Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Avis relatif à l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, signée le 22 juin 2007

NOR : *SSAS1916881V*

A fait l'objet d'une approbation, en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, conclu le 29 mars 2019, entre d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et d'autre part, la Fédération nationale des infirmiers (FNI) et le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL).

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

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

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 1434-4 ;

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

Vu l'accord-cadre interprofessionnel mentionné à l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale, signé le 10 octobre 2018 ;

Il est convenu ce qui suit entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM),

et

La Fédération nationale des infirmiers,

Le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux,

Convergence infirmière.

Les parties signataires du présent avenant conviennent que les dispositions de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmiers libéraux et les organismes d'assurance maladie obligatoire, signée le 22 juin 2007 ainsi que les dispositions de ses avenants 1 à 5 sont remplacées par les dispositions qui suivent.

PLAN DE L'AVENANT

PREAMBULE

TITRE PRELIMINAIRE –PORTEE DE LA CONVENTION NATIONALE

Article.1. Objet de la convention

Article.2. Champ d'application de la convention

TITRE Ier - CONFORTER L'ACCES AUX SOINS

Article.3. Dispositif démographique applicable aux infirmiers

Article.3.1. Principes généraux

Article.3.2. Zonage démographique des infirmiers

Article.3.2.1. Délimitation des zones

Article.3.2.2. Modulations des zones à l'échelon régional

Article.3.3. Dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées »

Article.3.3.1. Contrats incitatifs infirmier (CII)

Article.3.3.1.1. Contrat type national d'aide à l'installation en libéral des infirmiers dans les « zones très sous-dotées »

Article.3.3.1.2. Contrat type national d'aide à la première installation en libéral des infirmiers dans les « zones très sous-dotées »

Article.3.3.1.3. Contrat type national d'aide au maintien des infirmiers libéraux dans les « zones très sous-dotées »

Article.3.3.2. Dispositifs communs aux contrats incitatifs infirmiers

Article.3.4. Dispositif de régulation du conventionnement des infirmiers installés en zone surdotée et dispositif d'encadrement de l'activité libérale conventionnée en zone très dotée et en zone intermédiaire situés en périphérie des zones sur-dotées

Article.3.4.1. Modalités de gestion des demandes de conventionnement des infirmiers en « zone sur-dotée »

Article.3.4.2. Dérogations au principe de régulation du conventionnement en « zones sur-dotées »

Article.3.4.3. Application du principe de régulation du conventionnement en « zones sur-dotées » au SSIAD

Article.3.4.4. Application du principe d'encadrement de l'activité libérale sous convention des infirmiers nouvellement installés en « zone très-dotée » et en « zone intermédiaire » situés en périphérie des zones sur-dotées

Article.4. Suivi du rééquilibrage de l'offre de soins en infirmiers sur le territoire et accompagnement du dispositif

Article.4.1. Suivi du dispositif démographique

Article.4.2. Accompagnement du dispositif

TITRE II – VALORISER L'ACTIVITE DES INFIRMIERS LIBERAUX

Article.5. La valorisation de l'implication des infirmiers en matière d'accompagnement, de prévention et d'éducation à la santé

Article.5.1. Accompagnement par les infirmiers de la prise médicamenteuse à domicile

Article.5.2. Prise en charge par les infirmiers des soins postopératoires à domicile

Article.5.3. Prise en charge par les infirmiers des enfants de moins de 7 ans

Article.5.4. Prise en charge par les infirmiers des patients sous chimiothérapie orale et thérapie par pression négative

Article.5.5. Prise en charge par les infirmiers des pansements

Article.5.5.1. Prise en charge des pansements courants

Article.5.5.2. Prise en charge des pansements lourds et complexes

Article.5.6. Autres mesures de valorisation

Article.5.6.1. Prélèvements sanguins

Article.5.6.2. Extension du champ de la majoration pour acte unique

Article.5.7. Prise en charge des soins à domicile des patients dépendants

Article.5.8. Accompagnement des patients par les infirmiers de pratiques avancées

Article.6. La valorisation de la promotion et du déploiement d'outils d'échanges, de sécurisation et de coordination professionnelle

Article.6.1. Soutenir l'investissement des infirmiers dans l'ouverture du Dossier Médical Partagé

Article.6.2. Soutenir l'investissement des infirmiers dans la mise en œuvre de la télémédecine

Article.6.2.1. Champ d'application de la téléconsultation

Article.6.2.2. Rôle de l'infirmier accompagnant

Article.6.2.3. Les conditions de réalisation de la téléconsultation

Article.6.2.4. Modalités de rémunération de l'acte d'accompagnement à la téléconsultation

Article.6.2.5. Aide à l'équipement nécessaire pour le déploiement de l'activité de télémédecine

Article.6.2.6. Le suivi de la mise en œuvre de la téléconsultation

TITRE III – MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL

Article.7. Démarches de l'infirmier auprès de la caisse lors de l'installation en libéral

Article.8. Conditions d'installation et de cessation d'activité en exercice libéral sous convention

Article.9. Modalités d'exercice

Article.10. Conditions particulières d'exercice des infirmiers exerçant au sein des sociétés d'exercice

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

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

Article.13. De la qualité et du bon usage des soins

Article.14. Le respect du libre choix

Article.15. Les documents ouvrant droit au remboursement des prestations

Article.16. Rédaction des ordonnances

Article.17. Facturation des honoraires et indemnités kilométriques

Article.17.1. Document de facturation

Article.17.2. Dispositions particulières liées à la réalisation d'actes en série

Article.17.3. Dispositions particulières liées à la réalisation d'un acte par un infirmier salarié

Article.17.4. Dispositif de plafonnements journaliers du montant facturé des indemnités kilométriques 54

Article.18. Mode de fixation des honoraires

Article.19. Mise en œuvre de la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux

Article.19.1. Tiers payant pour les bénéficiaires de la CMU-c

Article.19.2. Tiers Payant pour les bénéficiaires de l'ACS

Article.19.3. Tiers Payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ou d'une affection de longue durée (ALD)

Article.19.4. Autres Tiers payants

TITRE IV - MODERNISER LES RELATIONS ENTRE LES INFIRMIERS ET L'ASSURANCE MALADIE

Article.20. Les engagements de l'assurance maladie sur la gestion de la facturation des actes

Article.21. Modalités des échanges relatifs à la facturation à l'Assurance maladie

Article.21.1. Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques

Article.21.2. L'utilisation de la carte de professionnel de santé

Article.21.3. L'utilisation de la carte vitale

Article.21.4. Les règles de télétransmission de la facturation

Article.21.5. Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

Article.21.6. Principe de numérisation et de télétransmission des ordonnances (dispositif SCOR)

Article.21.7. Tri et transmission des ordonnances en cas de non recours au dispositif SCOR

Article.22. Aides à la modernisation et à l'informatisation

Article.23. Les autres procédures de facturation

Article.23.1. La feuille de soins SESAM « dégradé »

Article.23.2. La facturation via la feuille de soins sur support papier

Article.23.3. La simplification des échanges entre les infirmiers et l'assurance maladie

Article.23.3.1. Le déploiement de la norme NOEMIE 580

Article.23.3.2. Mise à disposition de téléservices par l'assurance maladie obligatoire

Article.23.3.3. Des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés

Article.23.3.4. Un accompagnement des professionnels de santé dans leur pratique

TITRE V - DISPOSITIONS SOCIALES ET FISCALES

Article.24. Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Article.25. Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse

Article.26. Modalités de versement

TITRE VI - VIE CONVENTIONNELLE

Article.27. Durée de la convention

Article.28. La signature de la convention par une nouvelle partie

Article.29. Résiliation de la convention

Article.30. Notification de la convention

Article.31. Modalités d'adhésion

Article.32. Modalités de rupture d'adhésion

Article.33. Instances conventionnelles

Article.34. Procédures conventionnelles

Article.34.1. Non-respect des règles conventionnelles constaté par une caisse

Article.34.2. La procédure

Article.34.2.1. Procédure préalable d'avertissement

Article.34.2.2. Relevé de constatation préalable à la convocation de la CPD

Article.34.2.3. Examen par la commission paritaire départementale

Article.34.2.4. Décision et notification de la sanction

Article.34.3. Les sanctions susceptibles d'être prononcées

Article.34.4. Procédure exceptionnelle de déconventionnement

Article.34.5. Condamnation par une instance ordinale ou judiciaire

Article.34.6. Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur du présent accord

ANNEXE I – TARIFS

ANNEXE II- METHODOLOGIE DE CLASSIFICATION DES ZONES RELATIVES AUX INFIRMIERS LIBERAUX

ANNEXE III- CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE A L'INSTALLATION DES INFIRMIERS DANS LES ZONES TRES SOUS DOTEES

ANNEXE IV - CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE A LA PREMIERE INSTALLATION DES INFIRMIERS DANS LES ZONES TRES SOUS DOTEES

ANNEXE V – CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE AU MAINTIEN DES..... INFIRMIERS DANS LES ZONES TRES SOUS DOTEES

ANNEXE VI – CONTRAT INCITATIF INFIRMIER : Option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmiers libéraux conventionnés en zones « très sous dotées. »

ANNEXE VII - MODELE DE FORMULAIRE D'ADHESION AU CONTRAT INCITATIF INFIRMIER (dispositions transitoires)

ANNEXE VIII – MODALITÉS DE CALCUL DE LA PARTICIPATION DES CAISSES AUX COTISATIONS SOCIALES DUES AU TITRE DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE, MATERNITÉ, DÉCÈS DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX CONVENTIONNÉS

ANNEXE IX – NUMERISATION ET TELETRANSMISSION DES ORDONNANCES

ANNEXE X – REGLEMENT INTERIEUR DES INSTANCES CONVENTIONNELLES

ANNEXE XI - COMMISSION DE HIERARCHISATION DES ACTES ET DES PRESTATIONS INFIRMIERS (CHAP)

ANNEXE XII – BILAN DE SOINS INFIMIERS

ANNEXE XIII – SUIVI ET IMPACT DE LA MISE EN ŒUVRE DES FORFAITS JOURNALIERS DE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT DEPENDANT

PREAMBULE

Avec la conclusion de ce nouvel accord conventionnel, les partenaires signataires souhaitent poursuivre leur engagement en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins, de la qualité de la prise en charge des patients avec notamment le développement de la coordination pluri-professionnelle, l'investissement dans la prévention et la meilleure connaissance et efficience des soins infirmiers. Ils souhaitent également répondre aux attentes fortes exprimées par les infirmiers en termes d'évolution de leurs conditions d'exercice et des modes de valorisation de leur activité au regard de la diversité et de la complexité des prises en charge assurées.

La convention s'attache donc à moderniser les conditions d'exercice de l'activité libérale, conforter la qualité des pratiques et valoriser la prise en charge des patients en tenant compte notamment de la complexité des différentes situations cliniques.

Les parties signataires s'accordent ainsi sur l'importance de garantir à toute la population sur l'ensemble du territoire l'accès aux soins infirmiers en améliorant la répartition de l'offre de soins. A ce titre, ils conviennent de renforcer les mesures démographiques mises en place pour favoriser l'exercice des infirmiers dans les zones déficitaires et maintenir un dispositif de régulation de l'offre en zone excédentaire, en tenant compte des spécificités de la profession.

L'amélioration de l'état de santé de la population passe également par une politique volontariste axée sur la prévention. Dans ce cadre, les partenaires conventionnels souhaitent développer et valoriser l'accompagnement par les infirmiers de la prise médicamenteuse à domicile dans le but d'améliorer l'observance et de prévenir les risques liés à la iatrogénie. De même, les parties signataires souhaitent renforcer l'implication des infirmiers dans le cadre des sorties d'hospitalisation en post chirurgie afin de prévenir les risques d'aggravation de certaines pathologies, l'apparition de complications et favoriser ainsi un retour précoce au domicile.

Parallèlement, les partenaires conventionnels souhaitent renforcer leur engagement en faveur d'une meilleure connaissance et efficience des soins infirmiers et faire évoluer les modes de rémunération notamment pour les soins réalisés au domicile pour les patients dépendants et la prise en charge des plaies afin de mieux tenir compte de la charge de travail de l'infirmier auprès des patients.

Les parties signataires poursuivent également l'accompagnement des évolutions de la profession, et notamment le soutien aux modes d'exercice coordonné. Dans ce cadre, les partenaires conventionnels s'entendent notamment pour contribuer au développement de la télémédecine en coordination avec les médecins, sur l'ensemble du territoire, en s'appuyant sur le réseau des infirmiers et la proximité d'accès qu'ils offrent à la population.

Les partenaires conventionnels souhaitent également favoriser les outils, les systèmes d'information et les modes d'organisation permettant aux infirmiers libéraux d'échanger avec les autres acteurs du système de santé pour assurer de manière efficiente la prise en charge coordonnée de leurs patients notamment par la mise en place d'un forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation. Ils souhaitent également dans ce cadre soutenir l'investissement des infirmiers dans l'ouverture du dossier médical partagé en favorisant l'adaptation des logiciels métiers aux contraintes de mobilité des infirmiers libéraux.

Les parties signataires conviennent ainsi de ce qui suit.

TITRE PRELIMINAIRE –PORTEE DE LA CONVENTION NATIONALE

Article.1. Objet de la convention

La présente convention a pour objet notamment :

- de rassembler les principes, modalités et procédures appelés à régir les relations entre l'assurance maladie et les infirmiers ayant adhéré à la présente convention ;
- d'améliorer l'accès aux soins infirmiers par le renforcement des mesures incitatives à l'installation dans les zones sous-denses et la poursuite des mesures de régulation de l'installation en zones sur-denses ;
- de valoriser l'activité des infirmiers au regard de la diversité et de la complexité des prises en charge assurées ;
- de favoriser le déploiement de la télémédecine par la mise en place d'une organisation coordonnée avec les médecins ;
- de renforcer les actions de prévention ;
- de déterminer les modalités de facturation et de règlement des prestations remboursables par l'assurance maladie.

Article.2. Champ d'application de la convention

Les infirmiers bénéficiaires des dispositions conventionnelles et les organismes d'assurance maladie

La présente convention s'applique aux infirmiers exerçant à titre libéral et aux infirmiers salariés d'un professionnel de santé exerçant à titre libéral qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel, pour les soins dispensés au cabinet, au domicile du patient ou à son substitut et, le cas échéant, dans des locaux mis à disposition notamment pour leur participation aux actes de télémédecine ou dans des structures de soins, dès lors que ceux-ci sont tarifés et facturés à l'acte.

La présente convention s'applique également aux infirmiers autorisés par dérogation à effectuer en France une libre prestation de services au sens du code de la santé publique habilités par l'Ordre des infirmiers, ayant un lieu d'exercice sur le territoire français et qui peuvent faire le choix d'exercer sous le régime conventionnel.

Sont exclus du champ d'application de la convention :

-les infirmiers dispensant des actes au sein de locaux commerciaux, au sens du droit commercial et conformément à l'article R.4312-77 du code de la santé publique,

-les infirmiers salariés exclusifs exerçant dans un établissement public ou privé d'hospitalisation, dans un établissement social ou médico-social ou dans un centre de santé.

Les infirmiers placés sous le régime de la présente convention bénéficient des droits inscrits dans la convention et s'engagent à en respecter toutes les dispositions ainsi que celles des textes régissant l'exercice de la profession.

Les engagements conventionnels s'imposent également aux infirmiers qui exercent à la place d'un infirmier conventionné dans le cadre d'un remplacement. Dans ce cas, l'infirmier conventionné remplacé informe les intéressés de l'obligation qui leur incombe de respecter les dispositions conventionnelles.

La présente convention s'applique également aux organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire.

Sont désignés dans le présent texte comme les « caisses » et « l'assurance maladie », les organismes chargés de la gestion d'un régime d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique. Lorsque la seule caisse primaire ou caisse générale de sécurité sociale est visée, elle est réputée agir pour son compte et pour le compte de tous les organismes d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique.

Les caisses d'assurance maladie s'engagent à respecter toutes les dispositions prévues par la présente convention et les textes réglementaires régissant l'exercice de la profession.

Les patients bénéficiaires des dispositions conventionnelles

Les dispositions conventionnelles bénéficient à l'ensemble des ressortissants relevant des risques garantis par les régimes d'assurance maladie obligatoire et celui des accidents du travail et des maladies professionnelles.

TITRE Ier - CONFORTER L'ACCES AUX SOINS

Article.3. Dispositif démographique applicable aux infirmiers

Les parties signataires confirment leur souhait de lutter contre les inégalités d'accès aux soins et d'apporter une réponse adaptée aux besoins en soins de la population sur l'ensemble du territoire.

Les parties signataires constatent qu'il existe encore des disparités géographiques d'offre de soins infirmiers qui peuvent conduire, dans les zones à faible densité, à des difficultés d'accès aux soins pour les patients.

Dès lors, les parties signataires s'engagent à poursuivre la réduction progressive de ces disparités en renforçant de manière significative le dispositif incitatif proposé aux infirmiers pour les encourager à s'installer dans les zones très sous-dotées définies ci-après.

Les parties signataires conviennent également de poursuivre les mesures de régulation démographique en régulant l'accès au conventionnement dans les zones « sur-dotées » définies ci-après et en instaurant un encadrement de l'activité des infirmiers dans les zones très dotées et intermédiaires situées en périphérie des zones surdotées.

Article.3.1. Principes généraux

- Dans les zones « très sous dotées » définies ci-après, les mesures d'incitation à l'installation et au maintien en exercice libéral sont renforcées, conformément aux dispositions prévues à l'article 3.3 ;

-dans les zones sous dotées, l'exercice libéral sous convention n'est soumis à aucune condition particulière que celle figurant à l'article 8 du présent texte ;

-dans les zones très dotées et intermédiaires situées en périphérie des zones sur-dotées dont la liste est établie par la commission paritaire régionale (CPR) conformément à l'article 3.4.4 du présent texte, un encadrement de l'activité libérale des infirmiers nouvellement installés sur ces zones est mis en place. Dans les autres zones très dotées et intermédiaires, l'exercice libéral sous convention n'est soumis à aucune condition particulière que celle figurant à l'article 8 du présent texte ;

-dans les zones « sur-dotées » définies ci-après, l'accès au conventionnement ne peut intervenir qu'au bénéfice d'un infirmier assurant la succession d'un confrère cessant son activité définitivement dans la zone considérée sauf cas de dérogations prévues à l'article 3.4.2.

Les présentes dispositions s'appliquent dans le cadre des dispositions générales prévues à l'article 8 de la convention nationale.

Article.3.2. Zonage démographique des infirmiers

Les partenaires conventionnels ont mené des travaux afin de rénover la méthodologie de classification des zones dans lesquelles les partenaires conventionnels ont défini des mesures d'incitation et de régulation en vue d'une meilleure répartition géographique de l'offre de soins en infirmiers.

Les partenaires conventionnels ont choisi d'utiliser la méthodologie de l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) développée par la DREES.

Ils proposent donc de retenir la méthode suivante et complétée en annexe II pour déterminer les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins en infirmiers et celles, au contraire, dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, au sens de l'article L.1434-4 du code de la santé publique.

Ils s'engagent à suivre annuellement l'évolution du zonage en fonction de la mise à jour des données notamment dans le cadre des commissions paritaires régionales et à proposer des mesures d'adaptations du zonage si nécessaire, dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale définie dans la présente convention.

Les nouveaux zonages entreront en vigueur sous réserve de la publication des arrêtés prévus par l'article L.1434-4 du code de la santé publique.

Article.3.2.1. Délimitation des zones

Le territoire national est divisé en bassins de vie pseudo-cantons classés en cinq catégories de zones définies par la méthode figurant en annexe II.

Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, au sens de l'article L.1434-4 du code de la santé publique sont divisées en deux niveaux : les « zones sur-dotées » et les « zones très-dotées ».

Les « zones sur-dotées » correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent 28,4 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL est le plus élevé.

Les « zones très-dotées » correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent 20,4 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL est inférieur à celui des zones « sur-dotées ».

Les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants qui représentent 36,8 % de la population française sont classés en zones « intermédiaires ».

Les zones caractérisées par une offre de soins en infirmiers insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, au sens de l'article L.1434-4 du code de la santé publique, sont divisées en deux catégories : les « zones très sous-dotées » et les « zones sous-dotées ».

Les « zones très sous-dotées » correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent 5% de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL est le moins élevé.

Les « zones sous-dotées » correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent 9,5 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur APL est supérieur à celui des zones « très sous-dotées ».

Les nouveaux zonages entreront en vigueur sous réserve de la publication des arrêtés prévus par l'article L.1434-4 du code de la santé publique.

Article.3.2.2. Modulations des zones à l'échelon régional

Si les caractéristiques d'une zone tenant par exemple à sa géographie ou à ses infrastructures (ex : transports…), à l'offre de soins présente sur la zone, à des indicateurs de fragilité (ex : CMU, handicap…) le justifient, l'arrêté de l'agence régionale de santé définissant le zonage peut modifier le classement des zones « très sous-dotées » et « sur-dotées » selon les dispositions suivantes et après concertation prévue à l'article R.1434-42 du code la santé publique et avis de la Commission Paritaire Régionale prévue à la présente convention nationale des infirmiers.

A. Modulation régionale des « zones sur-dotées »

L'arrêté de l'ARS définissant le zonage peut modifier les bassins de vie ou pseudo-cantons qualifiés de « zones sur-dotées » en sélectionnant parmi les bassins de vie ou pseudo-cantons qui recouvrent 33,4% de la population française totale (soit 28,4 % de la population à laquelle s'ajoute les 5% de marge de manœuvre des ARS) ceux pour lesquels l'indicateur APL est le plus élevé.

Le reclassement de bassins de vie ou pseudo-cantons en « zones sur-dotées » engendre le basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons initialement classés en « zones sur-dotées » vers un classement en « zones très-dotées ».

Les bassins de vie ou pseudo-cantons ainsi qualifiés par l'ARS de « zones sur-dotées » doivent recouvrir la même part de la population régionale que les zones initialement classées en « zones sur-dotées » avant intervention de l'ARS et recouvrir 28,4% de la population française totale.

B. Modulation régionale des « zones très sous-dotées »

L'arrêté de l'ARS définissant le zonage peut modifier les bassins de vie ou pseudo-cantons qualifiés de « zones très sous-dotées » en sélectionnant parmi les bassins de vie ou pseudo-cantons qui recouvrent 10% de la population française totale (soit 5 % de la population à laquelle s'ajoute les 5% de marge de manœuvre des ARS) ceux pour lesquels l'indicateur APL est le plus faible.

Le reclassement de bassins de vie ou pseudo-cantons en « zones très sous-dotées » engendre le basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons initialement classés en « zones très sous-dotées » vers un classement en « zones sous-dotées ».

Les bassins de vie ou pseudo-cantons ainsi qualifiés par l'ARS de « zones très sous-dotées » doivent recouvrir la même part de la population régionale que les zones initialement classées en « zones très sous-dotées » avant intervention de l'ARS et recouvrir 5% de la population française totale.

Article.3.3. Dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées »

Les parties signataires souhaitent parvenir à un meilleur équilibre de l'offre en soins infirmiers sur le territoire afin de garantir une réponse adaptée aux besoins de soins de la population.

Les parties signataires estiment nécessaire, par des mesures structurantes, de privilégier l'implantation des infirmiers libéraux dans les zones « très sous-dotées » et de favoriser le maintien de l'activité des infirmiers libéraux qui y sont d'ores et déjà installés.

Article.3.3.1. Contrats incitatifs infirmier (CII)

Les parties rappellent que ces mesures incitatives ne pourront intervenir qu'à la date d'entrée en vigueur de la publication effective du nouveau zonage dans la région conformément aux dispositions de l'article L.1434-4 du code de la santé publique et des contrats types régionaux conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Article.3.3.1.1.Contrat type national d'aide à l'installation en libéral des infirmiers dans les « zones très sous-dotées »

Le contrat type national d'aide à l'installation en libéral des infirmiers dans les « zones très sous-dotées » est défini en annexe III du présent texte.

A- Objet du contrat

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des infirmiers libéraux en zones « très sous-dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire visant à les accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc…).

B- Bénéficiaires du contrat

Ce contrat est proposé aux infirmiers libéraux conventionnés s'installant dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Pour un même infirmier, le contrat d'aide à l'installation en libéral n'est cumulable ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.3.1.3 du présent texte, ni avec le contrat d'aide à la première installation en libéral défini à l'article 3.3.1.2. Au terme du contrat d'aide à l'installation en libéral, l'infirmier pourra demander à bénéficier du contrat d'aide au maintien, s'il continue à exercer dans une zone « très sous-dotée ».

Ce contrat est d'une durée de cinq ans.

Un infirmier ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation en libéral.

C- Engagements de l'infirmier

En adhérant au contrat, l'infirmier s'engage :

– à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation (indicateurs socles) prévues à l'article 22 du présent texte ;

– à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;

– à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone très sous-dotée en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la première année et 30 000 € les années suivantes ;

– à exercer au sein d'un cabinet de groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L.1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS.

A titre optionnel, l'infirmier peut également s'engager à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

D- Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé

L'infirmier adhérant au contrat bénéficie d'une aide forfaitaire de l'assurance maladie à l'installation d'un montant de 27 500 euros au maximum.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- au titre de la première année, 9 250 euros versés à la date de signature du contrat pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année); pour l'infirmier exerçant moins de trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;

- au titre de la deuxième année, 9 250 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante, pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ; pour l'infirmier exerçant moins de trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;

- et ensuite, les trois années suivantes, 3 000 euros par année, versés avant le 30 avril (au titre de l'année civile précédente), sans proratisation en fonction de l'activité.

L'infirmier formé au tutorat et adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 euros par mois (pendant la durée du stage de fin d'études) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

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

E- Résiliation du contrat

L'infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier.

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

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article.3.3.1.2.Contrat type national d'aide à la première installation en libéral des infirmiers dans les « zones très sous-dotées »

Le contrat type national d'aide à la première installation en libéral des infirmiers dans les « zones très sous-dotées » est défini en annexe IV du présent texte.

A- Objet du contrat

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des infirmiers libéraux débutant leur exercice professionnel en libéral en zones « très sous-dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire majorée visant à les accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc…).

B- Bénéficiaires du contrat

Ce contrat est proposé aux infirmiers libéraux conventionnés s'installant dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique et sollicitant pour la première fois leur conventionnement auprès de l'assurance maladie.

Pour un même infirmier, le contrat d'aide à la première installation en libéral n'est cumulable ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.3.1.3 du présent texte, ni avec le contrat d'aide à l'installation en libéral défini à l'article 3.3.1.1. Au terme du contrat d'aide à

la première installation en libéral, l'infirmier pourra demander à bénéficier du contrat d'aide au maintien, s'il continue à exercer dans une zone « très sous-dotée ».

Ce contrat est d'une durée de cinq ans.

Un infirmier ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à la première installation en libéral.

C- Engagements de l'infirmier

En adhérant au contrat, l'infirmier s'engage :

– à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation (indicateurs socles) prévues à l'article 22 du présent texte ;

– à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;

– à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone très sous-dotée en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la première année et 30 000 € les années suivantes ;

– à exercer au sein d'un cabinet de groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L.1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS.

A titre optionnel, l'infirmier peut également s'engager à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

D- Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé

L'infirmier adhérant au contrat bénéficie d'une aide forfaitaire de l'assurance maladie à la première installation d'un montant de 37 500 euros au maximum.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- au titre de la première année, 14 250 euros versés à la date de signature du contrat pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année); pour l'infirmier exerçant moins de trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;

- au titre de la deuxième année, 14 250 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante, pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année); pour l'infirmier exerçant moins de trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;

- et ensuite, les trois années suivantes, 3 000 euros par année versés avant le 30 avril (au titre de l'année civile précédente), sans proratisation en fonction de l'activité.

L'infirmier formé au tutorat et adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 euros par mois (pendant la durée du stage de fin d'études) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

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

E- Résiliation du contrat

L'infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier.

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

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article.3.3.1.3.Contrat type national d'aide au maintien des infirmiers libéraux dans les « zones très sous-dotées »

Le contrat type national d'aide au maintien des infirmiers libéraux dans les « zones très sous-dotées» est défini à l'annexe V du présent texte.

A- Objet du contrat

Le contrat a pour objet de favoriser le maintien des infirmiers libéraux en zones « très sous-dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire.

B- Bénéficiaires du contrat

Ce contrat est proposé aux infirmiers libéraux conventionnés installés dans une zone « très sous-dotée » telle que définie au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Pour un même infirmier, le contrat d'aide au maintien n'est pas cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation en libéral défini à l'article 3.3.1.1 du présent texte, ni avec le contrat d'aide à la première installation en libéral défini à l'article 3.3.1.2. Au terme du contrat d'aide à l'installation en libéral et du contrat d'aide à la première installation en libéral, l'infirmier pourra demander à bénéficier du contrat d'aide au maintien.

Ce contrat est d'une durée de trois ans et renouvelable par tacite reconduction.

C- Engagements de l'infirmier

En adhérant au contrat, l'infirmier s'engage :

– à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation du cabinet (indicateurs socles) prévues à l'article 22 du présent texte ;

– à exercer pendant une durée minimale de trois ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;

– à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone très sous-dotée en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la première année et 30 000 € les années suivantes ;

– à exercer au sein d'un cabinet de groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L.1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS.

A titre optionnel, l'infirmier peut également s'engager à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

D- Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé

L'infirmier adhérant au contrat bénéficie d'une aide forfaitaire de l'assurance maladie au maintien de l'activité d'un montant de 3 000 euros au maximum par an. Elle est versée au titre de chaque année avant le 30 avril de l'année civile suivante.

L'infirmier formé au tutorat et adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 euros par mois (pendant la durée du stage de fin d'études) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

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

E- Résiliation du contrat

L'infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier.

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

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article.3.3.2. Dispositifs communs aux contrats incitatifs infirmiers

A- Modulation possible par l'Agence Régionale de Santé du contrat type régional

L'Agence Régionale de Santé peut décider de majorer les aides forfaitaires à l'installation, à la première installation en libéral, au maintien ainsi que les aides destinées à l'accueil de stagiaires pour les infirmiers adhérant aux contrats incitatifs infirmiers exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre en soins infirmiers parmi les zones très sous-dotées telles que prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale avec une information de la commission paritaire régionale.
Cette modulation bénéficie au maximum à 20% des zones « très sous dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant des aides définies dans les différents contrats types annexés au présent texte.

B- Articulation du contrat type national avec les contrats types régionaux

Les contrats incitatifs infirmiers types nationaux sont définis aux annexes III à V du présent texte conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS après appréciation des éventuelles aides existantes dans la région pour soutenir cette activité et conformément aux dispositions des contrats types nationaux. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale prévue dans les contrats types nationaux sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre l'infirmier, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme aux contrats types régionaux est proposé aux infirmiers éligibles.

C- Dispositions transitoires

Contrats incitatifs infirmiers conclus dans le cadre des avenants n° 3 et n° 5 à la convention nationale

A compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs infirmiers conclus dans le cadre des avenants n°3 et n°5 à la convention nationale et repris en annexe VI du présent texte.

Les contrats incitatifs infirmiers en cours, conclus dans le cadre des avenants n°3 et n°5 à la convention nationale et repris en annexe VI perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance.

Par dérogation, les partenaires conventionnels conviennent que les infirmiers ont néanmoins la possibilité s'ils le souhaitent de résilier de manière anticipée leur ancien contrat incitatif, dans le délai d'un an suivant l'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux, pour adhérer à l'un des nouveaux contrats s'ils y sont éligibles.

Nouveaux contrats incitatifs infirmiers issus du présent texte

A titre dérogatoire, les partenaires conventionnels conviennent qu'un infirmier qui s'installe en libéral, dans l'année précédant l'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux (année calculée de date à date), peut bénéficier de l'adhésion aux contrats d'aide à l'installation en libéral et d'aide à la première installation en libéral définis en annexes III et IV du présent texte, s'il répond aux conditions d'éligibilité.

D- Conséquences d'une modification des zones très sous dotées

Par dérogation, les contrats conclus sur la base des modèles de contrats définis dans le présent texte par des infirmiers ne se trouvant plus dans les zones très sous-dotées à la suite de la publication de l'arrêté du directeur général de l'ARS, se poursuivent jusqu'à leur terme. En effet, les infirmiers installés dans une zone antérieurement caractérisée comme zone très sous-dotée doivent pouvoir conserver transitoirement le bénéfice de l'aide à laquelle ils étaient auparavant éligibles.

Article.3.4. Dispositif de régulation du conventionnement des infirmiers installés en zone surdotée et dispositif d'encadrement de l'activité libérale conventionnée en zone très dotée et en zone intermédiaire situés en périphérie des zones sur-dotées

Le principe de régulation du conventionnement s'applique uniquement dans les « zones sur-dotées ».

Le conventionnement ne peut être accordé par un organisme d'assurance maladie à un infirmier dans une « zone sur-dotée » qu'au bénéfice d'un infirmier assurant la succession d'un confrère cessant son activité définitivement dans cette même zone sauf dérogations prévues à l'article 3.4.2.

Un dispositif d'encadrement de l'activité libérale conventionnée est parallèlement mis en place dans les conditions définies à l'article 3.4.4 du présent texte dans les zones très dotées et zones intermédiaires situées en périphérie des zones sur-dotées pour les professionnels nouvellement installés dans ces zones afin de renforcer l'adéquation de leur lieu d'installation avec les réalités d'exercice.

Article.3.4.1. Modalités de gestion des demandes de conventionnement des infirmiers en « zone sur-dotée »

A. Formalités de demande de conventionnement en « zone sur-dotée »

L'infirmier adresse sa demande de conventionnement à l'organisme local d'assurance maladie dans le ressort géographique duquel se situe le lieu d'installation envisagé, par courrier recommandé avec accusé de réception.

Dans ce courrier, l'infirmier précise ses nom et prénom, son numéro d'identification, le lieu et les conditions exactes de l'installation projetées. L'infirmier produit à l'appui de sa demande une attestation de l'infirmier dont il reprend l'activité et qui le désigne nommément comme son successeur.

En cas de force majeure entrainant un arrêt brutal et définitif de l'activité de l'infirmier empêchant la désignation d'un successeur, l'organisme local d'assurance maladie sollicite le ou les membres du cabinet de l'infirmier concerné pour désigner un successeur dans les conditions prévues au C. du présent article.

B. Avis de la commission paritaire départementale

Dans un délai maximal de quarante-cinq jours à compter de la réception du dossier complet, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie saisit la commission paritaire départementale (CPD) pour avis sur la demande de conventionnement et informe l'infirmier de cette saisine. Il transmet à la CPD les éléments du dossier de demande de conventionnement. Il prévient également la CPD de toutes modifications et extensions de SSIAD.

La CPD, à compter de la réception du dossier complet, rend alors un avis dans un délai de trente jours suivant sa saisine. Elle peut demander des compléments d'information et demander à entendre l'infirmier. L'infirmier peut également être entendu s'il en exprime le souhait.

L'avis de la CPD est fondé sur le fait que l'infirmier successeur reprend la patientèle du cabinet de l'infirmier ayant préalablement cessé son activité sur la zone dans l'objectif de continuité de la prise en charge de l'activité.

Cet avis est rendu à la majorité simple des membres de la CPD.

En l'absence d'avis rendu par la CPD dans ce délai, celui-ci est réputé rendu favorablement.

La CPD peut délibérer sur ces dossiers, par voie électronique sous réserve qu'au moins deux réunions de la CPD en présentiel sur l'année soient conservées (abordant les dossiers liés à la démographie ou non).

Dans ce cas, les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle et ayant formulé un avis sur les dossiers perçoivent une indemnité de 15 euros par dossier.

C. Décision du directeur de l'organisme local d'assurance maladie (dans le cas où cette décision est conforme à l'avis rendu par la CPD)

Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie notifie à l'infirmier concerné sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement, lorsqu'elle est conforme à l'avis de la CPD, dans un délai de quinze jours suivant l'avis.

La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette décision ainsi que les différents avis rendus sont fondés sur le fait que l'infirmier successeur reprend la patientèle de l'infirmier ayant préalablement cessé son activité sur la zone, dans l'objectif de continuité de la prise en charge de l'activité.

La CPD est tenue informée de la décision du directeur de l'organisme local d'assurance maladie sur la demande de conventionnement.

Le courrier notifiant la décision de conventionnement à l'infirmier lui précise qu'il est tenu d'initier ses formalités d'installation dans un délai maximal de six mois suivant la notification de la décision de conventionnement.

A défaut, l'organisme local d'assurance maladie sollicite le ou les membres du cabinet de l'infirmier ayant cessé son activité pour désigner un nouveau successeur dans un délai de six mois, après avoir informé la CPD pour que cette dernière puisse accompagner les professionnels dans leurs démarches.

A défaut de nouvelle désignation dans ce délai par le cabinet de l'infirmier et après information de la CPD, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie acte la non attribution de la place vacante sur la zone (disparition de la place vacante sur la zone).

D. Procédure en cas de différence entre le projet de décision du Directeur de l'organisme local d'assurance maladie et l'avis rendu par la CPD

Quand le projet de décision du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est différent de l'avis rendu par la CPD, la commission paritaire nationale (CPN) est saisie de ce projet sous quinze jours par l'organisme local d'assurance maladie. L'infirmier et la CPD sont tenus informés de cette saisine.

La CPN dispose alors d'un délai de trente jours pour rendre un avis, par un vote à la majorité simple des voix des membres de la commission. En l'absence d'avis rendu par la CPN dans ce délai, un avis conforme à la décision du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est réputé rendu.

La CPN peut se réunir et délibérer, sur ces dossiers, par voie électronique sous réserve qu'au moins deux réunions de la CPN en présentiel sur l'année soient conservées (abordant les sujets démographie ou non). Dans ce cas, les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle et ayant formulé un avis sur les dossiers perçoivent une indemnité de 15 euros par dossier.

Si la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le secrétariat de la CPN le transmet au directeur de l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de trente jours à compter de sa saisine.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le secrétariat de la CPN sollicite le directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) pour décision prise dans les trente jours suivants la décision de la CPN. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, dans les quinze jours suivant la décision du directeur général de l'UNCAM, au directeur de l'organisme local d'assurance maladie la décision du directeur général de l'UNCAM, qui s'impose à lui, accompagnée de l'avis de la CPN.

Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie notifie alors à l'infirmier, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de quinze jours suivant la transmission de l'avis de la CPN et le cas échéant, de la décision du directeur général de l'UNCAM. Il en adresse une copie aux membres de la CPD.

L'infirmier est tenu d'initier ses démarches d'installation dans le délai maximal de six mois suivant la décision de conventionnement dans les conditions prévues au C. du présent article.

Article.3.4.2. Dérogations au principe de régulation du conventionnement en « zones sur-dotées »

A. Dérogations au principe de régulation liée à la situation personnelle ou professionnelle de l'infirmier

Le conventionnement peut être accordé à titre exceptionnel, en l'absence de départ préalable d'un infirmier conventionné dans la zone « sur-dotée », dans les cas suivants liés à la situation personnelle ou professionnelle de l'infirmier, dûment attestés :

- situation médicale grave du conjoint, d'un enfant ou d'un ascendant direct entrainant un changement d'adresse professionnelle ;
- mutation professionnelle du conjoint entrainant un changement d'adresse professionnelle ;
- décès du conjoint entrainant un changement d'adresse professionnelle ;
- situation juridique personnelle entraînant un changement d'adresse professionnelle ;
- changement d'adresse du cabinet professionnel de l'infirmier, sous réserve de deux conditions cumulatives : justifier d'une activité libérale conventionnée dans ce cabinet, durant 5 ans, et dans les 2 ans précédant la demande, avoir réalisé plus de la moitié de cette activité auprès de patients résidant dans la zone « sur-dotée » où il souhaite exercer.

Dans ce cas, la demande de conventionnement dérogatoire est examinée dans les conditions définies à l'article 3.4.1

B. Dérogation au principe de régulation destinée aux infirmiers ayant effectué des remplacements en zones sur-dotées

Le conventionnement peut être accordé à titre exceptionnel, à des infirmiers qui ne remplissent pas complètement les conditions d'expérience professionnelle préalables fixées au point B. de l'article 8 de la convention nationale, sous réserve que l'infirmier puisse répondre aux conditions suivantes, dument attestées :
- un infirmier a cessé définitivement son activité dans la zone considérée et n'a pas trouvé de repreneur ;
- l'infirmier qui sollicite le conventionnement a effectué des remplacements durant au moins huit mois, de façon continue ou non, au sein d'un ou de plusieurs cabinet(s) situé(s) dans la zone sur-dotée considérée.

Dans ce cas, la demande de conventionnement est examinée dans les conditions définies à l'article 3.4.1

Le conventionnement est alors accordé pour une zone « sur-dotée » déterminée.

Article.3.4.3. Application du principe de régulation du conventionnement en « zones sur-dotées » au SSIAD

Les parties signataires soulignent qu'elles ne s'engagent dans la régulation démographique que dans la mesure où les SSIAD sont soumis au même principe. Elles n'appliquent ainsi la régulation démographique dans les zones « sur-dotées » que dans la mesure où il n'y est pas parallèlement créé, par un SSIAD, d'offre de soins alternative aux soins qu'elles délivrent.

Elles demandent aux pouvoirs publics de continuer à soumettre les SSIAD au même principe de régulation démographique.

Toutefois, convenant de la nécessité de pouvoir apprécier l'adéquation qualitative et quantitative de l'offre de soins avec les besoins de soins locaux, afin de permettre à la population de bénéficier d'une prise en charge de qualité, les parties signataires conviennent de la nécessité de pouvoir, de façon exceptionnelle et strictement objectivée, prendre en compte certains besoins spécifiques et bien définis.

Dans le cas où aurait lieu dans une zone « sur-dotée » la création d'un SSIAD ou l'extension d'un SSIAD existant, se traduisant par l'ouverture effective ou l'autorisation de places de SSIAD, le dispositif de régulation prévu par le présent texte ne s'appliquerait pas dans la zone concernée, sauf si cette création ou extension de SSIAD répond à un besoin que l'offre de soins existante n'est pas en mesure de prendre en charge. L'objectivation de besoins non couverts par l'offre en soins infirmiers existante s'apprécie notamment à partir des critères suivants :
- existence d'une population rencontrant des difficultés d'accès aux soins ;
- possibilité de coopération entre infirmiers libéraux et SSIAD ;

- prise en compte de la totalité de l'offre de services médico-sociaux incluant notamment les EHPAD et les USLD.
Dès qu'elle a connaissance d'un projet d'ouverture ou d'extension de SSIAD, la CPR infirmier examine l'existence d'un éventuel besoin que l'offre de soins existante n'est pas en mesure de prendre en charge.

L'existence ou l'absence de ce besoin est constatée par la CPR à la majorité de ses membres plus une voix. Ce constat fait l'objet d'une transmission aux autorités compétentes.

Article.3.4.4. Application du principe d'encadrement de l'activité libérale sous convention des infirmiers nouvellement installés en « zone très-dotée » et en « zone intermédiaire » situés en périphérie des zones sur-dotées

Pour renforcer l'adéquation du lieu d'installation de l'infirmier avec les réalités d'exercice, les partenaires conventionnels conviennent que l'infirmier libéral conventionné qui s'installe dans l'une des zones intermédiaires ou très dotées telle que définie en application de l'article L. 1434-4 du code de santé publique situées en périphérie des zones sur-dotées, doit réaliser deux tiers de son activité dans sa zone d'installation. La liste de ces zones est établie par la commission paritaire régionale dès lors que le nouveau zonage régional a fait l'objet d'une publication.

Cette information est notifiée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie à l'infirmier lors de la notification de son conventionnement.

En cas de non-respect par l'infirmier de ces conditions, l'organisme local d'assurance maladie l'informe par lettre recommandée avec demande d'avis de réception de son intention de retirer le conventionnement initialement accordé.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de ce courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, l'organisme local d'assurance maladie peut notifier à l'infirmier le retrait du conventionnement initialement accordé.

Les partenaires conventionnels conviennent que ce seuil d'activité minimal n'est applicable que pour les infirmiers s'installant dans ces zones à compter de la publication effective du nouveau zonage dans la région conformément aux dispositions de l'article L.1434-4 du code de la santé publique sans remettre en cause la situation des infirmiers déjà installés sur ces zones.

Article.4. Suivi du rééquilibrage de l'offre de soins en infirmiers sur le territoire et accompagnement du dispositif

Article.4.1. Suivi du dispositif démographique

Un suivi annuel du dispositif démographique sera réalisé dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale et en Commission Paritaire Régionale.

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

Article.4.2.Accompagnement du dispositif

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

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

TITRE II – VALORISER L'ACTIVITE DES INFIRMIERS LIBERAUX

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

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels proposent de valoriser :

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

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

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

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

Article.5. La valorisation de l'implication des infirmiers en matière d'accompagnement, de prévention et d'éducation à la santé.

Les parties signataires s'accordent sur des évolutions tarifaires pour accompagner les nouvelles pratiques des infirmiers en matière d'accompagnement, de prévention et d'éducation à la santé.

Article.5.1.Accompagnement par les infirmiers de la prise médicamenteuse à domicile

Les partenaires conventionnels souhaitent valoriser l'accompagnement par les infirmiers de la prise médicamenteuse à domicile.

L'accompagnement à domicile de certains patients par les infirmiers, réalisé de façon ponctuelle, en concertation avec le médecin traitant a pour objet de favoriser l'adhésion au traitement, l'observance médicamenteuse, de prévenir les risques liés à la iatrogénie médicamenteuse et les hospitalisations inopportunes (information, éducation du patient, gestion du stock des médicaments, administration du médicament, détection des effets indésirables).

Cette démarche s'inscrit dans le cadre de l'évolution des missions des infirmiers notamment au titre de la surveillance clinique et de l'éducation thérapeutique des patients atteints de pathologies chroniques, en coordination avec le médecin traitant. Elle s'inscrit également en complémentarité avec le bilan de médication réalisé par le pharmacien pour les patients âgés polymédiqués.

Dans ce cadre, les parties signataires proposent de créer un nouvel acte pour l'accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse qui serait inscrit à la nomenclature générale des actes professionnels et s'appliquerait à compter du 1er janvier 2022. Cet acte serait prescrit par le médecin lors de la mise en œuvre ou de la modification d'un traitement ou encore au cours d'une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique pour un patient non dépendant, polymédiqué et présentant des critères de fragilité identifiés par le médecin traitant ou le prescripteur.

Cet acte comporterait trois séances (prise de contact avec le patient, mise en œuvre, évaluation et compte rendu) réalisables dans un délai maximal d'un mois, renouvelables sur prescription une fois dans les 12 mois suivants.

La première séance serait valorisée à hauteur de AMI 5,1 et les deux séances suivantes à hauteur de AMI 4,6.

Parallèlement, les partenaires conventionnels souhaitent faire évoluer le libellé actuel de l'acte d'administration et de surveillance d'une thérapeutique orale au domicile inscrit à l'article 10 du chapitre 1 du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels intitulé « soins infirmiers », à compter du 1er décembre 2019, afin :
- d'inclure les patients présentant des troubles cognitifs (maladies neurodégénératives ou apparentées) ;
- de supprimer la règle d'un passage quotidien, dans une limite de 15 passages ;
- de supprimer la restriction pour les patients diabétiques insulino-dépendants.

Dans l'attente de la modification de la nomenclature visée supra concernant les patients présentant des troubles cognitifs, les parties signataires s'accordent pour qu'un moratoire sur les contrôles de l'assurance maladie relatifs à ces facturations d'actes soit mis en place afin qu'aucun nouveau contrôle et procédures ne soient initiés.
En outre et afin de promouvoir l'accompagnement de ces patients à domicile, les parties signataires proposent à compter du 1er juillet 2020 de revaloriser le coefficient de l'acte d'administration et de surveillance d'une thérapeutique orale au domicile inscrit à l'article 10 du chapitre 1 du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels à hauteur de AMI 1,2.

L'ensemble des mesures proposées au présent article s'appliqueront sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article.5.2. Prise en charge par les infirmiers des soins postopératoires à domicile

Les partenaires conventionnels souhaitent également valoriser la prise en charge par les infirmiers libéraux des sorties d'hospitalisation, à la suite d'une intervention chirurgicale, selon les besoins identifiés par l'équipe médicale hospitalière.

L'objectif de ce suivi, assuré en coordination avec l'hôpital, est de sécuriser le retour précoce du patient au domicile, dont l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire ou à un parcours de réhabilitation améliorée après chirurgie dépend d'un accompagnement ponctuel, en assurant une surveillance selon le protocole hospitalier, en veillant aux risques d'aggravation de certaines pathologies, à l'apparition de complications et en alertant si besoin le médecin correspondant.

Pour faciliter la prise en charge par les infirmiers des soins postopératoires à domicile, les partenaires conventionnels proposent la création à la nomenclature des nouveaux actes suivants :

- une séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire à domicile qui serait valorisée à hauteur de AMI 3,9 (trois séances au plus pouvant être facturées pour un patient donné sur une période qui s'étend du jour de l'arrivée du patient à son domicile dénommé J0 à la veille de la première consultation postopératoire avec le chirurgien lorsqu'elle est programmée avant J+6 inclus ou, en l'absence de rendez-vous de consultation chirurgicale, au cours de la première semaine post-opératoire sur une période qui s'étend de J0 à J+6 inclus),

- une séance de surveillance de cathéter périnerveux pour analgésie postopératoire qui serait valorisée à hauteur de AMI 4,2 (un acte au plus de surveillance pouvant être facturé par jour avec présence d'un aidant à domicile ou 2 actes au plus en l'absence d'aidant, 3 jours consécutifs au plus),

- un acte de retrait de sonde urinaire qui serait valorisé à hauteur de AMI 2. Les partenaires conventionnels proposent que l'inscription de cet acte à la nomenclature ne soit pas liée aux seuls soins postopératoires. Ils souhaiteraient ainsi ajouter cet acte également à l'article 6 du chapitre 1 du titre XVI de la nomenclature des actes professionnels dans les mêmes conditions de valorisation de l'acte,

- un acte de changement de flacon de redon ou retrait postopératoire de drain qui serait valorisé à hauteur de AMI 2,8 (deux séances au plus pouvant être facturées pour un patient donné à partir du retour au domicile).

Ces actes seraient réalisés sur prescription, avec élaboration d'un protocole écrit, préalablement établi par le chirurgien et/ou l'anesthésiste pour les patients dont l'éligibilité à une chirurgie ambulatoire ou à un parcours clinique de réhabilitation améliorée après chirurgie dépend d'un accompagnement ponctuel pour le retour à domicile en postopératoire.

Les partenaires conventionnels proposent que la séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire soit associable à taux plein avec l'acte de retrait de sonde urinaire et de changement de flacon ou retrait de drain, en dérogation à l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.

Il en est de même pour la séance de surveillance de cathéter périnerveux qui serait associable à taux plein avec l'acte de retrait de sonde urinaire et de changement de flacon ou retrait de drain. La séance de surveillance de cathéter périnerveux ne serait toutefois pas associable avec la séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire durant la séquence de soins postopératoire (au cours de la première semaine postopératoire, de J0 à J+6 inclus).

La création de l'acte de surveillance de cathéter périnerveux est subordonnée à l'évolution du décret de compétences des infirmiers mentionné à l'article R.4311-1 et suivants du code de la santé publique.

L'ensemble de ces valorisations seraient mises en œuvre au 1er janvier 2021 sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article.5.3. Prise en charge par les infirmiers des enfants de moins de 7 ans

Afin d'améliorer la prise en charge des enfants de moins de 7 ans (jusqu'au 7ème anniversaire de l'enfant), les partenaires conventionnels se sont accordés pour créer une majoration conventionnelle (MIE) dont le montant est fixé à 3,15 euros par séance à partir du 1er janvier 2020.

L'objectif de cette majoration est de mieux prendre en compte la charge de travail de l'infirmier dans la prise en charge de ces jeunes enfants (transmission d'informations à l'entourage, temps passé auprès de l'enfant…).

Cette majoration sera cumulable avec l'ensemble des autres majorations prévues à la nomenclature générale des actes professionnels (applicable au regard de l'acte effectué).

Article.5.4. Prise en charge par les infirmiers des patients sous chimiothérapie orale et thérapie par pression négative

Les partenaires conventionnels s'accordent pour étudier les modalités de l'accompagnement par les infirmiers, en libéral, des patients sous chimiothérapie orale et thérapie par pression négative dans le cadre d'un groupe de travail associant des experts notamment l'Inca, des représentants des infirmiers et des représentants des pharmaciens d'officine.

Article.5.5. Prise en charge par les infirmiers des pansements

Article.5.5.1. Prise en charge des pansements courants

Les partenaires conventionnels proposent de faire évoluer la nomenclature générale des actes professionnels dans le cadre de la prise en charge des pansements courants.

Ils proposent tout d'abord de revaloriser à hauteur de AMI 3 les pansements de trachéotomie, de changement de canule et les pansements liés à l'abdominoplastie, la chirurgie mammaire, le stripping veineux et les stomies.

Ils proposent également un nouveau libellé pour les pansements après chirurgie des veines avec incisions cutanées multiples. Les termes « stripping (éveinage) » seraient remplacés par « pansement postopératoire d'exérèses multiples de varices et/ou ligatures multiples de veines perforantes avec ou sans stripping ». Deux actes au plus pourront être facturés, le deuxième en application de l'article 11B de la nomenclature générale des actes professionnels.

L'ensemble de ces valorisations seraient mises en œuvre au 1er janvier 2020 sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article.5.5.2. Prise en charge des pansements lourds et complexes

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de prendre en charge l'analgésie topique et la compression pour le traitement des plaies nécessitant un pansement lourd et complexe.

A ce titre, ils proposent la création à la nomenclature générale des actes professionnels d'un acte de bilan initial de prise en charge de plaie par épisode de cicatrisation nécessitant un pansement lourd et complexe qui serait valorisé à hauteur de AMI 11 et qui entrerait en vigueur à compter du 1er janvier 2020 . Dans ce cadre, ils s'accordent pour préciser qu'une séance au plus pourra être facturée annuellement pour les plaies dont la durée de prise en charge est supérieure à un an ; pour les plaies d'une durée inférieure à un an, un nouveau bilan pourrait être réalisé en cas de récidive qui est défini par une interruption des soins liés à la plaie d'au moins deux mois. Ce bilan comprendrait l'évaluation de la situation du patient, l'établissement d'une fiche descriptive de la plaie, l'élaboration d'un projet de soins et la réalisation du pansement complexe. Cet acte ne serait pas associable avec la majoration de coordination infirmière et comprend la réalisation du pansement.

Ils proposent également la création de 2 nouveaux actes à la nomenclature générale des actes professionnels à compter du 1er juillet 2020.

La création d'un acte d'analgésie topique qui serait valorisé à hauteur de AMI 1,1 (huit séances au plus pouvant être facturées pour un patient donné par épisode de cicatrisation comprenant la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie et la mise en attente) ; la majoration pour acte unique serait facturable avec cet acte lors du premier déplacement et serait, associable à taux plein avec un pansement lourd et complexe, en dérogation à l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels au cours du passage suivant l'application du topique analgésique.

Les frais de déplacement seraient pris en charge pour l'acte d'analgésie topique puis pour la réalisation du pansement au cours du passage suivant l'application du topique analgésique.

Les partenaires conventionnels proposent que cet acte d'analgésie topique soit intégré parallèlement aux dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels consacrées à la prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité et ce, dans les mêmes conditions de valorisation et de réalisation de l'acte.

La création d'un acte de pansement avec compression qui serait valorisé à hauteur de AMI 5,1 comprenant la réalisation d'une compression associée au pansement complexe au moyen de bandes de compression jusqu'à cicatrisation de la plaie. La majoration de coordination infirmier (MCI) serait applicable à cette nouvelle cotation.

Dans le cadre de la prise en charge des ulcères veineux, l'acte de pansement avec compression serait associable à taux plein en dérogation à l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels avec l'acte d'analgésie topique.

De plus, les partenaires conventionnels proposent à compter du 1er janvier 2020 de modifier comme suit l'article 3 du chapitre 1er du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels :

- suppression de la mention « nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse ».
- pour l'acte « Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieure à 5% de la surface corporelle » ajouter la mention « Pansement de brûlure après radiothérapie, sur une surface supérieure à 2% de la surface corporelle ».
- suppression de la mention « chirurgical » pour les pansements lourds et complexes nécessitant un méchage ou une irrigation.

L'ensemble de ces valorisations seraient mises en œuvre sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article.5.6. Autres mesures de valorisation

Pour favoriser la prise en charge des patients en ambulatoire, les partenaires conventionnels proposent différentes mesures de valorisation.

L'ensemble des mesures proposées à cet article s'appliqueront au 1er décembre 2019 sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article.5.6.1. Prélèvements sanguins

Les partenaires conventionnels proposent que les prélèvements par ponction veineuse directe prévus à l'article 1er du chapitre 1 du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels, lorsqu'ils sont réalisés en association avec un acte en AMI au cours d'une séance de soins infirmiers ou au cours d'une séance de soins infirmiers à domicile chez un patient dépendant ou dans le cadre d'un forfait BSI, soient associables à taux plein avec les actes réalisés au cours de la même séance, en dérogation à l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.

Article.5.6.2. Extension du champ de la majoration pour acte unique

Afin de promouvoir l'accompagnement des patients à domicile, les partenaires conventionnels proposent d'étendre le champ de la majoration pour réalisation d'un acte unique (MAU), prévu à l'article 23.1 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels, aux actes AMI dont les coefficients sont inférieurs ou égaux à 1,5.

Les partenaires conventionnels s'engagent à suivre annuellement dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale l'évolution des nouvelles cotations et l'impact financier des modifications apportées à la nomenclature générale des actes professionnels prévues aux articles 5.1 à 5.6 du présent texte.

Article.5.7. Prise en charge des soins à domicile des patients dépendants

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le rôle clé des infirmiers libéraux dans le nécessaire virage ambulatoire de notre système de santé, gage d'une prise en charge plus efficiente, mieux coordonnée et plus adaptée aux besoins des patients et à l'évolution de leurs pathologies.

Les partenaires conventionnels souhaitent dans ce cadre mettre en place des mesures structurantes pour la profession afin de favoriser le maintien à domicile des patients dépendants.

Parallèlement et pour améliorer la prise en charge coordonnée de ces patients entre le médecin et l'infirmier, les partenaires conventionnels s'entendent pour remplacer la démarche de soins infirmiers actuelle par un nouveau dispositif structurant, le bilan de soins infirmiers (BSI).

Les partenaires conventionnels ont donc élaboré un nouveau support d'évaluation BSI unique, sur la base de référentiels infirmiers validés existants, pour définir un plan de soins infirmiers adapté à la situation de chaque patient dépendant. Le nouveau dispositif BSI doit améliorer l'organisation du maintien à domicile des patients dépendants en favorisant la coordination des soins avec le médecin notamment par la dématérialisation des échanges entre professionnels et avec l'Assurance Maladie.

Les partenaires conventionnels ont décidé d'expérimenter ce nouveau dispositif en 2017. Au vu des résultats de l'expérimentation menée, les partenaires signataires conviennent de généraliser le bilan de soins infirmiers (BSI), en remplacement de la démarche de soins infirmiers (DSI) selon les modalités définies dans le présent article et le circuit détaillé en annexe XII

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels considèrent nécessaires de revoir les conditions de tarification des soins réalisés auprès des patients dépendants, en substituant à la seule notion de temps passé, la prise en compte de la charge de travail du professionnel dans la prise en charge du patient (technicité, coordination, nombre d'actes, durée, pénibilité,…) et le niveau de complexité de certains actes réalisés.

Les partenaires proposent que ces soins ne soient plus facturés à l'acte mais sous la forme de forfaits.

Ils proposent que des modifications soient apportées à la nomenclature générale des actes professionnels par la création de trois nouveaux forfaits journaliers de prise en charge d'un patient dépendant. Ces forfaits seraient applicables selon la répartition des patients dans les trois classes suivantes définies au regard de la charge en soins impliquée pour leur suivi par les infirmiers et précisées à l'annexe XII.

Le 1er forfait, pour le suivi des patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « légère », serait valorisé à hauteur de 13 euros par jour et par patient (code prestation BSA).

Le 2ème forfait, pour le suivi des patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « intermédiaire », serait valorisé à hauteur de 18,2 euros par jour et par patient (code prestation BSB).

Le 3ème forfait, pour le suivi des patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « lourde », serait valorisé à hauteur de 28,7 euros par jour et par patient (code prestation BSC).

Les frais de déplacement resteraient facturables à chaque passage de l'infirmier au domicile du patient ainsi que les éventuelles majorations applicables dans les conditions définies à la nomenclature générale des actes professionnels.

Les partenaires conventionnels proposent également de revaloriser l'acte d'établissement du BSI à hauteur de 25 euros pour un BSI initial et de 12 euros pour un BSI de renouvellement. Cette revalorisation s'appliquerait uniquement pour les patients ayant occasionné une facturation au forfait à compter du 1er janvier 2020. Dans ce cadre, ils proposent que la

nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) évolue afin de modifier la fréquence d'établissement des bilans, à savoir un bilan initial (25euros) renouvelable après un an (12 euros), sauf situation clinique nécessitant la réalisation d'un ou deux bilans intermédiaires dans l'année (12 euros).

Les partenaires conventionnels proposent, en outre, que les actes de l'article 5 bis du chapitre II du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) - Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité suivants : « Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané, y compris la tenue d'une fiche de surveillance, par séance » et « Injection sous-cutanée d'insuline » ,ainsi que les actes d'injection intra musculaire, intradermique et injection sous cutanée de l'article 1er du chapitre 1er du titre XVI de la NGAP, soient facturables, en sus du forfait journalier de prise en charge d'un patient dépendant ou des AIS (au regard du calendrier de mise en place des forfaits), avec application de l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels. Les actes de prélèvement par ponction veineuse directe sont par ailleurs facturables en sus du forfait journalier de prise en charge d'un patient dépendant ou des AIS à taux plein en dérogation de l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels comme précisé à l'article 5.6.1 du présent texte. Dans ce cadre, une lettre clé spécifique (AMX) serait créée à la nomenclature pour la facturation de ces actes en sus du forfait journalier de suivi des patients dépendants. Cette mesure entrerait en vigueur au 1er mai 2020. Les partenaires conventionnels réalisent un bilan de la mise en œuvre de cette mesure au cours du 1er semestre 2021. Si à l'occasion de ce bilan, il est constaté un écart de 10 % ou plus entre les montants financiers estimés de l'impact de la mise en œuvre de cette mesure et les dépenses observées, les partenaires conventionnels conviennent alors d'ouvrir la négociation d'un avenant dans un délai de deux mois suivant ce bilan, afin de s'accorder sur les mesures correctrices à mettre en œuvre pour corriger le déséquilibre. Les partenaires conventionnels conviennent que cette procédure n'est pas déclenchée s'il est établi parallèlement que cet écart constaté (entre les projections financières estimées et les dépenses observées) est compensé par le niveau des dépenses constatées au titre de la mise en œuvre des mesures prévues aux articles 5.1 à 5.6 de la présente convention (montant des dépenses observées inférieur au montant financier estimé pour lesdites mesures).

Compte-tenu du caractère particulièrement novateur du BSI et de la nouvelle tarification des soins auprès des patients dépendants, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de mettre en œuvre cette réforme de manière progressive de la manière suivante.

- **1ère étape :** A compter du 1er janvier 2020, la nouvelle tarification des soins et le bilan de soins infirmiers (BSI) seraient mis en œuvre pour les seuls patients âgés de 90 ans et plus.

  A partir du 1er octobre 2020, les partenaires conventionnels examineront dans le cadre de la CPN les résultats et les impacts de la mise en œuvre de ce nouveau mode de valorisation dans les conditions définies pour cette première étape sur la base des facturations établies sur le 1er semestre 2020. Ce suivi permettra d'affiner l'estimation

de la fréquence et la répartition des différents forfaits sur les trois classes identifiées de patients (en termes de charge en soins) sur la base de la nomenclature modifiée.

S'il est constaté, dans le cadre de cette d'observation et au regard du bilan établi par la CPN au plus tard le 1er novembre 2020, un écart (positif ou négatif) de 10% ou plus entre les montants financiers estimés des nouveaux forfaits journaliers de prise en charge des patients dépendants dans les conditions définies au présent article avec les dépenses observées, les partenaires conventionnels conviennent alors d'ouvrir la négociation d'un avenant, afin de s'accorder sur les mesures correctrices à mettre en œuvre pour corriger le déséquilibre et permettre la mise en œuvre de l'étape suivante. La mise en œuvre de l'étape suivante est conditionnée à la conclusion de cet avenant.

- **2ème étape :** A compter du 1er janvier 2021, la nouvelle tarification des soins et le bilan de soins infirmiers seraient étendus aux patients âgés de 85 ans et plus.

A partir du 1er octobre 2021, les partenaires conventionnels examineront dans le cadre de la CPN les résultats et les impacts de la mise en œuvre de ce nouveau mode de valorisation dans les conditions définies pour cette deuxième étape sur la base des facturations établies sur le 1er semestre 2021.

S'il est constaté, dans le cadre de cette observation et au regard du bilan établi par la CPN au plus tard le 1er novembre 2021, un écart (positif ou négatif) de 7,5 % ou plus entre les montants financiers estimés des nouveaux forfaits journaliers de prise en charge des patients dépendants dans les conditions définies au présent article avec les dépenses observées, les partenaires conventionnels conviennent alors d'ouvrir la négociation d'un avenant, afin de s'accorder sur les mesures correctrices à mettre en œuvre pour corriger le déséquilibre et permettre la mise en œuvre de l'étape suivante. La mise en œuvre de l'étape suivante est conditionnée à la conclusion de cet avenant.

- **3ème étape :** A compter du 1er janvier 2022, la nouvelle tarification des soins et le bilan de soins infirmiers seraient étendus aux patients âgés de 78 ans et plus.

A partir du 1er octobre 2022, les partenaires conventionnels examineront dans le cadre de la CPN les résultats et les impacts de la mise en œuvre de ce nouveau mode de valorisation dans les conditions définies pour cette troisième étape sur la base des facturations établies sur le 1er semestre 2022.

S'il est constaté, dans le cadre de cette d'observation et au regard du bilan établi par la CPN au plus tard le 1er novembre 2022, un écart (positif ou négatif) de 5% ou plus entre les montants financiers estimés des nouveaux forfaits journaliers de prise en charge des patients dépendants dans les conditions définies au présent article avec les dépenses observées, les partenaires conventionnels conviennent alors d'ouvrir la négociation d'un avenant, afin de s'accorder sur les mesures correctrices à mettre en œuvre pour corriger le déséquilibre et permettre la mise en œuvre de l'étape suivante. La mise en œuvre de l'étape suivante est conditionnée à la conclusion de cet avenant.

- **4ème étape :** Au 1er janvier 2023 et au regard du troisième point d'étape, les partenaires conventionnels pourront décider de la généralisation de la nouvelle tarification et du BSI sur le territoire auprès de l'ensemble des patients dépendants.

Les modalités techniques de suivi de ces différentes étapes sont détaillées en annexe XIII. Les mesures proposées s'appliqueront sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article.5.8.Accompagnement des patients par les infirmiers de pratiques avancées

Pour répondre aux attentes des patients d'un accès aux soins de qualité et d'une prise en charge en ambulatoire facilitée, le ministère de la santé et l'UNCAM souhaitent encourager le développement de la coopération entre les médecins et les infirmiers dans le suivi de pathologies ciblées. A ce titre, le statut d'infirmier de pratique avancée a été créé (Articles L.4301-1 et suivants / Articles R.4301-1 et suivants du code de la santé publique).

Les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité, dans le cadre d'un avenant, de prévoir, dans les deux mois, les modalités de valorisation de ces infirmiers pouvant exercer dans le cadre libéral.

Article.6. La valorisation de la promotion et du déploiement d'outils d'échanges, de sécurisation et de coordination professionnelle

Article.6.1. Soutenir l'investissement des infirmiers dans l'ouverture du Dossier Médical Partagé

Afin de favoriser la prise en charge coordonnée des patients, les partenaires conventionnels s'accordent pour verser aux infirmiers une contribution annuelle au titre de l'ouverture de dossier médical partagé (DMP).

Cette contribution est valorisée à hauteur de 1 euro par DMP ouvert.

L'infirmier procède à l'ouverture du DMP en présence de l'assuré concerné. Il s'engage à délivrer les informations nécessaires à la bonne appréhension par l'assuré de l'objectif du DMP, de son fonctionnement et de la portée de son consentement qui vaut autorisation d'accéder aux données enregistrées sur le DMP.

Le recueil du consentement explicite de l'assuré est exigé. Il est formalisé par la déclaration dématérialisée d'obtention du consentement à laquelle procède l'infirmier lors de l'ouverture du DMP.

La contribution totale au titre du DMP est versée annuellement dans le cadre du forfait d'aide à l'équipement du cabinet mentionné à l'article 22. Le décompte des DMP ouverts par l'infirmier intervient sur la base des données dont dispose l'assurance maladie.

Ces dispositions entreront en vigueur le 1er janvier 2020.

Article.6.2. Soutenir l'investissement des infirmiers dans la mise en œuvre de la télémédecine

Dans le prolongement des engagements des parties signataires de l'accord cadre interprofessionnel mentionné à l'article L.162-1-13 signé le 10 octobre 2018 et sur la base des principes fondateurs de cet accord, notamment celui tenant à l'amélioration de l'accès aux soins, les parties signataires conviennent du rôle essentiel des infirmiers dans le déploiement de la télémédecine.

La télémédecine constitue un nouveau mode d'organisation déterminant dans l'amélioration de l'accès aux soins. En effet, la télémédecine permet une prise en charge plus rapide et au plus près du lieu de vie des patients. Elle évite notamment des déplacements inutiles et peut contribuer au désengorgement des services d'urgence en apportant une offre de soins de premier recours très accessible.

Afin de répondre à ces défis d'organisation des soins, les parties signataires s'entendent pour contribuer au développement de la télémédecine sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients, en s'appuyant sur les infirmiers et la proximité d'accès qu'ils offrent à la population. Dans ce cadre, les parties signataires s'entendent, dans le respect des dispositions législatives et du parcours de soins, pour positionner l'infirmier comme professionnel de santé accompagnant. La mission qui leur est confiée dans ce cadre consiste à proposer une offre organisationnelle des téléconsultations ainsi qu'une assistance au médecin téléconsultant pour la réalisation des actes nécessaire à l'examen clinique.

Article.6.2.1. Champ d'application de la téléconsultation

La téléconsultation se définit comme la consultation à distance réalisée par un médecin exerçant une activité libérale conventionnée, dit « téléconsultant », quel que soit son secteur d'exercice et sa spécialité médicale, et un patient, ce dernier pouvant, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé.

Tout patient peut bénéficier de téléconsultations dès lors que le médecin l'estime opportun.

Les patients doivent être informés des conditions de réalisation de la téléconsultation et, après avoir reçu ces informations, avoir donné leur consentement préalablement à la réalisation de l'acte.

Les parties signataires s'accordent sur la nécessité d'organiser les téléconsultations dans le respect du parcours de soins coordonné. Cette modalité de consultation médicale doit être préalablement convenue entre le patient et son médecin.

Lorsque l'exigence tenant au respect du parcours de soins ne peut pas être satisfaite (patient ne disposant pas de médecin traitant désigné ou médecin traitant non disponible dans un délai

compatible avec l'état de santé du patient), la téléconsultation est assurée dans le cadre d'organisations territoriales coordonnées, telles que les centres de santé, les maisons pluriprofessionnelles de santé (MSP), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les équipes de soins primaires (ESP) ou toute organisation territoriale, validée par les instances paritaires conventionnelles des médecins, qui se propose d'organiser, au niveau du territoire, une réponse en télémédecine de manière coordonnée, ouverte à tous les professionnels de santé du territoire et s'inscrivant dans une démarche de suivi global et régulier du patient.

Article.6.2.2. Rôle de l'infirmier accompagnant

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

Article.6.2.3. Les conditions de réalisation de la téléconsultation

L'infirmier peut être amené à accompagner les patients dans le cadre de téléconsultations organisées à la demande du médecin. Elles doivent être obligatoirement réalisées par vidéotransmission dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises, la traçabilité des échanges, la confidentialité des échanges et l'intimité des patients. Lorsque la téléconsultation est réalisée dans des conditions définies à l'alinéa 5 de l'article 6.2.1, l'infirmier peut être amené à transmettre les données administratives du patient au médecin.

L'infirmier doit disposer des équipements nécessaires, adaptés aux situations cliniques des patients, afin de garantir la réalisation d'une téléconsultation de qualité.

Article.6.2.4. Modalités de rémunération de l'acte d'accompagnement à la téléconsultation

Les parties signataires s'accordent pour valoriser l'intervention des infirmiers dans le cadre des téléconsultations. Ils proposent dans ce cadre que soit créé à la nomenclature générale des actes professionnels un acte valorisant l'intervention de l'infirmier au titre de l'acte de téléconsultation.

Cet acte d'accompagnement à la téléconsultation serait valorisé différemment selon qu'il intervient ou non au décours d'un soin infirmier.

Lorsque l'accompagnement à la téléconsultation intervient au décours d'un soin infirmier réalisé, l'acte serait valorisé à hauteur de 10 euros (code prestation TLS).

Lorsque l'accompagnement à la téléconsultation intervient de manière spécifique (non réalisée au décours de soins infirmiers) dans un lieu dédié aux téléconsultations, l'acte serait valorisé à hauteur de 12 euros (code prestation TLL).

Lorsque l'accompagnement à la téléconsultation intervient de manière spécifique à domicile (intervention ponctuelle non réalisée au décours de soins infirmiers), l'acte serait valorisé à hauteur de 15 euros (code prestation TLD).

Les partenaires conventionnels proposent à titre dérogatoire que cet acte, lorsqu'il est réalisé au domicile du patient au cours d'une séance de soins infirmiers, soit associable à taux plein avec les actes réalisés au cours de la même séance, en dérogation à l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels. Il est également associable aux indemnités de déplacement.

L'infirmier assistant le médecin dans le cadre de la téléconsultation mentionne obligatoirement, sur la feuille de soins, le numéro d'identification du médecin téléconsultant dans la zone réservée à l'identification du prescripteur.

Ces dispositions entreront en vigueur le 1er janvier 2020 après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article.6.2.5. Aide à l'équipement nécessaire pour le déploiement de l'activité de télémédecine

Pour soutenir l'investissement des infirmiers dans le déploiement de l'activité de télémédecine, les parties signataires conviennent de mettre en place une aide à l'équipement selon les modalités suivantes :

-350 euros pour l'équipement de vidéotransmission y compris pour les abonnements aux différentes solutions techniques proposés en matière de recours aux actes de télémédecine,

-175 euros pour l'équipement en appareils médicaux connectés dont la liste sera établie, avant la fin de l'année 2019, sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée chaque année.

Cette participation forfaitaire est versée annuellement dans le cadre du forfait d'aide à l'équipement du cabinet mentionné à l'article 22.

Article.6.2.6. Le suivi de la mise en œuvre de la téléconsultation

La télémédecine constitue une innovation dans les modalités de prise en charge des patients. A ce titre, les parties signataires s'accordent sur la nécessité d'assurer le suivi de la participation des infirmiers aux téléconsultations dans le cadre de la CPN.

Sous réserve d'une évolution du cadre législatif, les partenaires conventionnels examineront les modalités d'organisation et de valorisation des infirmiers au titre de l'activité de télésoin réalisée en libéral.

TITRE III – MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL

Article.7. Démarches de l'infirmier auprès de la caisse lors de l'installation en libéral

Les infirmiers qui souhaitent exercer leur activité sous forme libérale et facturer à l'assurance maladie les actes réalisés dans ce cadre effectuent les démarches nécessaires auprès de leur caisse de rattachement pour se faire enregistrer et obtenir un identifiant leur permettant d'effectuer cette facturation.

Les infirmiers conventionnés qui souhaitent facturer à l'assurance maladie les actes réalisés dans le cadre d'un lieu d'exercice distinct du lieu d'exercice principal effectuent les démarches nécessaires auprès de la caisse du ressort du lieu d'exercice distinct, si elle est différente de celle du lieu d'exercice principal, afin d'obtenir un identifiant leur permettant d'effectuer cette facturation.

Les infirmiers sont notamment tenus de faire connaître aux Caisses leur numéro d'inscription à l'ordre des infirmiers de leur département d'exercice ainsi que l'adresse de leurs différents lieux d'exercice.

Il peut s'agir, soit d'un cabinet personnel, soit d'un cabinet de groupe, soit d'une société quelle que soit la forme juridique retenue. Il doit être réservé à l'exercice de la profession d'infirmier.

Les infirmiers doivent faire connaître aux Caisses les modifications intervenues dans leur mode d'exercice dans un délai de deux mois au maximum à compter de cette modification.

Lorsqu'un infirmier a la qualité de salarié d'un infirmier libéral conventionné ou d'un directeur de laboratoire placé sous le régime de la présente convention, il a l'obligation de faire connaître aux Caisses : le nom, l'adresse et la qualification de son employeur, ainsi que son propre numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale.

Article.8. Conditions d'installation et de cessation d'activité en exercice libéral sous convention

A. Principes

Le diplôme d'Etat d'infirmier garantit la qualification des professionnels qui en sont titulaires.

Conformément à l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, les partenaires conventionnels reconnaissent néanmoins que la spécificité de l'exercice libéral nécessite une expérience professionnelle préalable d'une durée minimum acquise en équipe de soins généraux au sein d'un service organisé.

Est reconnue toute expérience professionnelle acquise dans tout établissement de santé ou structure de soins, ou dans un groupement de coopération sanitaire défini par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement

du système de santé et les procédures de création d'établissement, dès lors qu'elle est acquise en équipe de soins au sein d'un service organisé où l'infirmier est amené à dispenser des soins infirmiers effectifs à une population dont l'état de santé justifie des interventions infirmières diversifiées. Ces actes doivent être effectués sous la responsabilité d'un médecin ou d'un infirmier cadre.

Cette expérience doit être acquise à compter de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier ou de l'autorisation légale d'exercice dans un établissement de soins ou une structure de soins généralisés, installé dans l'un des Etats membres de l'Union européenne, au Royaume-Uni ou en Suisse.

L'expérience professionnelle réalisée par un infirmier au Québec peut également être prise en compte sous réserve que le titre de formation de ce dernier ait fait l'objet d'une procédure d'équivalence au titre de l'arrangement Franco-Quebécois de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des infirmiers du 30 juin 2010 modifié.

B. Règle générale

Peuvent s'installer immédiatement en exercice libéral sous convention :

- les infirmiers justifiant d'une expérience professionnelle de vingt-quatre mois, c'est-à-dire 3 200 heures équivalent temps plein en temps de travail effectif au cours des six années précédant la demande d'installation en libéral sous convention ;
- les infirmiers justifiant d'une expérience professionnelle prévue à l'article 11 du présent texte et d'une expérience en qualité de remplaçant d'infirmier libéral conventionné de six mois c'est-à-dire 800 heures équivalent temps plein en temps de travail effectif ou 109 jours sous contrat de remplacement, au cours des six années précédant la demande d'installation en libéral sous convention.

Lorsqu'il s'agit d'une première installation en libéral sous convention, l'infirmier doit justifier de cette expérience minimale en qualité d'infirmier exerçant dans un établissement de soins ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire, tels que définis au A « Principes » de l'article 8, ou en tant que remplaçant d'un infirmier libéral conventionné (dès lors qu'il remplissait les conditions pour le faire).

Lorsqu'il s'agit d'une réinstallation, cette expérience professionnelle est acquise :

- soit en qualité d'infirmier exerçant en établissement de soins dans les conditions définies au A « Principes » de l'article 8 ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire tel que défini dans le même paragraphe ;
- soit en qualité d'infirmier libéral conventionné sur la période considérée (dès lors qu'il remplissait les conditions pour ce faire) ;
- soit en qualité de remplaçant ou de salarié d'infirmier libéral conventionné (dès lors qu'il remplissait les conditions pour ce faire) ;
- soit pour partie en qualité d'infirmier exerçant en établissement de soins dans les conditions définies au A « Principes » de l'article 8 ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire tel que défini dans le même paragraphe et, pour autre partie, en qualité d'infirmier libéral conventionné ou remplaçant ou salarié d'infirmier libéral conventionné.

Cette expérience professionnelle est comptabilisée en heures, soit 3 200 heures au total d'expérience ou en jours pour la comptabilisation de l'expérience en tant que remplaçant.

C. Cas particuliers

Doivent justifier, dans les six ans qui précèdent la demande d'installation ou de réinstallation, d'une expérience complémentaire de douze mois équivalent temps plein (soit 1 600 heures) dans une équipe de soins généraux au sein d'un service organisé dans un établissement de soins ou dans un groupement de coopération sanitaire tels que définis au A « Principes » de l'article 8 :

- les professionnels qui justifient, dans les six ans précédant la demande d'installation sous convention, de vingt-quatre mois, soit 3 200 heures, d'une expérience professionnelle en tant qu'infirmier acquise en dehors d'une équipe de soins généraux au sein d'un service organisé, telle que définie au A « Principes » de l'article 8;
- les professionnels qui justifient, dans une période de douze ans précédant la demande d'installation sous convention, d'une expérience professionnelle d'au moins vingt-quatre mois (soit 3 200 heures) :
    - o dans une équipe de soins généraux au sein d'un établissement, d'une structure ou d'un groupement définis au A « Principes » de l'article 8;
    - o et/ou en tant qu'infirmier libéral conventionné ;
    - o et/ou en tant que remplaçant ou salarié d'infirmier libéral conventionné.

Les infirmiers ne justifiant pas d'une expérience de vingt-quatre mois comme définie au « A Principes » de l'article 8 dans les six ans précédant leur demande d'installation doivent compléter leur expérience professionnelle à concurrence des vingt-quatre mois (3 200 heures), à moins qu'ils ne relèvent des situations ouvrant droit à dérogation qui sont définies au D de l'article 8 de la présente convention.

Si l'infirmier n'a pas exercé son activité à quelque titre que ce soit dans les quarante-huit mois précédant sa demande d'installation ou de réinstallation, un infirmier libéral conventionné a l'obligation de suivre, dans les douze mois suivant son installation ou sa réinstallation, une formation dont le thème porte sur les conditions et obligations liées à l'exercice libéral sous convention.

D. Dérogations exceptionnelles pour les installations en zones sous-denses

Dans l'objectif de fournir une réponse aux besoins de soins infirmiers avérés des patients, les parties signataires décident d'ouvrir la possibilité dans tous les départements de mesures dérogatoires pour les demandes d'installation qui ne répondent pas entièrement aux critères définis à l'article 8 (A et B) et pour les demandes de remplacement qui ne répondent pas entièrement aux critères définis à l'article 11.

Ces dérogations aux conditions d'installation et de remplacement ne peuvent être accordées, à titre exceptionnel, et en respect des dispositions de l'article 33.3 de la présente convention, que dans la mesure où sont dûment constatées les situations suivantes :

- une carence démographique dans certaines zones géographiques (concerne les zones très sous-dotées et sous-dotées telles que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique), qui ne permet pas un égal accès de la population aux soins infirmiers,
-et au moins une des deux situations suivantes :
    - o une prise en charge de patients dont l'accès aux soins est difficile sur un secteur géographique donné ;

- o des modifications substantielles des conditions d'exercice d'un infirmier conventionné ou d'un groupe d'infirmiers libéraux conventionnés (ex. : maladie ou décès d'un associé, augmentation avérée de l'activité d'un cabinet).

Ces dérogations déterminent le lieu d'exercice principal des infirmiers pouvant s'installer ou remplacer à titre dérogatoire.

L'infirmier adresse sa demande de dérogation à l'organisme local d'assurance maladie dans le ressort géographique duquel se situe le secteur de l'installation envisagée, sous la forme d'un dossier motivé, envoyé par courrier recommandé avec accusé de réception.

L'organisme local d'assurance maladie transmet sa demande à la commission paritaire départementale qui dispose d'un délai de trente jours pour étudier le dossier et rendre un avis à l'organisme local d'assurance maladie. L'infirmier peut également être entendu par la commission paritaire départementale avant que celle-ci rende son avis. Ce dossier doit être exhaustif, argumenté et constitué de données objectives, afin de garantir une égalité de traitement dans l'examen des dérogations.

Sur avis de la commission paritaire départementale, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, seul compétent, notifie dans les meilleurs délais à l'infirmier sa décision d'accorder ou de refuser la dérogation. Sa décision est motivée. Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie agit pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.

E. Justificatifs d'activité ou d'expérience

Il appartient aux infirmiers concernés de produire, à l'appui de leur demande d'installation ou de remplacement sous convention, la ou les attestations d'activité ou d'expérience notamment validées par le ou les employeurs ou les infirmiers remplacés, permettant de vérifier que les conditions d'acquisition de l'expérience précitée sont bien remplies (date, durée exprimée en heures ou jours ou mois, lieu(x) d'exercice, nature de l'expérience, etc…).

F. Démarches de l'infirmier auprès de la caisse lors de la cessation d'activité en libéral

L'infirmier qui cesse son activité libérale doit impérativement informer sa caisse de rattachement dans un délai de deux mois.

Lorsque la caisse constate que, depuis au moins douze mois, l'infirmier n'a facturé aucun acte à l'assurance maladie, elle l'informe qu'elle suspend l'application de l'ensemble des dispositions conventionnelles. Cette disposition n'est pas applicable lorsque l'infirmier justifie cette cessation d'activité par un motif indépendant de sa volonté (ex : maladie, congé parental, congé formation etc.) dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du courrier de la caisse. La suspension prend fin par simple déclaration de reprise d'activité par le professionnel. La commission paritaire départementale est tenue régulièrement informée.

Article.9. Modalités d'exercice

Les infirmiers placés sous le régime de la présente convention s'engagent à respecter les dispositions législatives et règlementaires relatives à l'exercice de leur profession. Il appartient aux caisses de s'assurer que les conditions d'activité libérale sont bien respectées pour l'exercice sous convention.

Les infirmiers placés sous le régime de la présente convention s'engagent à s'abstenir de tout moyen direct ou indirect de publicité notamment une signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale et s'obligent à ne pas utiliser comme moyen de publicité auprès du public la prise en charge des soins infirmiers par les Caisses d'Assurance Maladie.

Les infirmiers salariés d'un infirmier libéral conventionné ou d'un directeur de laboratoire placé sous le régime de la présente convention sont soumis, en matière de publicité, aux mêmes règles que celles applicables aux infirmiers libéraux.

Pour donner lieu à remboursement sur la base des tarifs conventionnels, les soins dispensés doivent être effectués, en dehors des cas de traitement à domicile, au sein de locaux distincts de tout local à finalité commerciale ou partagé avec des personnes exerçant une activité commerciale conformément à l'article R.4312-77 du code de la santé publique.

Les infirmiers débutant leur exercice libéral sous convention sont invités à prendre connaissance des différents supports mis à leur disposition par l'assurance maladie portant notamment sur les conditions liées à l'exercice libéral sous convention et les modalités de facturation des actes.

Article.10. Conditions particulières d'exercice des infirmiers exerçant au sein des sociétés d'exercice

Conformément aux dispositions réglementaires, dans les cabinets regroupant plusieurs professionnels exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique (SEL, SCM, etc.), l'exercice de la profession doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle.

Au sein des sociétés d'exercice, les infirmiers, quel que soit leur statut, adhèrent individuellement à la convention et conservent individuellement le choix et le bénéfice des éventuelles options conventionnelles prévues par la présente convention.

L'exercice de la profession au sein de ces sociétés d'exercice y compris pour les salariés de ces sociétés est assimilé à de l'exercice libéral au sens de la présente convention sans préjudice des dispositions applicables en matière fiscale et sociale.

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

L'infirmier, qui souhaite effectuer le remplacement d'un infirmier exerçant dans le cadre de la présente convention, effectue ses démarches auprès de la caisse de rattachement de son domicile pour se faire enregistrer.

Le remplaçant d'un infirmier placé sous le régime de la présente convention est tenu de transmettre à la caisse de son domicile :
-la copie de son diplôme d'Etat d'infirmier,
-son numéro d'inscription à l'ordre des infirmiers,
-la copie de son autorisation de remplacement en cours de validité délivré par l'ordre des infirmiers,
- l'adresse du lieu d'exercice dans lequel il assure son activité de remplaçant.

Le remplaçant d'un infirmier placé sous le régime de la présente convention est tenu de se conformer également aux règles suivantes :
-conclure un contrat de remplacement avec l'infirmier libéral remplacé dès lors que le remplacement dépasse une durée de 24 heures ou s'il est d'une durée inférieure mais répétée conformément à l'article R.4312-85 du code de la santé publique ;
-ne remplacer au maximum que deux infirmiers simultanément conformément à l'article R.4312-83 du code de la santé publique ;
-justifier auprès de l'organisme local d'assurance maladie de son domicile d'une activité professionnelle de dix-huit mois, soit un total de 2 400 heures de temps de travail effectif, dans les six années précédant la date de demande de remplacement et avoir réalisé cette activité professionnelle dans un établissement de soins, une structure de soins ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire tels que définis à l'article 8 A « Principes » du présent texte.

Durant la période effective de son remplacement, l'infirmier remplacé s'interdit toute activité libérale rémunérée dans le cadre conventionnel.

Les Caisses peuvent, en tant que de besoin, demander la communication d'une attestation de remplacement.

L'infirmier remplacé vérifie que l'infirmier remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention. Il s'engage à porter à la connaissance de son remplaçant les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

Le remplaçant prend la situation conventionnelle du remplacé. En conséquence, l'infirmier remplaçant ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, un infirmier déconventionné.

Par ailleurs, un infirmier interdit d'exercice ou de donner des soins aux assurés sociaux ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction.

L'activité du remplaçant est assimilée à celle du remplacé au regard de la facturation à l'assurance maladie.

Les points C et D de l'article 8 sont également applicables aux remplaçants.

Concernant les cas particuliers, nécessitant une expérience complémentaire de douze mois en équipe de soins généraux dans les six dernières années, la durée d'exercice dans les six ans précédant la demande de remplacement, réalisée hors équipe de soins généraux ou groupement de coopération sanitaire, est réduite à dix-huit mois. De même, dans les douze ans précédant la demande, la durée d'exercice en équipe de soins généraux ou groupement de coopération sanitaire requise est de dix-huit mois pour les remplaçants.

Concernant les dérogations exceptionnelles, la procédure et ses conditions sont similaires aux demandes d'installation sous convention telles que prévues par le D de l'article 8.

Si l'infirmier ne justifie pas d'une expérience de dix-huit mois comme définie au A)
« Principes » de l'article 8 dans les six ans précédant sa demande, il complète son expérience professionnelle à concurrence des dix-huit mois.

Chaque organisme local d'assurance maladie constitue, pour sa circonscription, un fichier assurant un recensement régulier du nombre d'infirmiers remplaçants exerçant sur le département. Ce fichier est transmis annuellement à la Cnam.

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

L'infirmier, qui souhaite exercer en tant que salarié d'un confrère libéral exerçant dans le cadre de la présente convention, effectue ses démarches auprès de la caisse de rattachement de son lieu d'exercice pour se faire enregistrer.

L'infirmier salarié d'un confrère placé sous le régime de la présente convention est tenu de transmettre à sa caisse de rattachement :
-la copie de son diplôme d'Etat d'infirmier,
-son numéro d'inscription à l'ordre des infirmiers,
-l'adresse du lieu d'exercice dans lequel il assure son activité en qualité de salarié,
-le nom et la qualification de son employeur,
-l'indication de son propre numéro d'immatriculation à la sécurité sociale.

L'infirmier salarié d'un confrère libéral placé sous le régime de la présente convention est également tenu de se conformer aux règles suivantes :
-conclure un contrat de travail,
-justifier auprès de l'organisme local d'assurance maladie de rattachement d'une activité professionnelle de dix-huit mois, soit un total de 2 400 heures de temps de travail effectif, dans les six années précédant l'exercice en tant que salarié d'un confrère libéral et avoir réalisé cette activité professionnelle dans un établissement de soins, une structure de soins ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire tels que définis à l'article 8 A. « Principes » du présent texte.

L'infirmier salarié d'un confrère libéral est tenu de communiquer à l'organisme local d'assurance maladie son contrat de travail ou la déclaration préalable à l'embauche.

L'infirmier titulaire du cabinet vérifie que l'infirmier salarié remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du salariat dans le cadre de la présente convention. Il s'engage à porter à la connaissance de l'infirmier salarié les dispositions de la présente convention qui s'appliquent aux salariés et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

L'infirmier salarié ne peut exercer auprès d'un infirmier déconventionné, un infirmier interdit d'exercice ou de donner des soins aux assurés sociaux.

Les paragraphes C et D de l'article 8 sont également applicables aux infirmiers salariés.

Concernant les cas particuliers, nécessitant une expérience complémentaire de douze mois en équipe de soins généraux dans les six dernières années, la durée d'exercice dans les six ans précédant la demande de salariat, réalisée hors équipe de soins généraux ou groupement de coopération sanitaire, est réduite à dix-huit mois. De même, dans les douze ans précédant la demande, la durée d'exercice en équipe de soins généraux ou groupement de coopération sanitaire requise est de dix-huit mois pour les salariés.

Concernant les dérogations exceptionnelles, la procédure et ses conditions sont similaires aux demandes d'installation sous convention telles que prévues par le D de l'article 8.

Si l'infirmier ne justifie pas d'une expérience de dix-huit mois comme définie au A « Principes » de l'article 8 dans les six ans précédant sa demande, il complète son expérience professionnelle à concurrence des dix-huit mois.

L'activité du salarié est assimilée à celle du titulaire au regard de la facturation à l'assurance maladie. Les conditions de facturation des actes réalisés par les infirmiers salariés sont rappelées à l'article 17.3.

Chaque organisme local d'assurance maladie constitue, pour sa circonscription, un fichier assurant un recensement régulier du nombre d'infirmiers salariés de confrères libéraux exerçant sur le département. Ce fichier est transmis annuellement à la Cnam.

Article.13. De la qualité et du bon usage des soins

Les infirmiers libéraux, les remplaçants ou salariés d'un professionnel de santé libéral, placés sous le régime de la présente convention, s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession et à maintenir leur activité dans des limites telles que les patients bénéficient de soins suivis, consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science.

L'infirmier, conformément à ses compétences inscrites dans le code de la santé publique et sous réserve de respecter la réglementation en vigueur et les dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, demeure libre du choix de la technique employée.

Les infirmiers conventionnés participent, pour ce qui relève de leur exercice professionnel sous convention, à la politique de maîtrise médicalisée et de qualité des soins en cohérence avec les accords établis avec les organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux signataires de la présente convention.

Article.14. Le respect du libre choix

Les assurés et leurs ayants droit ont le libre choix entre tous les infirmiers légalement autorisés à exercer en France et placés sous le régime de la présente convention.

Les caisses s'engagent à ne pas faire de discrimination entre les infirmiers conventionnés et les autres praticiens ou professionnels conventionnés légalement habilités à dispenser les mêmes actes.

Les caisses s'engagent à donner à leurs ressortissants toutes informations utiles sur la situation des infirmiers de leur circonscription au regard de la présente convention.

Article.15. Les documents ouvrant droit au remboursement des prestations

Les infirmiers s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents conformes aux modèles définis par la réglementation qu'ils soient transmis par voie électronique ou sur support papier.

L'assurance maladie adresse aux infirmiers, le cas échéant, les différents imprimés et documents nécessaires à la facturation.

Lorsque ces documents ne sont pas pré-identifiés, les infirmiers doivent y reporter leur identification personnelle et, le cas échéant, l'identifiant de la structure d'activité dans laquelle ils exercent. Ils doivent être correctement renseignés et comporter toutes les informations nécessaires prévues par la réglementation.

Seuls permettent un remboursement, les actes inscrits sur les listes citées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale dont les infirmiers attestent qu'ils ont été dispensés et honorés.

Lorsqu'il réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, l'infirmier est tenu de mentionner ces actes sur la feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu.

L'UNCAM s'engage à consulter les organisations syndicales signataires de la présente convention préalablement à toute création ou modification d'imprimés nécessaires à l'application de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale.

Article.16. Rédaction des ordonnances

Les infirmiers bénéficient d'un droit de prescription défini par le code de la santé publique.
Dans ce cadre, l'ensemble des mentions prévues par la réglementation en vigueur doivent apparaître lisiblement sur l'ordonnance de l'infirmier.

L'ordonnance doit permettre l'identification de son auteur et contenir les informations suivantes :
- nom, adresse du prescripteur,
- l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer,
- l'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle est établie l'ordonnance,
- le nom et le prénom du bénéficiaire,
- la dénomination du dispositif médical et, lorsqu'il fait l'objet d'une inscription sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, sa désignation exacte sur ladite liste, qu'elle soit générique ou par marque ; s'il y a lieu, la durée totale de la prescription et la quantité de produits ou le nombre de conditionnements nécessaires compte tenu de cette durée ; s'il y a lieu, le nombre de renouvellements de la prescription par périodes maximales d'un mois, dans la limite de douze mois ; s'il y a lieu, les conditions particulières d'utilisation,
- le cas échéant, l'âge et le poids du bénéficiaire des soins,
- la date de prescription,
- la signature du prescripteur.

Les ordonnances sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision nécessaire. Elles doivent être conformes à la réglementation en vigueur.

Les infirmiers ne peuvent rédiger d'ordonnance que pendant la durée d'une prescription médicale d'actes infirmiers, sauf indication contraire du médecin et sous réserve, pour certains dispositifs médicaux, d'une information du médecin traitant désigné par le patient.

En application de l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale, lorsqu'il prescrit un dispositif médical non remboursable, l'infirmier en informe son patient et porte la mention « NR » sur l'ordonnance, en face du dispositif médical concerné.

Article.17. Facturation des honoraires et indemnités kilométriques

Seuls donnent lieu à un remboursement par l'assurance maladie les actes pour lesquels l'infirmier atteste qu'ils ont été dispensés et rémunérés, conformément à la réglementation en vigueur.

Lorsque les soins sont dispensés à titre gracieux, l'infirmier peut porter sur la feuille de soins la mention « acte gratuit ».

Article.17.1. Document de facturation

Lors de chaque acte, l'infirmier porte sur la feuille de soins ou le document de facturation toutes les indications prévues par la réglementation en vigueur.

Lorsqu'il réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, l'infirmier est tenu de mentionner ces actes sur une feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu.

Lorsque l'infirmier réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, il n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support en tenant lieu, conformément à l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale.

Dans les situations où l'infirmier réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il porte les premiers sur la feuille de soins et les seconds sur un support différent.

L'infirmier est tenu d'inscrire, sur la feuille de soins ou le document de facturation, l'intégralité du montant des honoraires (y compris le DE ou DD défini à l'article 18) qu'il a perçu au titre des actes remboursables et en donne l'acquit par sa signature.

Il ne donne l'acquit que pour les actes qu'il a accomplis personnellement ou le cas échéant ceux réalisés par l'étudiant préparant le diplôme d'Etat d'infirmier dans le cadre d'un stage effectué au cabinet, et pour lesquels il a perçu l'intégralité des honoraires dus, réserve faite dans ce dernier cas des dispositions relatives à la dispense d'avance des frais.

Sous réserve d'une modification éventuelle de la règlementation en vigueur, l'infirmier remplit et signe les imprimés nécessaires aux demandes d'accord préalable dans les conditions prévues à la nomenclature générale des actes professionnels.

Article.17.2. Dispositions particulières liées à la réalisation d'actes en série

La prestation des soins, y compris lorsqu'il s'agit d'actes en série, doit être mentionnée au jour le jour, en utilisant la cotation prévue à la Nomenclature générale des actes professionnels.

En cas d'actes en série, sous réserve de respecter les dispositions prévues au présent article, l'infirmier peut éventuellement donner l'acquit des honoraires lorsque la série des séances est achevée.

Par exception, si, dans le cas d'une série d'actes, un ou plusieurs actes sont exécutés par un infirmier remplaçant, l'ensemble des honoraires peut être encaissé par l'infirmier exécutant

habituellement les actes. L'infirmier remplaçant appose sa signature dans la colonne réservée à l'attestation de l'exécution de l'acte.

Article.17.3. Dispositions particulières liées à la réalisation d'un acte par un infirmier salarié

Lorsque les actes sont effectués par un infirmier salarié d'un professionnel de santé libéral conventionné, la facturation s'effectue selon les modalités suivantes :

-les feuilles de soins ou les supports, sur lesquels sont portés les actes doivent permettre l'identification nominale et codée de l'employeur, suivie de l'identification de l'infirmier salarié;

-l'employeur est identifié dans la rubrique réservée à l'identification de la structure et l'infirmier salarié est identifié comme exécutant de l'acte.

L'infirmier salarié atteste la prestation de l'acte et l'employeur le paiement des honoraires.

Ils apposent respectivement leur signature dans la colonne réservée à l'exécution de l'acte et dans la colonne réservée à l'attestation du paiement des honoraires.

La signature de l'employeur sur la feuille de soins ou tout autre support engage sa responsabilité sur l'application, par l'infirmier salarié, des cotations de la nomenclature générale des actes professionnels et des tarifs en vigueur.

Article.17.4. Dispositif de plafonnements journaliers du montant facturé des indemnités kilométriques

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de mettre en place un dispositif de plafonnements journaliers du montant facturé des indemnités kilométriques définies à l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels selon le principe d'un abattement du tarif du remboursement de ces indemnités.

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

Les modalités de l'abattement sont les suivantes :

-jusqu'à 299 kilomètres cumulés inclus, aucun abattement n'est appliqué ;

-à partir de 300 kilomètres et jusqu'à 399 kilomètres cumulés, bornes incluses, un abattement de 50% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturées est appliqué ;

-à partir de 400 kilomètres cumulés inclus, un abattement de 100% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturés.

Cette mesure est applicable à compter du 1er janvier 2020.

Les partenaires conventionnels conviennent, en parallèle, de conserver la possibilité pour l'infirmier de pouvoir facturer les indemnités kilométriques à partir du cabinet professionnel et, ce même, dans le cadre des tournées journalières au domicile des patients pour lesquels les infirmiers ne reviennent pas systématiquement, entre chaque passage, à leur cabinet.

Ils s'engagent également à mettre en place, d'ici la fin du premier semestre 2019, un groupe de travail visant à clarifier les conditions de facturation des indemnités kilométriques encadrées par l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels notamment sur la définition de la notion d'agglomération et sur les possibilités de dérogation à la règle du professionnel de santé le plus proche. Les travaux de ce groupe de travail devront aboutir pour la fin de l'année 2019.

Pendant la durée des travaux du groupe de travail, les parties signataires s'accordent pour qu'un moratoire sur les contrôles de l'assurance maladie relatifs à ces facturations d'actes soit mis en place afin qu'aucun nouveau contrôle et procédures ne soient initiés.

Ces dispositions feront l'objet d'une modification dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article.18. Mode de fixation des honoraires

L'infirmier établit ses honoraires conformément aux dispositions de la présente convention, de la nomenclature générale des actes professionnels et aux tarifs en vigueur au jour de la réalisation de l'acte.

Les tarifs d'honoraires, frais accessoires, forfaits et les majorations correspondant aux soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés à l'annexe I du présent texte.

Les caisses s'engagent à rembourser les honoraires et frais de déplacement correspondant aux soins dispensés par les infirmiers placés sous le régime de la présente convention, dans les conditions prévues de la nomenclature générale des actes professionnels et sur la base des tarifs de la présente convention.

L'infirmier s'interdit tout dépassement en dehors des cas ci-après :

- circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient non liée à un motif médical (DE), tels que les soins en dehors de l'horaire normal de l'infirmier, déplacement anormal imposé à l'infirmier à la suite du choix par le patient d'un infirmier éloigné de sa résidence, etc.
- lorsque le déplacement n'est pas prescrit (DD).

Dans ces cas, l'infirmier fixe ses honoraires avec tact et mesure et indique sur la feuille de soins le montant total perçu ainsi que le motif du dépassement (DE ou DD).

L'infirmier fournit à l'assuré toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'assurance maladie et lui en indique notamment le montant et le motif.

Conformément à l'article 19 du présent texte, l'infirmier ne peut, lorsqu'il utilise la procédure de dispense d'avance des frais, percevoir de dépassement d'honoraires.

Article.19. Mise en œuvre de la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux

Le législateur a fixé le cadre juridique dans lequel la dispense d'avance de frais bénéficie aux assurés, ainsi que les règles de garantie et de délais de paiement apportés à l'infirmier par les caisses d'assurance maladie, définis par l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale, et qui s'appliquent à l'ensemble des paiements réalisés en tiers payant, y compris dans les cas particuliers décrits ci-après.

Dans ce cas, l'infirmier coche, sur la feuille de soins, la ou les cases suivantes « l'assuré n'a pas payé la part obligatoire » et/ou « l'assuré n'a pas payé la part complémentaire ».

L'infirmier ne peut, lorsqu'il utilise cette procédure, appliquer les dispositions de la convention concernant le dépassement (DE ou DD).

Article.19.1. Tiers payant pour les bénéficiaires de la CMU-c

Conformément à la réglementation, le tiers payant intégral (sur la part obligatoire et la part complémentaire) doit être proposé aux patients bénéficiaires de la CMU-c.

Le règlement des dossiers s'effectue directement par la caisse à l'infirmier.

Article.19.2. Tiers Payant pour les bénéficiaires de l'ACS[1]

- Tiers payant intégral pour les patients disposant d'un contrat complémentaire sélectionné

Conformément à la réglementation, le tiers payant intégral (sur la part obligatoire et la part complémentaire) doit être proposé aux patients disposant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils ont souscrit un contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la Santé. Cette information figure dans la carte d'assurance maladie et dans l'attestation « tiers payant intégral » remise aux assurés.

Le règlement des dossiers s'effectue directement par la caisse à l'infirmier.

- Tiers payant sur la part obligatoire pour les patients n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire sélectionné

Au-delà de ce cadre réglementaire, la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire doit également être accordée par l'infirmier aux personnes bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, mais qui n'ont pas encore souscrit de contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la santé.

[1] A compter du 1er novembre 2019, le dispositif ACS est remplacé par le dispositif CMU-c étendu dont les modalités d'avance de frais sont identiques à celles de la CMU-c.

Le règlement des dossiers s'effectue directement par la Caisse à l'infirmier.

Article.19.3. Tiers Payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ou d'une affection de longue durée (ALD)

Conformément à la règlementation, la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire doit également être accordée par l'infirmier aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, aux bénéficiaires de l'assurance maternité ainsi qu'aux patients pris en charge au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour les soins y afférents.

Le règlement des dossiers s'effectue directement par la Caisse à l'infirmier.

Article.19.4. Autres Tiers payants

L'infirmier peut pratiquer le Tiers Payant dans les cas de situations sociales particulières ou dans les cas de non-paiement direct par le patient même pour des patients ne relevant pas des cas ci-dessus.

TITRE IV - MODERNISER LES RELATIONS ENTRE LES INFIRMIERS ET L'ASSURANCE MALADIE

La simplification administrative, facteur de gain de temps pour les professionnels de santé dans leur exercice quotidien, réside notamment dans l'amélioration des relations directes qu'ils entretiennent avec leur caisse d'assurance maladie.

L'assurance maladie s'engage dans une démarche globale d'amélioration de sa qualité de service qui se décline au travers de différents axes :

- un engagement de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour harmoniser leurs procédures et faciliter la facturation des actes : garantie de paiement, délai de paiement, réduction des motifs de rejets de facturation, suivi de la facturation ;
- une évolution des outils proposés en matière de téléservices ;
- un accompagnement personnalisé avec des correspondants identifiés sur les différents sujets et une meilleure coordination et réactivité des différents interlocuteurs.

Article.20. Les engagements de l'assurance maladie sur la gestion de la facturation des actes

L'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie s'engagent à harmoniser leurs procédures pour faciliter la facturation des actes.

Les engagements de l'assurance maladie en matière de paiement et de suivi de facturation sont les suivants :

- La garantie de paiement sur la base des informations inscrites dans la carte Vitale du patient et ce, même si ce dernier n'a pas mis sa carte à jour.

- Les rejets liés aux droits des patients sont supprimés ; pour toute FSE réalisée avec une carte Vitale, les rejets liés aux droits des patients sont supprimés, quels que soient les changements de situation du patient : changement de régime ou de situation familiale, déménagement, etc…

- En l'absence de carte Vitale, le service ADRi permet d'obtenir une situation de droit à jour pour le patient lors de l'établissement de la FSE, en accédant aux droits du patient figurant dans les bases de l'Assurance Maladie. Grâce à la protection universelle maladie pour l'ensemble des travailleurs et résidents en France, les patients bénéficient de droits continus à l'assurance maladie obligatoire.

- La garantie d'être payé sous cinq jours ouvrés en cas de facturation en FSE. Si le délai de paiement des FSE (en mode sécurisé Vitale ou SESAM sans Vitale uniquement) excède sept jours ouvrés, une indemnité est versée par l'assurance maladie dans les conditions définies réglementairement. Chaque trimestre, les régimes obligatoires d'assurance maladie publient sur leur site internet les délais de paiement des FSE en tiers-payant.

- Un meilleur suivi de la facturation avec un logiciel SESAM-Vitale à jour agréé « suivi des factures à partir de la norme NOEMIE 580 ». Le suivi des paiements est amélioré et les rapprochements comptables sont facilités. De même, les libellés de rejets de factures sont plus explicites et harmonisés entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article.21. Modalités des échanges relatifs à la facturation à l'Assurance maladie

Article.21.1. Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques

La facturation des actes et prestations s'effectue par principe sous format électronique dit « système SESAM-Vitale » selon les conditions définies ci-après. En cas d'impossibilité, la facturation peut s'effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » ou de la feuille de soins sur support papier.

Les infirmiers adhérant à la présente convention utilisent le service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale).

La facturation à l'assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions de la présente convention ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM Vitale et en utilisant une solution agréée CNDA ou homologuée GIE SESAM-Vitale.

Article.21.2. L'utilisation de la carte de professionnel de santé

La réalisation et l'émission de FSE conformément aux spécifications SESAM-Vitale nécessitent l'utilisation d'une carte de professionnel de santé (CPS).

Dans le cadre de la facturation SESAM-Vitale, l'infirmier remplaçant doit disposer de sa propre carte de professionnel de santé (CPS) dès lors que l'infirmier remplacé est équipé d'un logiciel SESAM-Vitale en version 1.40 addendum 7. La FSE élaborée à partir du numéro de facturation Assurance Maladie de l'infirmier remplacé permet ainsi d'identifier l'infirmier remplaçant comme exécutant de l'acte conformément à la réglementation.

Le coût des cartes de professionnel de santé délivrées dans ce cadre est pris en charge par les caisses, pour la durée de la présente convention. Il en va de même pour les cartes CPS remplaçant dans la limite d'une CPS remplaçant.

Article.21.3. L'utilisation de la carte vitale

L'infirmier consulte des informations sur l'assuré ou ses ayants droit au vu de la carte d'assurance maladie dite « Vitale ».

Dans le cas où l'assuré n'est pas en capacité de présenter sa carte Vitale, l'infirmier peut utiliser le service ADRi (Acquisition des DRoits intégrée) pour obtenir une situation de droits à jour de son patient lors de l'établissement de la FSE, en accédant aux droits figurant dans les bases des organismes de l'Assurance Maladie.

L'appréciation du niveau de prise en charge par la caisse d'assurance maladie s'effectue à la date de soins.

Article.21.4. Les règles de télétransmission de la facturation

Article.21.4.1. L'équipement informatique des caisses d'assurance maladie

Les caisses s'engagent à maintenir un niveau et une qualité de service informatique afin d'assurer le règlement des FSE dans les conditions prévues par la présente convention.

Article.21.4.2. Equipement informatique de l'infirmier

L'infirmier met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur ;
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques et des pièces justificatives.

Article.21.4.3. Liberté de choix du réseau

L'infirmier a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il effectue la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE), sous réserve que la solution informatique soit agréée par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'assurance maladie, ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de

transmission utilisant un protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale.

L'infirmier a le libre choix de son fournisseur d'accès internet ou de tout service informatique dès lors qu'il est conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale, et compatible avec la configuration de son équipement. Les parties signataires mettent en œuvre les moyens nécessaires pour faire en sorte que les logiciels agréés SESAM-Vitale intègrent au minimum une interface qui les rende compatibles avec le plus grand nombre des fournisseurs d'accès internet.

Il peut aussi recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et relatives à la confidentialité et l'intégrité des flux de FSE.

Cet organisme tiers, dont l'infirmier a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité de l'infirmier avec lequel il conclut un contrat à cet effet.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, l'infirmier doit impérativement s'assurer que les procédures mises en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de feuilles de soins électroniques, pour la part régime obligatoire.

Article.21.4.4. Respect des règles applicables aux informations électroniques

L'infirmier doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données notamment en matière de déclaration de fichiers.

Les dispositions de la présente convention ne font pas obstacle à des transmissions directes par l'infirmier à des organismes complémentaires. Un éclatement de FSE vers des organismes d'assurance maladie complémentaire peut être effectué, selon des modalités prévues par le cahier des charges SESAM-Vitale, par un OCT mandaté par l'infirmier.

Article.21.5. Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

Article.21.5.1. Etablissement des FSE

La télétransmission des FSE s'applique à l'ensemble des infirmiers et des organismes d'assurance maladie du territoire national selon les règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions de la présente convention.

Article.21.5.2. Délai de transmission des FSE

L'infirmier s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés (article R.161-47 du code de la sécurité sociale), que le paiement s'effectue en paiement direct ou en dispense d'avance des frais.

Article.21.5.3. Délai de paiement en cas de dispense d'avance des frais

La caisse d'assurance maladie obligatoire traite les FSE et émet l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de cinq jours ouvrés, à compter du jour de la réception de l'accusé de réception logique (ARL positif). Si le délai de paiement excède sept jours ouvrés, une indemnité est versée aux infirmiers dans les conditions définies réglementairement.

Article.21.5.4. Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais

Les organismes d'assurance maladie obligatoire s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés par la FSE, sur la base des informations relatives à la couverture maladie contenues dans la carte d'assurance maladie à la date des soins y compris lorsque les droits figurant en carte ne sont pas à jour.
Lorsque la caisse assume la responsabilité du règlement de la part relevant du régime complémentaire, elle supporte également, sur cette part, les obligations résultant de la garantie de paiement.

Utilisation du service ADRi (Acquisition des droits intégrée)
Pour fiabiliser la facturation, l'assurance maladie met à disposition un service intégré, service ADRi (Acquisition des DRoits intégrée au logiciel SESAM Vitale). Il permet de connaitre la situation à jour des droits d'un patient grâce à un accès direct aux bases des organismes d'assurance maladie.

Article.21.5.5. Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique

En cas d'échec d'émission d'une FSE, l'infirmier fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus (article R.161-47 du code de la sécurité sociale).
En cas de nouvel échec de la télétransmission de la FSE et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, l'infirmier établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la feuille de soins électronique non transmise (numéros de FSE et de lot).

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais à l'assuré, l'infirmier signe le duplicata et le remet à l'assuré, ou l'adresse lui-même à la caisse d'affiliation de l'assuré en indiquant que l'assuré n'a pas pu signer la feuille de soins.

En cas de duplicata avec dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, l'infirmier adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré, le duplicata de la feuille de soins signé par lui-même et, si possible, par l'assuré ; à défaut, il indique que l'assuré n'a pas pu signer.

Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, l'infirmier remplit une feuille de soins papier.

Article.21.6. Principe de numérisation et de télétransmission des ordonnances (dispositif SCOR)

Les parties signataires ont convenu de la nécessité de renforcer la télétransmission des échanges entre professionnels et assurance maladie, notamment en mettant en œuvre une

dématérialisation des pièces justificatives liées à la facturation, afin de simplifier et de sécuriser les échanges entre professionnels de santé, caisses et service médical et d'optimiser la gestion du cabinet.

Les modalités du dispositif SCOR comprenant la numérisation des pièces justificatives, et de leur transfert vers les organismes d'assurance maladie sont décrites en annexe IX.

Les parties signataires conviennent, dans l'attente de la mise en œuvre de la prescription électronique, de remplacer l'envoi du duplicata de l'ordonnance papier par l'envoi d'une ordonnance numérisée, télétransmise vers un serveur informatique dédié, conformément aux modalités définies à l'annexe IX de la présente convention.

Les parties signataires s'accordent sur le fait que le respect des obligations décrites à l'annexe IX de la convention nationale permet de reconnaître la même valeur juridique à l'ordonnance numérisée qu'au duplicata ou à la copie de l'ordonnance papier.

En tout état de cause, les parties reconnaissent cependant la nécessité de conserver des modalités de transmissions alternatives et ponctuelles du duplicata de l'ordonnance sur support papier.

Article.21.7. Tri et transmission des ordonnances en cas de non recours au dispositif SCOR

Dans l'hypothèse où l'infirmier n'utilise pas le dispositif SCOR défini par le présent texte en cas de dispense d'avance des frais, il s'engage à transmettre les ordonnances sur support papier à l'organisme d'assurance maladie du régime de l'assuré et de la circonscription du professionnel de santé dans les mêmes délais que ceux réglementairement prévus pour la transmission des feuilles de soins électroniques.

Dans tous les cas, la transmission de la copie de l'ordonnance, conforme aux dispositions réglementaires et déontologique, est nécessaire pour la prise en charge des soins.

Les copies d'ordonnances sous forme papier sont accompagnées d'un bordereau récapitulatif des FSE, conforme au cahier des charges SESAM-Vitale.

L'infirmier s'engage à transmettre hebdomadairement au centre de paiement d'assurance maladie du régime général ou point d'accueil relevant de la caisse la plus proche de son cabinet professionnel les ordonnances papier afférentes aux assurés relevant du régime général, des sections locales mutualistes, de la caisse d'assurance maladie des industries électrique et gazière (CAMIEG), du régime agricole (MSA) et sécurité sociale pour les indépendants (SSI).

Pour les ordonnances afférentes à des assurés relevant des autres régimes d'assurance maladie obligatoire, l'infirmier les adresse directement à la caisse d'affiliation des assurés.

Ces ordonnances papier accompagnées de leur bordereau doivent être classées en trois catégories matérialisées par des enveloppes distinctes.

Catégorie 1 : régime 01, toutes les CPAM, la CAMIEG, et les sections locales mutualistes : tous les bordereaux récapitulatifs des FSE doivent figurer dans la même enveloppe (un

bordereau par CPAM ou par section locale mutualiste), les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau ;

Catégorie 2 : régime 02, MSA et GAMEX : tous les bordereaux doivent figurer dans la même enveloppe (un bordereau par caisse), les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau ;

Catégorie 3 : SSI (03 et suivants) : tous les bordereaux doivent figurer dans la même enveloppe en distinguant les assurés de chaque organisme conventionné, les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau.

A l'extérieur de chaque enveloppe, l'infirmier inscrit les informations suivantes : le numéro des lots, le nombre d'ordonnances par lot, le numéro de la semaine (1 à 52) et son identification.

En cas de dispense d'avance des frais et sauf disposition particulière énoncée à l'alinéa suivant, l'infirmier s'engage à transmettre simultanément les ordonnances papier à l'organisme d'assurance maladie de sa circonscription d'exercice dans les mêmes délais que ceux réglementairement prévus pour la transmission des feuilles de soins électroniques.

Si l'ordonnance a déjà été transmise à la caisse de l'assuré avec une demande d'accord préalable ou si l'ordonnance a déjà été transmise à l'appui d'une feuille de soins antérieure, aucune copie n'est exigée par la caisse, sauf en cas d'ordonnance numérisée.

Article.22. Aides à la modernisation et à l'informatisation

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

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

Ces critères sont les suivants :
- utiliser un logiciel métier, compatible DMP pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée,
- être doté d'une version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les derniers avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération,
- utiliser la solution SCOR pour la transmission à l'assurance maladie des pièces justificatives numérisées,
- atteindre un taux de télétransmission en flux sécurisé supérieur ou égal à 70%, la télétransmission des données fiabilisant la facture et permettant de garantir des délais de paiement très courts,
-disposer d'une adresse de Messagerie Sécurisée de Santé.

Dès lors que ces critères sont respectés, l'infirmier bénéficie d'une aide forfaitaire annuelle de 490 euros.

L'infirmier impliqué dans la prise en charge coordonnée des patients peut, bénéficier d'une aide complémentaire de 100 euros (soit un total de 590 euros/an au titre du forfait) si celui-ci participe à une équipe de soins primaires ou maison de santé pluri-professionnelle partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé ou à d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients. Les parties signataires conviennent que cet indicateur bonus fera l'objet d'une intégration dans les indicateurs socles du forfait à compter du 1er janvier 2022.

L'infirmier impliqué dans le déploiement de l'activité de télémédecine pourra dans le cadre du forfait d'aide à la modernisation bénéficier d'une aide forfaitaire à l'équipement conformément à l'article 6.2.5 du présent texte, selon les modalités suivantes :
-350 euros pour l'équipement de vidéotransmission y compris pour les abonnements aux différentes solutions techniques proposés en matière de recours aux actes de télémédecine,
-175 euros pour l'équipement en appareils médicaux connectés dont la liste sera établie, avant la fin de l'année 2019, sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée chaque année.

L'infirmier ayant procédé à l'ouverture de dossiers médicaux partagés (DMP) pourra dans le cadre de ce forfait bénéficier également d'une contribution annuelle valorisée à 1 euro par DMP ouvert, conformément à l'article 6.1 du présent texte.

L'aide forfaitaire à l'équipement pour l'activité de télémédecine ou la contribution annuelle à l'ouverture de DMP peuvent être perçues indépendamment de l'atteinte des indicateurs « socles» de l'aide à la modernisation et à l'informatisation (SCOR, taux de télétransmission…).

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

Un premier point d'étape sera réalisé en Commission Paritaire Nationale (CPN) en 2020. A l'occasion de ce premier point d'étape, les membres de la CPN pourront décider, le cas échéant, de l'exclusion de certains critères socles pour le versement annuel de l'aide qui interviendra pour la première fois en 2021 au titre de 2020 et pour les exercices suivants le cas échéant.

Article.23. Les autres procédures de facturation

Article.23.1. La feuille de soins SESAM « dégradé »

Article.23.1.1. Procédure exceptionnelle

En cas d'impossibilité de produire des FSE du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte d'assurance maladie, l'infirmier réalise une feuille de soins SESAM « dégradé ».

Article.23.1.2. Transmission des feuilles de soins SESAM « dégradé »

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM-Vitale sécurisées en mode« dégradé », y compris hors département, l'infirmier réalise parallèlement aux flux une feuille de soins papier signée par l'assuré qui sera transmise, le cas échéant, via SCOR.

L'infirmier adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives de la facturation, ainsi qu'une feuille de soins papier signée par l'assuré en cas de FSE dégradée (feuille de soins papier qui sera transmise le cas échéant via SCOR).
Les feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement prévue à l'article 21.5.4 et ne rentrent pas dans le calcul du taux de télétransmission défini à l'article 22 de la convention nationale.

En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement à l'infirmier les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Article.23.2. La facturation via la feuille de soins sur support papier

En cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins électroniques ou SESAM « dégradé », la facturation est effectuée via la feuille de soins papier.

En cas de dispense d'avance des frais, l'infirmier facture directement la part obligatoire des actes et prestations à la caisse d'affiliation de l'assuré.

Il se charge de l'envoi à cette même caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais qui lui sont impartis par la réglementation.

En cas de paiement direct, l'envoi des feuilles de soins papier est effectué sous la responsabilité de l'assuré.

En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement à l'infirmier les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Article.23.3. La simplification des échanges entre les infirmiers et l'assurance maladie

Article.23.3.1. Le déploiement de la norme NOEMIE 580

Equipé d'un logiciel de facturation agréé « suivi des factures sur la base de la norme NOEMIE 580 », l'infirmier bénéficie d'un retour d'information amélioré permettant :
- un meilleur suivi des paiements, rejets et régularisations de factures
    o identification de la facture de façon unique (indication du numéro et type de facture, date de facturation et lieu d'exécution)
    o information au niveau de la facture : payée, rejetée ou différée, avec le détail de la part obligatoire et de la part complémentaire pour chaque facture
    o motifs des rejets clairement identifiés avec l'indication

- de la part concernée par le rejet (part obligatoire ou part complémentaire),
- du niveau de rejet (facture, prestation, code affiné),
- de la nature de la prestation,
- du libellé de rejet.

- un rapprochement facilité entre les factures et les virements bancaires, avec l'indication de la référence du virement bancaire et des factures concernées par ce dernier,
- les retours d'information sur les factures sont regroupés par date comptable et référence de virement, ce qui permet de lister simplement les factures correspondant à un virement donné,
- une meilleure lisibilité des mouvements financiers avec une distinction des types de retours :
  - o liquidation de factures,
  - o régularisation de factures,
  - o paiements ponctuels ou forfaitaires,
  - o retenues ponctuelles après accord formel de l'infirmier.

Article.23.3.2. Mise à disposition de téléservices par l'assurance maladie obligatoire

L'assurance maladie obligatoire met à disposition des infirmiers un ensemble de services simplifiant leurs tâches administratives et facilitant la prise en charge de leurs patients.

Ces services sont accessibles au travers des logiciels utilisés dans leur pratique quotidienne.

Les téléservices suivants en support des tâches et démarches administratives sont d'ores et déjà disponibles sur le portail Ameli pro : informations concernant les paiements effectués par l'Assurance Maladie, leur relevé d'activité (RIAP), l'accès aux droits des patients, commande d'imprimés, l'accès aux référentiels et mémos et l'accès à la base de données publique des médicaments..

Article.23.3.3. Des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés

L'assurance maladie s'engage à mettre en œuvre une offre de service dédiée et personnalisée auprès des professionnels de santé pour faciliter les échanges avec l'assurance maladie dès le moment de l'installation. Elle met notamment en place une offre optimisée de la relation téléphonique, en proposant un numéro d'appel dédié aux professionnels.

De leur côté, les professionnels et notamment les infirmiers adhérant à la présente convention qui souhaitent bénéficier de ces modalités d'échanges privilégiés communiquent leurs coordonnées téléphoniques et électroniques professionnelles à l'assurance maladie pour faciliter la communication d'informations.

Article.23.3.4. Un accompagnement des professionnels de santé dans leur pratique

Chaque caisse dispose de délégués de l'assurance maladie (DAM) et de conseillers informatique service (CIS) chargés d'accompagner les professionnels en leur communiquant notamment des informations actualisées pour les aider dans l'exercice de leur pratique, leur informatisation, etc.

TITRE V - DISPOSITIONS SOCIALES ET FISCALES

En application du 5° de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires à la convention conviennent que les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations sociales dues par les infirmiers libéraux conventionnés selon les modalités suivantes.

Article.24. Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Les infirmiers libéraux conventionnés doivent une cotisation prévue à l'article L.722-4 du code de la sécurité sociale.

La participation des caisses dont les modalités de calcul sont détaillées à l'annexe VIII de la présente convention est assise :
- d'une part, sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires tiré de l'activité libérale réalisée dans le cadre de la présente convention ;
- d'autre part, sur le montant des revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des infirmiers, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables fixés par la présente convention, attesté par la production de documents fixant les règles de rémunération entre les infirmiers et ces structures dans les conditions définies à l'annexe VIII.

La hauteur de la participation de l'assurance maladie est fixée de telle manière que le reste à charge pour les infirmiers soit de 0,1% de l'assiette de participation définie au présent article.

Article.25. Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse

La participation des caisses au financement de la cotisation forfaitaire annuelle obligatoire, prévue à l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale et due par les infirmiers libéraux conventionnés est fixée aux deux tiers du montant de la dite cotisation, tel que fixé par le décret n° 2008-1044 du 10 octobre 2008 publié au Journal officiel du 11 octobre 2008.

La participation des caisses à la cotisation d'ajustement annuelle obligatoire prévue à l'article L. 645-3 du code de la sécurité sociale, et due par les infirmiers libéraux conventionnés au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, s'élève à 60 % du montant de ladite cotisation, tel que fixé par le décret susvisé.

Article.26. Modalités de versement

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement sur leur appel.

Le montant annuel de la participation des caisses aux cotisations sociales des infirmiers libéraux est réparti entre les régimes d'assurance maladie selon la part de chacun de ces régimes dans les dépenses d'assurance maladie obligatoire.

TITRE VI - VIE CONVENTIONNELLE

Article.27. Durée de la convention

Conformément à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, la présente convention nationale est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation.

La convention est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires dans les conditions définies dans le code de la sécurité sociale.

Article.28. La signature de la convention par une nouvelle partie

Toute organisation syndicale représentative peut signer la présente convention par un acte adressé à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). L'UNCAM informe alors les autres signataires. Cette nouvelle signature entraine une modification de la composition des instances paritaires dans les conditions définies à l'article 33.

Article.29. Résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée par les partenaires conventionnels, soit par décision de l'UNCAM, soit par décision conjointe d'au moins deux organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux signataires de la convention représentant la majorité des suffrages exprimés aux élections des unions régionales des professionnels de santé, dans les cas suivants :
- non-respect grave et répété des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les infirmiers libéraux.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception adressée à tous les signataires de la convention et prend effet à l'échéance d'un délai de six mois. Durant ce délai, l'UNCAM ouvre des négociations en vue de la conclusion d'une nouvelle convention dans les conditions prévues par la réglementation.

Article.30. Notification de la convention

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, l'assurance maladie met à disposition des professionnels de santé concernés sur son site internet, la présente convention, ses annexes et, le cas échéant, les avenants à la présente convention, dans un délai d'un mois suivant leur publication au Journal officiel de la République Française.

Article.31. Modalités d'adhésion

Les infirmiers précédemment conventionnés à la date d'entrée en vigueur de la convention sont considérés tacitement comme y adhérant. Dans le cas où ils souhaiteraient être placés en dehors des présentes dispositions conventionnelles, ces professionnels doivent adresser à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité un

courrier recommandé l'en informant. La décision prend effet un mois après la date de réception du courrier par la caisse.

Les infirmiers précédemment placés en dehors de la convention nationale, de même que les professionnels s'installant en exercice libéral au cours de la vie conventionnelle qui souhaitent adhérer à la présente convention en font la demande par courrier recommandé avec avis de réception adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent ou lors d'un rendez-vous auprès de la caisse. Leur adhésion à la convention est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de leur demande.

Article.32. Modalités de rupture d'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, l'infirmier qui ne souhaite plus être placé sous le régime de la présente convention adresse un courrier recommandé avec accusé de réception à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce.

Cette décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse primaire d'assurance maladie. L'infirmier reste autorisé à formuler à tout moment une nouvelle demande d'adhésion.

Article.33. Instances conventionnelles

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle et mettent en place pour en faciliter l'exercice :
- une commission paritaire nationale ;
- une commission paritaire régionale dans chaque région administrative ;
- une commission paritaire départementale dans chaque département.

Article.33.1. La Commission Paritaire Nationale (CPN)

Il est institué, entre les parties signataires, une Commission Paritaire Nationale composée paritairement.

Article.33.1.1. Composition de la commission paritaire nationale

La CPN est composée pour moitié :

- de représentants de l'UNCAM, qui constituent la section sociale ;

- de représentants de la ou des organisations syndicales nationales représentatives des infirmiers libéraux signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 8 représentants titulaires désignés par les organisations syndicales nationales représentatives des infirmiers libéraux et signataires de la présente convention.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les infirmiers libéraux adhérant à la présente convention, en exercice et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives des infirmiers signataires de la présente convention.

En l'absence d'accord des organisations syndicales, les sièges (de la section professionnelle) sont répartis entre les organisations syndicales nationales représentatives signataires de la présente convention sur la base des derniers résultats nationaux aux élections aux Unions Régionales des Professionnels de Santé mentionnées aux articles L.4031-1 à L. 4031-7 du code de la santé publique, en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées recueillies nationalement, divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant au plus fort reste et chaque organisation syndicale reconnue représentative signataire de la présente convention étant assurée de disposer d'au moins un siège.

La durée du mandat des infirmiers est celle conférée par le syndicat qu'ils représentent

Section sociale

La section sociale est composée de 8 représentants titulaires de l'assurance maladie.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un infirmier exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

Est membre de plein droit avec voix consultative un représentant du secteur libéral du Conseil national de l'ordre des infirmiers. Nul ne peut être membre de la commission à plus d'un titre.

En cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire, la commission constituée de l'ensemble des signataires de la convention, se réunit dans les deux mois à compter de la date de signature du nouveau signataire ou de retrait effectif d'un signataire.

La commission fixe lors de cette réunion la composition de chacune de ses deux sections comportant un nombre égal de membres, de la façon suivante :

- une section professionnelle dont la répartition du nombre de sièges est arrêtée par les organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux et signataires de la convention dans les conditions prévues au présent article,
- une section sociale dont le nombre de sièges est égal à celui de la section professionnelle et donne lieu à une répartition entre les régimes membres de cette commission.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'annexe X de la présente convention.

Article.33.1.2. Mise en place de la commission paritaire nationale

La CPN se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Les réunions de la CPN peuvent se tenir en présentiel ou par visioconférence. Elles peuvent également se tenir par voie électronique sous réserve qu'au moins deux réunions de la CPN en présentiel sur l'année soient conservées.

Le secrétariat est assuré par l'UNCAM. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevés de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article.33.1.3. Missions de la commission paritaire nationale

Dans le cadre de sa mission générale de suivi de la vie conventionnelle et du respect des engagements respectifs des parties, la commission a une double vocation d'impulsion et de coordination des actions menées tant au niveau national, régional que local en application de la convention.

La CPN délibère sur les orientations de la politique conventionnelle et particulièrement sur :
- le suivi de l'évolution des dépenses d'assurance maladie concernant les soins infirmiers ;
- le suivi des nouvelles cotations et l'impact financier des modifications apportées à la nomenclature générale des actes professionnels prévues aux articles 5.1 à 5.6 de la présente convention ;
- le suivi et la mise en œuvre des dispositions figurant à l'article 5.7 du présent texte relatives à la réforme de la prise en charge des soins à domicile des patients dépendants ;
- la préparation des avenants et annexes à la convention ;
- la mise en œuvre de mesures facilitant l'exercice de la profession ;
- les demandes de conventionnement dans les zones « surdotées » en application de l'article 3.4.1 de la présente convention ;
- l'évaluation de la portée du dispositif conventionnel de régulation démographique en termes d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des infirmiers libéraux exerçant dans les zones « très sous dotées ».

En outre, la CPN :
- a pour rôle de faciliter l'application de la convention par une concertation permanente sur le plan national entre l'UNCAM et les représentants des infirmiers ;
- veille au respect des dispositions conventionnelles par les infirmiers et les caisses au niveau local ;
- est informée des modifications intervenant dans la prise en charge des soins impactant les soins dispensés par les infirmiers ;
- est informée des modifications portant sur la nomenclature ;
- suit la mise en œuvre du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation dans les conditions définies à l'article 22 ;

- propose des orientations prioritaires pour le développement professionnel continu dans les conditions définies à l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;
- prend toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances paritaires ;
- recueille les résumés des travaux des CPD/CPR. Le secrétariat de ces instances transmet ces résumés aux membres de la CPN ;
- examine et émet un avis sur tous les projets de modification des documents servant de base aux échanges entre l'assurance maladie et les infirmiers (formulaires, etc.) ;
-suit les procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance de frais ou de tout autre dispositif issu de la réglementation ;
-suit les échanges de données dématérialisées entre l'assurance maladie et les infirmiers adhérant à la présente convention.

Article.33.2. Les Commissions paritaires régionales (CPR)

Il est institué dans chaque région, pour l'application de la présente convention, une Commission paritaire régionale composée paritairement.

Article.33.2.1. Composition de la commission paritaire régionale

La CPR est composée pour moitié :

- de représentants des caisses d'assurance maladie qui constituent la section sociale ;

- de représentants de la ou des organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 8 représentants titulaires désignés par les organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux et signataires de la présente convention.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les infirmiers libéraux, en exercice, adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance. Les infirmiers siégeant en CPR doivent exercer en principe à titre principal dans la région concernée.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives des infirmiers signataires de la présente convention.

En l'absence d'accord des organisations syndicales, les sièges sont répartis entre les organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux et signataires de la présente convention sur la base des derniers résultats nationaux aux élections aux Unions Régionales des Professionnels de Santé mentionnées aux articles L.4031-1 à L. 4031-7 du code de la santé publique, en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées

recueillies nationalement, divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant au plus fort reste et chaque organisation syndicale reconnue représentative signataire de la présente convention étant assurée de disposer d'au moins un siège.

La durée du mandat des infirmiers est celle conférée par le syndicat qu'ils représentent.

A titre exceptionnel, dans les régions où il existe une carence d'une ou de plusieurs représentations, les représentants d'une organisation professionnelle siégeant en CPR peuvent être installés dans d'autres régions que celles où sont implantées les CPR au sein desquelles ils siègent.

Si malgré les dispositions précédentes et après relance des organisations syndicales concernées, il apparaissait une carence répétée de représentants d'une organisation professionnelle, la totalité des sièges vacants pourrait alors être attribuée en CPR aux représentants des autres organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux, signataires de la présente convention et représentées dans la région.

Section sociale

La section sociale est composée de 8 représentants titulaires de l'assurance maladie. Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un infirmier exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

Est membre de plein droit avec voix consultative un représentant du secteur libéral du conseil régional de l'ordre des infirmiers. Nul ne peut être membre de la commission à plus d'un titre.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe X de la présente convention.

Article.33.2.2. Mise en place de la commission paritaire régionale

La CPR se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Les réunions de la CPR peuvent se tenir en présentiel ou par visioconférence. Elles peuvent également se tenir par voie électronique sous réserve qu'au moins deux réunions de la CPR en présentiel sur l'année soient conservées.

Le secrétariat est assuré par le représentant régional auprès du régime général (coordonnateur) ou par une caisse de la région.
Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevés de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article.33.2.3. Missions de la commission paritaire régionale

La CPR délibère sur les orientations de politique conventionnelle au niveau régional.

La CPR est saisie pour avis :

-sur les projets de contrats types conclus par l'ARS ainsi que sur le projet d'arrêté de zonage régional.

La CPR est chargée notamment des missions suivantes :
- elle facilite l'application de la convention nationale par une concertation permanente sur le plan local entre les Caisses et les représentants des infirmiers ;
-elle définit au niveau local la liste des zones intermédiaires ou très dotées telle que définie en application de l'article L. 1434-4 du code de santé publique situées en périphérie des zones sur-dotées conformément à l'article 3.4.4 de la présente convention ;
- elle assure un suivi de l'évolution régionale des dépenses de santé en rapport avec les actes infirmiers et analyse ces dépenses au regard des besoins de santé de la population ;
- elle suit l'évolution de la démographie des infirmiers sur le territoire régional ; à ce titre, elle contribue aux travaux de l'agence régionale de santé en étant son interlocuteur privilégié dans sa mission relative aux orientations sur l'évolution de la répartition territoriale des infirmiers libéraux et la définition des zones géographiques sous-denses en matière d'accès de la population aux actes infirmiers ;
-elle suit et évalue au niveau régional l'impact du dispositif démographique mis en place par la convention ;
-elle examine, dès qu'elle a connaissance d'un projet d'ouverture ou d'extension de SSIAD au sein d'une zone « sur-dotée », l'existence ou l'absence d'un besoin que l'offre de soins infirmiers existante n'est pas en mesure de prendre en charge.

Elle rend compte périodiquement de ses travaux à la commission paritaire nationale et lui transmet toute étude et proposition qu'elle juge utiles. Elle adresse à la CPN, au cours du dernier trimestre de chaque année, un rapport sur ses activités de l'année en cours.

Article.33.3. Les Commissions paritaires départementales (CPD)

Il est institué dans chaque département, pour l'application de la présente convention, une Commission paritaire départementale composée paritairement.

Article.33.3.1. Composition de la commission paritaire départementale

La CPD est composée pour moitié :

- de représentants des caisses d'assurance maladie, qui constituent la section sociale ;

- de représentants de la ou des organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 8 représentants titulaires désignés par les organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux et signataires de la présente convention.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les infirmiers libéraux, en exercice, adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance. Les infirmiers siégeant en CPD doivent exercer en principe à titre principal dans le département concerné.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives des infirmiers signataires de la présente convention

En l'absence d'accord des organisations syndicales, les sièges sont répartis entre les organisations syndicales représentatives signataires de la présente convention sur la base des derniers résultats nationaux aux élections aux Unions Régionales des Professionnels de Santé mentionnées aux articles L.4031-1 à L. 4031-7 du code de la santé publique, en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées recueillies nationalement, divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant au plus fort reste et chaque organisation syndicale reconnue représentative signataire de la présente convention étant assurée de disposer d'au moins un siège.

La durée du mandat des infirmiers est celle conférée par le syndicat qu'ils représentent.

A titre exceptionnel, dans les départements où il existe une carence d'une ou de plusieurs représentations, les représentants d'une organisation professionnelle siégeant en CPD peuvent être installés dans d'autres départements que ceux où sont implantés les CPD au sein desquels ils siègent.

Si malgré les dispositions précédentes et après relance des organisations syndicales concernées, il apparaissait une carence répétée de représentants d'une organisation professionnelle, la totalité des sièges vacants pourrait alors être attribuée en CPD aux représentants des autres organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux, signataires de la présente convention et représentées dans le département.

Section sociale

La section sociale est composée de 8 représentants titulaires de l'assurance maladie.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un infirmier exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

Est membre de plein droit avec voix consultative un représentant du secteur libéral du conseil départemental de l'ordre des infirmiers. Nul ne peut être membre de la commission à plus d'un titre.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe X de la présente convention.

Article.33.3.2. Mise en place de la commission paritaire départementale

La CPD se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Les réunions de la CPD peuvent se tenir en présentiel ou par visioconférence. Elles peuvent également se tenir par voie électronique sous réserve qu'au moins deux réunions de la CPD en présentiel sur l'année soient conservées.

Le secrétariat est assuré par la CPAM. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevés de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article.33.3.3. Missions de la commission paritaire départementale

La CPD a pour rôle de faciliter l'application de la convention par une concertation permanente sur le plan local entre les caisses et les représentants des infirmiers.

Elle est régulièrement informée des conditions générales et individuelles d'application de la convention dans la circonscription des Caisses du département concerné. Elle s'efforce en conséquence de régler toute difficulté concernant l'application de la convention.

La CPD a également pour missions, notamment :

-d'analyser l'évolution des dépenses d'assurance maladie que lui présentent les Caisses, pour leur circonscription concernant les soins dispensés par les infirmiers et analyser ces dépenses au regard des besoins de santé de la population ;
-d'examiner les demandes d'installation sous convention en zones sur-dotées conformément aux conditions et procédures définies à l'article 3.4.1 de la présente convention ;
-d'examiner les demandes d'installation sous convention à titre dérogatoire conformément aux conditions et procédures définies au D de l'article 8 de la présente convention ;
-de rendre un avis sur les situations individuelles de non-respect des règles conventionnelles constatées par les caisses, conformément à la procédure décrite à l'article 34.2.3 du présent texte.

Elle rend compte périodiquement de ses travaux à la commission paritaire nationale et régionale et lui transmet toute étude et proposition qu'elle juge utiles.

La commission paritaire départementale adresse, au cours du dernier trimestre de chaque année, à la commission paritaire nationale, un rapport sur ses activités de l'année en cours.

Article.34. Procédures conventionnelles

Article.34.1. Non-respect des règles conventionnelles constaté par une caisse

En cas de constatation, par une caisse, du non-respect des dispositions de la présente convention par un infirmier libéral, portant notamment sur :

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables ;
- l'utilisation abusive du DE ;
- la facturation d'actes fictifs ;

- la non-utilisation ou la mauvaise utilisation, de façon répétée, des documents ou de la procédure auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ;

- la non-inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de la présente convention et de la règlementation ;

- le non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (NGAP) ;

- le non-respect du droit à la dispense d'avance des frais défini dans le cadre de la présente convention ;

- le non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique à l'Assurance maladie, prévue par l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations.

La procédure décrite à l'article 34.2 peut être mise en œuvre.

Article.34.2. La procédure

Article.34.2.1. Procédure préalable d'avertissement

Le directeur de la caisse d'assurance maladie du lieu d'implantation du lieu d'exercice principal et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique qui constatent le non-respect par un infirmier des dispositions de la présente convention lui adressent un avertissement par lettre recommandée avec accusé de réception. Cet avertissement doit comporter l'ensemble des anomalies reprochées au professionnel.

L'infirmier dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de cet avertissement pour modifier sa pratique. Dans le cas de non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, l'infirmier dispose d'un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique.

Article.34.2.2. Relevé de constatation préalable à la convocation de la CPD

Si, à l'issue d'un délai d'au moins trente jours ou de quatre-vingt-dix jours en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation, à compter de la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que l'infirmier n'a pas modifié sa pratique reprochée, le directeur de la caisse d'assurance maladie et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique, communiquent le relevé des constatations à l'infirmier concerné par lettre recommandée avec accusé de réception, avec copie aux présidents des deux sections de la CPD.

La caisse d'assurance maladie procèdera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai de trois ans suivant la réception du courrier d'avertissement non suivi de sanction, l'infirmier a renouvelé les mêmes faits reprochés.

Le relevé des constatations détaille les manquements reprochés à l'infirmier, expose les sanctions encourues et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites prévus aux alinéas suivants.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles par lettre recommandée avec accusé de réception et/ou être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. A cette occasion, l'infirmier peut se faire assister par un avocat et/ou un confrère de son choix exerçant régulièrement sa profession et placé sous le régime de la présente convention.

A l'issue de l'entretien, la caisse dresse un compte-rendu d'entretien signé par le directeur et l'infirmier. La caisse peut décider de mettre fin à la procédure engagée à l'encontre de l'infirmier. Elle doit nécessairement aviser la CPD de l'entretien et l'informer de l'abandon ou de la poursuite de la procédure.

Lorsque les manquements justifient la poursuite de la procédure, la caisse verse aux débats le compte-rendu d'entretien lors de la réunion de la Commission Paritaire Départementale. L'absence de signature de l'infirmier de ce compte-rendu ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

Article.34.2.3. Examen par la commission paritaire départementale

Lorsque les manquements reprochés à l'infirmier sont dûment établis, la caisse demande au président de la commission paritaire départementale de réunir celle-ci. Cette réunion est de droit.

Elle doit se tenir dans un délai maximal de soixante jours à compter de la réception des observations de l'infirmier ou de la tenue de l'entretien ou de l'échéance du délai laissé à l'infirmier pour présenter ses observations et/ou être entendu par le directeur de la caisse ou son représentant comme visé à l'article précédent.

Le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations de l'infirmier, le compte rendu d'entretien, le cas échéant, et tout document utile sont joints à l'ordre du jour. L'ensemble de ces documents doivent être transmis aux membres de la CPD au moins quinze jours avant la réunion. L'infirmier est informé de la date de la réunion de la commission.

La commission se prononce en principe sur pièces. Toutefois, l'infirmier peut demander à être entendu par la commission pour fournir les explications qu'il juge utile.

Il peut se faire assister, s'il le souhaite, d'une personne de son choix, et notamment d'un confrère exerçant régulièrement sa profession et placé sous le régime de la présente convention et/ ou d'un avocat. Il peut envoyer au secrétariat de la commission un mémoire en défense au plus tard trois jours avant la date de la réunion.

La CPD émet en séance un avis selon les règles de vote définies à l'annexe X de la présente convention sur la décision à prendre après avoir entendu l'intéressé le cas échéant.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les quinze jours suivant la réunion au Président et au Vice-Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les sept jours suivant sa réception. A l'issue de ces délais, l'avis de la CPD est réputé rendu.

Article.34.2.4. Décision et notification de la sanction

Une fois l'avis de la CPD rendu ou réputé rendu, le directeur de la caisse d'assurance maladie et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique arrêtent la décision qui s'impose à l'infirmier et sa date d'application.

Le directeur de la caisse d'assurance maladie et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique notifient au professionnel l'éventuelle mesure prise à son encontre par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette décision est accompagnée de l'avis rendu par la CPD.

Lorsque le directeur de la caisse prend à l'encontre d'un professionnel une mesure :

- de suspension de tout ou partie de la participation des caisses au financement des cotisations sociales supérieure ou égale à 6 mois,
- ou de suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel supérieure ou égale à 3 mois,

et que cette mesure est supérieure à celle proposée par la CPD dans son avis, il en informe par courrier le secrétariat de la CPN qui inscrit ce point à l'ordre du jour de la réunion suivante. L'application de la décision du directeur est dans ce cas suspendue jusqu'à avis de la CPN.

Cette notification, qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose l'infirmier pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après un délai de deux mois à compter de la date de notification.

La décision est alors exécutoire.

L'infirmier dispose des voies de recours devant les tribunaux administratifs conformément à l'article L. 162-34 du Code de la sécurité sociale.

Article.34.3. Les sanctions susceptibles d'être prononcées

Lorsqu'un infirmier ne respecte pas les dispositions de la présente convention, il peut après mise en œuvre de la procédure prévue à l'article 34.2 de la présente convention, encourir une des sanctions suivantes :

- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel avec ou sans sursis. Cette suspension peut être temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention), selon l'importance des griefs.

La mise hors champ de la convention de trois mois ou plus entraîne la suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

En cas de sursis, la sanction de mise hors convention peut être rendue exécutoire pendant une période de deux ans à compter de sa notification, dès lors que de nouveaux manquements réalisés postérieurement à la notification de la sanction devenue définitive ont été relevés à l'encontre de l'infirmier par la CPD.

Elle peut, dans ce cadre et le cas échéant, se cumuler, avec la sanction prononcée à l'occasion de l'examen de ces nouveaux manquements.

Le sursis ne s'applique pas en cas de suspension de la participation des caisses à la prise en charge des avantages sociaux inhérente à la procédure de mise hors convention.

- suspension de tout ou partie de la participation des caisses, au financement des cotisations sociales du professionnel pour une durée maximale de douze mois.

- interdiction temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention), de pratiquer le DE, cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect des règles encadrant la pratique du DE définies dans la présente convention.

- suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux d'une durée de trois mois en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, conformément à l'avant dernier alinéa de l'article 34.1 de la convention nationale. Dans le cas où ce manquement est de nouveau constaté après qu'une sanction, devenue définitive, a déjà été prononcée pour le même motif, cette sanction peut être portée à six mois de suspension de la participation de l'assurance maladie aux avantages sociaux.

Lorsqu'un infirmier est sanctionné par une mesure de mise hors convention, il ne peut se faire remplacer pendant toute la durée de la sanction. Il ne peut pas non plus exercer en tant que remplaçant d'un infirmier exerçant à titre libéral et régi par la présente convention.

Article.34.4. Procédure exceptionnelle de déconventionnement

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels justifiant le dépôt d'une plainte pénale par l'organisme de sécurité sociale en application du 3ème alinéa de l'article L.114-9 du code de la sécurité sociale et entraînant un préjudice financier dépassant huit plafonds mensuels de la sécurité sociale, le directeur de la Caisse du lieu d'exercice de l'infirmier peut décider de suspendre les effets de la convention, après accord du directeur de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet et information de la commission paritaire départementale.

Cette suspension provisoire ne peut excéder trois mois.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de la caisse notifie au professionnel,

par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, les faits reprochés et la suspension envisagée et les voies de recours.

Le professionnel dispose d'un délai de quinze jours à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu, assisté le cas échéant de la personne de son choix, pour présenter ses observations.

Après réception des observations écrites ou après l'audition du professionnel ou à l'issue du délai de quinze jours, le directeur de la caisse dispose d'un délai de quinze jours pour notifier la suspension de l'effet de la convention au professionnel par une décision motivée. A défaut, la procédure est réputée abandonnée.

Simultanément, le directeur de la caisse engage la procédure de déconventionnement dans les conditions définies à l'article 34.2. Le préalable de l'avertissement décrit à l'article 34.2.1 ne s'applique pas à cette procédure.

Le professionnel dont le conventionnement a été suspendu dans ce cadre peut exercer un recours en référé contre la décision du directeur de la Caisse devant le tribunal administratif.

Article.34.5. Condamnation par une instance ordinale ou judiciaire

Lorsque l'ordre des infirmiers ou une juridiction a prononcé, à l'égard d'un infirmier :
- une sanction devenue définitive d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux,
- une sanction devenue définitive d'interdiction d'exercer,
- une peine effective d'emprisonnement,

l'infirmier se trouve placé de fait et simultanément hors de la convention, à partir de la date d'application de la sanction ordinale ou judiciaire, et pour la même durée.

Le directeur de la Caisse informe le professionnel de sa situation par rapport à la convention.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituent en outre une infraction au regard des règles conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du professionnel l'une des mesures prévues à l'article 34.3 de la présente convention en application de la procédure décrite aux articles 34 et suivants.

Article.34.6. Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur du présent accord

Les procédures conventionnelles en cours à la date d'entrée en vigueur du présent texte sont examinées au regard des dispositions dudit texte. Les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur du présent texte s'appliquent jusqu'à leur terme.

Fait à Paris, le 29 mars 2019

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
Le Directeur Général,
Nicolas REVEL

Pour la Fédération Nationale des Infirmiers
Le Président,
Daniel GUILLERM

Pour Convergence Infirmière
La Présidente,
Ghislaine SICRE

Pour le Syndicat National des infirmières et des infirmiers libéraux
La Présidente,
Catherine KIRNIDIS

ANNEXE I – TARIFS

Les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés comme suit :

	Métropole	**DOM et Mayotte**
AMI	3,15	3,30
AIS	2,65	2,70
DI	10,00	10,00
IFD	2,50	2,50
IK plaine	0,35	0,35
IK montagne	0,50	0,50
IK pied-ski	3,40	3,66
Majorations de nuit : -De 20h à 23h et de 5h à 8h -De 23h à 5h	 9,15 18,30	 9,15 18,30
Majoration de dimanche [2] et jour férié	8,50	8,50
Majoration d'acte unique (MAU)	1,35	1,35
Majoration de coordination infirmière (MCI)	5,00	5,00
Majoration jeunes enfants (MIE)	3,15	3,15

[2] La majoration de dimanche s'applique à compter du samedi à 8 heures pour les appels d'urgence

ANNEXE II- METHODOLOGIE DE CLASSIFICATION DES ZONES RELATIVES AUX INFIRMIERS LIBERAUX

Les partenaires conventionnels ont mené des travaux en lien avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère des Solidarités et de la Santé afin de rénover la méthodologie de classification des zones dans lesquelles les partenaires conventionnels ont défini des mesures d'incitation ou de régulation en vue d'une meilleure répartition géographique de l'offre en infirmiers.

Ils proposent de retenir la méthode suivante pour déterminer, d'une part, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins infirmiers visées au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique et, d'autre part, celles dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, zones qui sont définies au 2° de ce même article.

1-Unité territoriale

Le territoire français est découpé en zones ; chacune d'entre elles est classée selon son niveau de dotation en infirmiers libéraux selon 5 niveaux de dotation : zones « très sous-dotées », zones « sous-dotées », zones « intermédiaires », zones « très-dotées » et zones « sur-dotées ».

L'unité territoriale retenue par défaut pour construire ces zones est le bassin de vie (plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services de la vie courante). Toutefois, dans le cas où l'unité urbaine pôle du bassin de vie compte plus de 30 000 habitants, celui-ci est découpé en unités plus petites, le pseudo-canton. Le pseudo-canton est un regroupement d'une ou plusieurs communes entières[3].

2-Source des données

- Découpage en bassin de vie/pseudo canton

Les communes qui font partie d'un bassin de vie dont le pôle est une unité urbaine de plus de 30 000 habitants sont regroupées en pseudo cantons (définis par l'INSEE, géographie 2017), les autres sont regroupées au niveau du bassin de vie (définis par l'INSEE en 2012, exprimés en géographie 2016).

- Variables d'activité

Les informations sur l'activité et les honoraires des infirmiers libéraux, quel que soit le régime d'affiliation de leurs patients, sont issues des données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie pour l'année 2017.

---

[3] Dans les agglomérations urbaines, chaque canton comprend en général une partie de la commune principale et éventuellement une ou plusieurs communes périphériques. Dans ce cas, l'Insee considère la commune principale, entière, comme un pseudo-canton unique et distinct. Pour la ou les communes périphériques, le pseudo-canton considéré est alors identique au vrai canton amputé de la fraction de la commune principale que comprend le vrai canton.

- Variables administratives

Les variables administratives par cabinet des infirmiers libéraux sont issues du fichier national des professionnels de santé de l'assurance maladie de décembre 2017.

La population résidente étudiée est issue des estimations annuelles de population et des enquêtes annuelles de données du recensement INSEE de 2015.

- Distance et temps de trajet entre communes

Les données concernant les distances entre communes sont issues du distancier Metric de l'Insee pour l'année 2017.

3-Méthodologie

La méthodologie employée s'appuie sur l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) qui a notamment l'avantage, par rapport aux méthodologies classiques de densité standardisée, de prendre en compte, pour une zone donnée, l'offre et la demande issues des zones environnantes (cf. source :http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer).

L'indicateur d'APL est d'abord calculé pour chaque commune. Il est ensuite agrégé au niveau du bassin de vie ou du pseudo-canton en faisant la moyenne des indicateurs d'APL des communes constituant ce bassin de vie (ou pseudo canton), pondérée par la population standardisée (cf. définition infra) de chaque commune. Chaque bassin de vie ou pseudo-canton est ensuite classé en fonction de la valeur de son indicateur d'APL.

3.1- Descriptif des variables utilisées dans le calcul de l'indicateur APL

3.1.1 – Le nombre d'infirmiers en Equivalent Temps Plein

Le nombre d'infirmiers en Equivalent Temps Plein (ETP) est calculé en fonction des honoraires remboursables par professionnel de santé dans l'année (AMI/AIS/DI/MAU/MCI, hors frais de déplacement et hors majorations nuit et dimanche). L'activité de chaque infirmier est rapportée à la médiane et ne peut excéder les honoraires du 90ème percentile.
Seule l'activité des infirmiers libéraux et des centres de santé infirmiers est prise en compte.
Les infirmiers âgés de plus de 65 ans ne sont pas pris en compte, ni ceux avec une activité très faible (honoraires remboursables dans l'année inférieurs à 10 000 euros).
Les infirmiers installés dans l'année sont comptabilisés pour un ETP.

3.1.2 – La population résidente standardisée par l'âge par commune

Afin de tenir compte de la structure par âge de la population de chaque commune et d'une demande en soins différente selon l'âge, la population résidente a été standardisée à partir du montant d'honoraires consommés en soins infirmiers par tranche d'âge de 5 ans.

3.1.3 – Les distances entre communes

Le temps de trajet nécessaire pour parcourir la distance entre deux communes a été mesuré en minutes ; il s'agit du temps de parcours estimé entre les mairies de ces deux communes. Les temps de parcours utilisés sont issus du distancier Metric produit par l'Insee. Ce distancier

tient compte notamment du réseau routier existant, des différents types de route, de la sinuosité et de l'altimétrie.

L'accessibilité a été considérée comme parfaite (coefficient = 1) entre 2 communes éloignées de moins de 10 minutes. L'accessibilité est réduite à 2/3 pour 2 communes éloignées de 10 minutes ou plus et de moins de 15 minutes, et à 1/3 pour 2 communes éloignées de 15 minutes ou plus et de moins de 20 minutes. Entre 2 communes éloignées de 20 minutes ou plus, l'accessibilité est considérée comme nulle.

3.2 – Classement des bassins de vie et pseudo-cantons

Les bassins de vie ou pseudo-cantons sont classés par ordre croissant de leur niveau d'APL.

- Les premiers bassins de vie ou pseudo-cantons avec l'APL le plus faible et représentant 5 % de la population française totale sont classés en zones « très sous-dotées » ;
- Les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants qui représentent 9,5 % de la population française sont classés en zones « sous-dotées » ;
- Les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants qui représentent 36,8 % de la population française sont classés en zones « intermédiaires » ;
- Les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants qui représentent 20,4 % de la population française sont classés en zones « très-dotées » ;
- Enfin, les derniers bassins de vie ou pseudo-cantons avec l'APL le plus élevé et représentant 28,4 % de la population française sont classés en zones « sur-dotées » ;

4-Adaptation régionale avant publication des arrêtés par les Agences régionales de santé

Si les caractéristiques d'une zone tenant par exemple à sa géographie ou à ses infrastructures (ex : transports…), à l'offre de soins présente sur la zone, à des indicateurs de fragilité (ex : CMU, handicap…) le justifient, les agences régionales de santé peuvent modifier le classement en zones « très sous-dotées » et « sur-dotées » selon les dispositions suivantes et après concertation prévue à l'article R. 1434-42 du code de la santé publique et avis de la Commission paritaire régionale prévue à la convention nationale des infirmiers.

Avant publication des arrêtés régionaux définissant les zones, si un bassin de vie ou un pseudo-canton « très doté » fait partie des zones couvrant les 33,4 % de la population française au niveau national (soit 28,4 % de la population à laquelle s'ajoutent 5% de marge de manœuvre des ARS) pour lesquelles l'indicateur d'APL est le plus élevé, il peut être reclassé comme zone « sur-dotée ».

La part de la population régionale des zones qualifiées de zones « sur-dotées » doit rester stable au niveau régional. Ainsi, le reclassement de bassins de vie ou pseudo-cantons en zones « sur-dotées » doit engendrer le basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons initialement classés en zone « sur-dotée » vers un classement en zone « très dotée », pour une population de taille équivalente au niveau régional.

Après modulation au niveau régional, la répartition au niveau national conserve ainsi une part de 28,4 % de la population française totale classée en zones « sur-dotées ».

De même, un reclassement des bassins de vie ou pseudo-cantons en zones « très sous-dotées », au sens de l'article précédent, est possible pour les bassins de vie ou pseudo-cantons

« sous-dotés » s'ils font partie des zones qui recouvrent les 10 % de la population française (soit 5 % de la population à laquelle s'ajoutent 5 % de marge de manœuvre des ARS) pour lesquelles la densité APL est la plus faible.

La part de la population régionale dans les zones qualifiées de zones « très sous-dotées » devra rester stable au niveau régional. Ainsi, le reclassement de bassins de vie ou pseudo-cantons en zones « très sous-dotées » devra engendrer le basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons initialement classés en zones « très sous-dotées » vers un classement en zone « sous-dotée », pour une population de taille équivalente au niveau régional.

Après modulation au niveau régional, la répartition au niveau national conserve ainsi une part de 5 % de la population française totale classée en zones « très sous-dotées ».

ANNEXE III- CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE A L'INSTALLATION DES INFIRMIERS DANS LES ZONES TRES SOUS DOTEES

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-12-2 et L. 162-14-4 ;

- Vu l'arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale des infirmiers libéraux et reconduite le 25 juillet 2017 ;

- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers ;

- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation en libéral des infirmiers en zones très sous-dotées pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.3.1.1 et à l'annexe III de la convention nationale ;

- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

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

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

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

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

Et, d'autre part, l'infirmier :
Nom, Prénom

Inscrit au tableau du conseil départemental de l'ordre des infirmiers de : …… Sous le numéro ……
numéro ADELI :
numéro AM :
adresse professionnelle :

un contrat d'aide à l'installation en libéral des infirmiers dans les zones très sous-dotées.

Article 1 Champ du contrat d'installation

Article 1.1. Objet du contrat d'installation

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des infirmiers libéraux, en zones « très sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire pour les accompagner dans cette période de fort investissement généré par leur installation à titre libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc.).

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'installation

Le contrat d'installation est réservé aux infirmiers libéraux conventionnés s'installant dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

L'adhésion au contrat est individuelle. Par conséquent, chaque infirmier d'un cabinet de groupe doit accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, il joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

Pour un même infirmier, le contrat d'aide à l'installation en libéral n'est cumulable ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.3.1.3 de la convention nationale, ni avec le contrat d'aide à la première installation en libéral défini à l'article 3.3.1.2 de la convention nationale.

Un infirmier ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation en libéral.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat d'installation

Article 2.1 Engagements de l'infirmier

L'infirmier s'engage :
– à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation (indicateurs socles) prévues à l'article 22 à la convention nationale des infirmiers ;
– à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
– à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone très sous-dotée en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la première année et 30 000 € les années suivantes (les honoraires sans dépassement correspondent aux honoraires liés à l'activité : AMI/AIS/DI/MAU/MCI, hors frais de déplacement et hors majorations nuit et dimanche) ;
- à exercer au sein d'un groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L.1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS.

En outre, il s'engage à informer la caisse de la circonscription de son cabinet principal de son intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

Engagement optionnel

A titre optionnel, l'infirmier peut également s'engager à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Article 2.2 Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1 par l'infirmier, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire à l'installation d'un montant de 27 500 euros au maximum.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- au titre de la première année, 9 250 euros versés à la date de signature du contrat pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ; pour l'infirmier exerçant entre un à trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;

- au titre de la deuxième année, 9 250 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante, pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ; pour l'infirmier exerçant entre un à trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;

- et ensuite, les trois années suivantes, 3000 euros par année, versés avant le 30 avril au titre de l'année civile précédente, sans proratisation en fonction de l'activité.

L'infirmier formé au tutorat et adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 euros par mois (pendant la durée du stage de fin d'études) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

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

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Modulation régionale par l'Agence régionale de santé du montant de l'aide à l'installation en libéral dans les zones très sous-dotées.

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire à l'installation et de l'aide optionnelle pour l'accueil de stagiaires pour les infirmiers adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé

comme particulièrement déficitaires en offre de soins en infirmiers parmi les zones très sous-dotées telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20% des zones « très sous dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire à l'installation et de l'aide optionnelle pour l'accueil de stagiaires.

Pour les infirmiers faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3 Durée du contrat d'installation

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

Article 4 Résiliation du contrat d'installation

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative de l'infirmier

L'infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

En cas d'absence de respect par l'infirmier de tout ou partie de ses engagements (infirmier ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base

de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat. La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Article 5 Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entrainant la sortie du lieu d'installation de l'infirmier adhérant de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par l'infirmier ou la caisse d'assurance maladie.

L'infirmier

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

ANNEXE IV - CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE A LA PREMIERE INSTALLATION DES INFIRMIERS DANS LES ZONES TRES SOUS DOTEES

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-12-2 et L. 162-14-4 ;

- Vu l'arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale des infirmiers libéraux et reconduite le 25 juillet 2017 ;

- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers ;

- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à la première installation en libéral des infirmiers en zones très sous-dotées pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.3.1.2 et à l'annexe IV de la convention nationale ;

- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

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

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

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

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

Et, d'autre part, l'infirmier :
Nom, Prénom

Inscrit au tableau du conseil départemental de l'ordre des infirmiers de : …… sous le numéro ……
numéro ADELI :
numéro AM :
adresse professionnelle :

un contrat d'aide à la première installation en libéral des infirmiers dans les zones très sous-dotées.

Article 1 Champ du contrat d'aide à la première installation en libéral

Article 1.1. Objet du contrat d'aide à la première installation en libéral

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des infirmiers libéraux conventionnés débutant leur exercice professionnel en zones « très sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire visant à les accompagner dans cette période de fort investissement généré par leur installation à titre libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc….).

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'aide à la première installation en libéral

Ce contrat est proposé aux infirmiers libéraux conventionnés s'installant en libéral dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique et sollicitant pour la première fois leur conventionnement avec l'assurance maladie.

L'adhésion au contrat est individuelle. Par conséquent, chaque infirmier d'un cabinet de groupe doit accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, il joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

Pour un même infirmier, le contrat d'aide à la première installation en libéral n'est cumulable ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.3.1.3 de la convention nationale, ni avec le contrat d'aide à l'installation en libéral défini à l'article 3.3.1.1 de la convention nationale.

Un infirmier ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à la première installation en libéral.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat d'aide à la première installation en libéral

Article 2.1 Engagements de l'infirmier

L'infirmier s'engage :
– à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation (indicateurs socles) prévues à l'article 22 de la convention nationale des infirmiers ;
– à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion ;
– à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone très sous-dotée en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la première année et 30 000 € les années suivantes (les honoraires sans dépassement correspondent aux honoraires liés à l'activité : AMI/AIS/DI/MAU/MCI, hors frais de déplacement et hors majorations nuit et dimanche) ;
– à exercer au sein d'un groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L.1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS.

En outre, il s'engage à informer la caisse de la circonscription de son cabinet principal de son intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

Engagement optionnel

A titre optionnel, l'infirmier peut également s'engager à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Article 2.2 Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1 par l'infirmier, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire à la première installation d'un montant de 37 500 euros au maximum.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- au titre de la première année, 14 250 euros versés à la date de signature du contrat pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ; pour l'infirmier exerçant entre un à trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;

- au titre de la deuxième année, 14 250 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante, pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ; pour l'infirmier exerçant entre un à trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;

- et ensuite, les trois années suivantes, 3000 euros par année versés avant le 30 avril au titre de l'année civile précédente, sans proratisation en fonction de l'activité.

L'infirmier formé au tutorat et adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 euros par mois (pendant la durée du stage de fin d'études) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

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

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Modulation régionale par l'Agence régionale de santé du montant de l'aide à l'installation en libéral majorée dans les zones très sous-dotées.

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire à la première installation en libéral et de l'aide optionnelle pour l'accueil de stagiaires pour les infirmiers adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en infirmiers parmi les zones très sous-dotées telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20% des zones « très sous dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire à l'installation.

Pour les infirmiers faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3 Durée du contrat d'aide à la première installation en libéral

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

Article 4 Résiliation du contrat d'aide à la première installation en libéral

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative de l'infirmier

L'infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

En cas d'absence de respect par l'infirmier de tout ou partie de ses engagements (infirmier ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Article 5 Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entrainant la sortie du lieu d'installation de l'infirmier adhérant de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par l'infirmier ou la caisse d'assurance maladie.

L'infirmier

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

ANNEXE V – CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE AU MAINTIEN DES INFIRMIERS DANS LES ZONES TRES SOUS DOTEES

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articlesL.162-12-2 et L. 162-14-4 ;

- Vu l'arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale des infirmiers libéraux et reconduite le 25 juillet 2017 ;

- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers ;

- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide au maintien des infirmiers libéraux en zones très sous-dotées pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.3.1.3 et à l'annexe V de la convention nationale ;

- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

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

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

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

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

Et, d'autre part, l'infirmier :
Nom, Prénom

Inscrit au tableau du conseil départemental de l'ordre des infirmiers de : …… sous le numéro ……
numéro ADELI :
numéro AM :
adresse professionnelle :

un contrat d'aide au maintien des infirmiers libéraux dans les zones très sous-dotées.

Article 1 Champ du contrat de maintien

Article 1.1. Objet du contrat de maintien
Le contrat a pour objet de favoriser le maintien des infirmiers libéraux en zones « très sous-dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire.

Cette option vise à inciter les infirmiers libéraux à maintenir leur exercice en zone « très sous-dotée ».

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat de maintien

Ce contrat est proposé aux infirmiers libéraux conventionnés installés dans une zone « très sous-dotée » telle que définie au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

L'adhésion au contrat est individuelle. Par conséquent, chaque infirmier d'un cabinet de groupe doit accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, il joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

Pour un même infirmier, le contrat de maintien n'est pas cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation en libéral défini à l'article 3.3.1.1 de la convention nationale des infirmiers, ni avec le contrat d'aide à la première installation en libéral défini à l'article 3.3.1.2 de la convention nationale.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat de maintien

Article 2.1 Engagement de l'infirmier

L'infirmier s'engage :
– à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation (indicateurs socles) prévues à l'article 22 de la convention nationale des infirmiers;
– à exercer pendant une durée minimale de trois ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
– à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de son activité dans la zone très sous-dotée en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la première année et 30 000 € les années suivantes ;
– à exercer au sein d'un groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L.1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS.

En outre, il s'engage à informer la caisse de la circonscription de son cabinet principal de son intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

<u>Engagement optionnel</u>

A titre optionnel, l'infirmier peut également s'engager à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Article 2.2 Engagement de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1 par l'infirmier, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire au maintien de l'activité d'un montant de 3 000 euros au maximum par an. Elle est versée au titre de chaque année avant le 30 avril de l'année civile suivante.

L'infirmier formé au tutorat et adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 euros par mois (pendant la durée du stage de fin d'études) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

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

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Modulation régionale par l'Agence régionale de santé du montant de l'aide au maintien des infirmiers libéraux dans les zones très sous-dotées.

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire au maintien et de l'aide optionnelle pour l'accueil de stagiaire pour les infirmiers adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en infirmiers parmi les zones très sous-dotées telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20% des zones « très sous dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire au maintien et de l'aide optionnelle pour l'accueil de stagiaires.

Pour les infirmiers faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3 Durée du contrat de maintien

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction.

Article 4 Résiliation du contrat d'aide au maintien

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative de l'infirmier

L'infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

En cas d'absence de respect par l'infirmier de tout ou partie de ses engagements (infirmier ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation. La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Article 5 Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entrainant la sortie du lieu d'installation de l'infirmier adhérant de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par l'infirmier ou l'assurance maladie.

L'infirmier

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

ANNEXE VI – CONTRAT INCITATIF INFIRMIER : Option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmiers libéraux conventionnés en zones « très sous dotées. »

(Dispositions transitoires)

Conformément aux dispositions de l'article 3.3.2 C du présent texte, les contrats incitatifs infirmiers issus des avenants 3 et 5 à la convention nationale, en cours à la date d'entrée en vigueur du présent avenant s'appliquent selon les dispositions figurant à la présente annexe jusqu'à l'adoption par le directeur général de l'agence régionale de santé des contrats types régionaux définis à l'article 3.3.2.

A compter de la date d'entrée en vigueur des contrats types régionaux, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs infirmiers issus des avenants 3 et 5 à la convention nationale et définis à la présente annexe. Il est proposé aux infirmiers de souscrire à l'un des nouveaux contrats incitatifs définis aux annexes III à V du présent texte.

Les contrats incitatifs infirmiers en cours, issus des avenants 3 et 5 à la convention nationale et repris dans la présente annexe, perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance.

Les parties signataires considèrent nécessaire, par des mesures structurantes favorisant le regroupement et la continuité des soins, de favoriser l'implantation des infirmiers libéraux dans les zones « très sous dotées » et le maintien de l'activité des infirmiers qui y sont d'ores et déjà installés. Les parties signataires souhaitent ainsi permettre à chaque infirmier de rompre son isolement, de limiter ses contraintes, de se former, et, de cette manière, contribuer à la qualité des soins délivrés sur l'ensemble du territoire.

A cette fin, elles créent une option conventionnelle à adhésion individuelle intitulée « contrat incitatif infirmier », destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmiers libéraux en zone « très sous-dotée », dans le cadre de laquelle est allouée une participation forfaitaire de l'assurance maladie au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicules…).

Par ailleurs, les parties signataires s'entendent pour favoriser et sensibiliser les infirmiers libéraux aux objectifs de santé publique et de prévention afin de promouvoir, outre un égal accès aux soins, une amélioration de la qualité du service rendu à la population.

1. Objet de l'option

Le « contrat incitatif infirmier » est une option conventionnelle, signée entre les caisses primaires d'assurance maladie et les infirmiers libéraux conventionnés, pendant une durée de trois ans, et destinée à favoriser l'installation et le maintien en zone « très sous-dotée ».

Cette option vise à inciter les infirmiers libéraux à :
- s'installer ou exercer en cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires. L'exercice regroupé favorise en effet les échanges professionnels, libère du temps pour la formation et la vie personnelle, tout en facilitant la continuité des soins ;
- recourir à des collaborations libérales et des remplacements dans les zones « très sous dotées », ce qui permet d'alléger la charge de travail et de s'absenter plus facilement, notamment dans le cadre du développement professionnel continu. En intégrant le statut de collaborateur

libéral, les parties signataires souhaitent également faciliter l'installation des jeunes professionnels dans ces zones.

2. Champ de l'option

Cette option est proposée aux infirmiers libéraux conventionnés s'installant ou installés dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

3. Conditions générales d'adhésion

☐☐**Conditions alternatives liées à l'exercice du professionnel :**

3.1. Un exercice en groupe : un infirmier peut adhérer au contrat s'il exerce en groupe.

L'exercice en groupe s'entend comme :
- le regroupement d'au moins deux infirmiers libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans une zone « très sous-dotée » et liées entre eux par :
  - o un contrat de collaboration libérale ;
  - o un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ;
  - o ou par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'ordre ;
- l'exercice dans un cabinet pluridisciplinaire, une maison de santé pluridisciplinaire ou une société interprofessionnelle de soins ambulatoires dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exerce dans les mêmes locaux.

3.2. Un exercice individuel d'un infirmier libéral conventionné, recourant à un infirmier remplaçant, permettant d'assurer la continuité des soins.

☐☐**Conditions d'activité :**
Pour bénéficier des avantages prévus au présent contrat, l'infirmier libéral doit justifier d'une activité libérale conventionnelle réalisée aux deux tiers auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée ».

4. Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Participation forfaitaire de l'assurance maladie au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) de 5500 euros pour une année pleine, versés à terme échu pendant 3 ans.

5. Engagements de l'infirmier libéral

En contrepartie de la participation forfaitaire de l'assurance maladie au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels, l'infirmier contractant s'engage à :
- en cas de prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques : suivi des patients, notamment diabétiques insulinodépendants (remplissage du carnet de suivi du patient diabétique) ;
- réaliser la vaccination antigrippale de ses patients dans les conditions définies par l'assurance maladie dans le cadre de ses campagnes organisées ;
- utiliser les moyens de télétransmission pour au minimum 80 % de son activité ;

- réaliser deux tiers de l'activité auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée ».

6. Adhésion à l'option

6.1. Modalités d'adhésion

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque infirmier d'un cabinet de groupe devra accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.
L'infirmier formalise, auprès de sa CPAM de rattachement, son adhésion suivant un modèle formalisé à l'annexe VII de la présente convention.
Il joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe tel que défini dans les conditions générales d'adhésion.

6.2. Durée de l'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat.

6.3. Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Le versement de la participation forfaitaire de l'assurance maladie est conditionné au respect des conditions d'exécution du contrat.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

6.4. Rupture de l'option

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

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier qu'il ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation forfaitaire de l'assurance maladie au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues.

L'infirmier peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la caisse par courrier. La décision de l'infirmier prend effet dès réception par la caisse du courrier.

ANNEXE VII - MODELE DE FORMULAIRE D'ADHESION AU CONTRAT INCITATIF INFIRMIER (dispositions transitoires)

Acte d'adhésion au « Contrat incitatif infirmier » (1)

Identification de l'infirmier :
Je, soussigné (e),
Nom : ……
Prénom : ……
Numéro d'identification : ……
Adresse du lieu d'exercice principal : ……..

Déclare exercer en groupe formalisé selon le mode suivant (copie du/des contrat[s] à annexer à l'acte d'adhésion) :
☐☐ Collaboration libérale
☐☐ SCP
☐☐ SEL
☐☐ Autres contrats de société
☐☐ Cabinet pluridisciplinaire, maison de santé ou société interprofessionnelle de soins ambulatoires

ou déclare recourir à des remplacements contractualisés garantissant la continuité des soins

Déclare :
1° Avoir pris connaissance des dispositions de l'option conventionnelle appelée « contrat incitatif infirmier » telles qu'indiquées à l'annexe VI de la convention nationale des infirmiers ;
2° M'engager à en respecter les dispositions ;
3° Adhérer au « contrat incitatif infirmier » destiné à favoriser l'installation et le maintien des infirmiers libéraux conventionnés en zone « très sous-dotée ».

Cachet de l'infirmier

Fait à ……
Le ……..

Accusé de réception de la caisse
Adhésion enregistrée (2)
Adhésion non enregistrée et motif du rejet (2) : ……..

Cachet de la caisse Date : ……..

(1) Document à remplir par l'infirmier, en double exemplaire, et à envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de son exercice principal. Un exemplaire signé par la caisse est ensuite renvoyé à la professionnelle signataire.
(2) Rayer les mentions inutiles.

ANNEXE VIII – MODALITÉS DE CALCUL DE LA PARTICIPATION DES CAISSES AUX COTISATIONS SOCIALES DUES AU TITRE DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE, MATERNITÉ, DÉCÈS DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX CONVENTIONNÉS

La participation des caisses mentionnée aux articles 24 et suivants du présent texte est calculée de la manière suivante :

1. **Calcul du montant de la participation sur les revenus conventionnés**

Un taux d'honoraires sans dépassement est calculé pour chaque professionnel en rapportant le montant total des honoraires liés à l'activité conventionnée, déduction faite des dépassements d'honoraires au montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée.

Le montant de la participation de l'assurance maladie sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires correspond au montant total des revenus tirés de l'activité conventionnée, multiplié par le taux d'honoraires sans dépassements et par le taux de prise en charge.

2. **Calcul du montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées pour des structures dont le financement inclut la rémunération des infirmiers**

Le montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des infirmiers correspond à l'ensemble de ces revenus, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables, multiplié par le taux de prise en charge.

Cette disposition est applicable sous réserve de réaliser un seuil minimal d'activité dans le cadre de l'activité libérale conventionnée facturée individuellement à l'assurance maladie. Ce seuil est défini de la manière suivante : montant d'honoraires sans dépassement de l'activité libérale rapporté au total des honoraires sans dépassement perçus par l'infirmier au titre de l'activité libérale et de l'activité en structure, ce rapport devant être supérieur à 15%. La participation est conditionnée au respect des tarifs opposables fixés par la convention, attesté par la production de documents fixant les règles de rémunération entre les infirmiers et ces structures.

3. **Calcul du montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès**

Le montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés correspond à la somme des deux montants calculés précédemment.

ANNEXE IX – NUMERISATION ET TELETRANSMISSION DES ORDONNANCES

Article 1 - Principe de numérisation et de télétransmission des pièces justificatives

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt de simplifier les modalités de transmission des pièces justificatives de la facturation, notamment les ordonnances, de faciliter leur réception et leur archivage par la caisse et par voie de conséquence de parvenir à leur numérisation et à la dématérialisation de leur transfert, dans l'attente de la prescription électronique.

A cette fin, les parties signataires conviennent d'organiser un dispositif comprenant la numérisation des pièces justificatives de la facturation, quel que soit le destinataire du règlement, notamment des ordonnances originales exécutées, et leur transfert vers les organismes d'assurance maladie.

Les parties signataires conviennent que la transmission des pièces justificatives numérisées s'effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié dans le respect des dispositions de la présente annexe et du cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

En vue de la télétransmission des pièces justificatives numérisées, l'infirmier s'engage à s'équiper d'un logiciel agréé par le CNDA lorsque ceux-ci seront disponibles. Il s'engage à télétransmettre les pièces justificatives numérisées vers le serveur dédié, dès lors que les moyens techniques mis à sa disposition le lui permettent.

En cas d'absence de transmission dématérialisée en raison de l'échec de la transmission électronique de la pièce justificative numérisée ou d'absence d'équipement adapté, la transmission des pièces justificatives de la facturation par l'infirmier, et ce quel que soit le destinataire de règlement, se fait sur support papier selon les modalités décrites à l'article 21.7 de la convention nationale.

L'infirmier s'engage à transmettre la pièce justificative selon un seul et même mode de transmission hormis les cas de dysfonctionnement de la numérisation. Il s'interdit ainsi, pour une même pièce justificative, de la transmettre simultanément selon plusieurs modes de transmission.

Article 2 - La pièce numérique

Les parties conviennent que la pièce justificative correspondant au duplicata ou à la copie de l'ordonnance originale sur support papier et portant les mentions obligatoires fixées réglementairement et par la dernière version du cahier des charges SESAM Vitale est remplacée par une copie numérique fidèle et durable de l'ordonnance originale.

L'ordonnance ainsi numérisée et transmise à l'organisme d'assurance maladie est désignée ci-après « la pièce numérique ».

La pièce numérique est considérée comme la « pièce justificative » ouvrant droit au remboursement et à la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur.

Dès lors que le processus d'envoi et de réception de la pièce numérique est réalisé selon les

principes définis à la présente annexe, l'infirmier se trouve dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge le duplicata ou la copie de l'ordonnance originale sur support papier.

L'infirmier est responsable de l'établissement de la pièce numérique, de sa fidélité à la pièce justificative papier.

La modification du mode de transmission de la pièce justificative est sans effet sur les responsabilités respectives de l'infirmier et de l'assurance maladie concernant les pièces justificatives, telles qu'elles résultent des textes en vigueur.

L'infirmier s'engage à transmettre une pièce justificative conforme, c'est-à-dire d'une qualité de numérisation permettant l'atteinte d'un taux d'exploitabilité des pièces numériques de 99 %.

La liste des anomalies rendant inexploitables les pièces numériques est fixée à la présente annexe.

La résolution de l'image constituant la pièce numérique doit être a minima de 200 DPI pour assurer une qualité d'image suffisante.

Le format de l'image constituant la pièce numérique de type pdf doit être a minima A5 et doit être visualisable sur un écran de taille référence 800X600 .

Article 3 - La numérisation des pièces justificatives

L'infirmier s'engage à numériser les pièces justificatives par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité de la pièce numérique à la pièce justificative sur support papier, et ce dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges publié par le GIE SESAM-Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

L'infirmier s'engage à effectuer l'opération de numérisation de la pièce justificative lors de la prise de contact avec son patient pour une transmission de ces pièces tant lors de la transmission d'une éventuelle demande d'accord préalable que lors de la facturation (par le biais d'une feuille de soins électronique).

Dans les situations où la pièce justificative aurait déjà été transmise lors d'une précédente facturation par voie électronique pour la même série d'acte, l'infirmier transmet alors les informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative, l'ordonnance initiale en l'espèce, selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Dans le cadre d'un soin réalisé après une demande d'accord préalable, l'infirmier transmet de nouveau l'ordonnance numérisée à l'appui de la facturation du soin.

Article 4 - Délai de transmission des pièces justificatives

L'infirmier s'engage à procéder à la télétransmission des pièces justificatives numérisées après transmission du lot de facturation que la facturation ait lieu en mode sécurisé SESAM-Vitale ou en mode SESAM-Vitale dégradé. Cette opération est effectuée automatiquement par son logiciel.

Article 5 - La facturation des actes en série ou réalisés dans un cabinet de groupe

Les parties signataires conviennent que, en cas de transmission d'une feuille de soins électronique correspondant à la facturation d'un acte en série ou d'un acte réalisé dans un cabinet de groupe, la transmission de la pièce justificative numérisée, soit l'ordonnance, ou des informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative initiale, soit l'ordonnance initiale, est requise selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Article 6 - Des cas d'échec de la transmission des pièces justificatives numérisées

Des cas de dysfonctionnement

En cas d'impossibilité technique de numériser la pièce justificative de facturation, ou d'impossibilité technique de télétransmission ou d'absence de réception de l'accusé réception, lié à un échec de la télétransmission de la pièce justificative, l'infirmier met tout en oeuvre pour y parvenir dans un délai de cinq jours à compter de la première tentative de numérisation. En cas de nouvel échec à l'issue du délai imparti, l'infirmier transmet la pièce justificative sous format papier (duplicata ou copie papier), sauf si l'ordonnance a déjà été transmise à la caisse de l'assuré à l'appui d'une demande d'accord préalable ou si l'ordonnance a été transmise à l'appui d'une feuille de soins antérieure. Dans ce cas, aucune copie ne sera exigée.

De la non-réception des pièces numérisées

A défaut de réception des pièces numérisées, l'organisme de prise en charge prend contact avec l'infirmier par tout moyen, afin de déterminer la cause de cette absence de réception.
L'infirmier transmet à nouveau les pièces numériques qu'il a conservées, dans les conditions définies ci-dessus (cas de dysfonctionnement).

De la vérification des pièces numérisées

La liste des anomalies rendant inexploitables les images numérisées est la suivante :
– image numérisée trop blanche ;
– image numérisée trop noire ;
– problème de contraste rendant l'image numérisée illisible ;
– ordonnance tronquée : une seule page numérisée pour une ordonnance de plusieurs pages ; décalage à la numérisation droite/gauche, bas/haut.

Il est entendu que ces anomalies potentielles sont inhérentes au processus de numérisation et par conséquent inexistantes dans le processus papier.

Par ailleurs, ne doivent pas être entendues comme motifs d'inexploitabilité les anomalies suivantes :
– date de soins erronée ou absente sur la feuille de soins ;
– prescription médicale imprécise ou sans posologie ou sans durée ;
– rajout, surcharge ou rature de la prescription médicale ;
– utilisation de prescription type présignée ;
– identification absente ;
– duplicata, feuille de soins ou volet de facturation absent ;
– prescription médicale absente.

Une période de vérification initiale des pièces numérisées est mise en place par l'organisme de prise en charge pendant un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception des premières pièces justificatives numérisées. Pendant cette période, l'organisme de prise en charge signalera à l'infirmier les éventuelles anomalies constatées et l'aidera à procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Ultérieurement, si l'organisme de prise en charge observe une dégradation de la qualité de la numérisation des pièces justificatives, il se réserve la possibilité de renouveler ce contrôle sur une période maximum de quatre-vingt-dix jours. Dans ce cadre, il en avise l'infirmier dans un délai minimum de sept jours avant la mise en place du contrôle.

L'infirmier s'engage à trouver des solutions techniques permettant de procéder au contrôle de la qualité des images numérisées en amont de leur transmission aux organismes de prise en charge.

Article 7- La valeur probante des pièces justificatives numérisées

Les parties signataires conviennent que la pièce numérique transmise par l'infirmier dans les conditions définies dans la présente annexe, a la même valeur juridique et comptable que la pièce justificative sur support papier.

La copie numérique de l'ordonnance originale a la même valeur que lorsque l'apposition de la signature et des mentions obligatoires est réalisée sur le support papier.

L'inscription, par l'infirmier, de son identifiant, sur l'ordonnance vaut signature au sens de l'article R. 161-45 du code de la sécurité sociale.

Article 8 - La conservation des preuves et de la protection des données

L'infirmier conserve les pièces numériques sur le support de son choix et dans les conditions permettant de les copier et les imprimer si nécessaire, et ce pendant quatre-vingt-dix jours à compter du jour de la télétransmission.

En outre, durant les périodes de vérifications des pièces numérisées définies à la présente annexe, l'infirmier conserve également, sous forme papier, les copies d'ordonnances.

L'organisme de prise en charge conserve les pièces numériques pendant la durée légale de conservation des pièces justificatives, conformément à la réglementation en vigueur.

L'organisme de prise en charge et l'infirmier s'assurent respectivement que les pièces numériques qu'ils ont archivées ne sont accessibles qu'aux seuls utilisateurs habilités.

Les mesures de conservation ci-dessus décrites ne se substituent pas et ne sauraient éluder les autres obligations de droit commun qui pèsent habituellement sur l'infirmier ou sur les organismes de prise en charge au regard des textes qui leur sont applicables en matière de conservation d'éléments de preuve pour d'autres finalités.

L'infirmier et l'organisme de prise en charge s'engagent à respecter les obligations imposées par la législation sur la protection des données à caractère personnel, notamment celles

relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à celles relatives à l'accès aux documents administratifs et à celles relatives aux archives.

ANNEXE X – REGLEMENT INTERIEUR DES INSTANCES CONVENTIONNELLES

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale, aux commissions paritaires régionales et aux commissions paritaires départementales visées aux articles 33 et suivants du présent texte.

Article 1 Organisation des commissions paritaires conventionnelles

Article 1.1. Secrétariat de la commission

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'UNCAM pour la CPN, par le représentant régional auprès du régime général (coordonnateur) ou par une caisse de la région pour la CPR et par une caisse du département pour la CPD.

Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance.

Article 1.2. Organisation des réunions des commissions

Les convocations sont adressées, par mail, par le secrétariat aux membres de la commission au moins quinze jours avant la date de la réunion, sauf urgence acceptée par le président et le vice-président.

Elles sont accompagnées de l'ordre du jour établi après accord de ces derniers ainsi que des documents utiles, le cas échéant, à l'examen des sujets qui y sont inscrits.
Chaque caisse ou organisation syndicale peut convier en séance des conseillers techniques. Le nombre de ces conseillers est limité à six par section.

Chaque caisse ou organisation syndicale peut convier en séance des experts au nombre maximal de deux. Les membres de la commission sont informés, au moins sept jours avant la date de la séance, de la qualité des personnes concernées et des sujets de l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise. En séance, ces experts n'interviennent que sur ces sujets pour lesquelles leur compétence est nécessaire.

Lorsque la commission se réunit pour instruire une procédure de sanction conventionnelle à l'encontre d'un infirmier, les conseillers techniques et les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

Lorsque la commission se réunit pour une procédure conventionnelle à l'encontre de l'un des membres de la section professionnelle, celui-ci ne peut siéger lors de l'examen de son dossier.

Article 1.3 Commissions électroniques et par visio-conférence

A titre exceptionnel, pour tenir compte des difficultés d'organisation rencontrées (éloignement des représentants de la section professionnelle du lieu d'implantation de l'instance paritaire par exemple), les membres de la commission peuvent décider, après accord du président et du vice-président, de se réunir par visio-conférence ou de solliciter l'avis de la commission par courriel.

La Commission peut alors se réunir et délibérer par voie électronique ou par visio conférence, avec l'accord de son président et de son vice-président, sous réserve de la conservation des échanges et des décisions prises et sous réserve qu'au moins deux réunions de la commission en présentiel sur l'année soient conservées.

Il est également possible de valider, par voie électronique ou par visio conférence, le compte-rendu des réunions et d'arrêter par ce biais l'ordre du jour des réunions d'instances paritaires conventionnelles, sous réserve de la conservation des échanges.

En cas de visio-conférence, le secrétariat de l'instance conventionnelle envoie un message aux participants pour indiquer la tenue de cette délibération par visio conférence, la date et l'heure de son début ainsi que de la date et de l'heure à laquelle interviendra au plus tôt sa clôture, au moins 15 jours à l'avance.

La commission tenue par visio conférence ou par voie électronique et les décisions prises dans ce cadre sont valides à la condition que l'ensemble des participants disposent des moyens techniques permettant leur participation effective pendant la durée de la délibération.

Article 1.4. Présidence des sections et des commissions

Lors de la première réunion de la commission, la section professionnelle de la commission désigne son président parmi les représentants membres de cette instance. En cas d'égalité des voix, la présidence est assurée par le plus âgé des candidats ayant obtenu le même nombre de voix.

A tout moment, la section professionnelle a la possibilité de désigner un nouveau président de section.

La section sociale de chacune des instances désigne son président parmi les conseillers membres de cette instance.

A tout moment, la section sociale a la possibilité de désigner un nouveau président de section.

Le président de la section professionnelle et le président de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'une année, la présidence et la vice-présidence de la commission.

Pour ce faire, à la date anniversaire de la publication au *Journal Officiel* du présent texte, il est procédé automatiquement à l'alternance de la présidence, sans qu'il soit nécessaire que l'instance se réunisse au préalable.

La présidence de plusieurs commissions ne peut être assurée simultanément par la même personne.

Article 2 Délibérations

Article 2.1. Vérification des règles de quorum et de parité

La commission ne peut valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum correspond à un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections.

La parité nécessite un nombre égal de membres présents ou représentés dans la section professionnelle et dans la section sociale.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section. Aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

En l'absence de quorum, un constat de carence est établi pour prendre acte de l'absence de quorum et une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours.

La commission de nouveau réunie délibère alors valablement sur tous les sujets, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés, sous réserve que la parité soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi et les dispositions de l'article 3 du présent règlement intérieur sont applicables.

Article 2.2. Règles de vote

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des abstentions.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. Le vote s'établit alors à bulletin secret. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs, nuls ou des abstentions.

Sur un avis requis en matière de sanction conventionnelle, en cas partage des voix lors d'un second tour de vote, l'absence d'accord qui vaut avis de la commission est actée dans le procès-verbal.

Le secrétariat de la commission est chargé de transmettre au président de chaque section un relevé de décision de chaque réunion de la commission, par mail, dans les quarante-cinq jours suivant la date de réunion de celle-ci. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section dans un délai de trente jours à compter de sa date de transmission. Il est ensuite adressé à chaque membre de la commission puis soumis à l'approbation des membres la séance suivante.
Ces délais ne sont pas applicables lorsque sont mises en œuvre les procédures conventionnelles.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations dans les conditions prévues par le code pénal.

Les instances paritaires adressent, après approbation et signature, leurs relevés de décisions à l'UNCAM, qui assure le secrétariat de la CPN.

Article 3 Situation de carence de la commission

Les partenaires conventionnels reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :
- défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai de 3 mois

- défaut de parité au sein de la commission,
- défaut de quorum dans les conditions définies à l'article 2.1 de la présente annexe ;
- impossibilité pour le président et le vice-président de la commission soit de fixer une date de réunion, soit d'arrêter un ordre du jour en commun malgré deux tentatives successives,
- refus par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour malgré deux tentatives successives.

Dans le premier cas, la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission.
Dans les autres cas, un constat de carence est dressé. La section à l'origine de la situation de carence, est invitée par le président ou le vice-président de la commission à prendre toute disposition pour remédier à la situation. Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

Article 4 Groupe de travail pour la CPN, les CPR et les CPD

La commission met en place les groupes de travail paritaires qu'elle juge nécessaire.

Article 5 Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent une indemnité de vacation de 49 AMI par séance et une indemnité de déplacement pour leur participation aux réunions de la commission.
L'indemnité de déplacement et de séjour est fixée conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses.
Les mêmes dispositions s'appliquent aux infirmiers qui participent aux sous-commissions et aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles ainsi qu'à la commission chargée de déterminer les règles de hiérarchisation des actes et prestations.

En cas de réunion par vision conférence, les infirmiers perçoivent également 49 AMI par séance.

Lorsque les membres de la section professionnelle sont amenés à délibérer sur des dossiers notamment de demande de conventionnement en zone surdotée, par voie électronique, conformément à l'article 3.4.1 du présent texte, les représentants ayant formulé un avis sur les dossiers perçoivent une indemnité de 15 euros par dossier.

Les indemnisations des infirmiers pour leur participation aux instances conventionnelles sont assimilées à des honoraires tirés de l'activité conventionnée.

ANNEXE XI - COMMISSION DE HIERARCHISATION DES ACTES ET DES PRESTATIONS INFIRMIERS (CHAP)

Une commission de hiérarchisation des actes et des prestations infirmiers est mise en place en application de l'article L.162-1-7 du code de la Sécurité Sociale.

Paragraphe 1- Rôle de la commission

La commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des actes et prestations infirmiers pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie et de valider la hiérarchisation qui en résulte. Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts, des sociétés savantes ou des experts économistes.

Paragraphe 2 - Composition de la commission

La commission est composée de représentants des syndicats représentatifs et de représentants de l'UNCAM.

Sont membres avec voix délibérative:

Deux collèges comprenant autant de membres chacun:
– le collège professionnel composé de deux représentants pour chaque syndicat représentatif des infirmiers, avec, pour chacun d'entre eux, un titulaire et un suppléant ;
– le collège de l'UNCAM comprenant autant de membres, titulaires et suppléants, que le collège professionnel ;
– un président désigné d'un commun accord par les membres de la commission.

Peuvent assister aux travaux de la commission avec voix consultative :
- un représentant de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et/ou un représentant de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ;
- un représentant de la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- un représentant de l'Etat ;

Le secrétariat de la commission est assuré par l'UNCAM.

Paragraphe 3 - Indemnisation des membres de la commission

Le Président et les membres titulaires du collège professionnel de la commission, ou, en leur absence, les membres suppléants, perçoivent une indemnité pour perte de ressources dont le montant est établi selon les règles d'indemnisation définies à l'article 5 de l'annexe X de la convention nationale des infirmiers pour la commission paritaire nationale.

Les frais de déplacement du président, des membres titulaires du collège professionnel de la commission (ou, en leur absence, des membres suppléants) et des personnalités ou experts désignés par le président après avis de la commission, sont pris en charge par la Cnam dans les conditions applicables aux conseillers des Caisses. Des honoraires peuvent être versés aux personnalités ou experts désignés par le Président après avis de la commission. Le montant de ces honoraires est fixé au cas par cas par le Président, en fonction de l'importance des travaux demandés.

Paragraphe 4 - Règlement intérieur de la commission

La commission élabore et adopte un règlement intérieur, qui précise notamment les règles de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et de vote.

ANNEXE XII – BILAN DE SOINS INFIMIERS

Le Bilan de soins infirmiers (BSI) est un outil entièrement dématérialisé qui remplace la démarche de soins infirmiers. La présente annexe décrit le circuit que doit réaliser l'infirmier pour élaborer et facturer son BSI.

Le recours au BSI est nécessaire pour pouvoir facturer les forfaits journaliers de prise en charge d'un patient dépendant dans les conditions définies à l'article 5.7 de la présente convention.

Une valorisation spécifique est mise en place pour l'établissement du BSI initial et du BSI de renouvellement dans les conditions prévues à l'article 5.7 de la présente convention.

1. Saisie par l'infirmier du bilan de soins infirmiers (BSI)

L'infirmier se connecte sur le portail « Ameli pro » à l'aide de sa carte CPS. Il clique sur le téléservice « Bilan de soins infirmiers » et accède au support d'évaluation dématérialisé du BSI.

L'infirmier saisit, pour chaque patient son bilan, en cochant les diagnostics infirmiers et interventions qu'il réalise parmi les items proposés, et le cas échéant en remplissant en texte libre certains de ces items à titre de complément.

Le BSI comporte :

- un volet administratif : identification de l'infirmier, du médecin prescripteur, du patient, modalités de prise en charge par l'Assurance maladie, type de BSI (initial ou de renouvellement), date de réalisation du BSI et date de prescription ;
- un volet médical : diagnostics infirmiers, interventions infirmières le cas échéant accompagnés de tests ;
- un volet facturation : proposition d'un plan de soins infirmiers : durée, nombre de passages par jour, fréquence hebdomadaire des soins et leurs modalités de facturation (3 niveaux de forfaits de prise en charge quotidienne des patients dépendants fixés à l'article 5.7 de la convention).

A la fin de la saisie du bilan, une synthèse du BSI est générée à partir des éléments saisis sur le support.

2. Consultation de la synthèse BSI par le médecin prescripteur et avis sur le plan de soins proposé

L'infirmier indique sur le téléservice BSI qu'il est en mesure d'adresser pour avis la synthèse au médecin prescripteur du patient pour recueillir son avis sur le plan de soins proposé.

Le médecin prescripteur titulaire d'un compte ameli pro est averti, sur sa messagerie professionnelle, de la disponibilité de la synthèse du BSI.

Le médecin dispose alors d'un délai de 5 jours pour consulter sur le portail Ameli pro - téléservice BSI, la synthèse BSI et le plan de soins proposé. Le médecin ainsi informé peut émettre un avis.

Lorsque le médecin émet un avis sur la synthèse BSI, l'infirmier peut consulter directement cet avis sur le téléservice.

Dans l'attente de l'avis du médecin, l'infirmier peut débuter ou poursuivre les soins auprès du patient sur la base du plan de soins proposé.

3. Clôture du BSI après avis du médecin

3.1 Le médecin est en accord avec le plan de soins proposé *(dans l'hypothèse où l'infirmier constate sur le téléservice BSI, que le médecin a émis un avis et est en accord avec le plan de soins infirmiers proposé)*

L'infirmier clôture le BSI réalisé. Le BSI devient alors accessible à l'organisme local d'assurance maladie (le service médical ayant accès aux données médicales et le service administratif aux seules données administratives et de facturation).

3.2 Absence de réponse du médecin dans le délai de 5 jours *(dans l'hypothèse où l'infirmier constate sur le téléservice BSI, que le médecin n'a pas émis d'avis sur la synthèse dans le délai 5 jours)*

L'infirmier clôture le BSI réalisé. Le BSI devient alors accessible à l'organisme local d'assurance maladie (le service médical ayant accès aux données médicales et le service administratif aux seules données administratives et de facturation).

3.3 Le médecin demande des modifications sur le plan de soins proposé dans le délai de 5 jours *(dans l'hypothèse où l'infirmier constate sur le téléservice BSI, que le médecin a émis des observations qui modifient le plan de soins infirmier proposé*)

L'infirmier prend en compte les modifications apportées par le médecin sur le BSI dans le dossier du patient présent sur le téléservice. A l'issue des modifications apportées, l'infirmier adresse pour information au médecin le plan de soins comportant les modifications apportées puis clôture le BSI. Le BSI devient alors accessible à l'organisme local d'assurance maladie (le service médical ayant accès aux données médicales et le service administratif aux seules données administratives et de facturation).

4. Facturation par l'infirmier des BSI réalisés

A l'issue de la clôture du BSI, l'infirmier facture le bilan réalisé pour chaque patient au service administratif (feuille de soins électronique accompagnée de la prescription SCOR).

5. Renouvellement du BSI

L'infirmier peut être amené à renouveler son BSI dans les situations suivantes :

-dans un délai de 12 mois suivant la dernière prescription de soins infirmiers pour dépendance (la prescription étant valable 12 mois ; une nouvelle prescription et un nouveau BSI sont dès lors nécessaires/obligatoires pour poursuivre les soins infirmiers) ;

-dès lors qu'il apparait une modification de l'état de santé du patient dépendant impactant de façon substantielle la prise en charge infirmier du patient. Ce renouvellement est effectué alors à l'initiative de l'infirmier et rattaché à la prescription antérieure datant de moins de 12 mois.

Pour renouveler son BSI, l'infirmier retourne sur le téléservice BSI présent sur le portail Ameli pro et accède dans le dossier patient à la fonction « renouvellement » qui lui permet de dupliquer le bilan établi précédemment et d'apporter, le cas échéant, les modifications relatives à l'évaluation et à la prise en charge du patient. L'infirmier procède à la suite à la transmission de la synthèse au médecin prescripteur et à la clôture du BSI dans les mêmes conditions que celles décrites précédemment.

6. Algorithme de classement des patients dépendants en fonction de leur niveau de prise en charge en soins infirmiers

Le classement des patients en niveau de charge en soins pour l'infirmier s'est effectué en 2 temps :

- groupage des interventions en 4 niveaux de charge en soins infirmiers. Chaque groupe comporte un ensemble d'interventions dont la charge en soins infirmiers est proche (par ordre croissant de charge en soins infirmier du groupe 1 au groupe 4).

- détermination des algorithmes classant le patient vers un niveau de prise en charge à partir des interventions réalisées par l'infirmier

6.1 Groupage des 43 interventions du BSI en 4 groupes

Les 43 interventions composant le BSI ont été classées en 4 groupes homogènes avec les représentants des organisations syndicales nationales représentatives des infirmiers libéraux signataires de la présente convention.

Composition des 4 groupes homogènes d'interventions

Sigles des 9 domaines ou rubriques du BSI :
A/ Alimentation ; R/ Respiratoire et cardio-circulatoire ; E/ Elimination ; H/ Hygiène ; M/ Mobilité ; SR/ Soins Relationnels ; SE/ Soins Educatifs ; D/ Douleur ; T/ Traitement

Groupe 1 : 10 interventions
A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs)
A/ Surveillance clinique de l'état bucco-dentaire pour adaptation de l'alimentation
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers du patient avec un dispositif de pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil
R/ Surveillance clinique de la fonction cardio-circulatoire
E/ Surveillance clinique de l'élimination urinaire et/ou fécale (aspects qualitatifs et quantitatifs)
E/ Surveillance clinique d'une constipation
H/ Surveillance du confort d'installation (lit, régulation température, préparation à l'endormissement, etc…) et de l'intégrité de la peau
H/ Pose, surveillance, entretien, d'appareillage de suppléance, d'orthèses, de prothèses

Groupe 1 : 10 interventions
M/ Surveillance et observation, de la sécurité de l'environnement du patient et de l'utilisation des aides techniques (cannes, déambulateur, attelles,…)

Groupe 2 : 20 interventions
A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et de l'observance d'un régime alimentaire prescrit
A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et des mesures thérapeutiques prescrites : (compléments alimentaires,…)
A/ Planification des apports alimentaires et hydriques et stimulation à leur prise
A/ Planification d'un régime alimentaire prescrit et contrôle de sa mise en œuvre
A/ Mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'un patient présentant un risque de fausse route ou après fausse route
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers pour un patient appareillé par un dispositif d'oxygénothérapie
R/ Pose et dépose de contentions vasculaires
E/ Surveillance clinique de l'élimination (aspects qualitatifs et quantitatifs) et soins infirmiers liés à une incontinence occasionnelle urinaire et/ou fécale
E/ Planification des soins personnels et aide à l'élimination urinaire et/ou fécale
E/ Massage colique
M/ Surveillance et mise en place de mesures de prévention des chutes chez une personne à risque
M/ Aide à l'installation (lit, fauteuil) et aux déplacements (avec ou sans aide technique)
D/ Evaluation et suivi par test d'une douleur chronique invalidante avec retentissement important sur la qualité de vie, prise en charge relationnelle infirmière de la douleur, et le cas échéant adaptation du traitement anti-douleur selon protocole prescrit
T/ Surveillance d'un patient à risque de iatrogénie médicamenteuse en lien avec le médecin et/ou le pharmacien : repérer les patient à risque d'événements indésirables médicamenteux, sécuriser la gestion des médicaments, et gérer les situations à risque et les alertes
SR/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant : - un déficit sensoriel majeur même appareillé ou un trouble majeur de la compréhension ou de l'expression du langage oral, par communication non verbale - des troubles comportementaux importants et chroniques (angoisse, agressivité, apathie …) - un état anxio-dépressif chronique avec souffrance morale et retentissement important sur l'activité
SE/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant : - aide éducative d'un patient atteint de pathologie(s) chronique(s) pour acquérir ou maintenir des compétences dont il a besoin dans la vie courante et dans le suivi de son traitement - aide à l'apprentissage d'autosoins et de nouveaux comportements nécessaires à la

Groupe 2 : 20 interventions
prise en charge et au suivi du traitement de pathologie(s) chronique(s) en phase évolutive (par exemple lors de la mise en œuvre d'un traitement ou de la modification de celui-ci) - aide à l'apprentissage de suppléance après perte récente d'une fonction ou d'un organe

Groupe 3 : 9 interventions
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers d'un patient nécessitant des aspirations bronchiques (avec ou sans trachéotomie)
E/ Surveillance clinique d'un patient porteur d'une sonde urinaire à demeure et soins infirmiers, associée ou non à un trouble de l'élimination fécale
H/ Planification des soins d'hygiène, stimulation et apprentissage visant à maintenir les capacités d'autonomie restantes
H/ Aide du patient pour la réalisation de ses soins d'hygiène, et de son habillage/déshabillage
H/ Surveillance de l'intégrité de la peau et mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'une patient présentant un risque d'escarres
M/ Aide partielle aux transferts (couché/assis/debout), avec lever ergonomique et installation du patient, surveillance et prévention des complications
SR/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant : - des troubles démentiels (désorienté, incohérent, perte de l'autonomie sociale, fugueur…) - des troubles psychiatriques sévères avec incurie (manque total de soins de soi et d'hygiène avec indifférence aux conséquences) - une situation de crise (annonce d'une pathologie grave, d'une perte de fonction/organe avec handicap, fin de vie,...)

Groupe 4 : 4 interventions
E/ Surveillance clinique de l'élimination (aspects qualitatifs et quantitatifs) et soins infirmiers liés à une incontinence permanente urinaire et/ou fécale
H/ Réalisation complète des soins d'hygiène et de l'habillage/déshabillage, sans participation du patient
M/ Aide totale aux transferts (couché/assis/debout), avec ou sans lève-malade et installation du patient, surveillance et prévention des complications
M/ Changements de positions fréquents, prévention des attitudes vicieuses, des complications de décubitus (planification et réalisation des soins)

6.2 Détermination des algorithmes classants

6.2.1 Détermination des domaines discriminants

Les domaines Hygiène (H), Elimination (E) et Mobilité (M) sont les marqueurs qui sont apparus comme discriminants pour classer les patients en termes de lourdeur de prise en

charge. Les autres domaines sont fortement corrélés aux 3 domaines HEM et ne sont pas discriminants.

Pour chaque domaine HEM, on ne garde que la valeur maximale de groupe des interventions cochées pour le patient. Chacun de ces 3 domaines HEM n'a donc qu'un 1 seul indicateur, le plus élevé retrouvé[4].

6.2.2 Détermination des classes à partir des combinaisons de groupe maximal des domaines HEM

Il existe 100 combinaisons possibles entre les groupes maximaux H, E et M :

{H0/H1/H3/H4} X {E0/E1/E2/E3/E4} X {M0/M1/M2/M3/M4}

- H0 veut dire qu'il n'y a pas eu d'intervention cochée dans le domaine Hygiène
- H3 veut dire qu'au moins une des interventions cochées dans le domaine Hygiène appartient au groupe 3 et c'est le groupe maximal retrouvé pour ce patient.

A partir des combinaisons observées dans le BSI, il est possible de déterminer les algorithmes des classes.

- Les patients appartenant à la classe « Légère » sont caractérisés par l'absence d'interventions cochées dans les 3 domaines HEM ou une valeur de groupe maximal au plus égale à 1 dans au moins 2 domaines HEM
- Les patients appartenant à la classe « lourde » sont caractérisés par la présence d'interventions cochées dans au moins 2 domaines HEM et une valeur de groupe maximal au moins égale à 3 dans au moins 2 domaines HEM

Les patients non orientés dans les classes de prises en charge « Légère » ou « lourde », sont classés en classe « Intermédiaire »

Exemple d'algorithmes :

- H0 + E0 + M1 affecte les patients vers la classe « Légère »
- H3 ou H4 + E2 + M3 ou M4 affecte les patients vers la classe « lourde »

6.3 Affectation du niveau de forfait journalier de prise en charge des patients dépendants

A l'exception des patients relevant d'une séance de soins hebdomadaire en AIS4, le classement des autres patients dépendants dans l'une des 3 classes « Légère » « Intermédiaire » ou « lourde » se fait en fonction des interventions réalisées par l'infirmier et cochées dans le BSI, auxquels correspondent des algorithmes orientant vers l'une des 3 classes.

[4] La prise en compte de l'ensemble des valeurs retrouvées pour chacun de ces 3 domaines HEM ne modifie pas les résultats.

Le niveau du forfait journalier de prise en charge infirmier à facturer dépend de la classe à laquelle appartient le patient dépendant.

ANNEXE XIII – SUIVI ET IMPACT DE LA MISE EN ŒUVRE DES FORFAITS JOURNALIERS DE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT DÉPENDANT

➢ Forfait journalier de prises en charge d'un patient dépendant

Champ observé	Forfaits journaliers de prise en charge des patients dépendants ou soins en AIS 3
Source	SNIIRAM, tous régimes, dates de soins, France entière, infirmiers libéraux
Patients	Patients avec forfait journalier de prise en charge d'un patient dépendant ou avec soins en AIS 3
Indicateurs estimés et observés annuels	Quantités d'actes et honoraires associés
Mise en œuvre du dispositif	Mise en œuvre progressive de la réforme : - 1ère étape (2020) : patients de 90 ans et plus - 2ème étape (2021) : extension aux patients de 85 à 89 ans - 3ème étape (2022) : extension aux patients de 78 à 84 ans - généralisation (2023) à toute la population
Périodes de référence et d'observation	Mesure de l'impact à chaque étape avant généralisation : - 1ère impact : comparaison des données du 1er semestre 2020 avec celles du 1er semestre 2019 - 2ème impact : comparaison des données du 1er semestre 2021 avec celles du 1er semestre 2020 - 3ème impact : comparaison des données du 1er semestre 2022 avec celles du 1er semestre 2021
Indicateurs	Indicateurs observés = écarts en honoraires (HSD) et en montants remboursés entre les 2 périodes considérées : - pour le 1er impact : écart d'au moins 10% en positif ou négatif - pour le 2ème impact : écart d'au moins 7,5% en positif ou négatif - pour le 3ème impact : écart d'au moins 5% en positif ou négatif