Soins de nursing	EQQ
Autres actes techniques	EQR

Le cahier des charges relatif à l'expérimentation 51 décrivait notamment les contours de la consultation Equilibres, qui peuvent continuer à s'appliquer dans le cadre des forfaits soins.

- Une part variable selon l'atteinte des objectifs ci-dessous, plafonnés à 2 000 € / an et répartis comme suit :
 - 500 € si la file active dépasse 400 patients ;
 - 500 € si la part de patients âgés de plus de 60 ans est supérieure à celle des IDEL du même territoire (de plus de 15 %) ;
 - 500 € si la part de patients en affection de longue durée est supérieure à celle des IDEL du même territoire (de plus de 15 %) ;
 - 500 € si la part de patients présentant une poly-pathologie est supérieure à celle des IDEL du même territoire (de plus de 15 %).

Ce mécanisme vise à reconnaître à la fois la qualité et l'intensité de l'engagement des infirmiers dans ce cadre innovant.

Selon les travaux relatifs à la refonte du métier infirmier et les groupes de travaux relatifs aux consultations infirmières mentionnés à l'article 5.1 de la présente convention, une évolution des grands ensembles pourra être entreprise.

Les infirmiers du dispositif pourront bénéficier du FAMI à compter de l'année 2027 (et versé en 2028).

B. Engagements d'activité à atteindre

Les partenaires conventionnels s'accordent sur les engagements d'activité suivants pour les infirmiers intégrant le dispositif Equilibres :

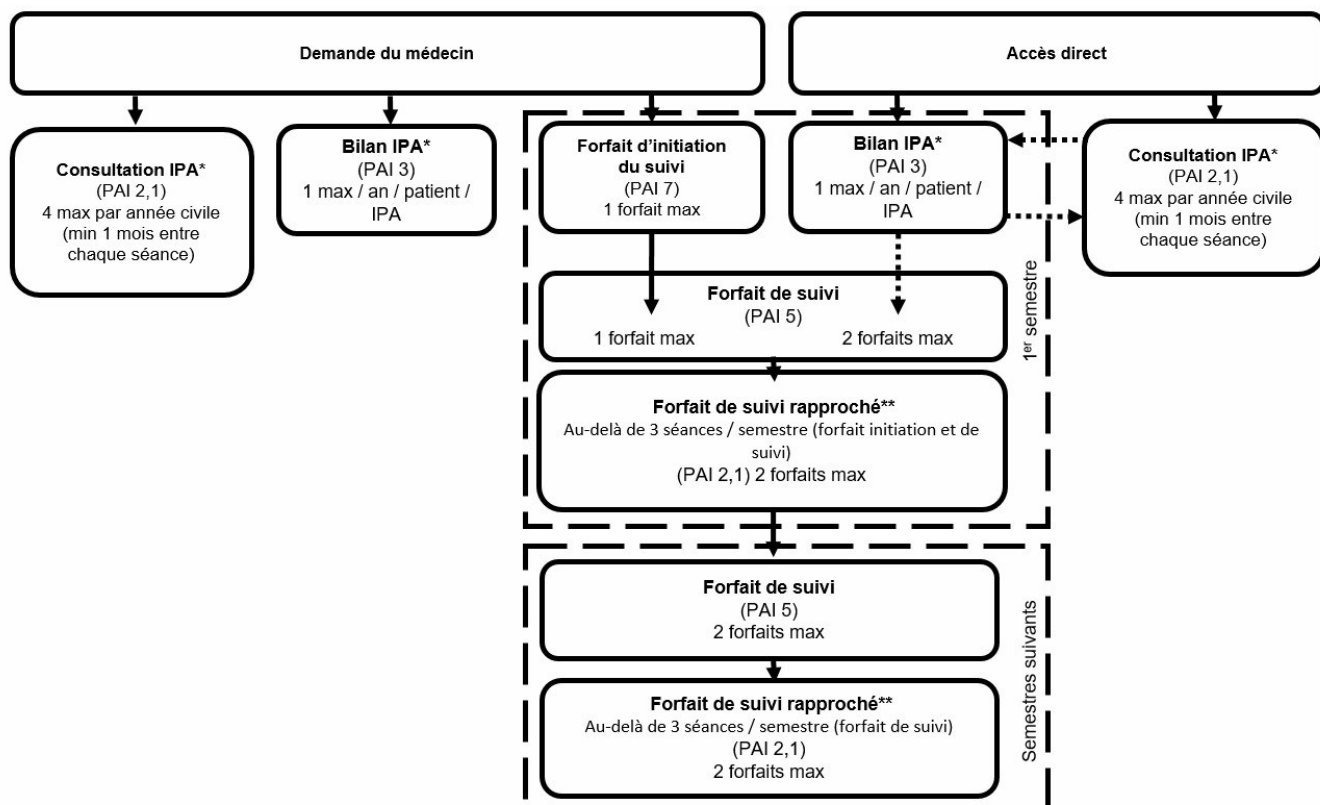
- Atteindre une file active de minimum 360 patients par an ;
- Disposer d'une structure de patientèle similaire à celle des IDEL du même territoire, notamment en ce qui concerne les critères d'âge (60 ans et plus), les patients en situation d'ALD et sur une cartographie de pathologies.

Ces indicateurs seront analysés annuellement et pourront servir de justificatif pour l'exclusion du dispositif des infirmiers présentant une file active nettement plus faible ou avec une atypie marquée de patientèle non justifiée.

Article 5.12. Les infirmiers en pratique avancée

Les mesures tarifaires ci-après entrent en vigueur à l'issue du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du Code de la sécurité sociale.

La valorisation de l'activité des IPA dépend du parcours de prise en charge des patients :



*Le bilan et la consultation ne peuvent être facturés le même jour pour un même patient.

**Pour les séances qui ne correspondent ni au forfait d'initiation du suivi, ni au forfait de suivi, ni au forfait de suivi rapproché, l'IPA facture un code traceur (PAI 0,01).

.....► Facultatif

Les partenaires conventionnels suivront le développement du métier IPA libéral en ville et notamment le déploiement d'un exercice exclusif IPA. Des points d'étapes réguliers seront présentés en CPN et, en cas de difficulté dans le développement du métier, des ajustements pourront être proposés.

A. La valorisation de l'accompagnement des patients orientés par les médecins vers les infirmiers en pratique avancée pour un suivi régulier

Pour un suivi régulier après adressage par un médecin, l'IPA est rémunéré par un forfait de suivi. Un forfait peut être facturé dès lors qu'au moins une consultation avec le patient a eu lieu sur la période.

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 modalités de facturation des forfaits sont définies comme suit :

- Un premier forfait dénommé « forfait d'initiation du suivi », valorisé à hauteur de 70 € (PAI 7), est facturable par l'IPA une fois par patient lorsque celui-ci lui est confié par le médecin, au titre de la première consultation réalisée en présentiel ;
- Un deuxième forfait dénommé « forfait de suivi », valorisé à hauteur de 50 € (PAI 5), est ensuite facturable par l'IPA deux fois maximum par semestre (une seule fois le premier semestre de la première année de prise en charge, à la suite de la facturation du forfait d'initiation du suivi), dès lors qu'au moins une consultation (en présentiel ou à distance) avec le patient a eu lieu au cours du semestre. Par la suite, ce forfait est facturable quatre fois par an, soit deux fois par semestre.

Si un suivi nécessite plus de trois consultations au cours du semestre, la 4^e et la 5^e consultation peuvent être facturées sous la forme d'un forfait de « suivi rapproché » (21 €, PAI 2,1). Pour

les consultations qui ne peuvent être facturées comme « forfait d'initiation du suivi », « forfait de suivi » ou « forfait de suivi rapproché », l'IPA facture un acte traceur (PAI 0,01).

Au moins un forfait de suivi par an doit correspondre à une consultation en présentiel, le reste de la prise en charge peut être réalisé à distance.

La majoration liée à l'âge du patient défini au D. du présent article peut, le cas échéant, être associée à ces forfaits d'initiation ou de suivi.

Les forfaits d'initiation et de suivi visent à valoriser les interventions de l'IPA réalisées pour le suivi du patient au cours du semestre 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.

B. La valorisation de l'accompagnement des patients orientés ponctuellement par les médecins vers les IPA pour une consultation IPA

Lorsque le patient est orienté par le médecin ou s'adresse directement à l'IPA pour un motif ponctuel, l'IPA peut être rémunéré par un « bilan IPA » ou une « consultation IPA ».

1. Le bilan réalisé par l'infirmier en pratique avancée

Le « bilan IPA » est réalisé pour un patient qui ne bénéficierait pas d'un suivi dans le cadre de la pratique avancée. Il est valorisé à hauteur de 30 € (PAI 3).

Ce bilan, réalisé en présentiel, peut-être facturé au maximum une fois par an par patient et par IPA en ville et par domaine d'intervention au sens de l'article R. 4301-2 du Code de la santé publique. Il permet la réalisation d'une anamnèse, un examen clinique, la réalisation d'actes techniques le cas échéant, des 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 ou, en cas d'accès direct, au médecin traitant désigné par le patient.

Ce compte rendu est intégré par l'IPA dans le DMP 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.

La majoration liée à l'âge du patient, définie au D. du présent article, peut être associée à ce bilan.

2. La réalisation de consultations par les infirmiers en pratique avancée

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, une « consultation IPA » réalisée en présentiel pour un patient qui ne bénéficie pas d'un suivi dans le cadre de la pratique avancée, est valorisée à hauteur de 21 € (PAI 2,1) au maximum quatre fois par année civile (avec un minimum d'un mois entre chaque consultation). Cette consultation peut correspondre à la réalisation d'un ou 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). Elle ne peut pas être facturée le même jour qu'un bilan IPA.

La majoration liée à l'âge du patient défini au D. du présent article peut être associée à cette consultation ainsi que les majorations de nuit, dimanche et jours fériés, prévues à l'annexe I.

C. La valorisation de l'accès direct du patient vers les IPA dans l'exercice coordonné

Lorsque le patient s'adresse directement à l'IPA dans les conditions définies par le Code de la santé publique, l'IPA réalise initialement un « bilan IPA » ou une « consultation IPA » :

- Un « Bilan IPA » tel que décrit au B. 1. du présent article, valorisé à hauteur de 30 € (PAI 3), est facturable par l'IPA une fois au titre de la première consultation en accès direct, réalisée en présentiel avec le patient. A la suite de ce bilan, si la prise en charge nécessite un soin ponctuel, l'IPA réalise une « Consultation IPA » ;
- Une « Consultation IPA » telle que décrit au B. 2. du présent article, valorisée à hauteur de 21 € (PAI 2,1), est facturable par l'IPA une fois au titre de la première consultation en accès direct, réalisée en présentiel avec le patient. Suite à cette consultation IPA, si la prise en charge nécessite un suivi, l'IPA réalise un « Bilan IPA ».

A la suite du bilan, la prise en charge en accès direct pour un patient qui nécessite un suivi se déroule comme suit :

- Le « forfait de suivi », valorisé à hauteur de 50 € (PAI 5), est facturable deux fois par semestre, soit quatre fois par an par l'IPA (y compris la première année de prise en charge), dès lors qu'au moins une consultation (en présentiel ou à distance) avec le patient a eu lieu au cours du semestre au titre duquel le forfait de suivi est facturé.
- Si un suivi nécessite plus de trois consultations au cours du semestre, la 4^e et la 5^e consultation peuvent être facturées sous la forme d'un forfait de « suivi rapproché » 21 € (PAI 2,1). Pour les consultations qui ne peuvent être facturées comme « forfait d'initiation du suivi », « forfait de suivi » ou « forfait de suivi rapproché », l'IPA facture un acte traceur (PAI 0,01). Un forfait peut être facturé dès lors qu'un minimum d'une consultation avec le patient a eu lieu sur la période.
- Au moins un forfait de suivi par an doit correspondre à une consultation en présentiel, le reste de la prise en charge peut être réalisé à distance.

La majoration liée à l'âge du patient défini au D. du présent article peut, le cas échéant, être associée aux forfaits de « Bilan IPA », à la « Consultation IPA » et au « Forfait de suivi ».

D. Dispositions communes à la valorisation de l'accompagnement des patients par l'IPA

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 » peut être associée à la facturation des forfaits d'initiation, de suivi, de la consultation IPA et du bilan IPA. Cette majoration est valorisée à hauteur de 3,90 €.

Les majorations de nuit, dimanche et jours fériés définies à l'annexe I peuvent être associées aux « consultations IPA ».

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 NGAP.

Par dérogation, la règle inscrite à l'article 13 de la NGAP 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 les patients pris en charge par les infirmiers en pratique avancée.

Les majorations de MIE, MCI et MAU applicables aux actes infirmiers ne sont pas applicables aux actes, consultation et forfaits IPA.

À l'exception de la première consultation avec le patient « forfait d'initiation du suivi », de la « consultation IPA » et du « bilan IPA » nécessitant une consultation 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. Au moins une consultation en présentiel doit cependant avoir lieu dans l'année. »

E. La facturation des bilans de prévention par l'infirmier en pratique avancée

Les bilans de prévention sont rémunérés via le code prestation RDI.

L'article 5 de l'arrêté du 28 mai 2024, applicable aux infirmiers et aux IPA, précise que seule la facturation d'une vaccination en complément du bilan de prévention est autorisée. Ainsi, un IPA peut réaliser un bilan de prévention (cotation RDI) et facturer le même jour un acte de vaccination en sus (AMI 2.4 ou AMI 3.05).

Le bilan prévention ne peut faire l'objet d'aucun dépassement d'honoraire. Aucune majoration ne peut être facturée en sus, autre que la vaccination. Dans le cas où l'entretien de prévention est réalisé à domicile, des frais de déplacement sont facturables dans les conditions prévues par la convention nationale. Enfin, l'entretien de prévention ne peut être facturé qu'une fois par individu et par tranche d'âge, quel que soit le professionnel effecteur.

Article 5.13. Le rôle des infirmiers pour la vaccination à domicile

Compte tenu du rôle essentiel des infirmiers dans l'amélioration de la couverture vaccinale des patients, et dès lors que l'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 prévoit que les professionnels de santé puissent s'approvisionner et détenir des vaccins, les partenaires conventionnels conviennent d'ouvrir des discussions relatives à la prise en charge de ces nouvelles modalités dès lors que le cadre réglementaire le permettant aura été adopté.

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 la mise en œuvre de la télémedecine

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 télémedecine.

La télémedecine constitue un nouveau mode d'organisation déterminant dans l'amélioration de l'accès aux soins. En effet, la télémedecine 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 télémedecine 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 professionnel médical téléconsultant pour la réalisation des actes nécessaires à l'examen clinique.

À 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.

Article 6.2.1. Champ d'application de la téléconsultation

La téléconsultation se définit comme la consultation à distance réalisée par un professionnel médical 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 professionnel médical 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 le professionnel médical.

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 professionnel médical 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 professionnel médical. 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 au premier alinéa de l'article 6.2.1, l'infirmier peut être amené à transmettre les données administratives du patient au professionnel médical.

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 professionnel médical dans le cadre de la téléconsultation peut mentionner, sur la feuille de soins, le numéro d'identification du professionnel médical 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. Le suivi de la mise en œuvre de la téléconsultation

La télémédecine constitue une innovation dans les modalités de prise en charge des patients. À 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.

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.

À 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 dans le service « mon espace santé ») 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 infirmier appartenant au même cabinet ou à la même maison de santé pluriprofessionnelle.

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 actes en télésoin sont facturés avec la lettre clef TMI, dont la valeur est de 3,15 € en Métropole et 3,30 € dans les DOM et Mayotte.

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 d'acte unique (MAU) ;
- 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) 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.

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.

À 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.

À 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 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.

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 peut également communiquer au professionnel médical requis son numéro d'identification de professionnel de santé qui peut être renseigné 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.

À 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.

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 équivalant 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) :
 - 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;
 - et/ou en tant qu'infirmier libéral conventionné ;
 - 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 la santé publique), 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'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 lettre envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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.

Les dirigeants ou associés de la société ayant opté pour le statut social de salarié, sont conventionnés individuellement, soumis à la régulation du conventionnement et enregistrés au fichier national des professionnels de santé (FNPS).

Par conséquent, 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.

Les salariés au sens du Code du travail (ayant un lien de subordination avec les associés) ne sont pas conventionnés et ne sont pas enregistrés au FNPS. Dans les zones où l'offre de soins est particulièrement élevée (au sens du 2° de l'article L. 1434-4 du Code de la santé publique), les partenaires conventionnels conviennent que la prise en charge par l'Assurance Maladie de l'activité des infirmiers salariés est limitée à deux salariés par associé ou dirigeant d'une société d'exercice.

Les dispositions du présent article s'appliquent aux contrats de travail prenant effet à compter du 1^{er} juillet 2026. Les contrats conclus antérieurement demeurent valables dans leurs conditions initiales, mais ne peuvent être tacitement reconduits ni renouvelés, sauf s'ils respectent les dispositions prévues par le présent article.

Les partenaires conventionnels confient aux CPAM le contrôle du respect de ces dispositions. Tout manquement expose les associés ou dirigeants employeurs à une procédure conventionnelle décrite aux articles 34 et suivants de la présente convention.

Article 11. Conditions particulières d'exercice des remplaçants des infirmiers libéraux

Un infirmier remplaçant d'un infirmier libéral, exerçant dans le cadre de la présente convention, a pour mission d'assurer la continuité et la qualité des soins dispensés aux patients du remplacé, notamment lors des jours de repos hebdomadaires de ce dernier ou pour répondre à des nécessités d'organisation liées à l'exercice de l'activité libérale.

A. Conditions au regard de la convention

- **Pour l'infirmier remplacé**

L'infirmier remplacé vérifie que l'infirmier remplaçant remplit bien l'ensemble des conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention. L'infirmier remplacé 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.

L'infirmier remplacé doit notamment s'assurer de la détention d'une autorisation de remplacement délivrée par l'Ordre des infirmiers, en cours de validité.

Durant la période effective de son remplacement, l'infirmier remplacé s'interdit toute activité de soins rémunérée sur les mêmes plages horaires que son remplaçant. S'il a recours à deux remplaçants, ces derniers ne peuvent exercer sur les mêmes plages horaires.

Un infirmier peut être remplacé par un ou deux remplaçants au maximum pour la même période (tout en respectant la règle de ne pas travailler concomitamment sur la même plage horaire).

- **Pour l'infirmier remplaçant**

L'infirmier remplaçant s'engage à prendre connaissance des dispositions de la présente convention et des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

Le remplaçant demeure indépendant dans son exercice professionnel et responsable de sa propre activité. Les actes réalisés par le remplaçant doivent obligatoirement être facturés par le remplaçant au moyen de sa propre carte de professionnel de santé (CPS). Toutefois, l'activité du remplaçant est assimilée à celle du remplacé au regard de la facturation à l'Assurance Maladie, car le remplaçant prend la situation conventionnelle du remplacé. En conséquence, l'infirmier remplaçant ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, un infirmier déconventionné. De même, un infirmier sanctionné par une mesure de mise hors convention ne peut exercer en tant que remplaçant sous le régime de la présente convention.

Les infirmiers remplacés et remplaçants sont solidairement responsables de la facturation effectuée durant le remplacement, chacun répondant des irrégularités relevant de sa propre activité. L'Assurance Maladie mettra en place les solutions techniques pour que les atypies constatées soient notifiées à l'infirmier remplacé, ainsi qu'à son remplaçant lorsque cela est possible, en précisant la CPS concernée. Les indus sont récupérés auprès des titulaires.

B. Modalités de déclaration d'un remplacement

L'infirmier souhaitant devenir remplaçant d'un infirmier placé sous le régime de la présente convention est tenu de transmettre à la caisse de son domicile, s'il n'est pas déjà connu de celle-ci, et avant le début du remplacement (sauf situation d'urgence) :

- la copie de son autorisation de remplacement en cours de validité délivrée par l'Ordre des infirmiers ;
- la période précise du remplacement (de date à date) ;
- l'adresse du lieu d'exercice dans lequel il assure son activité de remplaçant ;
- la copie de sa CPS personnelle ;
- la précision du caractère isolé ou non du cabinet dans lequel le remplacement sera effectué ;
- l'attestation de suivi de l'accompagnement à la NGAP à destination des remplaçants, dès lors que celle-ci sera mise en place.

Ces éléments doivent tous être impérativement transmis à la caisse au moment du premier remplacement effectué par le remplaçant. Pour les remplacements suivants, et dès lors que le remplaçant est connu par la caisse, le remplaçant ne sera tenu de communiquer que son contrat de remplacement, contenant l'adresse du lieu d'exercice et la période (ainsi que toute mise à jour éventuelle de document).

Un délai de transmission du dossier de remplaçant sera toléré en cas de situation d'urgence ou de force majeure.

La détention d'une autorisation de remplacement en cours de validité, délivrée par l'Ordre des infirmiers, est une condition impérative de l'exercice du remplacement. Cette autorisation, ainsi que les démarches auprès de la caisse, doivent être renouvelées chaque année. À défaut, les cotisations sociales du remplaçant ne seront pas prises en charge par l'Assurance Maladie. Dans

un souci de qualité et de sécurité des soins dispensés aux patients, il appartient à l'infirmier remplacé de s'assurer de la conformité et du renouvellement régulier des autorisations de remplacement de tout professionnel intervenant en son nom et de leur transmission dans les délais à sa caisse.

Les caisses peuvent demander la communication de l'autorisation de remplacement au remplacé et/ou au remplaçant. Chaque organisme local d'Assurance Maladie constitue, pour sa circonscription, un fichier assurant un recensement régulier du nombre d'infirmiers remplaçants en exercice. Ce fichier est transmis annuellement à la CNAM via un dossier partagé et sécurisé.

Les parties signataires conviennent de mettre en place un dispositif d'accompagnement et de formation à la NGAP à destination des remplaçants. La participation à ce dispositif sera obligatoire pour tout infirmier ne pouvant justifier d'une formation préalable équivalente avant de pouvoir effectuer un remplacement. Les modalités seront définies par les parties signataires, puis validées formellement en CPN afin de permettre un déploiement courant 2027.

Les parties signataires pourront mettre en place un groupe de travail afin de simplifier et améliorer les différentes modalités administratives de déclaration de remplacement.

L'infirmier remplaçant est également tenu de se conformer aux règles suivantes :

- conclure un contrat de remplacement avec un 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 ;
- Utiliser sa propre carte CPS.

C. Conditions d'exercice

- **Conditions générales :**

Les 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 ans précédant la demande de remplacement, la durée d'exercice 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. de l'article 8 dans les six ans précédant sa demande, il complète son expérience professionnelle à concurrence des dix-huit mois.

- **Application d'un seuil d'activité :**

Les parties signataires s'accordent pour encadrer l'activité du remplaçant, notamment lorsqu'un recours régulier et significatif aux remplaçants a lieu. Ces mesures visent d'une part à sécuriser le recours aux remplaçants, notamment lorsqu'il est nécessaire pour garantir la continuité des soins, d'autre part à renforcer les mesures de régulation démographique déjà en place.

Les partenaires conviennent d'une règle générale selon laquelle l'activité du ou des remplaçant(s) ne peut excéder 40 % de l'activité totale, appréciée sur la base des honoraires hors dépassement de l'année civile N-1, facturés par ou pour le compte de l'infirmier remplacé. Ce taux sera applicable à compter de l'année 2028, après une période d'observation pendant l'année 2027. Ce taux sera de 30 % à compter du 1^{er} janvier 2029, il pourra cependant être maintenu à 40 % par les partenaires conventionnels en CPN en fonction des résultats observés concernant cette mesure.

L'activité du ou des remplaçant(s) ne peut excéder 50 % de l'activité totale du cabinet, appréciée selon la même méthode, pour les infirmiers :

- exerçant en cabinet isolé ;
- de plus de 63 ans ;
- en situation de cumul emploi retraite.

Des dérogations aux plafonds décrits ci-dessus sont possibles en cas d'indisponibilité du remplacé liée à :

- un congé annuel d'un mois ou plus ;
- un congé maternité, paternité, congé pathologique prénatal ou postnatal, ou congé pour cause d'adoption ;
- un arrêt maladie d'au moins quinze jours ;
- une formation professionnelle d'un mois ou plus ;
- des responsabilités pérennes pouvant être syndicales, ordinaires, fonctions territoriales ou autres missions assimilables.

Il appartient à la caisse de rattachement de l'infirmier remplacé de contrôler, en fin d'année civile, la conformité des parts d'activité exercées au regard des dispositions mentionnées ci-dessus.

Suite à la période d'observation en 2027, une adaptation des critères de dérogation pourra, le cas échéant, être décidée en CPN, pour les élargir ou les restreindre, au regard des situations remontées sur les différents départements.

Article 12. Conditions particulières d'exercice des salariés des infirmiers libéraux

A. Conditions au regard de la convention

Dans les zones où offre de soins est particulièrement élevée (au sens du 2° de l'article L. 1434-4 du Code de la santé publique), les partenaires conventionnels conviennent que la prise en charge par l'Assurance Maladie de l'activité des infirmiers salariés est limitée à deux salariés par infirmier libéral.

Les dispositions du présent article s'appliquent aux contrats de travail prenant effet à compter du 1^{er} juillet 2026. Les contrats conclus antérieurement demeurent valables dans leurs conditions initiales, mais ne peuvent être tacitement reconduits ni renouvelés, sauf s'ils respectent les dispositions prévues par le présent article.

Les partenaires conventionnels confient aux CPAM le contrôle du respect de ces dispositions. Tout manquement expose les associés ou dirigeants employeurs à une procédure conventionnelle décrite aux articles 34 et suivants de la présente convention.

B. Modalités de déclaration d'un salarié

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.

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 12 bis. Conditions particulières d'exercice des infirmiers en pratique avancée

L'infirmier en pratique avancée qui souhaite exercer en libéral 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 en pratique avancée exerçant 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 en pratique avancée,
- son numéro d'inscription à l'ordre des infirmiers,
- l'adresse du lieu d'exercice dans lequel il assure son activité.

L'infirmier exerçant une activité exclusive en pratique avancée n'est pas tenu de justifier auprès de l'organisme local d'assurance maladie de rattachement, de l'expérience professionnelle préalable exigée au titre de l'article 8 de la convention nationale.

Chaque organisme local d'assurance maladie constitue, pour sa circonscription, un fichier assurant un recensement régulier du nombre d'infirmiers en pratique avancée exerçant sur le département.

Article 12 ter. Conditions particulières d'exercice des infirmiers « Equilibres »

Les partenaires conventionnels s'accordent sur les étapes initiales permettant de poser les jalons de la généralisation de l'expérimentation portée par l'article 51 « Equilibres » ayant reçu un avis favorable du 18 décembre 2023 du Conseil Stratégique de l'Innovation en Santé (CSIS). L'objectif de ce dispositif est de promouvoir un système de prise en charge en équipe d'IDE, focalisé sur l'autonomisation et la qualité de vie des patients en s'appuyant sur une nomenclature différente de la NGAP.

Les partenaires conventionnels suivront en CPN le développement de ce nouveau mode d'organisation et de rémunération des infirmiers libéraux, substitutif aux actes, qui reste dans une phase d'observation et qui ne devra pas entraîner de différence positive importante dans les montants de rémunération avec la tarification à l'acte.

À compter du 1^{er} janvier 2027, sont éligibles à l'intégration de ce dispositif, les infirmiers libéraux répondant à l'ensemble des critères suivants :

- avoir au moins cinq années continues d'expérience en tant qu'infirmier libéral conventionné ;
- exercer au sein d'une équipe composée d'au moins trois IDEL titulaires ;
- intervenir dans une zone intermédiaire à très sous-dotée ;
- exercer en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ;
- avoir préalablement suivi deux formations initiales, d'une part sur la démarche clinique guidée par l'utilisation du référentiel « OMAHA System », et d'autre part, sur l'exercice en équipe et en coordination interne entre infirmiers, assurées par un organisme de formation agréé.

Ces critères d'éligibilités pourront faire l'objet d'ajustements à valider en CPN au regard de l'éligibilité des candidatures reçues afin de favoriser la constitution de nouvelles équipes, dans

la limite du nombre maximal déterminé au C. du présent article. Le critère de zonage pourra notamment être adapté au regard des spécificités territoriales constatées.

Les cabinets déjà présents dans l'expérimentation peuvent rester dans le dispositif conventionnel, même si les 1^{er}, 3^e ou 4^e critères ne sont pas respectés.

Les éventuels infirmiers remplaçants doivent respecter les mêmes critères que les infirmiers qu'ils remplacent. S'agissant du 1^{er} critère, les infirmiers remplaçants doivent disposer de cinq années continues d'expérience en tant qu'infirmier libéral.

L'examen des dossiers des équipes d'infirmiers souhaitant intégrer le dispositif sera réalisé par les services de l'Assurance Maladie, qui s'assureront que les équipes candidates remplissent l'ensemble des critères définis par la présente convention et informeront chaque équipe sous sept jours soit de l'incomplétude de son dossier, soit de sa transmission pour examen à leur caisse de rattachement.

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 CPD pour avis sur la demande de l'équipe d'infirmiers d'intégrer le dispositif Equilibres.

La CPD, à compter de la réception du dossier complet, rend alors un avis dans un délai de trente jours suivant sa saisine.

Le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie notifie à l'équipe d'infirmiers concernée sa décision dans un délai de quinze jours suivant l'avis de la CPD.

Les modalités administratives nécessaires à l'intégration dans le dispositif seront précisées dans une instruction dont la rédaction sera partagée avec les parties signataires.

A. Engagements des infirmiers Equilibres

Tout infirmier souhaitant intégrer le dispositif conventionnel doit s'engager à :

- exercer exclusivement dans le cadre du dispositif Equilibres, excluant ainsi toute facturation via la NGAP ou actes non prévus dans le référentiel OMAHA ;
- procéder dans les cinq jours suivant la prise en charge d'un nouveau patient, à l'évaluation multidimensionnelle de sa situation au moyen du référentiel standardisé OMAHA, à l'exception de la prise en charge de patients pour des actes uniques qui ne le justifient pas. La situation du patient sera réévaluée selon le même référentiel quand cela est nécessaire, et a minima tous les trois mois ;
- définir un référent pour chaque patient par cabinet, chargé notamment de la bonne saisie des informations de démarche clinique et de transmission d'information (et intégration au DMP), en mobilisant des observations écrites des infirmiers, sur la situation des patients (autonomie, alimentation, psycho social, etc.), le suivi de leurs traitements ou de leurs dispositifs médicaux, mobilisables ;
- accueillir, au cours de la première année, un « intervenant habilité en facilitation d'équipe » pour une session collective mensuelle ;
- organiser une réunion de concertation entre les infirmiers du cabinet, dédiée aux dossiers patients toutes les deux semaines ;
- atteindre les objectifs définis au B. de l'article 5.11 de la présente convention ;
- utiliser la messagerie sécurisée pour les retours d'information aux médecins traitants ;
- utiliser le service numérique permettant la démarche clinique guidée/tracée (OMAHA System) et disposer d'un logiciel de facturation compatible avec le dispositif, garantissant une facturation conforme aux grands ensembles présentés au A. de l'article 5.11 de la présente convention.

Dans le cadre de la déclaration de leur activité, les infirmiers sont tenus de respecter les règles suivantes :

- déclarer uniquement le temps réel effectivement passé auprès du patient pour assurer les actes correspondant aux grands ensembles. Sont donc notamment exclus le temps de trajet, les tâches administratives en lien avec le suivi du patient, le temps de coordination avec d'autres professionnels de santé, etc. ;
- indiquer précisément les temps horaires réels de prise en charge de chaque patient, en utilisant un ou plusieurs des grands ensembles de facturation. Le constat de journées continues de soin sera considéré comme une inobservation des règles de tarification et pourra justifier une demande de recouvrement ;
- transmettre les prescriptions médicales permettant de justifier les soins réalisés par les IDEL notamment via SCOR.

B. Congés et arrêts dans le cadre du dispositif Equilibres

Il est impératif que chaque équipe Equilibres soit constituée à minima de trois infirmiers titulaires afin de garantir une organisation cohérente et solidaire permettant d'assurer la continuité des soins. Cette exigence découle du modèle de travail en équipe promu par le dispositif, qui vise à favoriser la continuité et la qualité des soins par un engagement collectif.

En cas d'absence prolongée (en raison d'un congé, un arrêt, une formation etc.) ou de sortie du dispositif de l'un des infirmiers de l'équipe, le cabinet peut exceptionnellement fonctionner avec un effectif inférieur au seuil d'éligibilité pendant une durée maximale de six mois. Au-delà de ce délai, et faute de pouvoir reconstituer l'effectif minimal, le cabinet sera contraint de sortir du dispositif Equilibres et pourra alors reprendre une activité sous le régime de la NGAP.

Il appartiendra aux services de l'Assurance Maladie de gérer et notifier la sortie des équipes infirmières du dispositif et d'assurer la remontée régulière de ces informations auprès de la CNAM, notamment en cas de difficulté d'une équipe à atteindre les critères d'éligibilité au dispositif.

Les équipes intégrant le dispositif peuvent, à tout moment, notifier à la leur caisse de rattachement leur souhait de se désengager.

C. Le déploiement et le suivi du dispositif Equilibres

Le dispositif Equilibres sera déployé de manière progressive sur une période de deux ans, afin de garantir un suivi à moyen et long terme des effets observés, ainsi que de l'atteinte des objectifs fixés pour les infirmiers.

Cette temporalité permet de recueillir des données précises et significatives, indispensables à une évaluation rigoureuse et à l'ajustement optimal du dispositif.

Sur cette période, les partenaires conventionnels fixent un objectif de deux cents (200) équipes rejoignant le dispositif, en plus des trente-cinq (35) équipes déjà déployées dans le cadre de la phase expérimentale. Pour ces équipes déjà en place, les effectifs sont gelés sauf demande exceptionnelle et justifiée. Tout remplacement demeure possible en cas de départ, mais aucun accroissement des effectifs ni création de postes supplémentaires n'est autorisé. En cas de départ d'un infirmier appartenant à l'une de ces équipes, son remplacement pourra intervenir, sous réserve que le nouvel infirmier remplisse l'ensemble des critères suivants :

- avoir au moins cinq années continues d'expérience en tant qu'infirmier libéral conventionné ;
- exercer au sein d'une équipe composée d'au moins trois IDEL titulaires ;

- avoir préalablement suivi deux formations initiales, d'une part sur la démarche clinique guidée par l'utilisation du référentiel « OMAHA System » et d'autre part, sur l'exercice en équipe et coordination interne entre infirmiers, assurées par un organisme de formation agréé.

Des points d'étape intermédiaires seront organisés une fois par an, en CPN, au cours desquels il sera présenté l'état d'avancement du dispositif. Ces bilans permettront de vérifier la bonne application des engagements, d'identifier d'éventuelles difficultés et d'ajuster, si nécessaire, les modalités du dispositif, notamment les critères d'inclusion et la cible d'enrôlement des infirmiers.

Un bilan sera réalisé au cours de la troisième année de déploiement. Ce bilan aura pour objectif de confirmer ou non le maintien du dispositif, à partir de critères clairs :

- la dynamique des files actives ;
- la structure et l'évolution de la patientèle selon les profils ;
- les dépenses observées en lien avec le dispositif.

Au regard des conclusions du bilan, les partenaires conventionnels conviennent alors d'ouvrir la négociation d'un avenant, afin de s'accorder sur les mesures à prendre pour pérenniser le dispositif et adapter les paramètres de cette modalité particulière d'exercice tels que décrits dans le présent article 12 ter et notamment les critères d'éligibilité, ainsi qu'à l'article 5.11.

Un groupe de travail réunissant l'Uncam et l'Unocam sera mis en place afin de faciliter le déploiement de ce dispositif et son co-financement.

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.

Les infirmiers en pratique avancée ne peuvent rédiger d'ordonnance que pour le patient dont le suivi lui est confié par un médecin dans les conditions définies par le Code de la santé publique.

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.

Article 17. Facturation des honoraires et indemnités kilométriques

Les infirmiers soumis au régime de la présente convention sont responsables des facturations effectuées pour leur compte par un tiers, que ce soit par le biais d'un remplaçant, d'un salarié ou d'une société de facturation. L'infirmier libéral remplaçant doit s'engager à transmettre au titulaire les montants facturés conformes aux actes réellement effectués.

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.

La facturation peut être réalisée par voie de télétransmission, conformément aux dispositions prévues aux articles 21.5 et suivants de la convention.

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.

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.

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 XIII.

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, définis 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.

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.

¹ À compter du 1^{er} 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.

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. Équipement 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 21.4.2-1. Observatoire conventionnel des logiciels de facturation

Dans le cadre de la sécurisation de la facturation et afin d'assurer un suivi des conditions d'utilisation des logiciels métiers par les infirmiers libéraux, un observatoire conventionnel des logiciels de facturation est instauré.

A. Missions

L'observatoire se réunira au moins une fois par an et aura pour missions :

- d'assurer le suivi et l'analyse de l'évolution des tarifs pratiqués par les éditeurs des logiciels de facturation ;
- de veiller au respect du cahier des charges applicable aux logiciels permettant la facturation et la télétransmission vers l'Assurance Maladie ;
- d'examiner les problématiques liées à l'utilisation de ces logiciels, notamment en matière de portabilité des données, d'interopérabilité, de mobilité et de conformité aux exigences conventionnelles ;
- d'identifier toute évolution susceptible d'avoir un impact sur les conditions d'exercice des infirmiers libéraux.

B. Composition de l'observatoire

L'observatoire est composé des représentants :

- des organisations syndicales représentatives de la profession signataires de la présente convention, ainsi que l'Union Nationale des Infirmiers en Pratique Avancée ;
- de l'Assurance Maladie ;
- des éditeurs de logiciels de facturation les plus utilisés par la profession ;
- de l'Union Nationale des Complémentaires santé, sous réserve de leur signature du présent accord.

C. Restitution des travaux

Un compte rendu annuel présente les constats réalisés par l'observatoire et peut formuler des recommandations visant à améliorer la transparence tarifaire et les conditions d'utilisation des logiciels métiers. Il est adressé à l'ensemble des membres de l'observatoire.

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 (CND) 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. Établissement 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.

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 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.

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 VII.

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 VII de la présente convention.

Les parties signataires s'accordent sur le fait que le respect des obligations décrites à l'annexe VII 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 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 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.

À 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 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 31/12 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 sécurisée, calculé sur la base du montant total remboursé, supérieur ou égal à 70 %, qui passe à 75 % à compter du FAMI versé au titre de l'année 2027, puis 80 % à compter FAMI versé au titre de l'année 2028, 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.

Lorsque ces critères sont respectés, l'infirmier bénéficie d'une aide forfaitaire annuelle de 490 €.

Dès lors que l'infirmier participe à une équipe de soins primaires ou une 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, il bénéficie d'une aide supplémentaire de 100 €, cet indicateur étant optionnel.

À compter du FAMI versé en 2028 au titre de l'année 2027, les professionnels dont le taux de FSE est supérieur à 85 % bénéficient d'une aide forfaitaire annuelle complémentaire de 100 €. Pour les années suivantes, le taux de FSE doit être supérieur à 90 % pour bénéficier de l'aide forfaitaire annuelle complémentaire de 100 €.

Sur la base des résultats du FAMI versé en 2028 au titre de l'année 2027, les infirmiers récemment installés ou dont le taux de FSE est inférieur à 70 % bénéficieront d'un accompagnement de deux ans, dont les modalités seront définies par les partenaires conventionnels en groupes de travail et validées en CPN.

À l'issue de cette période d'accompagnement, si le taux FSE de ces infirmiers reste inférieur à 70 %, les délais de paiement des factures en mode dégradé seront portés entre dix et quinze jours.

À 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 1020 € pour les IPA libéraux conventionnés exerçant en zone sous dense en médecins qualifiées 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.

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.

À 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 ».

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 ».

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

Équipé 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
 - identification de la facture de façon unique (indication du numéro et type de facture, date de facturation et lieu d'exécution)
 - 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
 - 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 :
 - liquidation de factures,
 - régularisation de factures,
 - paiements ponctuels ou forfaitaires,
 - 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 VI 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 VI.

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 ladite 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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 une lettre envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception 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 lettre envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception adressée 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 lettre envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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 et un représentant de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM) dès lors que l'UNOCAM est signataire du présent texte. 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 VIII 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 par la présente convention ;
- le suivi et la mise en œuvre des dispositions 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 33.1.4. Groupe de travail relatif aux problématiques liées aux indus et à l'interprétation de la nomenclature

Afin d'améliorer la compréhension et l'application des règles de facturation et prévenir les situations générant des indus, il est institué un groupe de travail permanent dédié à l'analyse des problématiques liées aux indus, à l'interprétation de la nomenclature et des règles de cumul des actes infirmiers.

A. Missions

Le groupe de travail a pour missions :

- d'identifier les situations récurrentes à l'origine d'indus liés à l'application de la nomenclature ;

- d'analyser les difficultés d'interprétation rencontrées par les infirmiers libéraux dans la facturation des actes ;
- d'assurer l'homogénéité de l'application des règles de facturation sur l'ensemble du territoire et de proposer des mesures garantissant une mise en œuvre uniforme par tous les organismes d'Assurance Maladie ;
- de formuler des propositions visant à sécuriser les pratiques de facturation et à améliorer la lisibilité de la nomenclature ;
- d'examiner les évolutions nécessaires afin de limiter les divergences d'interprétation entre les professionnels et les organismes d'Assurance Maladie ;
- de suivre le déploiement des outils d'aide à la cotation et à la prescription.

B. Composition

Le groupe de travail est composé des représentants :

- des organisations syndicales représentatives de la profession, signataires de la présente convention ;
- de l'Assurance Maladie.

C. Fonctionnement

Le groupe de travail se réunit en tant que de besoin, et au minimum une fois par an.

Il peut procéder à toute analyse ou étude nécessaire à l'accomplissement de ses missions, dans le respect des règles relatives à la confidentialité et à la protection des données.

Les travaux du groupe de travail font l'objet d'un compte rendu.

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.

À 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 VIII 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 la 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.

À 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 VIII 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 ;
- 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 ;
- le non-respect de l'exercice exclusif de l'activité d'infirmier en pratique avancée ayant permis, à titre dérogatoire, la non-application du dispositif de régulation prévu à l'article 3.4 et du dispositif d'encadrement de l'activité prévu à l'article 3.4.4. de la présente convention nationale ;
- 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 ;
- le non-respect des conditions fixées à l'article 11 de la présente convention, notamment du plafond d'activité ou de l'interdiction d'exercice concomitant ;
- les fraudes telles que définies par l'article R. 147-11 du Code de la sécurité sociale ;
- le non-respect de façon répétée de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale ;
- la facturation, de façon répétée, d'actes non médicalement justifiés constatés par le service du contrôle médical ;

- le non-respect des règles en vigueur relatives à l'usage des cartes professionnelles et des cartes vitales dont le détournement de leur usage en dehors de toute dérogation autorisée par l'Assurance Maladie.

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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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.

Lorsqu'il est constaté la modification de la pratique de l'infirmier dans les délais impartis, tel qu'elle lui a été notifiée dans le courrier d'avertissement, le directeur de la caisse peut décider de l'abandon de la procédure. La pratique de l'infirmier fera toutefois l'objet d'un suivi attentionné.

Cette procédure d'avertissement préalable n'est pas applicable en cas de constatation par la CPAM :

- de la facturation d'actes non réalisés ;
- d'une fraude mentionnée à l'article R. 147-11 du Code de la sécurité sociale ;
- d'un non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du même code ;
- de faits sanctionnés par une instance ordinaire ou judiciaire constituant en outre une infraction particulièrement grave.

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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception et/ou être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. À 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.

À 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 VIII 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. À 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 envoyée par tout moyen

permettant de rapporter la preuve de la date 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. Ce délai ne s'applique pas lorsque la décision porte sur les mêmes faits que ceux ayant donné lieu à une suspension du conventionnement en application des dispositions de l'article 34.4.

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 :

- La suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel, avec ou sans sursis, et la suspension du versement des rémunérations forfaitaires autres qu'à l'acte sont prononcées pour une durée ne pouvant excéder cinq ans, 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.

De même, il lui est interdit d'exercer en tant que salarié d'un infirmier conventionné ou d'une société d'exercice libéral relevant de 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. À 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.

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

ANNEXE I – TARIFS

Tarifs en vigueur en euros jusqu'à l'extinction du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du Code de la sécurité sociale et sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du même code.

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
AMI	3,15	3,30
AMX	3,15	3,30
AIS	2,65	2,70
DI	10,00	10,00
BSA	13,00	13,25
BSB	18,20	18,55
BSC	28,70	29,25
IFD	2,75	2,75
IFI	2,75	2,75
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.

PAI – prise en charge du patient par les infirmiers en pratique avancée	10,00	10,50
Majoration de suivi du patient par l'IPA liée à l'âge (MIP)	3,90	3,90
Acte d'accompagnement à la téléconsultation intervenant au décours d'un soin infirmier réalisé (TLS)	10,00	10,00
Acte d'accompagnement à la téléconsultation intervenant de manière spécifique (non réalisée au décours de soins infirmiers) dans un lieu dédié aux téléconsultations (TLL)	12,00	12,00
Acte d'accompagnement à la téléconsultation intervenant de manière spécifique à domicile (non réalisée au décours de soins infirmiers) (TLD)	15,00	15,00
Télésoin (TMI)	3,15	3,30
Acte de demande de téléexpertise (RQD)	10,00	11,00

Article 2 : nouveaux tarifs en euros

Les tableaux ci-après annulent et remplacent les dispositions préexistantes concernées.

Les mesures tarifaires ci-après entrent en vigueur sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale et applicables à l'issue délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du Code de la sécurité sociale :

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
AMI	3,35	3,51
AMX	3,35	3,51
MIR - Majoration demande Issue de la Régulation	15,00	15,00
CIA - Consultation pour les patients nouvellement insulino-traités	20,00	21,00
RKD - Valorisation de la remise du kit de dépistage du cancer colorectal	3,00	3,15

Les mesures tarifaires ci-après entrent en vigueur le **1^{er} janvier 2027** sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale :

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
MSD - Majoration Scolaire Diabète	7,00	7,00

Les mesures tarifaires ci-après entrent en vigueur le **1^{er} juillet 2027** sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale :

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
CIB - Consultation de suivi après Mon Bilan Prévention	20,00	21,00

Les mesures tarifaires ci-après entrent en vigueur le **1^{er} novembre 2027** sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale :

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
AMI	3,45	3,62
AMX	3,45	3,62

Les mesures tarifaires ci-après entrent en vigueur le **1^{er} janvier 2028** sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale :

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
MSG - Majoration portant sur les patients fragiles et très dépendants	3,10	3,10

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.

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.

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.

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 Équivalent Temps Plein

Le nombre d'infirmiers en Équivalent Temps Plein (ETP) est calculé en fonction des honoraires remboursables par professionnel de santé dans l'année (AMI/AIS/DI/MAU/MCI et à partir du 1^{er} janvier 2020, BSA/BSB/BSC/AMX/MIE, 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 (hors activité liée à la pratique avancée des infirmiers en pratique avancée) et l'activité infirmier des centres de santé 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 « 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 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 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 la 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 à 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

À 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 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 la 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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. 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.

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 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 la 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.

Engagement optionnel

À 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 la 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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. 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.

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 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 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 la 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

À 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'État 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 la 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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. 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 – 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 VII – NUMERISATION ET TELETRANSMISSION 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.

À 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 800 X 600.

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 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 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

À 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 inexploitable 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 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 VIII – 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

À 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.

À 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.

À 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.

Avant chaque vote, les membres de la commission qui estiment se trouver en conflit d'intérêts avec le dossier soumis à délibération se déclarent auprès du président de la commission. Ils s'abstiennent de toute participation et se font remplacer par leur suppléant. Le cas échéant, ils se retirent de la salle des délibérations. Mention en est faite au procès-verbal.

L'intensité du lien, sa nature et ses effets au regard des missions de la commission sont pris en compte pour estimer si le lien d'intérêt est de nature à engendrer un déport.

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 IX – COMMISSION DE HIERARCHISATION 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 VIII 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.

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 X – BILAN DE SOINS INFIRMIERS

Le Bilan de soins infirmiers (BSI) est un outil entièrement dématérialisé. 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 ou intermédiaire 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 dispose d'un délai d'une semaine de soins auprès du patient afin d'évaluer ses besoins et de déterminer précisément son niveau de prise en charge avant la saisie du bilan dans l'outil BSI.

À l'issue de ce délai, l'infirmier se connecte au portail « Ameli pro » à l'aide de sa carte CPS pour accéder au téléservice « Bilan de soins infirmiers » et renseigne le support d'évaluation dématérialisé du BSI.

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).

À 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)

Le BSI est automatiquement clôturé. 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. À 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

À 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 (possibilité de réaliser au maximum 2 BSI intermédiaires dans l'année).

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. 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).

Lorsque la combinaison H0 E0 M0 est observée, un forfait journalier BSI ne peut être établi pour le patient. L'infirmier peut toutefois facturer le « BSI initial » correspondant à la saisie du bilan sur « Ameli Pro ». Si l'état de santé du patient le justifie, il peut en outre réaliser et facturer jusqu'à deux « BSI intermédiaires » par an, pouvant ainsi aboutir à un forfait.

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

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

Groupe 1 : 10 interventions
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)

Groupe 2 : 20 interventions
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

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

Groupe 3 : 9 interventions
H/ Surveillance de l'intégrité de la peau et mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'une 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

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
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
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

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
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

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
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
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 À compter du 1^{er} janvier 2028 :	Léger Pas de forfait pris en charge	Léger Pas de forfait pris en charge
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

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
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
H3 E0 M0	Léger	Léger
H3 E0 M1	Léger	Léger

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
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.

**ANNEXE XI – 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

ANNEXE XII – SYNTHÈSE DU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

SYNTHÈSE DES DÉPISTAGES

INFORMATIONS GÉNÉRALES DU PATIENT

NOM			
PRÉNOM			
ÂGE		N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	
RÉGIME D'AFFILIATION			
ADRESSE			
NOM DU MÉDECIN TRAITANT			
POINTS D'ALERTE			

COMPTE RENDU DES MISSIONS RÉALISÉES

MISSIONS			
DATE	TEST RÉALISÉ	RESULTAT DU TEST	
CONCLUSIONS	CONSEILS DONNÉS PAR L'INFIRMIER	INFORMATION DU MEDECIN TRAITANT	NOM DE L'INFIRMIER ET COORDONNEES DE L'OFFICINE

<u>ANNEXE XIII – PROTOCOLE D’ACCORD RELATIF AUX ACCORDS LOCAUX SUR LES INDEMNITÉS KILOMETRIQUES</u>

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

L’Union Nationale des Caisses d’Assurance Maladie (UNCAM), représentée par
Monsieur Thomas FATOME (Directeur Général)

Et:

La Fédération Nationale des Infirmiers (FNI), représentée par
Monsieur Daniel GUILLERM

Le Syndicat National des Infirmiers et Infirmières libéraux (SNIIL), représenté par
Madame Catherine KIRNIDIS

Convergence Infirmière, représentée par
Madame 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.

À Paris Le 6/05/2021

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 : 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'art. 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'art. 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.

À 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 : Évaluation 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. À 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, ELSM, MSA et CNAM (CPN infirmier c.f. 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)

À 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 l'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.

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 prenant en charge les 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 : xxxxxxxx	

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

À 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).

<u>ANNEXE XIV – CONTRAT TYPE D'AIDE AU DEMARRAGE DE L'ACTIVITE D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE EN LIBERAL</u>

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

numéro AM :

Adresse professionnelle :

Article 1. 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 2.1. 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^{ère} année d'activité, 50 % la 2^{ème} année d'exercice et 85 % la 3^{ème} 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 :

À 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.

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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception de son intention de résilier le contrat.

Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local d'Assurance Maladie.

Dans ce délai, l'infirmier en pratique avancée a la possibilité de saisir le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie pour faire connaître ses observations écrites.

Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

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
[...]

<u>ANNEXE XV – CONTRAT TYPE D'AIDE A LA FORMATION AU METIER D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE</u>

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 1. Champ du contrat

Article 1.1. 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 les honoraires sans dépassements correspondant à l'activité libérale au titre de l'année N-1 dépasse le montant de 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). À 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 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 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 DOM et qui suivent leur cursus universitaire d'infirmier en pratique avancée en métropole.

Le montant total de l'aide est versé en une fois dans le délai de 6 mois à compter de la date de signature du contrat. 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, 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 signataire du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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 envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date 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.

À 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 indûment 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.

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