

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Avis relatif à l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie signée le 22 juin 2007

NOR : SPRS2232635V

A fait l'objet d'une approbation, en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 9 à la convention nationale des infirmiers, conclu le 27 juillet 2022, entre d'une part l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et d'autre part, la Fédération Nationale des Infirmiers, le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers libéraux, Convergence Infirmière et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM).

AVENANT N° 9 À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES INFIRMIERS ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 22 JUIN 2007

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-12-2, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 4311-1, L. 1434-4, L. 4301-1 et L. 6316-1 et les articles R. 4301-1 et suivants, R. 4311-5-1 et R. 6316-1 et suivants ;

Vu la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007, publiée au *Journal officiel* du 25 juillet 2007, ses avenants et ses annexes.

Il est convenu ce qui suit entre :

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)

et

Convergence infirmière,

La Fédération nationale des infirmiers,

Le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux.

Preamble

Pour répondre aux attentes des patients d'un accès aux soins et d'une prise en charge en ambulatoire facilitée, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a créé la possibilité pour les infirmiers d'exercer en pratique avancée en collaboration avec les médecins.

Afin de permettre le déploiement de cette nouvelle profession en libéral, l'avenant 7 à la convention nationale a déterminé pour les infirmiers en pratique avancée (IPA) exerçant à titre libéral les modalités de valorisation de cette nouvelle pratique et encadré les modalités de réalisation de cette activité.

Cet avenant prévoyait un point d'étape au terme d'une période de deux années de mise en œuvre afin d'examiner si les modalités de rémunération mises en place avaient permis le déploiement en libéral des IPA.

Les partenaires conventionnels ont constaté, dans le cadre de ce bilan, que la montée en charge de cette nouvelle profession en libéral nécessitait d'être renforcée et ont ainsi convenu, dans le cadre du présent accord, de la nécessité d'adapter les modalités de valorisation et d'exercice de cette activité déterminées dans le champ conventionnel.

Par ailleurs, le déploiement de la télésanté constitue un enjeu majeur pour l'amélioration de l'organisation du système de santé et l'accès aux soins pour tous sur le territoire.

Dans la suite des mesures dérogatoires introduites par les pouvoirs publics lors de la crise sanitaire portant sur la télésanté et dans la continuité des réformes engagées dans le cadre du Ségur de la santé et de « Ma Santé 2022 », les partenaires conventionnels s'accordent sur l'importance d'inscrire de manière pérenne dans la convention nationale des infirmiers la possibilité de réaliser des actes de télésanté. Ils souhaitent en définir les conditions de réalisation et de facturation afin de garantir la qualité et la sécurité des soins dans ce cadre, et de l'intégrer pleinement dans l'organisation et le parcours de soins coordonné du patient.

Dans la continuité des premières mesures inscrites dans l'avenant 6 à la convention nationale et pour favoriser l'essor de la télésanté, les partenaires conventionnels conviennent également de permettre aux infirmiers d'accompagner les patients lors de téléconsultations organisées à la demande de tout professionnel médical.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels souhaitent favoriser les outils, les systèmes d'information et les modes d'organisation permettant aux infirmiers d'échanger avec les autres acteurs du système de santé pour assurer de manière efficiente la prise en charge coordonnée de leurs patients. En lien avec la feuille de route du numérique en santé et la généralisation du service « Mon Espace Santé », ils souhaitent s'engager par cet accord à poursuivre les travaux pour promouvoir l'équipement et l'augmentation significative de l'usage des outils numériques par les infirmiers.

Enfin, l'amélioration de l'état de santé de la population passe par une politique volontariste axée sur la prévention. A ce titre, les partenaires conventionnels conviennent, dans la continuité des récentes mesures réglementaires portant sur l'extension du champ de compétences des infirmiers en matière d'administration des vaccins, de la nécessité de mieux valoriser le rôle des infirmiers en ce domaine.

Article 1^{er}

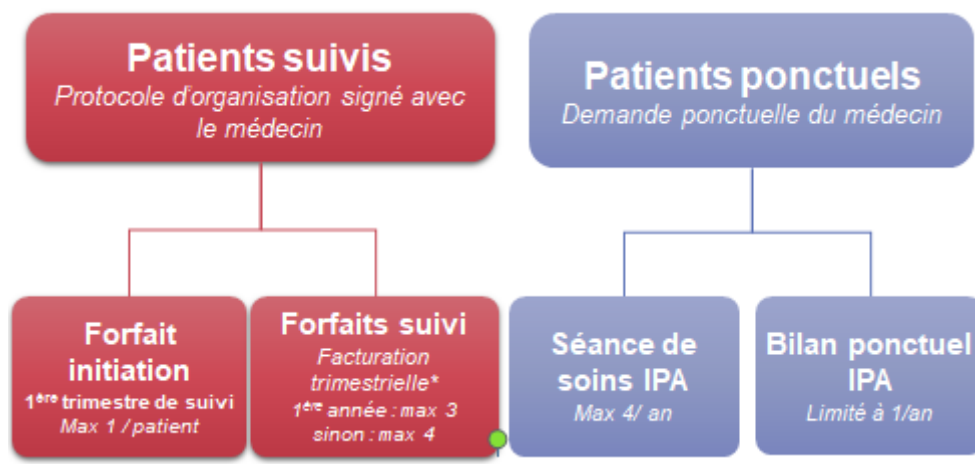
Valorisation de l'accompagnement des patients par les infirmiers en pratique avancée

Pour permettre de renforcer le déploiement en libéral des infirmiers en pratique avancée, les partenaires conventionnels conviennent de revoir les modalités de valorisation de l'accompagnement par l'IPA des patients orientés par le médecin et parallèlement d'adapter les aides au démarrage de l'activité libérale des IPA déterminées dans le cadre de la convention nationale des infirmiers.

La convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'assurance maladie est modifiée comme suit :

1^o Les dispositions de l'article 5.8 du titre II intitulé « Valorisations de la prise en charge des patients par l'infirmier en pratique avancée » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Les partenaires conventionnels proposent de valoriser la prise en charge des patients par l'IPA selon deux filières d'orientation du patient vers l'IPA : à titre principal, l'orientation du patient par le médecin au titre d'un suivi régulier ; à titre secondaire, dans le cadre d'une prise en charge ponctuelle (bilan ou séance de soins ponctuels IPA) sur orientation par un médecin.



L'IPA assure la prise en charge des patients orientés par le médecin dans le cadre des domaines d'intervention ouverts à l'exercice en pratique avancée conformément aux dispositions du code de la santé publique.

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

Lorsque le patient est orienté par le médecin vers l'IPA pour un suivi régulier, les partenaires conventionnels proposent que l'IPA soit rémunérée forfaitairement, par trimestre de prise en charge du patient.

A ce titre, ils proposent de fixer la valeur de la lettre clé PAI à 10€ (tarif métropole) et les modalités de facturation des forfaits comme suit :

- un premier forfait dénommé « forfait d'initiation du suivi - 1^{er} contact », valorisé à hauteur de 60 euros (PAI 6), serait facturable par l'IPA une fois lorsque le patient lui est confié par le médecin, au titre du premier contact réalisé en présentiel avec le patient et de la prise en charge au titre du 1^{er} trimestre de suivi du patient ;
- un deuxième forfait dénommé « forfait de suivi », valorisé à hauteur de 50 euros (PAI 5), serait facturable par l'IPA une fois par trimestre (à la suite du premier trimestre de prise en charge et de la facturation du forfait d'initiation du suivi), dès lors qu'au moins un contact (en présentiel ou à distance) avec le patient a eu lieu au cours du trimestre au titre duquel le forfait de suivi est facturé

Ainsi, peuvent être pris en charge :

Au titre de la première année de prise en charge :

- un forfait d’initiation et un forfait de suivi facturés au titre du semestre au cours duquel le premier contact (en présentiel pour le forfait d’initiation) avec le patient a lieu et dès lors qu’au moins deux contacts ont eu lieu avec le patient sur le semestre ;
- deux forfaits de suivi pour le semestre suivant facturés dès lors qu’au moins deux contacts (en présentiel ou à distance) avec le patient ont eu lieu.

soit au maximum la facturation de quatre forfaits (initiation/suivi) par an.

Les années suivantes : quatre forfaits de suivi sont facturables par année civile (un forfait de suivi par trimestre) dès lors qu’au moins un contact (en présentiel ou à distance) avec le patient a eu lieu. Au moins un forfait de suivi par an doit correspondre à un contact en présentiel, le reste de la prise en charge peut être réalisé à distance. Par dérogation, la deuxième année de prise en charge du patient, deux forfaits sont facturables par semestre dès lors qu’au moins deux contacts avec le patient ont eu lieu.

Les forfaits d’initiation et de suivi visent à valoriser toutes les interventions de l’IPA réalisées pour le suivi du patient (en présentiel ou distanciel) au cours du trimestre de prise en charge et notamment :

- la vérification de l’éligibilité du patient au suivi par l’IPA ;
- le bilan global ou la surveillance et les conclusions cliniques ;
- les actions d’éducation, de prévention (toutes les vaccinations sont notamment comprises dans le forfait) et de dépistage ;
- l’activité de concertation et de coordination auprès des médecins qui leur confieraient des patients pour assurer leur suivi au long cours mais aussi auprès des autres acteurs de santé amenés à assurer la prise en charge de ces patients ;
- les activités transversales décrites dans le code de la santé publique.

Les partenaires conventionnels proposent, en outre, que la majoration liée à l’âge du patient définie au C. du présent article puisse le cas échéant être associée à ces forfaits d’initiation ou de suivi.

B. – La valorisation de l’accompagnement des patients orientés ponctuellement par les médecins vers les IPA pour un acte technique ou un bilan

Lorsque le patient est orienté par le médecin vers l’IPA pour la réalisation d’un acte technique isolé ou d’un bilan ponctuel (patient ne faisant pas l’objet d’un suivi régulier par l’IPA), les partenaires conventionnels proposent de valoriser cet accompagnement ponctuel par la mise en place d’un « bilan ponctuel IPA », d’une part, et d’une « séance de soins IPA », d’autre part.

1. Le bilan ponctuel réalisé par l’infirmier en pratique avancée

Les partenaires conventionnels proposent la création, à la nomenclature générale des actes professionnels, d’un « bilan ponctuel IPA ».

Ce bilan de la situation clinique du patient, réalisé ponctuellement à la demande du médecin pour un patient non suivi dans le cadre de la pratique avancée, pourrait être valorisé à hauteur de 30 euros (PAI 3).

Ce bilan, réalisé en présentiel, pourrait être facturé au maximum une fois par an par patient et comprendrait une anamnèse, un examen clinique, la réalisation d’actes techniques le cas échéant, les mesures de prévention (secondaire ou tertiaire), d’éducation thérapeutique et si besoin la réalisation de prescriptions. A l’issue du bilan, un compte rendu sera adressé au médecin ayant orienté le patient vers l’IPA.

Ce compte rendu est intégré par l’IPA dans le service « Mon Espace Santé » du patient lorsqu’il est ouvert. Cette intégration s’effectue dans les conditions définies par les articles L. 1111-14 et suivants et R. 1111-30 et suivants du code de la santé publique relatifs aux conditions d’alimentation du DMP et aux conditions d’accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.

Les partenaires conventionnels proposent, en outre, que la majoration liée à l’âge du patient définie au C. du présent article puisse être associée à ce bilan.

2. La réalisation de séances de soins ponctuelles par les infirmiers en pratique avancée

Les partenaires conventionnels proposent, lorsque le patient est orienté de manière ponctuelle par le médecin vers l’IPA, que ce dernier puisse dans ce cadre facturer forfaitairement la réalisation en présentiel, au cours d’une séance, d’un ou de plusieurs actes techniques relevant du champ de compétences propre de l’IPA (actes définis dans le cadre de l’arrêté du 18 juillet 2018 modifié demandés ponctuellement par le médecin).

Les partenaires conventionnels proposent à cet effet la création, à la nomenclature générale des actes professionnels, d’une « séance de soins ponctuelle IPA », valorisée à hauteur de 16 euros (PAI 1,6) qui pourrait être facturée au maximum quatre fois par année civile (avec un minimum d’un mois entre chaque séance) par patient dès lors que des soins sont réalisés en présentiel.

Cette séance de soins ponctuelle ne pourrait pas être facturée le même jour qu’un bilan ponctuel.

Les partenaires conventionnels proposent, en outre, que la majoration liée à l’âge du patient définie au C. du présent article ainsi que les majorations de nuit, dimanche et jours fériés définies à l’annexe I puissent être associées à ce forfait en cas de nécessité médicale.

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

Les partenaires conventionnels proposent que la majoration liée à l'âge du patient (pour les enfants de moins de 7 ans et pour les patients âgés de 80 ans et plus) dénommée « majoration MIP » puisse le cas échéant, être associée à la facturation des forfaits d'initiation, de suivi, de la séance de soins ponctuelle IPA et du bilan ponctuel IPA. Cette majoration est valorisée à hauteur de 3,90 euros.

Les frais de déplacement sont facturables à chaque passage de l'infirmier en pratique avancée au domicile du patient dans les conditions définies à la nomenclature générale des actes professionnels. A ce titre, les partenaires conventionnels conviennent par dérogation que la règle inscrite à l'article 13 de la nomenclature générale des actes professionnels selon laquelle « le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un infirmier ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport à l'infirmier, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade » ne s'applique pas pour le suivi des patients par les infirmiers en pratique avancée.

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

Les majorations de nuit, dimanche et jours fériés définies à l'annexe I peuvent être associées aux « séances de soins ponctuelles IPA » en cas de nécessité médicale.

Les dispositions du présent article entreront en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et à l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

A l'exception du premier contact avec le patient (forfait d'initiation du suivi), du bilan ponctuel IPA et de la séance de soins ponctuelle IPA nécessitant de fait un contact en présentiel avec le patient, le suivi de ce dernier (forfaits de suivi) par l'infirmier en pratique avancée peut être réalisé à distance par vidéotransmission dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques des patients, en alternance avec un suivi du patient en présentiel. Au moins un contact en présentiel doit cependant avoir lieu dans l'année. »

2° L'annexe I intitulée « Tarifs » est modifiée comme suit :

Après la majoration jeunes enfants, les trois lignes suivantes portant sur les forfaits et majoration IPA sont supprimées et remplacées par les lignes suivantes :

«

	Métropole	DOM et Mayotte
PAI - prise en charge du patient par les infirmiers en pratique avancée	10*	10,5*
Majoration de suivi du patient par l'IPA liée à l'âge (MIP)	3,90 €	3,90 €

(*). Sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. »

Les parties conventionnelles s'accordent pour réaliser un premier bilan de ce nouveau cadre d'intervention des infirmiers en pratique avancée 18 mois après sa mise en place pour envisager les évolutions éventuelles à lui apporter.

Article 2

Accompagnement par l'infirmier de téléconsultations organisées à la demande d'un professionnel médical

1° L'article 6.2 du titre II intitulé « soutenir l'investissement des infirmiers dans la mise en œuvre de la télémédecine » est modifié comme suit :

Après le dernier alinéa du préambule, est ajouté l'alinéa suivant ainsi rédigé :

« A noter que la possibilité pour les infirmiers d'accompagner la téléconsultation organisée à la demande d'un chirurgien-dentiste est conditionnée à l'inscription de la téléconsultation dans la convention nationale relative à cette profession. ».

2° Les articles 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3, 6.2.4 du titre II sont modifiés comme suit :

Le mot : « médecin » est remplacé par le mot : « professionnel médical ».

3° L'article 6.2.1 du titre II intitulé « champ d'application de la téléconsultation » est modifié comme suit :

Le 5° alinéa est supprimé.

4° L'article 6.2.5 du titre II intitulé « aide à l'équipement nécessaire pour le déploiement de l'activité de télémédecine » est supprimé.

5° L'article 6.2.6 du titre II intitulé « suivi de la mise en œuvre de la téléconsultation » est renommé article 6.2.5 et modifié comme suit :

Le deuxième alinéa est supprimé.

6° L'annexe I intitulée « Tarifs » est modifié comme suit :

Après la majoration de suivi du patient par l'IPA liée à l'âge (MIP), sont insérées les lignes suivantes :

«

	Métropole	DOM et Mayotte
Acte d'accompagnement à la téléconsultation intervenant au décours d'un soin infirmier réalisé (TLS)	10	10
Acte d'accompagnement à la téléconsultation intervenant de manière spécifique (non réalisée au décours de soins infirmiers) dans un lieu dédié aux téléconsultations (TLL)	12	12
Acte d'accompagnement à la téléconsultation intervenant de manière spécifique à domicile (non réalisée au décours de soins infirmiers) (TLD)	15	15

».

Article 3

Le recours à la télésanté par les infirmiers

1° Le Préambule général, les articles 1^{er} et 2 du titre Ier et le préambule du titre II sont modifiés comme suit :

Le mot : « télémédecine » est remplacé par le mot : « télésanté ».

Les mots : « en coordination avec les médecins » et « par la mise en place d'une organisation coordonnée avec les médecins » sont supprimés.

2° Après l'article 6.2.5 du titre II intitulé « le suivi de la mise en œuvre de la téléconsultation », sont insérées les dispositions suivantes :

« Article 6.3

Le recours au télésoin

Les partenaires conventionnels souhaitent accompagner l'essor des pratiques de télésanté sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients en inscrivant, dans le droit commun, la possibilité pour les infirmiers de recourir au télésoin.

Article 6.3.1

Champ d'application du télésoin

Article 6.3.1.1

Définition

Dans le cadre de la présente convention, est entendu comme télésoin, l'acte réalisé à distance en vidéotransmission entre un infirmier exerçant une activité libérale conventionnée ou dans une structure conventionnée et un patient.

L'opportunité du recours au télésoin est appréciée au cas par cas par l'infirmier et relève d'une décision partagée du patient et du professionnel qui va réaliser l'acte.

Article 6.3.1.2

Patients concernés

L'ensemble des patients peut bénéficier du télésoin.

Ils doivent être informés des conditions de réalisation de l'acte en télésoin, des alternatives possibles et, après avoir reçu ces informations, avoir donné leur consentement préalablement à la réalisation de l'acte. Le patient peut à tout moment retirer son consentement.

A tout moment, si l'infirmier ou le patient estime que le télésoin n'est pas ou n'est plus adapté à la situation, le professionnel trace cette décision de ne pas réaliser le télésoin ou d'y mettre fin dans le dossier du patient et propose au patient une prise en charge alternative.

Article 6.3.1.3

Situations concernées

Aucune situation de soin ne peut être exclue a priori du télésoin, à l'exception des actes nécessitant :

- un contact direct en présentiel avec le patient (sont notamment réputés exclus les actes de prélèvement, d'injection, de vaccination, de perfusion, de pansement (à l'exception de l'acte de suivi d'un pansement à distance détaillé ci-dessous) ; les bilans, séances de soins infirmiers et acte réalisés en rapport avec la dépendance ainsi que les actes d'accompagnement à la téléconsultation nécessitant une réalisation en présentiel) ;
- un équipement spécifique non disponible auprès du patient.

Ainsi, actuellement seuls les actes suivants inscrits à la nomenclature pourraient être réalisés à distance par un infirmier :

- séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) ;
- acte d'accompagnement à la prise médicamenteuse ;
- surveillance et observation d'un patient insulino-traité (art. 5 bis) ;
- si, par nature, un acte de pansement ne peut être réalisé à distance comme indiqué précédemment, les partenaires conventionnels conviennent toutefois de l'intérêt de créer, à la nomenclature générale des actes professionnels, un acte de suivi de pansement à distance valorisé à hauteur d'un TMI 1,6 et facturable dans les conditions suivantes :
 - l'acte de suivi d'un pansement à distance est réalisé pour un patient ayant déjà bénéficié de la réalisation d'un acte de pansement en présentiel ;
 - le patient n'a pas bénéficié le même jour de la réalisation d'un acte de pansement ;
 - limitation de la facturation de cet acte à distance à 4 actes par mois par patient.

La disposition portant sur l'acte de pansement réalisé à distance entrera en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et à l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Il relève de la compétence et de la responsabilité de l'infirmier de juger de la pertinence du recours au télésoin au regard des recommandations en vigueur et de la situation du patient.

Les actes prescrits réalisés en télésoin doivent être inscrits à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

Les prises en charge pouvant être réalisées par les infirmiers en pratique avancée à distance sont prévues au C de l'article 5.8. de la présente convention.

Article 6.3.1.4

Connaissance préalable du patient

Pour assurer la qualité des soins et juger de la pertinence de l'acte à distance, les patients doivent être connus de l'infirmier réalisant l'acte en télésoin, c'est-à-dire avoir bénéficié d'au moins un acte ou bilan en présentiel dans les douze mois précédant la réalisation d'un acte en télésoin avec l'infirmier réalisant le télésoin ou avec un autre infirmier avec qui il exerce en groupe (appartenance à la même structure juridique ou liés entre eux par un contrat de groupe).

Les partenaires conventionnels conviennent qu'au cours d'une série d'actes infirmiers facturée par un infirmier ou plusieurs infirmiers d'un même cabinet au titre de la prise en charge d'un même patient, au moins un acte de la série doit être réalisé en présentiel.

En effet, au regard des recommandations actuelles, le recours au télésoin est d'autant plus pertinent que la relation patient/infirmier est bien établie.

Le suivi régulier du patient peut ainsi s'effectuer à la fois par des actes en présentiel et en télésoin au regard des besoins du patient et de l'appréciation de l'infirmier.

Le respect de ces principes conditionne la prise en charge du télésoin par l'Assurance Maladie.

Article 6.3.1.5

Impossibilité pour les infirmiers d'exercer une activité exclusive à distance

Les partenaires conventionnels rappellent qu'un infirmier conventionné ne peut pas réaliser son activité exclusivement à distance. A ce titre, ils conviennent qu'au maximum 20 % de l'activité conventionnée d'un infirmier peut être effectuée à distance. Ce seuil est appliqué à l'activité annuelle globale de l'infirmier (et non par patient afin de permettre pour certains patients qui le nécessitent d'avoir une prise en charge à distance plus importante).

Le non-respect du seuil maximal d'activité à distance tel que fixé au paragraphe précédent ainsi que des conditions conventionnelles de réalisation et de facturation des actes de télésanté telles que définies aux articles 6.3 et suivants est susceptible d'enclencher la procédure décrite à l'article 34 de la présente convention.

Article 6.3.1.6

Principe de la territorialité de la réponse à la demande de soins

La réponse à la demande de télésoin se base sur un principe de territorialité.

Cette notion implique que seul un infirmier du même territoire que le patient peut réaliser le télésoin.

La notion de territorialité n'est pas définie comme une limite géographique ou administrative. Elle repose sur le fait de pouvoir apporter une réponse de proximité permettant le recours à des soins en présentiel lorsque la situation l'exige ou que l'ensemble des actes nécessaires à la prise en charge du patient ne peut se faire à distance.

Article 6.3.2

Modalités de réalisation du télésoin

Article 6.3.2.1

Conditions de réalisation

Le télésoin est obligatoirement réalisé par vidéotransmission et dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques des patients permettant de garantir la réalisation de soins de qualité.

Il doit également être réalisé :

- dans un lieu permettant la confidentialité des échanges entre le patient et l'infirmier ;
- dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés, dans les conditions respectueuses des référentiels de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.

Pour les mineurs, le télésoin se réalise conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

Les infirmiers souhaitant recourir au télésoin peuvent se référer aux différents référentiels, cahiers des charges et recommandations encadrant ces conditions de réalisation émanant des différentes autorités, opérateurs sanitaires ou d'autres autorités publiques.

Article 6.3.2.2

Compte-rendu de l'acte réalisé en télésoin

L'acte de télésoin fait l'objet d'un compte rendu établi par l'infirmier, qu'il archive dans son propre dossier patient, conformément aux obligations légales et réglementaires.

Un compte-rendu est également intégré par l'infirmier libéral dans le service « Mon Espace Santé » du patient lorsqu'il est ouvert. Cette intégration s'effectue dans les conditions définies par les articles L. 1111-14 et suivants et R. 1111-30 et suivants du code de la santé publique relatifs aux conditions d'alimentation du DMP et aux conditions d'accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.

Article 6.3.3

Modalités de rémunération et de facturation des actes réalisés en télésoin

Article 6.3.3.1

Rémunération de l'infirmier réalisant un acte en télésoin

Les partenaires conventionnels proposent que les actes en télésoin soient valorisés dans les mêmes conditions que les actes réalisés en présence du patient auxquels ils se substituent. Ces actes sont facturés avec le code TMI, dont la valeur est identique à celle de la lettre clé AMI.

Les actes de télésoin ne peuvent pas être cumulés avec :

- les frais de déplacements (prévus à l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels) ;
- la majoration de coordination infirmière (MCI) facturable uniquement lors des passages au domicile du patient ;
- les actes et forfaits en rapport avec la dépendance (forfaits BSA, BSB ou BSC, actes en AIS, actes en AMX, bilan ou démarche de soins infirmiers en DI) ;
- les actes de prélèvement, d'injection, de vaccination, de perfusion, de pansement (à l'exception de l'acte de suivi de pansement) ainsi que les actes d'accompagnement à la téléconsultation.

Les majorations et compléments de nuit, dimanche, jours fériés ainsi que les majorations jeunes enfants (MIE) et la majoration d'acte unique (MAU) peuvent se cumuler avec les actes réalisés en télésoin.

Les prises en charges réalisées par les IPA (en présentiel ou à distance) sont facturées via des lettres clés spécifiques indiquées à l'article 5.8 de la présente convention.

Un bilan de la pratique du télésoin sera réalisé en commission paritaire nationale un an après l'entrée en vigueur du télésoin.

Article 6.3.3.2

Modalités de facturation du télésoin

En l'absence de possibilité de lire la carte Vitale du patient, la facturation peut être réalisée en mode SESAM sans Vitale, dans les conditions définies à l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale.

Si le logiciel SESAM-Vitale n'est pas à jour vis-à-vis des évolutions au cahier des charges SESAM-Vitale des modalités de facturation, l'infirmier a la possibilité de facturer en mode SESAM "dégradé" dans les conditions définies à l'article 23.1.2 de la présente convention.

A ce titre, les partenaires conventionnels conviennent que seuls les actes de télésanté (TMI, RQD) transmis en mode SESAM sans Vitale sont pris en compte au titre du calcul de l'indicateur relatif au taux de FSE du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation défini à l'article 22 de la présente convention.

En l'absence du patient au moment de la facturation de l'acte de télésoin par l'infirmier, un appel au web service ADRi, dans les conditions définies à l'article 21.3 de la convention, est réalisé afin de récupérer les données de droits actualisées du patient et ainsi de fiabiliser la facturation.

Dans le cadre de la facturation d'actes en série pouvant comprendre un ou plusieurs actes à distance et en présentiel :

- l'infirmier peut facturer l'ensemble de la série dans le seul cas où le dernier acte facturé est réalisé à distance. La transmission de la facture est alors effectuée :
 - en mode SESAM sans Vitale par les logiciels agréés télémédecine ; et
 - en mode dégradé conformément aux dispositions précitées par les logiciels non agréés télémédecine.
- l'infirmier n'est pas autorisé à facturer l'ensemble de la série comprenant des actes à distance et en présentiel, dans le cas où le dernier acte est réalisé en présence du patient. La transmission en mode sécurisé SESAM Vitale (sécurisation avec la carte Vitale du patient) d'une facture d'actes en série comprenant des actes réalisés à distance n'est pas autorisée. Dans ce cas, deux facturations sont alors nécessaires : les actes réalisés en présentiel sont facturés en SESAM Vitale (présence de la carte Vitale du patient) ; les actes à distance sont facturés en SESAM sans Vitale ou en mode dégradé conformément aux dispositions précitées.

Article 6.4

Le recours par les infirmiers à la téléexpertise

Article 6.4.1

Champ d'application de la téléexpertise

Article 6.4.1.1

Définition

La téléexpertise a pour objet de permettre à un professionnel de santé de solliciter l'avis à distance d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières susceptibles de répondre à la question posée, sur la base d'informations de santé liées à la prise en charge d'un patient.

En dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis donné par le professionnel médical requis peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation complexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel de santé requérant.

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par l'infirmier requérant. L'opportunité de sa réalisation relève de la responsabilité du professionnel médical requis.

A noter :

- les infirmiers en pratique avancée sont à l'instar des infirmiers habilités à requérir une téléexpertise auprès d'un professionnel médical. Toutefois, ils ne peuvent requérir une téléexpertise auprès du médecin leur ayant orienté le patient ;
- la prise en charge de la possibilité pour les infirmiers et les infirmiers en pratique avancée de requérir une téléexpertise auprès d'un chirurgien-dentiste est conditionnée à l'inscription de cette possibilité dans la convention nationale relative à cette profession ;
- le recours à la téléexpertise pour un infirmier n'est pas soumis à prescription médicale préalable.

Article 6.4.1.2

Patients concernés

L'ensemble des patients peut bénéficier de téléexpertise.

Les patients ou leur représentant légal doivent être informés des conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement, après avoir reçu ces informations.

Article 6.4.2

Modalités de réalisation de l'acte de téléexpertise

Article 6.4.2.1

Conditions de réalisation

La téléexpertise doit être réalisée dans des conditions permettant de garantir :

- la confidentialité des échanges entre l'infirmier requérant et le professionnel médical requis ;
- la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, secret médical, etc.) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés ;
- le respect des référentiels de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.

L'équipement doit être adapté à l'usage de la téléexpertise avec une couverture des services nécessaires (images, photographies, tracés, etc.). Les échanges dans le cadre de la téléexpertise entre l'infirmier requérant et le professionnel médical requis doivent s'appuyer sur le recours à une messagerie sécurisée de santé.

Les infirmiers souhaitant recourir à la téléexpertise peuvent se référer aux différents référentiels, cahiers des charges, recommandations encadrant ces conditions de réalisation émanant des autorités sanitaires ou d'autres autorités publiques.

Les téléexpertises effectuées entre l'infirmier requérant et le professionnel médical requis sont asynchrones (donc réalisées sur des temps différents) et peuvent être ponctuelles ou répétées.

Article 6.4.2.2

Compte-rendu de la téléexpertise

L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte-rendu, établi par le professionnel médical requis, conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au professionnel de santé requérant ayant sollicité l'acte.

Un compte rendu est intégré par le professionnel médical requis dans le service « mon espace santé » du patient lorsqu'il est ouvert. Cette intégration s'effectue dans les conditions définies par les articles L. 1111-14 et suivants et R. 1111-30 et suivants du code de la santé publique et relatifs aux conditions d'alimentation du DMP et aux conditions d'accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.

Article 6.4.3

Modalités de rémunération de l'acte de téléexpertise

Le travail de coordination de l'infirmier requérant sollicitant, pour une meilleure prise en charge de son patient, une téléexpertise auprès d'un professionnel médical est valorisé dans les conditions suivantes :

- l'acte de demande de téléexpertise est valorisé à hauteur de 10 € par téléexpertise ;
- et dans la limite de 4 actes par an, par infirmier, pour un même patient.

Ces actes sont facturés avec la lettre-clé RQD.

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

Ces dispositions entreront en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Les partenaires conventionnels conviennent d'étudier les conditions dans lesquelles la rémunération de la téléexpertise pourrait évoluer vers une rémunération permettant d'asseoir une participation du patient.

Article 6.4.4

Modalités de facturation de l'acte de téléexpertise

Dans le cadre des téléexpertises, si le patient est connu du professionnel médical requis, les données administratives nécessaires à la facturation sont enregistrées dans le logiciel de ce professionnel.

Dans les cas où le professionnel médical requis ne connaît pas le patient, les données administratives du patient (nom, prénom, NIR et pour les ayants droit, en sus la date de naissance et le rang gémellaire) sont transmises par l'infirmier requérant.

Dans tous les cas, l'infirmier requérant doit également communiquer au professionnel médical requis son numéro d'identification de professionnel de santé qui doit être renseignée dans la feuille de soins du professionnel médical requis.

En l'absence du patient au moment de la facturation de l'acte de demande de téléexpertise par l'infirmier requérant, un appel au web service ADRI, dans les conditions définies à l'article 21.3 de la convention, est réalisé afin de récupérer les données de droits actualisées du patient et ainsi de fiabiliser la facturation.

En outre, l'infirmier requérant doit obligatoirement mentionner dans la feuille de soins le numéro d'identification du professionnel médical requis que celui-ci lui aura préalablement communiqué.

En l'absence de possibilité de lire la carte Vitale du patient, la facturation de l'acte de requérant d'une téléexpertise s'effectue en mode SESAM sans Vitale, dans les conditions définies à l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale.

Si le logiciel SESAM-Vitale n'est pas à jour vis-à-vis des évolutions au cahier des charges SESAM-Vitale des modalités de facturation des actes de télésanté, l'infirmier a la possibilité de facturer en mode SESAM « dégradé » dans les conditions définies à l'article 23.1.2 de la présente convention.

A ce titre, les partenaires conventionnels conviennent que seuls les actes de téléexpertise (RQD) et les actes de télésoin (TMI) transmis en mode SESAM sans Vitale sont pris en compte au titre du calcul de l'indicateur relatif au taux de FSE du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation défini à l'article 22 de la présente convention.

3° L'article 34.1 du titre VI intitulé « Non-respect des règles conventionnelles constaté par une caisse » est modifié comme suit :

Après le 10^e alinéa, sont ajoutés les alinéas suivants :

- « – le non-respect du seuil maximum d'activité pouvant être réalisée à distance par un infirmier défini à l'article 6.3.1.5 de la présente convention ;
- « – le non-respect des conditions de réalisation et de facturation des actes de télésanté prévues aux articles 6.2 et 6.3 et suivants de la présente convention ».

4° L'annexe I intitulée « Tarifs » est modifiée comme suit :

A la suite de la ligne portant sur l'acte d'accompagnement à la téléconsultation intervenant de manière spécifique à domicile (TLD), sont insérées les lignes suivantes :

«

Tarifs en euros	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer
Télésoin (TMI)	3,15	3,30
Acte de demande de téléexpertise (RQD) (**)	10,00	11,00

(**) Sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. »

Article 4

Evolution du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet et engagement de travaux portant sur l'utilisation par les infirmiers des outils numériques en santé

Les parties signataires souhaitent apporter des évolutions au forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation (FAMI) afin de réviser les conditions d'octroi et le montant de la valorisation accordée au titre des aides au démarrage de l'activité d'infirmier en pratique avancée.

Il conviendrait par ailleurs de la nécessité de revoir la rédaction du contenu de l'article pour tenir compte des dernières évolutions intervenues sur le forfait (intégration des évolutions portant sur les IPA dans le cadre de l'avenant 7, intégration de l'indicateur exercice coordonné au sein des indicateurs socles du FAMI à compter de 2023, et fin de la valorisation accordée au titre de l'ouverture des DMP liée à la création pour tous les patients du service mon espace santé.).

1° Le contenu de l'article 22 du titre IV intitulé « Aide à la modernisation et à l'informatisation » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« A. – L'aide à la modernisation et à l'informatisation

Afin d'accompagner les professionnels qui s'engagent dans des investissements permettant de moderniser et informatiser leur cabinet, l'assurance maladie a procédé à la refonte des aides initialement versées (aide à la télétransmission, à la maintenance, aide SCOR) en instaurant une aide forfaitaire dénommée : « forfait d'aide à la modernisation et informatisation » versée annuellement aux infirmiers et infirmiers en pratique avancée conventionnés au plus tard au 30 avril de l'année suivant l'année au titre de laquelle l'aide est versée, sous respect d'un certain nombre de critères vérifiés par l'assurance maladie au titre de l'année civile précédente (N-1).

L'aide est versée par l'organisme local d'assurance maladie du lieu d'installation principal de l'infirmier pour le compte de l'ensemble des régimes.

Les indicateurs de ce forfait sont les suivants :

- utiliser un logiciel métier, compatible DMP pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée ;

- être doté d'une version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les derniers avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31 décembre de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération ;
- utiliser la solution SCOR pour la transmission à l'assurance maladie des pièces justificatives numérisées ;
- atteindre un taux de télétransmission en flux sécurisé supérieur ou égal à 70 %, la télétransmission des données fiabilisant la facture et permettant de garantir des délais de paiement très courts ;
- disposer d'une adresse de Messagerie Sécurisée de Santé ;
- participer à une équipe de soins primaires ou maison de santé pluri-professionnelle partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé ou à d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.

Dès lors que ces critères sont respectés, l'infirmier bénéficie d'une aide forfaitaire annuelle de 590 euros.

A noter que le critère portant sur l'utilisation de la solution SCOR est optionnel pour les infirmiers en pratique avancée étant donné que ces professionnels n'exercent pas leur activité sur prescription médicale.

Pour tenir compte de l'activité transverse de coordination réalisée par les infirmiers en pratique avancée exerçant en libéral avec les médecins et les autres acteurs de santé en vue d'assurer la prise en charge de ces patients, le forfait annuel d'aide à la modernisation est majoré pour ces professionnels. La majoration s'élève à 300 € complémentaires pour les IPA libéraux conventionnés et à 1 020 € pour les IPA libéraux conventionnés exerçant en zone sous dense en médecins qualifiés de « Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP) » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique pour les médecins.

L'infirmier et l'infirmier en pratique avancée impliqué dans le déploiement de l'activité de télésanté pourra, dans le cadre du forfait d'aide à la modernisation, bénéficier d'une aide forfaitaire à l'équipement selon les modalités suivantes :

- 350 euros pour l'équipement de vidéotransmission y compris pour les abonnements aux différentes solutions techniques proposés en matière de recours aux actes de télésanté ;
- 175 euros pour l'équipement en appareils médicaux connectés dont la liste est établie, sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée le cas échéant chaque année.

L'aide forfaitaire à l'équipement pour l'activité de télésanté peut être perçue indépendamment de l'atteinte des indicateurs socles de l'aide à la modernisation et à l'informatisation (SCOR, taux de télétransmission...).

Les partenaires conventionnels s'entendent pour faire un suivi régulier de cette mesure notamment quant à la possibilité pour les infirmiers de répondre à l'ensemble des critères socles du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation.

B. – L'aide au démarrage de l'activité d'infirmier en pratique avancée

Les partenaires conventionnels ont instauré une aide au démarrage de l'activité des infirmiers en pratique avancée.

Cette aide financière vise à accompagner les infirmiers en pratique avancée pour le début de leur activité libérale.

Sont éligibles à cette aide :

- les infirmiers en pratique avancée conventionnés s'installant en libéral ;
- les infirmiers libéraux conventionnés installés en libéral qui informent leur caisse de rattachement de leur souhait de consacrer leur activité à la pratique avancée.

Le montant total de l'aide, versé sur deux ans non renouvelable, est de :

40 000 euros pour les infirmiers en pratique avancée conventionnés exerçant en zone sous-dense médicale qualifiés de « Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP) » telles que définies en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique pour les médecins. Cette aide est versée de la manière suivante :

- 30 000 euros dans le mois suivant la signature du contrat ;
- 10 000 euros la deuxième année, avant la fin du 1^{er} semestre de l'année suivante.

Où de 27 000 euros pour les infirmiers en pratique avancée exerçant en dehors de ces zones sous-denses médicales. Cette aide est versée de la manière suivante :

- 20 000 euros dans le mois suivant la signature du contrat ;
- 7 000 euros la deuxième année, avant la fin du 1^{er} semestre de l'année suivante.

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

Pour bénéficier du versement de cette aide, les infirmiers en pratique avancée doivent s'engager :

- à exercer au minimum 5 ans dans la zone ;
- à avoir assuré le suivi d'un minimum de 30 patients la première année d'exercice et de 60 patients la seconde année d'exercice en tant qu'infirmier en pratique avancée ;
- et atteindre une part d'activité en tant qu'infirmier en pratique avancée d'au moins : 25 % de son activité globale la 1^{re} année d'activité, 50 % la 2^e année d'exercice et 85 % la 3^e année d'exercice.

Engagement optionnel

A titre optionnel, l'IPA s'engage à exercer les fonctions de maître de stage et à accueillir en stage un étudiant IPA.

L'infirmier en pratique avancée formé au tutorat peut bénéficier également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 200 euros par mois (pendant la durée du stage) s'il accueille dans son cabinet un étudiant infirmier en pratique avancée stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

L'assurance maladie peut procéder à la récupération des sommes indument versées si l'infirmier quitte la zone avant la fin des cinq ans ou si la part d'activité minimale en tant qu'IPA n'est pas atteinte. Lorsque la part d'activité minimale au titre de la 3^e année d'exercice n'est pas atteinte, les aides versées sont récupérées au due concurrence de l'écart à la cible (par exemple un IPA qui atteint 70 % d'activité exclusive la 3^e année soit 82 % de réalisation de l'objectif cible se verra récupérer 18 % des aides qui lui ont été versées au titre du contrat).

Dispositions transitoires

A titre dérogatoire, les partenaires conventionnels conviennent dans le délai d'un an suivant la date de parution au *Journal officiel* de l'avenant 9 à la convention nationale, de permettre aux IPA libéraux conventionnés déjà en exercice de bénéficier des nouveaux contrats d'aide au démarrage de l'activité prévus par le présent texte.

Les IPA en exercice n'ayant pas adhéré au contrat d'aide au démarrage pourront ainsi en bénéficier. Par ailleurs, les IPA en exercice ayant adhéré au contrat d'aide au démarrage pourront basculer sur l'option plus favorable d'une aide majorée s'ils sont installés en zone sous-dense médicale qualifiées de « Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP) ». Cependant et pour tenir compte de l'aide financière déjà versée au titre du précédent contrat, ils ne pourront bénéficier au titre des différents contrats que d'une aide maximale de 40 000 euros (il reviendra ainsi à l'organisme d'assurance maladie de déduire de la somme à verser à l'IPA l'aide déjà accordée au titre du précédent contrat).

2° L'article 6.1 du titre II intitulé « Soutenir l'investissement des infirmiers dans l'ouverture du Dossier Médical Partagé » est supprimé.

3° Après l'article 22 du titre IV intitulé « Aides à la modernisation et à l'informatisation », il est ajouté un article 22.1. ainsi rédigé :

« Article 22.1

Déploiement du numérique en santé

En lien avec la feuille de route du numérique en santé et la généralisation de mon espace santé à l'ensemble de la population, les partenaires conventionnels s'engagent à poursuivre les travaux en vue d'accélérer le déploiement des outils numériques en faveur d'une meilleure coordination des soins et une facilitation des échanges entre professionnels de santé et avec les patients.

A ce titre ils conviennent d'engager des travaux :

- portant sur la e-prescription ;
- en vue de créer un nouvel indicateur au forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet défini à l'article 22 de la présente convention pour valoriser l'alimentation par les infirmiers du service "Mon espace santé". »

4° Après l'annexe XIV dénommée « Protocole d'accord relatif aux accords locaux sur les indemnités kilométriques », est insérée une annexe XV rédigée de la manière suivante :

« ANNEXE XV

CONTRAT TYPE D'AIDE AU DÉMARRAGE DE L'ACTIVITÉ D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE EN LIBÉRAL

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-12-2, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 4301-1 et R. 4301-1 et suivants ;

Vu la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007, publiée au *Journal officiel* du 25 juillet 2007, ses avenants et ses annexes,

Il est conclu un contrat d'aide conventionnelle au démarrage de l'activité d'infirmier en pratique avancée en libéral, entre :

- d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

Et, d'autre part, l'infirmier libéral exerçant en pratique avancée :

Prénom, Nom :

Inscrit au tableau du conseil départemental de l'ordre des infirmiers de : sous le numéro

numéro AM :

Adresse professionnelle :

Article 1^{er}

Champ du contrat

Article 1.1

Objet du contrat

Ce contrat vise à accompagner les infirmiers en pratique avancée dans le début de leur activité libérale par la mise en place d'une aide financière.

Article 1.2

Bénéficiaires du contrat

Le présent contrat est réservé aux :

- infirmiers en pratique avancée conventionnés s'installant en libéral ;
- infirmiers libéraux conventionnés installés en libéral qui informent leur caisse de rattachement de leur souhait de consacrer leur activité à la pratique avancée.

Article 2

Engagements

Article 2

Engagements de l'infirmier en pratique avancée

L'infirmier en pratique avancée s'engage à :

- exercer au minimum 5 ans dans la zone ;
- avoir assuré le suivi d'un minimum de 30 patients la première année d'exercice et de 60 patients la seconde année d'exercice en tant qu'infirmier en pratique avancée ;
- et atteindre une part d'activité en tant qu'infirmier en pratique avancée d'au moins 25 % de son activité globale la 1^{re} année d'activité, 50 % la 2^{ème} année d'exercice et 85 % la 3^e année d'exercice.

Le calcul en pourcentage des seuils d'activité en tant qu'IPA s'effectue sur une année civile comme suit :

Actes et forfaits spécifiques IPA (honoraires sans dépassement) /

Activité totale de l'activité de l'infirmier (activité d'infirmier en soins généraux et actes/forfaits spécifiques IPA en honoraires sans dépassement)

Les déplacements et majorations sont exclus de ce calcul.

Engagement optionnel

A titre optionnel, l'IPA s'engage à exercer les fonctions de maître de stage et à accueillir en stage un étudiant IPA.

Article 2.2

Engagements de l'Assurance Maladie

Option 1 : L'infirmier en pratique avancée conventionné exerçant en zones sous-denses médicales qualifiées de « Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP) » telles que définies en application du 1^o 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 indûment versées si l'infirmier quitte la zone avant la fin des cinq ans ou si l'activité minimale en tant qu'IPA ou la part d'activité en tant qu'IPA détaillée à l'article 2.1 du présent contrat n'est pas atteinte.

Lorsque la part d'activité minimale au titre de la 3^e année d'exercice n'est pas atteinte, les aides versées sont récupérées au due concurrence de l'écart à la cible.

Article 3

Modalités et durée d'adhésion au contrat

L'infirmier en pratique avancée prend contact auprès de sa caisse de rattachement pour formaliser l'adhésion par la signature du présent contrat.

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement

Article 4

Modalités de résiliation du contrat

Article 4.1

La résiliation à l'initiative de l'infirmier en pratique avancée

L'infirmier en pratique avancée signataire du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'Assurance Maladie signataire dudit contrat.

Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation.

Article 4.2

La résiliation par la caisse d'Assurance Maladie

En cas d'absence de respect par l'infirmier en pratique avancée de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

L'infirmier en pratique avancée dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à l'organisme local d'assurance maladie.

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

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier en pratique avancée la fin de son adhésion au contrat et récupérer les sommes 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, 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 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.

Article 5

Conséquences d'une modification des zones sous denses médicales

En cas de modification par l'ARS des zones sous-denses médicales qualifiées de « Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP) » telles que définies en application du 1^o de l'article L. 4134-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'installation de l'infirmier adhérent de la liste des zones sous-denses médicales, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par l'infirmier ou l'assurance maladie.

Fait à [...] en [...] exemplaires, le

Date d'effet du contrat

L'infirmier en pratique avancée

Le directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie/caisse générale de sécurité sociale de [...]

».

Article 5

Administration des vaccins par les infirmiers

Après l'article 5.8 du titre II de la convention nationale intitulé « **Accompagnement des patients par les infirmiers de pratiques avancées** », est ajouté un article 5.9 intitulé « Administration des vaccins par les infirmiers » rédigé comme suit :

« Article 5.9

Administration des vaccins par les infirmiers

L'amélioration de l'état de santé de la population passe par une politique volontariste axée sur la prévention. A ce titre, les partenaires conventionnels conviennent, dans la continuité des mesures réglementaires portant sur l'extension du champ de compétences des infirmiers en matière d'administration des vaccins, de la nécessité de valoriser le rôle des infirmiers en ce domaine.

Les infirmiers pouvant, selon les types de vaccins, désormais vacciner avec ou sans prescription préalable, les parties signataires proposent de valoriser l'administration des vaccins par les infirmiers selon les modalités suivantes :

- lorsque le patient dispose pour la vaccination d'une prescription préalable établie par un professionnel de santé ou que la délivrance du vaccin ne nécessite pas de prescription : AMI 2,4 (soit 7,56 €).
- lorsque le patient ne dispose pas d'une prescription préalable établie par un autre professionnel de santé (alors que le vaccin est à prescription obligatoire) : AMI 3,05 (soit 9,61 €)

Compte tenu de ces évolutions et sous réserve de la modification de la nomenclature générale des actes professionnels, les partenaires conventionnels proposent :

- la suppression du supplément grippe (AMI 1) mis en place pour la vaccination.
- la facturation à taux plein de l'acte de vaccination réalisé à domicile quel que soit le nombre d'actes auxquels il est associé. Aussi, lorsqu'ils sont réalisés à domicile, ces actes de vaccination dérogent aux dispositions de l'article 11B des dispositions générales de la NGAP : ils peuvent être cumulés à taux plein quel que soit le coefficient du ou des actes éventuellement associés.

Ces dispositions entreront en vigueur après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et à l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. »

Article 6

Engagement à enrichir la nomenclature générale des actes professionnels au regard de l'expérience liée aux dérogations mises en place pendant la période d'urgence sanitaire

Les partenaires conventionnels s'engagent à mener des travaux et inscrire, le cas échéant, à la nomenclature générale des actes professionnels les actes mis en place à titre dérogatoire dans le cadre de la crise Covid et qui auraient vocation à être pérennisés, à l'échéance fixée par les textes réglementaires liés à la période d'urgence sanitaire.

Fait à Paris, le 27 juillet 2022.

Pour l'Union nationale des Caisses d'Assurance Maladie :

Le directeur général,

T. FATOME

Pour Convergence Infirmière :

La présidente,

G. SICRE

Pour la Fédération nationale des infirmiers :

Le président,

D. GUILLERM

Pour le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux :

Le président,

J. PINTE

Pour l'Union nationale des organismes complémentaires d'Assurance Maladie :

Le président,

M. LECLERE