

Date :

11/04/2024

Domaine(s) :

Gestion du dossier client
professionnels de sante

Nouveau	<input type="checkbox"/>
Modificatif	<input checked="" type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>
Provisoire	<input type="checkbox"/>

Objet :

Présentation de l'avenant n°9 à la convention nationale des infirmiers

Liens:

CIR-29/2022

Liens externes :

Plan de classement :

P04 GESTION DU DOSSIER CLIENT
PROFESSIONNELS DE SANTE

Emetteur(s) :

DDGOS

Pièces jointes : 5

à Mesdames et Messieurs les :

Directeurs | Cnam CPAM UGECAM CGSS CSS Mayotte

DCGDR

Médecins conseil | Régionaux Chef de service

Pour mise en œuvre immédiate

Résumé :

Annule et remplace la circulaire 29-2022

La circulaire a pour objet de présenter les dispositions de l'avenant n°9 à la convention nationale des infirmiers signée le 27 juillet 2022 ainsi que les modalités de mise en œuvre de ces dispositions.

Cela concerne aussi la CSS de Mayotte

Mots clés :

Infirmier ; Avenant 9 ; convention nationale ; infirmier en pratique avancée ; télésoin; téléexpertise; vaccination

La Directrice Déléguée à la Gestion et à l'Organisation des Soins



Marguerite CAZENEUVE



Objet : Présentation de l'avenant n°9 à la convention nationale des infirmiers

Affaire suivie par :

- Réglementation et dispositions conventionnelles :

Département des professions de santé (DDGOS/DOS/DPROF) : dprof-idel-orthopho.cnam@assurance-maladie.fr

- Facturation des actes :

Département des actes et des prestations (DDGOS/DOS/DACT) : dact.ddgosdos.cnam@assurance-maladie.fr

SOMMAIRE DE LA CIRCULAIRE

1/ Préambule

2/ Les mesures relatives aux infirmiers en pratique avancée : adaptation des mesures de valorisation destinées aux IPA et des aides au démarrage de leur activité libérale

3/ Le recours à la télésanté

4/ Valorisation de l'administration des vaccins

5/ Evolution du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet

1. Préambule

L'avenant n°9 à la convention nationale des infirmiers a été signé le 27 juillet 2022, entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les trois syndicats représentatifs de la profession, la Fédération nationale des Infirmiers (FNI), le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL) et Convergence Infirmière (CI) et l'UNOCAM. (Annexe 1).

Cet accord :

- adapte et revalorise de manière significative les modalités de rémunération des IPA et les aides prévues pour le démarrage de leur activité libérale pour renforcer le déploiement de ce nouveau métier en ville ;
- inscrit, dans le cadre conventionnel, la possibilité pour l'infirmier et l'IPA de pratiquer des actes de télésanté et en détermine les modalités de réalisation et de facturation. Il étend également la possibilité pour les infirmiers d'accompagner la téléconsultation organisée à la demande de toute profession médicale ;
- valorise l'intervention des infirmiers en matière d'administration des vaccins, dans la continuité des mesures réglementaires portant sur l'extension de leur champ de compétences dans ce domaine.

En l'absence de publication au Journal Officiel dans un délai de 21 jours à compter de la réception du texte par le ministère des solidarités et de la santé et le ministre délégué chargé des comptes, l'avenant est réputé approuvé (article L. 162-15 du Code de la sécurité sociale). Ainsi, en dehors des mesures de valorisation, les dispositions conventionnelles portées par cet avenant sont entrées en vigueur le 23 septembre 2022.

Cette circulaire a pour objet de présenter ce nouvel accord.

2. Les mesures relatives aux infirmiers en pratique avancée : adaptation des modalités de valorisation des IPA (article 1 de l'avenant n°9) et des aides au démarrage de l'activité IPA (article 4 de l'avenant n°9)

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 (publié au JO du 3 janvier 2020) 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.

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 de la nécessité d'adapter les modalités de valorisation et d'exercice de cette activité déterminées dans le champ conventionnel.

A ce titre l'avenant 9 adapte :

- ✓ les modalités de valorisation de l'accompagnement par l'IPA des patients orientés par le médecin
- ✓ les aides au démarrage de l'activité libérale des IPA

2.1 Valorisation de l'accompagnement des patients par les infirmiers en pratique avancée (article 1er de l'avenant 9)

Entrée en vigueur : ces mesures s'appliquent 6 mois après l'entrée en vigueur de l'avenant et sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionné à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (décision UNCAM) soit depuis le 23 mars 2023.

Le présent accord crée deux filières d'orientation du patient vers l'IPA :

- A titre principal, l'orientation du patient par le médecin au titre d'un suivi régulier (forfait initial/forfait de suivi)
- A titre secondaire, l'orientation du patient par le médecin au titre d'une prise en charge ponctuelle (bilan ou séance de soins ponctuels IPA).

En fonction de la filière d'orientation, les modalités de valorisation de l'IPA diffèrent.

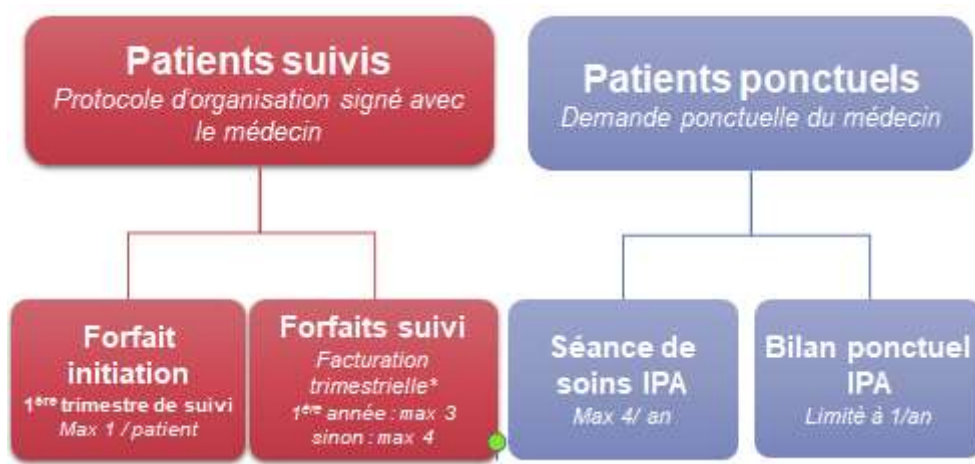


Schéma explicatif des filières d'orientation du patient vers l'IPA et les modalités de valorisation

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.

Domaine d'intervention de l'IPA : les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires, l'oncologie et l'hémo-oncologie, la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale, la psychiatrie et la santé mentale, les urgences. (Article R4301-2 du code de la santé publique)

2.1.1 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, l'IPA sera alors valorisée pour son accompagnement via deux forfaits :

- ✓ **« forfait d'initiation du suivi – 1er contact »** valorisé PAI 6 (60€ en métropole et 63€ dans les DOM) facturable par l'IPA une seule fois lorsque le patient lui est confié par le médecin, à l'occasion du tout premier contact réalisé en présence du patient et au titre du 1^{er} trimestre de suivi du patient.
- ✓ **« forfait de suivi »** valorisé PAI 5 (50€ en métropole et 52,50€ dans les DOM), 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), lors d'un contact avec le patient (en présence ou à distance).

L'IPA peut facturer au maximum quatre forfaits par an (1 forfait d'initiation + 3 forfaits de suivi la première année ; 4 forfaits de suivi les années suivantes).

Par dérogation à la facturation trimestrielle des forfaits, et au cours des deux premières années de prise en charge du patient, deux forfaits sont facturables par semestre (dès lors qu'au moins deux contacts avec le patient ont eu lieu au cours du même semestre).

Les forfaits d'initiation et de suivi visent à valoriser toutes les interventions de l'IPA réalisées pour le suivi du patient (en présence du patient ou à distance) 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.

NB : la valeur de la lettre clé PAI est portée à 10€ en métropole et 10,5€ dans les DROM

NB2 : au moins un contact en présence du patient doit avoir lieu dans l'année

NB3 – dispositions transitoires : pour les prises en charge initiées jusque-là par les IPA, une certaine souplesse est demandée en interprétant « les deux premières années de suivi du patient (permettant la facturation au semestre) » comme débutant dès l'entrée en vigueur des nouveaux forfaits issus de l'avenant 9 (i.e. pour les prises en charge déjà initiées, il n'y a pas lieu de considérer que le suivi du patient déjà réalisé par l'IPA est inclus dans ces deux ans).

2.1.2 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), cet accompagnement ponctuel est valorisé par :

✓ Un bilan ponctuel infirmier en pratique avancée

Ce bilan de la situation clinique du patient qui sera créé à la NGAP sera valorisé à hauteur de PAI 3 (30€ en métropole et 31,50€ dans les DROM).

Ce bilan, réalisé en présence du patient, pourra être facturé au maximum une fois par an par patient et comprendra une anamnèse, un examen clinique, la réalisation d'un ou plusieurs 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.

✓ **Des séances de soins ponctuelles par les infirmiers en pratique avancée**

Lorsque le patient est orienté de manière ponctuelle par le médecin vers l'IPA pour la réalisation d'un ou de plusieurs actes techniques relevant exclusivement du champ de compétences propre de l'IPA (arrêté du 18 juillet 2018 modifié), l'IPA pourra facturer « une séance de soins ponctuelle IPA ».

Cette séance, qui sera créée à la NGAP et valorisée forfaitairement à hauteur de PAI 1,6 (16€ en métropole et 16,80€ dans les DOM), réalisée en présence du patient, couvrira la réalisation, au cours de la même séance, d'un ou de plusieurs actes techniques. Elle ne pourra pas être facturée le même jour qu'un bilan ponctuel.

Cette séance pourra être facturée au maximum quatre fois par année civile par patient lors de la réalisation de ces soins en présence du patient.

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

Quel que soit le parcours d'orientation du patient vers l'IPA, les dispositions suivantes s'appliquent.

- **Concernant les majorations**

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) peut le cas échéant être associée aux bilans, séances et forfaits IPA.

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

Les majorations de nuit, dimanche et jours fériés peuvent être associées aux « séances de soins ponctuelles IPA » dans le respect de l'article 14 de la NGAP.

- **Concernant les frais de déplacement (dérogation à l'article 13 NGAP)**

Ces frais sont facturables à chaque passage de l'IPA au domicile du patient dans les conditions définies à la NGAP.

Par dérogation, la règle inscrite à l'article 13 de la NGAP dite du « professionnel le plus proche » ne s'applique pas pour le suivi des patients par les infirmiers en pratique avancée.

2.2 Adaptation des aides au démarrage de l'activité libérale d'infirmier en pratique avancée

L'avenant 9 fait évoluer les engagements permettant de bénéficier des aides, le montant et les modalités de versement et a introduit un modèle de contrat que les IPA devront conclure avec la caisse pour bénéficier de cette valorisation.

Ces dispositions s'appliquent à compter du 23 septembre 2022.

2.2.1 Présentation du contrat

<u>Contrat d'aide au démarrage de l'activité des IPAL</u>	
<u>Objet</u>	Accompagner les infirmiers en pratique avancée dans le début de leur activité libérale par la mise en place d'une aide financière.
<u>Conditions d'éligibilité</u>	<p>Sont éligibles à cette aide :</p> <ul style="list-style-type: none">- 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. <p><i>NB : ces aides ne sont plus destinées aux seules IPA exclusives</i></p> <p><i>Dispositions transitoires : dans le délai d'un an suivant la date de parution au JO de l'avenant 9 à la convention nationale, possibilité pour les IPA libéraux déjà en exercice de bénéficier de ce nouveau contrat</i></p>
<u>Montant de l'aide</u>	<p>Option 1 : IPA conventionné exerçant en zone sous dense médicale qualifiée de ZIP : 40 000 € (30 000 euros dans le mois suivant la signature du contrat et 10 000 euros la 2^{ème} année, avant la fin du 1er semestre de l'année suivante.)</p> <p>Option 2 : IPA conventionné exerçant en dehors de ces zones : 27 000 € (20 000 dans le mois suivant la</p>

	<p>signature du contrat, 7 000 € la 2^{ème} année, avant la fin du 1er semestre de l'année suivante)</p> <p>+ <i>Bonus pour les 2 options : l'IPA maître de stage pourra bénéficier de 200 € supplémentaire par mois (durant la durée du stage). Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.</i></p> <p><i>Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.</i></p>
<u>Durée du contrat</u>	5 ans
<u>Engagements au contrat</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 ➤ 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 <p>+ <i>Engagement optionnel</i></p> <p><i>A titre optionnel, l'IPA s'engage à exercer les fonctions de maître de stage et à accueillir en stage un étudiant IPA.</i></p>
<u>Résiliation du contrat et récupération des sommes induites versées</u>	si l'infirmier quitte la zone avant la fin des 5 ans ou si la part d'activité minimale en tant qu'IPA n'est pas atteinte.

NB : un contrat type d'aide au démarrage IPA figure en annexe de l'avenant 9 et en annexe 2 de la présente circulaire. Ce contrat doit désormais être conclu pour permettre aux IPA libérales de bénéficier de ces aides

2.2.2 Vérification du respect des engagements et modalités de paiement de l'aide

La caisse procédera *via* requête pour vérifier chaque année le taux d'atteinte par l'IPA de ses engagements (nombre de patients suivis par l'IPA et part d'activité IPA sur l'année N-1).

NB :

-Pour comptabiliser le nombre de patients suivis par l'IPA, seuls les forfaits initiaux et de suivi sont pris en compte (PAI et MIP – suivi régulier).

-pour comptabiliser la part d'activité en tant qu'infirmier en pratique avancée, nécessaire de prendre en compte l'ensemble des forfaits facturés par l'IPA (au titre du suivi régulier et ponctuel)

La caisse pourra procéder à la récupération des sommes indument versées dans les cas suivants :

- ✓ l'infirmier a quitté la zone d'installation avant la fin des 5 ans du contrat (au prorata de mois restant à courir sur l'année)
- ✓ la part d'activité minimale en tant qu'IPA n'est pas atteinte. Lorsque la part d'activité minimale au titre de la 3ème 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 3ème année soit 82% de réalisation de l'objectif cible se verra récupérer 18% des aides qui lui ont été versées au titre du contrat).

L'aide sera payée à ce stade manuellement par les caisses avec le code prestation FSA (voir annexe 3).

2.2.3 Les dispositions transitoires

Dans le délai d'un an suivant la date d'entrée en vigueur de l'avenant 9:

- ✓ les IPA libéraux conventionnés déjà en exercice pourront demander à bénéficier des nouveaux contrats d'aide au démarrage de l'activité.
- ✓ les IPA en exercice ayant déjà 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 (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).

3. [Le recours à la télésanté par les infirmiers \(article 3 de l'avenant n°9\)](#)

L'avenant 9 inscrit de manière pérenne dans la convention nationale, la possibilité pour les infirmiers de recourir au télésoin et de requérir une téléexpertise auprès d'un professionnel médical. L'avenant détermine les conditions de réalisation et de facturation de ces actes à distance. Par ailleurs, l'avenant étend la possibilité pour les infirmiers d'assister une téléconsultation réalisée à la demande d'une sage-femme (et non uniquement à la demande du médecin comme auparavant).

3.1 Conditions de réalisation et de facturation des actes en télésoin par les infirmiers

Ces dispositions entrent en vigueur à compter du 23 septembre 2022

3.1.1 Champ d'application du télésoin

Patients concernés : les patients doivent être informés des conditions de réalisation de l'acte en télésoin, des alternatives possibles et avoir donné leur consentement préalablement à la réalisation de l'acte.

Actes concernés : seuls les actes suivants inscrits à la NGAP peuvent 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, les partenaires conventionnels conviennent toutefois de l'intérêt de créer, à la NGAP, 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.*

Précision : la disposition portant sur la création d'un acte de suivi d'un pansement à distance est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale (6 mois) et 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 soit à compter du 23 mars 2023.

A l'instar des actes en présence du patient, les actes réalisés à distance doivent être prescrits et être inscrits à la NGAP. Toutefois, l'ordonnance n'a pas à préciser spécifiquement que ces actes peuvent ou non être réalisés à distance.

Principe de connaissance préalable du patient : le patient doit être connu de l'infirmier, c'est-à-dire avoir bénéficié d'au moins un acte ou bilan en présence du patient dans les 12 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).

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 présence du patient.

Principe d'impossibilité pour les infirmiers d'exercer une activité exclusive à distance : l'infirmier ne pourra réaliser au maximum que 20% de son activité conventionnée à distance.

NB : Ce seuil est appliqué à l'activité annuelle globale N-1 de l'infirmier.

Le non-respect de ce seuil pourra faire l'objet d'une sanction conventionnelle.

Un suivi statistique du volume d'activité à distance réalisé par les PS est réalisé au niveau national. Les infirmiers pourront avoir accès à ce suivi via ameli pro.

Principe de territorialité de la réponse à la demande de soins : seul un infirmier du même territoire que le patient peut réaliser le télésoin.

Le principe de territorialité n'est pas défini ni limité à un périmètre géographique. Ce principe répond à la nécessité d'une continuité des soins. (l'infirmier situé dans le même territoire que le patient sera alors en mesure de proposer au patient des actes 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).

3.1.2 Modalités de réalisation du télésoin

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.

Le télésoin est obligatoirement réalisé par vidéotransmission. L'acte à distance doit être réalisé dans des conditions permettant de garantir à la fois la confidentialité des échanges ainsi que la sécurisation des données transmises.

Afin de garantir la traçabilité de l'acte réalisé en télésoin, celui-ci doit faire l'objet d'un compte rendu établi par l'infirmier qu'il archive dans son propre dossier patient.

Un compte-rendu peut être également intégré par l'infirmier libéral dans le dossier médical partagé (DMP) du patient lorsqu'il est ouvert.

3.1.3 Modalités de facturation des actes réalisés en télésoin

Les actes en télésoin sont 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.

Pour les actes de télésoin dont la cotation existe déjà en NGAP, ces derniers ne sont pas soumis au délai de 6 mois (L.162-14-1-1 du CSS) ou à la publication d'une décision UNCAM.

Dès lors, les infirmiers peuvent facturer via le code TMI dès le 23 septembre 2022.

Les actes de télésoin ne peuvent pas être cumulés avec :

- les frais de déplacements (prévus à l'article 13 de la NGAP).
- 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, BSI 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.

En revanche, 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.

Précision : les prises en charges réalisées par les IPA (en présence du patient ou à distance) sont facturées via des lettres clés spécifiques indiquées à l'article 5.8 de la convention nationale.

En l'absence de possibilité de lire la carte Vitale du patient, la facturation sera réalisée en mode SESAM sans Vitale.

NB : tant que l'infirmier ne disposera pas d'un logiciel permettant de facturer les actes en télésoin en SESAM sans Vitale, l'infirmier aura la possibilité de facturer ces actes en mode SESAM "dégradé".

A noter que dans ce cadre, l'infirmier n'est pas exonéré de l'envoi de la feuille de soins papier via SCOR, parallèlement au flux électronique.

Les infirmiers pourront être amenés à facturer des actes en série pouvant comprendre un ou plusieurs actes à distance et en présentiel ; dès lors des règles particulières de facturation d'actes en série ont été prévues :

- dans le cas où le dernier acte facturé est réalisé à distance, l'infirmier peut facturer l'ensemble de la série d'actes (comprenant des actes en présentiel et à distance) ;
- dans le cas où le dernier acte est réalisé en présence du patient, l'infirmier n'est pas autorisé à facturer l'ensemble de la série d'actes.

Dans ce cas, deux facturations sont alors nécessaires :

- ✓ les actes réalisés en présentiel sont facturés en SESAM Vitale (lecture carte vitale) ;
- ✓ les actes à distance sont facturés en SESAM sans Vitale (si le professionnel dispose d'un logiciel le permettant) ou à défaut, en mode dégradé.

NB : la facturation en mode sécurisé vitale est réservée aux seuls actes réalisés en présentiel

Ces actes bénéficient désormais de la même prise en charge que les actes réalisés en présence du patient (pris en charge à 60% par l'Assurance Maladie).

3.2 Le recours à la téléexpertise par les infirmiers et les IPA (article 6.4 de l'avenant n°9)

Entrée en vigueur : ces mesures s'appliquent 6 mois après l'entrée en vigueur de l'avenant et sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionné à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (décision UNCAM) soit depuis le 23 mars 2023.

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 du patient.

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.

NB :

-Les IPA sont à l'instar des infirmiers habilités à requérir une téléexpertise auprès d'un professionnel médical. Toutefois, ils ne peuvent pas requérir une téléexpertise auprès du médecin leur ayant orienté le patient.

-la téléexpertise n'a pas à être prescrite par un médecin. L'infirmier est habilité à requérir une téléexpertise si besoin pour un patient pour lequel des soins infirmiers auront été prescrits.

-la prise en charge de la possibilité pour les infirmiers et les IPA 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. Pour l'instant, la prise en charge concerne seulement les téléexpertise sollicitée par un infirmier auprès d'un médecin ou d'une sage-femme.

Patients concernés : Ils doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement.

Modalités de réalisation de l'acte de téléexpertise : réalisée dans des conditions permettant de garantir la confidentialité des échanges entre l'infirmier requérant et le professionnel médical requis ainsi que la sécurisation des données transmises.

Compte-rendu de la téléexpertise : L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte-rendu, établi par le professionnel médical requis qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au professionnel de santé requérant ayant sollicité l'acte. Le compte rendu est intégré dans le dossier médical partagé (DMP) du patient lorsqu'il est ouvert.

Modalités de rémunération de l'acte de téléexpertise : L'acte de demande de téléexpertise est valorisé à hauteur de 10€ dans la limite de 4 actes par an, par infirmier, pour un même patient, et facturé avec la lettre-clé traçante RQD.

Modalités de facturation de l'acte de téléexpertise :

En l'absence de possibilité de lire la carte Vitale du patient, la facturation de l'acte de requérant s'effectue en mode SESAM sans Vitale, dans les conditions définies à l'article R. 161-43-1 du CSS. Si le logiciel SESAM-Vitale n'est pas à jour des modalités de facturation des actes de télésanté, l'infirmier a la possibilité de facturer en mode SESAM « dégradé ».

NB : 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.

3.3 Accompagnement par l'infirmier de téléconsultations (art. 2 de l'avenant n°9)

Entrée en vigueur : ces mesures s'appliqueront à compter de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionné à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (décision UNCAM).

L'avenant 9 étend la possibilité pour les infirmiers d'accompagner la téléconsultation organisée à la demande de toute profession médicale (et pas uniquement à la demande d'un médecin).

A noter que, la possibilité pour l'infirmier d'accompagner la téléconsultation organisée à la demande d'un chirurgien-dentiste est conditionnée à l'inscription de la téléconsultation dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes. Cette prise en charge est donc seulement prévue à ce stade pour les téléexpertises sollicitées par un infirmier auprès des médecins ou des sages-femmes.

L'acte d'accompagnement à la téléconsultation est toujours valorisé de la manière suivante :

- ✓ l'acte est réalisé lors d'un soin infirmier déjà prévu (code TLS – acte à 10 €) ;
- ✓ l'acte est réalisé isolément dans un lieu dédié aux téléconsultations (code TLL – acte à 12 €) ;
- ✓ l'acte est organisé de manière spécifique à domicile (code TLD – acte à 15 €).

4. Valorisation de l'administration des vaccins (art. 5 de l'avenant n°9)

Entrée en vigueur : ces mesures s'appliquent 6 mois après l'entrée en vigueur de l'avenant et sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionné à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (décision UNCAM) soit depuis le 23 mars 2023.

NB : Ce titre a été mis à jour suite à la parution du décret n° 2023-736 du 8 août 2023.

Le décret n°2022-610 du 21 avril 2022 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers et des pharmaciens d'officine a étendu les compétences des infirmiers en matière d'administration des vaccins et fixe la liste des vaccins qu'ils peuvent administrer sans prescription médicale préalable de l'acte d'injection. Ces compétences vaccinales des infirmiers ont ensuite été élargies par des textes publiés au Journal officiel le 9 août 2023 chez les personnes de 11 ans et plus. Les infirmiers sont désormais autorisés à prescrire l'ensemble des vaccins mentionnées dans le calendrier des vaccinations, à l'exception des vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées, sous réserve d'avoir suivi une formation à la prescription et d'avoir déclaré cette nouvelle activité à l'autorité compétente du Conseil de l'ordre des infirmiers dont ils relèvent.

Ainsi, dans la continuité de ces mesures règlementaires, l'avenant n°9 valorise l'acte d'injection du vaccin selon que l'infirmier dispose ou non d'une prescription médicale selon les modalités suivantes:-

- ✓ lorsque le patient dispose d'une prescription préalable établie par un professionnel de santé pour le produit et l'acte d'injection, ou que la délivrance du vaccin et son injection ne nécessitent pas de prescription (le bon de prise en charge de la vaccination antigrippale vaut prescription du vaccin et de l'acte d'injection) : AMI 2,4 (7,56 € en métropole, 7,92 € dans les DOM et à Mayotte) ;
- ✓ lorsque le patient ne dispose pas d'une prescription préalable établie par un autre professionnel de santé pour le produit et/ou pour l'acte d'injection, et que l'infirmier qui réalise l'injection prescrit le produit et/ou l'acte d'injection (conformément à son champ de compétences et aux recommandations en vigueur) : AMI 3,05 (9,61 € en métropole, 10,07 € dans les DOM et à Mayotte).

La cotation AMI 1 (pour injection intramusculaire, sous-cutanée ou intradermique) n'est donc plus valable pour les vaccinations réalisées par les infirmiers.

NB :

- Lorsqu'ils sont réalisés à domicile, ces actes de vaccination dérogent aux dispositions de l'article 11B des dispositions générales de la NGAP en ce qu'ils peuvent être cumulés à taux plein quel que soit le coefficient du ou des actes éventuellement associés.
- Compte tenu de la valorisation mise en place, l'avenant 9 prévoit la suppression du supplément grippe (AMI 1) mis en place pour la vaccination.
- le tarif AMI 3,05 vise à valoriser l'injection des vaccins par l'infirmier qu'ils peuvent désormais administrer sans prescription médicale préalable du produit et/ou de l'acte d'injection, conformément à leur champ de compétences et aux recommandations en vigueur.

5. Evolution du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet (art. 4 de l'avenant n°9 –versement du FAMI 2023 au titre de l'année 2022)

La rédaction de l'article 22 de la convention nationale portant sur le forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet a été revue afin d'intégrer les dernières évolutions intervenues sur le forfait : intégration des évolutions portant sur les IPA,

intégration de l'indicateur exercice coordonné au sein des indicateurs socles du FAMI à compter de 2022, et la fin de la valorisation accordée au titre de l'ouverture par les infirmiers des DMP liées à la création pour tous les patients du service mon espace santé.

Nos équipes restent bien entendu à votre disposition en cas de difficulté dans l'application des présentes instructions.

PJ :

Annexe 1 : Avenant n°9 à la convention nationale des infirmiers libéraux

Annexe 2 : contrat type d'aide au démarrage IPA

Annexe 3 : procédure de paiement manuel des aides IPA

Annexe 4 : Communiqué de presse

Annexe 5 : Message DCGDR – vaccination sans prescription médicale préalable