

CIRCULAIRE

CIR-34/2019

Document consultable dans Médi@m

Date :

30/09/2019

Domaine(s) :

dossier client prof. de santé

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

Objet :

Présentation de l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers

Liens :

Plan de classement :

P04

Emetteurs :

DDGOS

Pièces jointes : 8

à Mesdames et Messieurs les

<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input checked="" type="checkbox"/> CARSAT	<input checked="" type="checkbox"/> Cnam
<input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables	<input checked="" type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input checked="" type="checkbox"/> CTI
<input checked="" type="checkbox"/> DCGDR			
<input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux	<input checked="" type="checkbox"/> Chef de service	

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

La circulaire a pour objet de présenter les dispositions de l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers signé le 29 mars 2019 et publié au journal officiel le 13 juin 2019 ainsi que les modalités de mise en œuvre de ces dispositions. " Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du vendredi 27septembre 2019- N ° 107 ".

Circulaire mise à jour le 30/01/2020

Mots clés :

infirmiers ; avenant 6 ; convention nationale ; démographie

Le Directeur Général



Nicolas REVEL

CIRCULAIRE : 34/2019

Date : 30/09/2019

Objet : Présentation de l'avenant n 6 à la convention nationale des infirmiers

Affaire suivie par :

- **Réglementation et dispositions conventionnelles :**
Département des professions de santé (DDGOS/DOS/DPROF)

- **Facturation des actes :**
Département des actes et des prestations (DDGOS/DOS/DACT)

SOMMAIRE DE LA CIRCULAIRE

- 1/ Préambule
- 2/ Conforter l'accès des patients aux soins infirmiers sur le territoire
- 3/ Valoriser l'activité des infirmiers libéraux
- 4/ De nouvelles modalités d'exercice conventionnel
- 5/ Moderniser les relations entre les infirmiers et l'assurance maladie
- 6/ Vie conventionnelle

1. Préambule

L'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers, conclu le 29 mars 2019, entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et 2 des 3 syndicats représentatifs de la profession, la Fédération nationale des infirmiers (FNI) et le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux (SNIIL) est paru au Journal officiel le 13 juin dernier ([annexe 1](#)).

Cet accord prévoit :

- un élargissement des interventions des infirmiers et la valorisation de leurs missions prioritaires réalisées pour le maintien à domicile des patients ;
- une évolution majeure de la prise en charge des patients dépendants avec la mise en place progressive du bilan de soins infirmiers et de la rémunération au forfait ;
- une valorisation de l'usage par les infirmiers des outils innovants permettant de soutenir les pratiques de coopération efficaces ;
- une évolution du dispositif démographique existant afin de continuer à favoriser une répartition plus équilibrée des infirmiers sur le territoire et permettre ainsi un meilleur accès de la population aux soins infirmiers.

En dehors des mesures démographiques incitatives et des mesures de valorisation pour lesquelles des dates d'entrée en vigueur précises figurent dans le texte de l'avenant, les dispositions conventionnelles prévues par cet avenant sont entrées en vigueur le 14 juin 2019.

A noter que cet avenant rénove intégralement le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions de la convention nationale ainsi qu'à ses avenants 1 à 5 par la réécriture complète de la convention.

Cette circulaire a pour objet de présenter ce nouvel accord. Elle sera ultérieurement complétée par des instructions spécifiques sur les modalités de mise en œuvre de cet accord.

A noter que des supports de communication sur les dispositions de l'avenant 6 sont parallèlement en cours de préparation et seront diffusés au réseau fin septembre 2019. La foire aux questions infirmiers présente sous ameli réseau sera prochainement actualisée au regard des nouvelles dispositions de l'avenant 6.

2. Conforter l'accès des patients aux soins infirmiers sur le territoire (Titre Ier de l'avenant n°6)

L'avenant 6 rénove le dispositif démographique existant. Il s'articule désormais autour de quatre axes :

2.1 Une méthodologie de zonage rénovée

Entrée en vigueur du dispositif : Dès la publication par le DG ARS de l'arrêté sur le nouveau zonage régional

Le zonage s'appuie désormais sur l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) développé par la DREES, en remplacement de la densité pondérée. Cette nouvelle méthodologie présente l'avantage, par rapport à la méthodologie précédente, de prendre davantage en compte, pour une zone donnée, l'offre et la demande en soins issues des communes environnantes (cette méthodologie est présentée en annexe 2 de l'avenant n°6).

Cet indicateur d'accessibilité permet de diviser, comme précédemment, le territoire selon un classement en 5 zones :

Zones très sous-dotées	Zones sous-dotées	Zones intermédiaires	Zones très dotées	Zones sur-dotées
Indicateur APL le plus faible (zones incitées) Zones représentant 5% de la population française	Zones représentant 9,5% de la population française	Zones représentant 36,8% de la population française	Zones représentant 20,4% de la population française	Indicateur APL le plus élevé (zones régulées) Zones représentant 28,4% de la population française

Plusieurs étapes sont nécessaires à la mise en œuvre du nouveau zonage :

- 1) Publication d'un arrêté ministériel national sur la méthodologie de zonage sur la base des dispositions insérées dans l'avenant n°6 ;
- 2)
- 3) Publication d'arrêtés régionaux par les directeurs généraux des ARS définissant dans chaque région le nouveau zonage. En effet, l'avenant n°6 prévoit la possibilité pour le directeur général de l'ARS de modifier le classement de certaines zones si les caractéristiques d'une zone tenant par exemple à sa géographie, à ses infrastructures ou encore à des indicateurs de fragilité le justifient. Il peut ainsi décider le basculement de certaines zones identifiées comme très sous-dotée vers un classement en zone très dotée et de certaines zones identifiées comme sur-dotées vers un classement en zones très-dotées et inversement (après concertation avec l'URPS et la CPR).
- 4)

Dans l'attente de la parution de ces arrêtés régionaux, les zonages antérieurement définis par les ARS pour les infirmiers restent en vigueur.

2.2 Trois nouveaux contrats incitatifs applicables dans les zones très sous dotées remplaceront à terme le contrat incitatif infirmier existant aujourd'hui

Entrée en vigueur du dispositif : Dès la publication par le DG ARS de l'arrêté sur le nouveau zonage régional et de l'arrêté sur les nouveaux contrats types régionaux (2 conditions cumulatives)

Afin de renforcer le dispositif incitatif proposé aux infirmiers, l'avenant 6 prévoit la mise en place de 3 nouveaux contrats incitatifs qui remplaceront à terme le contrat incitatif infirmier existant aujourd'hui. Vous retrouverez en [annexe 2](#) une présentation détaillée de ces 3 contrats.

Le circuit des demandes de contractualisation et d'enregistrement de ces contrats fera l'objet d'une instruction commune ministère/assurance maladie.

A. Le contrat d'aide à l'installation (CAII)

Bénéficiaires	Destiné aux infirmiers conventionnés s'installant en zone très sous-dotée à compter de la publication par le directeur général de l'ARS du contrat type régional et du nouveau zonage régional
Montant de l'aide financière allouée en contrepartie du respect des engagements	27 500 € sur 5 ans (non renouvelable) + 150 € par mois si l'infirmier s'engage à accueillir un étudiant infirmier dans son cabinet pour son stage de fin d'études (pendant la durée du stage).

Pour plus d'informations : se référer à [l'annexe 2](#) de la circulaire – fiche 1 CAII -aide à l'installation et à l'annexe III de l'avenant 6.

B. Le contrat d'aide à la première installation (CAPII)

Bénéficiaires	Destiné aux infirmiers conventionnés s'installant en zone très sous-dotée et sollicitant pour la 1 ^{ère} fois leur conventionnement auprès de l'Assurance Maladie à compter de la publication par le directeur général de l'ARS du contrat type régional et du nouveau zonage régional
Montant de l'aide financière allouée en contrepartie du respect des engagements	37 500 € sur 5 ans (non renouvelable) + 150 € par mois si l'infirmier s'engage à accueillir un étudiant infirmier dans son cabinet pour son stage de fin d'études (pendant la durée du stage).

Pour plus d'informations : se référer à [l'annexe 2](#) de la circulaire – fiche 2 CAPII - aide à la première installation et à l'annexe IV de l'avenant 6.

Précisions communes aux contrats d'aide à l'installation et d'aide à la première installation

- ✓ Le professionnel qui s'est installé en libéral dans l'année précédant l'entrée en vigueur des arrêtés relatif au nouveau zonage régional et aux contrats type régionaux pourra à titre dérogatoire bénéficier de l'adhésion au contrat d'aide à l'installation et d'aide à la première installation s'il répond aux conditions d'éligibilité. (les termes « dans l'année » doivent être interprétés comme une année glissante ; pour exemple, parution des arrêtés au 15/01/2020 ; un infirmier installé au 20/01/2019 pourra demander l'adhésion à l'un des nouveaux contrats). A noter qu'il ne sera pas possible au professionnel d'adhérer à l'un de ces contrats s'il bénéficie déjà de l'aide versée dans le cadre d'un contrat incitatif infirmier (CII) en cours (issu des avenants 3 et 5). Le professionnel devra, pour adhérer à l'un des nouveaux contrats, demander la résiliation anticipée de son ancien contrat (pas de cumul des contrats possible).
- ✓ Le contrat d'aide à l'installation et d'aide à la première installation, d'une durée de 5 ans, n'est pas renouvelable. Un professionnel ne peut donc bénéficier qu'une seule fois de ces contrats.

C. Le contrat d'aide au maintien (CAMI)

Bénéficiaires	Destiné aux infirmiers conventionnés déjà installés en zone très sous-dotée à compter de la publication par le directeur général de l'ARS du contrat type régional et du nouveau zonage régional
Montant de l'aide financière allouée en contrepartie du respect des engagements	3000 € par an sur 3 ans, renouvelable + 150 € par mois si l'infirmier s'engage à accueillir un étudiant infirmier dans son cabinet pour le stage de fin d'études (pendant la durée du stage).

Pour plus d'informations : se référer à [l'annexe 2](#) de la circulaire – fiche 3 CAMI - aide au maintien et à l'annexe V de l'avenant 6.

Précisions communes aux trois nouveaux contrats

- ✓ Les contrats incitatifs sont désormais tripartites : infirmier, CPAM et ARS
- ✓ L'infirmier disposant de plusieurs cabinets est tenu de formaliser sa demande d'adhésion au contrat auprès de sa caisse primaire de rattachement (CPAM du lieu d'installation de son cabinet principal).
- ✓ Les contrats démographiques sont individuels et conclus intuitu personae avec l'infirmier (en cas d'exercice en groupe ou en société, les contrats ne peuvent pas être conclus au titre d'un cabinet).
- ✓ Le professionnel ne peut pas cumuler dans le même temps son adhésion à un contrat d'aide à la première installation, d'aide à l'installation et d'aide au maintien. Toutefois, un professionnel ayant bénéficié d'un contrat d'aide à la première installation ou d'aide à l'installation pourra, à l'issue de son contrat, demander à adhérer au contrat d'aide au maintien en zone « très sous-dotée » s'il est éligible à ce contrat.
- ✓ Tout changement de résidence professionnelle, du professionnel contractant, dans un nouveau département, entraîne une modification des conditions contractuelles et une caducité du contrat démographique ; la caisse primaire du lieu d'installation de son cabinet principal se trouvant ainsi modifiée. La résiliation du contrat doit de fait être réalisée. Au contraire, il convient de ne pas procéder à la résiliation du contrat incitatif lorsque le changement de résidence professionnelle a lieu dans un même type de zone et dans un même département. En effet, dans cette situation, il n'y a pas d'impact sur les conditions contractuelles, et le contrat poursuit ses effets.

D. Versement des aides au contrat

Les modalités de liquidation des aides liées aux nouveaux contrats démographiques sont similaires à celles du contrat incitatif infirmier « CII » existant (cf. article 4 LR-DDGOS-1-2015).

Précisions communes aux contrats d'aide à l'installation et aide à la première installation :

- ✓ le 1^{er} versement de l'aide intervient au moment de la signature du contrat et les versements suivants avant le 30 avril de l'année civile suivante,
- ✓ Le montant de l'aide (1^{er} et 2^{ème} versement) peut être proratisé en fonction du nombre de jour d'activité de l'infirmier par semaine pour tenir compte de l'offre de soins apportée sur la zone : 100% de l'aide sera versée si l'infirmier exerce au minimum 3 jours d'activité par semaine (en moyenne sur l'année, les infirmiers ayant une répartition de leur travail pouvant varier sur l'année) ; en dessous de ce seuil, l'aide démographique versée à l'infirmier sera proratisée.

Précisions communes à l'ensemble des contrats démographiques :

- ✓ Les ARS peuvent décider dans certaines zones de majorer de 20% le montant des aides démographiques et des aides pour l'accueil d'un stagiaire.
- ✓ En cas de changement de lieu d'exercice du professionnel, impliquant également une modification de la caisse de rattachement, il appartient à la nouvelle caisse de rattachement de procéder à un éventuel paiement des aides démographiques, quand bien même le professionnel n'aurait pas conclu de nouveau contrat incitatif avec sa nouvelle caisse.
- ✓ En cas de départ anticipé de l'infirmier de la zone très sous dotée entraînant une résiliation du contrat, les raisons expliquant ce départ seront examinées avant de demander au professionnel concerné, la récupération éventuelle des sommes indument versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de sa résiliation.

Des précisions complémentaires sur le versement de ces aides démographiques seront apportées ultérieurement via une instruction DCGDR.

E. Entrée en vigueur des nouveaux contrats démographiques (avenant 6) et articulation avec le contrat incitatif infirmier existant (avenants 3 et 5)

L'adhésion aux nouveaux contrats démographiques ne pourra être proposée aux infirmiers qu'à compter de la publication par le directeur général de l'ARS de :

- l'arrêté relatif au nouveau zonage régional et de
- l'arrêté relatif aux contrats types régionaux. (Les deux conditions sont cumulatives)

- **Dans l'attente de l'ouverture effective des adhésions aux 3 nouveaux contrats** (attente de la publication des arrêtés des DG ARS), les infirmiers peuvent toujours adhérer aux contrats incitatifs (CII) en vigueur (issus des avenants 3 et 5, sur la base de l'ancien zonage qui reste en vigueur dans l'attente) ou voir renouveler leur adhésion à ces contrats jusqu'à la date d'entrée en vigueur des 3 nouveaux contrats incitatifs (dans ce cadre, contrat conclu seulement entre l'infirmier et la CPAM).

A noter que le modèle du CII (avenants 3 et 5) a été mis à jour au regard des modifications apportées par l'avenant 5 (nouveau modèle de contrat présent en annexe VI de l'avenant 6). Pour toute nouvelle adhésion au contrat incitatif, il y a donc lieu d'utiliser ce nouveau modèle.

- **A compter de l'entrée en vigueur du nouveau zonage et des nouveaux contrats types régionaux**, il ne sera plus possible d'adhérer au contrat incitatif infirmiers (CII), conclus dans le cadre des avenants 3 et 5, ni de voir renouveler les adhésions à ce contrat (l'adhésion aux nouveaux contrats étant désormais possibles).

Les CII en cours, signés jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau zonage et du contrat type régional, seront toutefois honorés jusqu'à leur terme, soit trois ans après leur signature.

Les professionnels dont le CII arrive à échéance pourront par la suite, et s'ils le souhaitent, demander à adhérer au nouveau contrat d'aide au maintien (CAMI) dès lors qu'ils sont éligibles à ce contrat.

Les infirmiers ayant conclu un contrat incitatif conformément aux avenants 3 et 5 et ne se trouvant plus dans les zones très sous-dotées à la suite de la publication du nouveau zonage, verront également leur contrat se poursuivre jusqu'à leur terme, soit trois ans après leur signature.

Précisions :

- ✓ Si l'entrée en vigueur des arrêtés relatifs au nouveau zonage et aux nouveaux contrats types régionaux intervient alors qu'une procédure de renouvellement d'un CII est en cours, la caisse pourra interrompre la procédure et proposer au professionnel concerné d'adhérer à un CAMI.
- ✓ Si un infirmier a conclu un CII dans l'année précédant l'entrée en vigueur des nouveaux contrats et du nouveau zonage (voir point B ci-avant), et qu'il est éligible à un CAII ou à un CAPII, il pourra, à titre exceptionnel, résilier son CII pour adhérer à l'un de ces nouveaux contrats.
- ✓ Un infirmier bénéficiaire d'un CII qui cesse ou suspend son activité libérale en zone très sous-dotée de manière temporaire et qui reprend ensuite son activité sur la même zone n'est pas éligible au contrat d'aide à l'installation. En effet, ce professionnel qui reprend son activité libérale n'est pas considéré comme un nouvel installé.
- ✓ Au contraire un infirmier bénéficiaire d'un CII qui ferme son cabinet et déménage dans une autre zone très sous-dotée pourra prétendre au contrat d'aide à l'installation étant donné qu'il apporte une nouvelle offre de soins sur la zone. A noter toutefois que le professionnel ne pourra bénéficier qu'une seule fois de ce nouveau contrat démographique conformément aux dispositions conventionnelles.

2.3 Un maintien du dispositif de régulation et une évolution des modalités du conventionnement dans les zones surdotées

Entrée en vigueur du dispositif : 14 juin 2019

Le dispositif de régulation en zone surdotée est maintenu. Ainsi, comme précédemment, le conventionnement en zone sur-dotée ne peut intervenir que si un autre infirmier a préalablement cessé son activité dans la zone (règle du 1 pour 1 : un conventionnement accordé pour un départ sur la zone surdotée).

A noter toutefois quelques évolutions dans le cadre de la procédure de conventionnement en zone surdotée :

- en cas de départ de la zone, la place alors vacante ne peut désormais être attribuée qu'au seul successeur de l'infirmier cessant définitivement son activité en zone surdotée. L'infirmier doit ainsi systématiquement produire dans le cadre de sa demande de conventionnement une attestation de l'infirmier dont il reprend l'activité et qui le désigne nommément comme son successeur. Cette attestation permettra à la CPD et au directeur de la CPAM d'autoriser le conventionnement sur la zone surdotée.

Précisions :

- ✓ A noter que le mémo élaboré pour faciliter l'instruction des dossiers de conventionnement en zone surdotée des infirmiers a, à cet effet, été mis à jour ([annexe 6](#)).
- ✓ Tout dossier de demande de conventionnement en zone surdotée déposé auprès de la caisse doit systématiquement être examiné en commission paritaire afin de permettre à l'instance conventionnelle d'avoir connaissance du dossier et d'en discuter et, ce, même en l'absence de départ au sein de la zone ou en l'absence de présentation dans le dossier de conventionnement d'une attestation de succession.
- ✓ Il est seulement exigé dans la convention que l'infirmier présente « une attestation de succession » pour assurer la continuité de prise en charge des patients. Toutefois, il est à noter que l'infirmier n'est pas obligatoirement tenu dans ce cadre d'intégrer le cabinet de l'infirmier

ayant cessé son activité dans la zone. (possibilité d'installation dans un cabinet limitrophe ou création de cabinet dans la zone surdotée considérée)

- ✓ Lors de la réunion de la CPN du 29 novembre dernier, les membres de la CPN se sont accordés sur le fait que :
 - l'infirmier dispose de 6 mois maximum pour céder son activité et ainsi désigner un successeur. Passé ce délai, il convient que la reprise de patientèle n'est plus justifiée dans la mesure où cette dernière a été reprise par les autres cabinets du secteur
 - si un infirmier « cédant » n'a pas suivi de patients sur la zone surdotée dans les 2 ans précédant sa cessation d'activité, il n'existe donc pas de patientèle à reprendre sur la zone et la place ne peut dès lors être ré-attribuée à un autre infirmier (sauf cas de maladie justifiée par l'infirmier). La CPAM est donc autorisée, pour chaque dossier de reprise, à vérifier via des requêtes qu'il y a bien une patientèle à reprendre sur la zone.
- ✓ l'avenant 6 prévoit le cas où l'infirmier n'est pas en mesure de désigner son successeur (force majeure entraînant un arrêt brutal et définitif de l'activité – ex : décès brutal) ; la CPAM alors informée doit solliciter les membres du cabinet de l'infirmier concerné pour désigner un successeur.
- L'infirmier repreneur bénéficiant du conventionnement est tenu d'initier ses formalités d'installation dans les 6 mois suivant la notification de la décision de conventionnement afin d'éviter le « blocage artificiel » de places en zones surdotées. Les courriers de notification du conventionnement en zone surdotée doivent dès lors être mis à jour et comporter systématiquement cette mention.

A défaut des formalités d'installation dans les 6 mois, la CPAM sollicitera le cabinet de l'infirmier ayant cessé son activité en zone surdotée pour désigner un nouveau successeur dans les 6 mois (après information de la CPD). A défaut de nouvelle désignation par le cabinet et après information de la CPD, la CPAM pourra acter la disparition de la place vacante sur la zone

- L'avenant 6 prévoit désormais la possibilité pour les CPD de statuer par mail sur les dossiers de demande de conventionnement (sous réserve que 2 réunions de la CPD en présentiel soit conservées sur l'année (abordant les dossiers liés à la démographie ou non) et d'une indemnisation des membres de la section professionnelle ayant émis un avis sur les dossiers – (15€ versés par dossier).
- Concernant les dérogations au principe de régulation liée une situation personnelle et professionnelle de l'infirmier (art.3.4.2 de la convention), a été ajoutée une dérogation supplémentaire liée au décès du conjoint entraînant un changement d'adresse professionnelle.

Précisions :

- ✓ Il revient à l'infirmier lui-même de soulever ce type de dérogation auprès de la CPAM lors du dépôt de son dossier
- ✓ La dérogation peut uniquement être demandée dans les 6 mois suivant l'évènement. La demande de conventionnement de l'infirmier est alors accompagnée d'un certificat de décès.
- ✓ Les autres cas de dérogations au principe de régulation liée une situation personnelle et professionnelle de l'infirmier sont inchangés par rapport à la précédente rédaction de la convention nationale. Pour les modalités d'application de ces dérogations (justificatifs requis, durée durant laquelle l'infirmier peut solliciter une telle dérogation), il y a toujours lieu de se référer à la lettre réseau LR-DDGOS-9/2012 qui reste applicable sur ce point.
- ✓ Lors de la réunion de la CPN du 29 novembre dernier, les membres de la CPN se sont accordés sur le fait que l'infirmier ayant bénéficié d'un conventionnement dérogatoire (ex : changement d'adresse) peut bénéficier dans ce cadre de la possibilité de céder son activité. Il s'agit ainsi d'une place supplémentaire accordée sur la zone.

2.4 Un encadrement de l'activité en zones intermédiaires ou très dotées situées en périphérie des zones sur-dotées

Entrée en vigueur du dispositif : à compter de la définition de la liste des zones concernées par la CPR dès lors que le nouveau zonage régional sera publié

Un encadrement du conventionnement en zone intermédiaire ou très dotée situées en périphérie des zones surdotées est mis en place.

Ainsi, l'infirmier libéral qui s'installera nouvellement dans l'une de ces zones (à compter de la parution du nouveau zonage) devra réaliser deux tiers de son activité dans sa zone d'installation pour renforcer l'adéquation du lieu d'installation de l'infirmier avec les réalités d'exercice (éviter que l'infirmier installé dans ces zones réalise en réalité la plupart de son activité en zone surdotée). Le directeur de la CPAM informera l'infirmier de la nécessité de respecter ce niveau d'activité lors de la notification du conventionnement.

En cas de non-respect de ce seuil d'activité, la caisse pourrait être en droit, après un courrier de signalement au professionnel, de retirer le conventionnement initialement accordé.

Précisions :

- ✓ cet encadrement de l'activité ne concerne que les nouvelles installations et ne concerne donc pas les infirmiers installés dans ces zones avant la parution de l'arrêté relatif au nouveau zonage infirmier.
- ✓ il n'est pas exigé des caisses de faire régulièrement un contrôle de l'activité des infirmiers installés sur ces zones. La disposition a simplement pour objet de donner les moyens aux caisses d'agir si elles constatent qu'un infirmier contourne manifestement le dispositif de régulation en exerçant principalement sur une zone sur-dotée alors même que ce dernier s'est installé dans une zone périphérique non régulée.
- ✓ Lors de la réunion de la CPN du 29 novembre dernier, les membres de la CPN se sont accordés sur les critères permettant de lister ces zones en vue d'harmoniser les procédures sur l'ensemble du territoire :
- ✓ 1^{ère} critère : il est procédé à l'élaboration de la liste des zones intermédiaires ou très dotées dont une des « frontières » touche une zone surdotée.
- ✓ 2^{ème} critère : au regard de la liste établie évoquée ci-dessus la CPRI peut décider de ne retenir qu'une partie des zones figurant dans cette liste au regard des données statistiques complémentaires permettant de vérifier par code commune et donc par zone, dans l'activité des infirmiers de ces zones périphériques, la part de patientèle dont le lieu de résidence est située en zone surdotée. Cette requête pourra être complétée par un croisement avec les données de connaissance du terrain.

3. Valoriser l'activité des infirmiers libéraux (Titre II de l'avenant 6)

L'avenant 6 prévoit la création de nouveaux actes qui viennent élargir les missions des infirmiers. Il acte également la revalorisation de certaines pratiques existantes répondant à des enjeux actuels de santé publique, de prévention et de qualité de prise en charge.

A noter que l'avenant prévoit pour chacune des mesures de nomenclature détaillées ci-après des dates d'entrée en vigueur précises.

De plus et à l'exception de la majoration conventionnelle liée à la prise en charge des jeunes enfants, l'ensemble des mesures nécessite au préalable, pour sa mise en œuvre, une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

Vous trouverez en [annexe 3](#) un tableau détaillant par année l'entrée en vigueur des mesures de valorisation.

3.1 Evolution des actes de surveillance et observation d'un patient à domicile

L'accord prévoit une évolution de l'acte d'administration et de surveillance d'une thérapeutique orale à domicile :

- avec l'inclusion des patients avec troubles cognitifs (y compris les maladies neuro-dégénératives ou apparentées) – à compter du 1^{er} décembre 2019
- et une revalorisation de l'acte - AMI 1,2 – à compter du 1^{er} juillet 2020

Précision : dans l'attente de la modification de la nomenclature concernant les patients présentant des troubles cognitifs, un moratoire est mis en place afin qu'aucun nouveau contrôle de l'assurance maladie et procédures ne soient initiés concernant la facturation de ces actes.

L'accord prévoit également une évolution du libellé de l'acte de surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement à domicile ou lors de la modification de celui-ci – à compter du 1^{er} décembre 2019 :

- avec la modification de la règle du passage quotidien (en conservant la notion de 15 passages maximum)
- et la suppression de la restriction pour les patients diabétiques insulino-dépendants.

3.2 Evolution de la prise en charge des pansements

3.2.1 Les pansements courants – à compter du 1^{er} janvier 2020

L'accord prévoit une revalorisation des actes de pansements de stomie, de trachéotomie et de changement de canule - AMI 3.

Il prévoit également une évolution de la description et l'individualisation des libellés des pansements après chirurgie des veines avec incisions cutanées multiples, chirurgies mammaires et abdominoplastie - AMI 3.

Précision : Dans le cadre de la chirurgie mammaire et en cas de bilatéralité, 2 actes peuvent être facturés au plus, le deuxième étant facturé à 50% quelle que soit la localisation des plaies : soit AMI 3 + AMI 3/2.

En cas de pansement post-opératoire d'exérèses multiples de varices et/ou de ligatures multiples de veines perforantes avec ou sans stripping, 2 actes peuvent être facturés au plus, le deuxième étant facturé à 50% quelle que soit la localisation des plaies, sur un même membre ou les 2. La précision, sur un même membre permet aux IDEL de pouvoir coter deux pansements de plaie sur un même membre, ce qui était jusqu'alors impossible. Ainsi les cotations sont les mêmes pour des plaies présentes sur un même membre ou sur les 2.

3.2.2 Les pansements lourds et complexes

L'accord prévoit une évolution du libellé de certains pansements lourds et complexes – à compter du 1^{er} janvier 2020

- Individualisation de l'acte de « pansement de brûlure après radiothérapie sur surface supérieure à 2% de la surface corporelle » - AMI 4.
- Suppression de la mention « chirurgical » pour les pansements lourds et complexes nécessitant méchage ou irrigation.
- Suppression de la mention « nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse ».

L'avenant prévoit par ailleurs la création de 3 nouveaux actes à la NGAP :

1/ Un bilan initial de prise en charge d'une plaie nécessitant un pansement lourd et complexe par épisode de cicatrisation - AMI 11 – à compter du 1^{er} janvier 2020

Cet acte comprend l'évaluation de la situation du patient, l'établissement d'une fiche descriptive de la plaie, l'élaboration d'un projet de soins et la réalisation du pansement.

Précisions :

- ✓ Un seul bilan est facturable par an sauf en cas de récurrence, la récurrence étant définie par une reprise des pansements lourds et complexes après une interruption de délivrance de pansements d'au moins 2 mois.
- ✓ Le bilan ne peut pas être associé avec une majoration de coordination infirmière (MCI).
- ✓ Le bilan comprend la réalisation d'un pansement complexe.
- ✓ Une prescription du bilan n'est pas nécessaire dès lors que la prescription comprend des pansements complexes. L'infirmier réalise, sur prescription de réalisation de pansements, un bilan à la 1^{ère} prise en charge, afin de considérer la situation globale du patient, de décrire de façon précise la plaie et de consigner ces informations par écrit afin de pouvoir quantifier de façon précise l'évolution de celle-ci. Ce bilan ne se substitue pas à l'évaluation clinique du médecin qui est nécessaire au préalable de la prescription des soins de plaie.
- ✓ Si plusieurs plaies coexistent à la première élaboration du bilan, un seul bilan est cotable. Ce bilan comprend le pansement d'une plaie. Si plusieurs plaies coexistent, en application de l'art.11B des Dispositions générales de la NGAP, seul un deuxième pansement lourd et complexe est cotable à 50% en sus de ce bilan, sans association de la MCI, soit par ex : AMI 11 + AMI 4(ou 5.1) /2 . Pour un patient diabétique insulino-traité, cette décote n'est pas applicable puisque les actes de l'article 5bis peuvent se cumuler entre eux sans application de l'art11B des Dispositions générales de la NGAP, soit AMI 11+AMI 4 (ou 5.1).

2/ Un acte d'analgésie topique - AMI 1,1 – à compter du 1^{er} juillet 2020

Analgésie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre, et aux plaies du patient insulino-traité (art.5bis chapitre2).

8 actes peuvent être facturés pour un patient par épisode de cicatrisation.

L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie et la mise en attente.

Précisions :

- ✓ A noter, la majoration de coordination infirmier (MCI) n'est pas associable à cette nouvelle cotation réalisée isolément ;
- ✓ Si l'acte d'analgésie topique est réalisé dans un temps distinct, nécessitant un deuxième passage pour la réalisation du pansement, la MAU et les frais de déplacement sont facturables comme suit:
 - Application d'analgésie topique en 1^{er} temps= AMI 1,1 + MAU + indemnités déplacement
 - Réalisation du pansement en 2nd temps = AMI 4 + MCI + indemnités déplacement

- ✓ Dans le cas contraire, l'acte d'analgésie topique et de pansement lourd et complexe sont cumulables à taux plein et la MAU ne s'applique pas : AMI 1,1 + AMI 4 + MCI + indemnité déplacement
- ✓ Si cet acte est réalisé dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant (AIS 3, BSA, BSB ou BSC), la cotation est AMX 1.1

3/ Un acte de pansement avec compression pour ulcère ou greffe cutanée (compression par bandes jusqu'à cicatrisation) - AMI 5,1 – à compter du 1^{er} juillet 2020

Précisions :

- ✓ La majoration de coordination infirmier (MCI) est applicable à cette nouvelle cotation.
- ✓ L'acte de pansement avec compression est associable à taux plein avec l'acte d'analgésie topique.

3.3 Prise en charge des soins postopératoires à domicile – à compter du 1^{er} janvier 2021

L'accord prévoit la création de 4 nouveaux actes à la NGAP afin de permettre à l'infirmier, sur prescription et avec l'élaboration d'un protocole écrit, la prise en charge des soins post-opératoires à domicile. Ces soins concernent les patients dont l'éligibilité à une chirurgie ambulatoire ou à un parcours clinique de réhabilitation améliorée après chirurgie dépend d'un accompagnement ponctuel pour le retour à domicile en post opératoire.

1/ Une séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire – AMI 3,9

Trois séances au plus peuvent être facturées pour un patient du retour à domicile (J0) à la veille de la 1^{ère} consultation post-opératoire avec le chirurgien, ou à défaut à J+6 inclus.

2/ Une séance de surveillance du cathéter périmerveux pour analgésie post-opératoire - AMI 4,2

Un acte au plus de surveillance peut être facturé par jour avec présence d'un aidant à domicile, ou deux actes au plus en l'absence d'aidant sur trois jours consécutifs (sous réserve de la modification du décret de compétences des infirmiers).

3/ Un acte de retrait de sonde urinaire - AMI 2

Précision : Un acte de retrait de sonde urinaire sera parallèlement ajouté à l'article 6 du chapitre I du titre XVI de la NGAP, cet acte n'étant pas lié aux seuls soins post-opératoires.

4/ Un acte de surveillance de drain de redon et/ou retrait post-opératoire de drain - AMI 2,8

Deux séances peuvent être facturées pour un patient à partir du retour à domicile.

Précisions :

- ✓ Les séances de surveillance cotées AMI 3,9 et 4,2 ne sont pas cumulables entre elles.
- ✓ Chacune d'elles peut toutefois être associée avec l'acte de retrait de sonde urinaire ou l'acte de surveillance de drain de redon et/ou retrait post-opératoire de drain à taux plein.

3.4 Accompagnement de la prise médicamenteuse à domicile – à compter du 1^{er} janvier 2022

L'accord prévoit la création d'un nouvel acte à la NGAP d'accompagnement par l'infirmier de la prise médicamenteuse à domicile – à compter du 1^{er} janvier 2022

Cet acte peut être prescrit par le médecin pour les patients non dépendants, polymédiqués et présentant des critères de fragilité identifiés par le médecin, lors de la mise en œuvre ou de la modification d'un traitement, ou encore au cours d'une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique du patient.

Cet acte est décliné en 3 séances (1^{ère} séance valorisée AMI 5,1 / 2^{ème} et 3^{ème} séance valorisées AMI 4,6), réalisables dans un délai maximal d'un mois. Elles comprennent l'adhésion du patient au traitement, l'observance, la gestion du stock des médicaments, la détection des effets indésirables et l'aide à l'organisation de la prise médicamenteuse. Elles sont renouvelables sur prescription une fois dans les 12 mois qui suivent.

Précision : Les actes de surveillance et d'observation d'un patient à domicile peuvent être, le cas échéant, prescrits à la suite par le médecin (art. 10 Chapitre 1).

3.5 Prise en charge des enfant de moins de 7 ans – à compter du 1^{er} janvier 2020

L'accord prévoit la création d'une majoration conventionnelle (non inscrite à la NGAP) d'un montant de 3,15 €/séance réalisée auprès des enfants de moins 7 ans - Code acte MIE.

Précisions :

- ✓ La majoration peut être cotée jusqu'à la veille du 7^{ème} anniversaire de l'enfant.
- ✓ La majoration est cumulable avec les autres majorations applicables à l'acte (MAU, MCI, majoration dimanche et jours fériés, etc.).

3.6. Les autres mesures de valorisation

- Prélèvements sanguins – à compter du 1^{er} décembre 2019

L'accord prévoit la possibilité d'associer à taux plein l'acte de prélèvement sanguin avec tous les actes infirmiers (AMI quel que soit le coefficient associé, AIS quel que soit le coefficient associé, DSI et BSI), dans la limite de 2 actes au plus facturables selon les Dispositions générales de la NGAP. Pour rappel, les actes de l'article 5bis du chapitre II de la NGAP pour les patients diabétiques insulino-traités, sont cumulables entre eux et ne comptent au titre de la nomenclature que pour 1 seul acte facturé.

- Extension du champ de la MAU – à compter du 1^{er} décembre 2019

Le champ de la majoration pour acte unique a été étendu aux actes AMI dont les coefficients sont inférieurs ou égaux à 1,5.

3.7 Le Bilan de soins infirmiers et les nouvelles modalités de tarification des soins infirmiers auprès des patients dépendants – à compter du 1^{er} janvier 2020

L'accord prévoit une réforme majeure de la prise en charge des patients dépendants à domicile avec la mise en place progressive du bilan de soins infirmiers et d'une rémunération au forfait.

3.7.1 Remplacement progressif de la démarche de soins infirmiers par le bilan de soins infirmiers

Le nouveau dispositif, bilan de soins infirmiers (BSI), sera mis en place progressivement à compter du 1^{er} janvier 2020 en remplacement de la démarche de soins infirmiers (DSI).

A l'instar de la DSI,

- ✓ il s'agit d'un outil permettant à l'infirmier de faire une évaluation de l'état de santé de son patient dépendant afin d'établir un plan de soins infirmiers personnalisé.
- ✓ ce bilan est obligatoire avant toute facturation des soins infirmiers réalisés auprès des patients dépendants.

La nouveauté de cet outil, élaboré en concertation avec les représentants de la profession, réside dans son format entièrement dématérialisé (téléservice assurance maladie sous ameli pro) et standardisé. Ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2020, tous les infirmiers libéraux devront disposer d'un compte ameli pro.

Vous trouverez en [annexe 4](#) une présentation de ce nouveau dispositif.

Ce bilan doit être réalisé une fois par an sauf si la situation clinique du patient nécessite la réalisation d'un ou de deux bilans intermédiaires dans l'année.

L'avenant prévoit par ailleurs, une valorisation de ce bilan : **25 € BSI initial** (1^{er} bilan réalisé par l'infirmier pour le patient) / **12 € BSI intermédiaire** (si évolution de l'état de santé du patient dans l'année) ou en renouvellement (bilan à renouveler chaque année).

Précisions :

- ✓ Le « BSI initial » est défini comme suit : BSI réalisé sur prescription, par l'infirmier (ou groupe d'infirmiers) pour la prise en charge infirmière d'un patient dépendant éligible au BSI (1 seul BSI réalisé pour un groupe d'infirmiers).
- ✓ Le « BSI de renouvellement » est défini comme suit : BSI réalisé sur prescription, par l'infirmier (ou groupe d'infirmiers) prenant déjà en charge le patient dépendant éligible au BSI, en cas de prolongation de la prise en charge infirmière au-delà de 1 an.
- ✓ Le « BSI intermédiaire » est défini comme suit : BSI réalisé à l'initiative de l'infirmier (ou groupe d'infirmiers) prenant déjà en charge le patient dépendant éligible au BSI, en cas de modification substantielle et durable de sa prise en charge due à une évolution de son état de santé ou de son degré d'autonomie. La prise en charge de ce BSI par l'assurance maladie ne nécessite pas de nouvelle prescription. Toutefois, l'infirmier devra rattacher la facturation de ce BSI à la dernière prescription datant de moins d'1 an.

3.7.2 Réforme de la tarification des soins auprès des patients dépendants

A. Remplacement progressif de la rémunération à l'acte par une rémunération au forfait

Les partenaires conventionnels ont souhaité réformer les conditions de tarification des soins réalisés auprès des patients dépendants afin de mieux prendre en compte la charge de travail de l'infirmier dans la prise en charge du patient et le niveau de complexité de certains actes réalisés. Ainsi, l'accord prévoit la création, à la NGAP, de trois forfaits journaliers de prise en charge des patients dépendants (regroupant l'ensemble des interventions de l'infirmier dans la même journée pour un patient dépendant donné) qui remplaceront progressivement la rémunération à l'acte (facturée en AIS).

La valorisation de ces trois forfaits journaliers diffère selon la charge en soins nécessitée par le patient :

- 1^{er} forfait pour le suivi des patients ayant une prise en charge dite « légère » valorisé à **13 € (code acte BSA) ;**
- 2^{ème} forfait pour le suivi des patients ayant une prise en charge dite « intermédiaire » valorisé à **18,20 € (code acte BSB) ;**

- 3^{ème} forfait pour le suivi des patients ayant une prise en charge dite « lourde » valorisé à 28,70 € (code acte BSC).

	Tarif en €	
	Métropole	DOM
Forfait Léger (BSA)	13,00	13,25
Forfait Intermédiaire (BSB)	18,20	18,55
Forfait Fort (BSC)	28,70	29,25
AMX	3,15	3,30

Précisions :

- ✓ Le niveau du forfait journalier est automatiquement déterminé par l'outil BSI en fonction des interventions saisies dans l'outil.
- ✓ En cas de prise en charge du patient par plusieurs infirmiers, seul un infirmier peut facturer le forfait journalier.
- ✓ Pour un même patient, la facturation de forfaits dans le cadre du BSI ne peut pas coexister avec celle en AIS sur la même période de soins. Une fois que le patient entre dans le cadre du BSI, pas de facturation en AIS possible.

B. Actes techniques, majorations et frais de déplacement autorisés en association du forfait

➤ Actes techniques autorisés en association du forfait

L'avenant prévoit la possibilité de facturer en sus du forfait journalier (ou AIS 3) certains actes techniques à taux plein – code AMX - à compter du 1^{er} janvier 2020

- ✓ Perfusions ;
- ✓ Pansements lourds et complexes ;
- ✓ Prélèvements sanguins ;
- ✓ Surveillance clinique et de prévention suite à une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO).

Par ailleurs, l'avenant prévoit la possibilité de facturer en sus du forfait journalier certains actes techniques avec application de l'article 11B des Dispositions générales de la NGAP (2^{ème} acte à 50%) – code AMX – à compter du 1^{er} mai 2020

- ✓ Injections intramusculaires, intradermiques, sous-cutanées ;
- ✓ Injections sous-cutanées d'insuline ;
- ✓ Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline selon les indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané.

A noter que l'application de cette disposition fait actuellement l'objet d'échanges avec les représentants de la profession. Des précisions seront apportées dans une instruction à venir.

➤ Indemnités de déplacements et majorations autorisées en association du forfait

A chaque déplacement, l'infirmier peut facturer ses indemnités de déplacement (code IFI), ses éventuelles IKet majorations (nuit, dimanche et jour férié, MCI, MIE) en plus du forfait journalier.

Précisions :

- ✓ Le tarif de la lettre clé AMX est le même que celui de l'acte AMI. Ce code acte spécifique permettra de distinguer les actes techniques réalisés au titre de la dépendance (AMX) de ceux réalisés hors cadre de la dépendance (AMI).
A l'issue du BSI, un plan de soins est établi par l'IDEL. L'IDEL définit alors ce qui est en rapport avec la dépendance, notamment le nombre de passages par jour. Les actes prévus dans le cadre de la dépendance, et dont la facturation est autorisée en sus de la séance de soins, sont cotés en AMX.
- ✓ Le tarif de la lettre clé IFI est le même que celui de l'IFD. L'IFI peut être facturée isolément ou avec un acte infirmier coté en AMX. L'IFI peut se cumuler avec les indemnités kilométriques et les majorations autorisées (avec ou indépendamment de la facturation d'un acte).
- ✓ Le cas du déplacement exceptionnel au-delà des soins et déplacements prévus dans le plan de soins est facturable en cotation AMI et IFD.
- ✓ Dans le cadre de la nouvelle tarification, un seul infirmier sera amené à facturer, en tant qu'exécutant, le forfait journalier (regroupant l'ensemble des actes réalisés dans la journée auprès du patient et ce, même si plusieurs infirmiers sont amenés à intervenir auprès du patient dans la journée au regard des tournées effectuées). De fait, l'infirmier ayant facturé le forfait sera parfois amené à rétrocéder des honoraires ou à les partager avec d'autres infirmiers ayant le cas échéant effectué des soins dans la journée auprès du même patient.
Cependant chaque infirmier facture, au titre de son passage, ses indemnités de déplacement, ses éventuels actes techniques et majorations autorisés en plus du forfait.
- ✓ Le forfait journalier couvre l'ensemble des soins de la journée liés à la dépendance. Dès lors, l'infirmier n'est pas autorisé à facturer une MAU.

C. Mise en œuvre progressive du BSI et de la nouvelle tarification des soins

Compte-tenu du caractère novateur de la mesure et de son impact financier, le BSI et le nouveau mode de facturation associé (forfaits journaliers) seront mis en place progressivement en 3 étapes, à partir du 1^{er} janvier 2020, avant une généralisation à l'ensemble des patients dépendants au 1^{er} janvier 2023 :

✚ Patient 90 ans et +	▶ 1 ^{er} janvier 2020
✚ Patient 85 ans et +	▶ 1 ^{er} janvier 2021
✚ Patient 78 ans et +	▶ 1 ^{er} janvier 2022
Tout patient dépendant	▶ 1 ^{er} janvier 2023

Des évaluations intermédiaires sont prévues. En effet, pour le passage à chaque étape, les partenaires conventionnels examineront, dans le cadre de la CPN, les résultats et les impacts de la mise en œuvre de ce nouveau mode de valorisation. Ce suivi permettra d'affiner l'estimation de la fréquence et la répartition des patients sur les différents forfaits en vue du respect des montants financiers estimés de l'impact de la mise en œuvre de ces mesures. Le passage d'une étape à l'autre est ainsi soumis à un accord entre les syndicats représentatifs des infirmiers et la Cnam dans les conditions prévues par l'avenant.

Vous retrouverez en [annexe 5](#) un tableau récapitulatif de la facturation des soins pendant la période de mise en œuvre progressive (selon que le patient est intégré ou non dans le nouveau dispositif).

3.8 Accompagnement des patients par les infirmiers de pratique avancée

Le 5 juin 2019, la Cnam a ouvert de nouvelles négociations avec les représentants des infirmiers pour établir les modalités de la valorisation des Infirmiers de pratique avancée (IPA) pouvant exercer dans le cadre libéral. L'avenant 7 a été signé le 4 novembre 2019.

3.9 L'accompagnement par l'infirmier du patient à la téléconsultation – à compter du 1^{er} janvier 2020

L'avenant n°6 met en place une valorisation de l'infirmier amené à accompagner le patient dans le cadre de téléconsultations organisées à la demande du médecin.

Trois nouveaux actes d'accompagnement seront créés à la NGAP à cet effet et valorisés différemment selon que

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

Précision :

- ✓ Une aide financière à l'équipement de vidéotransmission et en appareils médicaux connectés est prévue dans le cadre du forfait d'aide à l'informatisation et à la modernisation du cabinet (voir ci-après).
- ✓ Pour le code TLL, par dérogation à l'article 13 des Dispositions générales, les indemnités de déplacement sont applicables par l'infirmier. Elles ne sont applicables qu'une fois lorsque l'infirmier accompagne plusieurs patients au cours de téléconsultations réalisées successivement dans un même lieu dédié. Deux déplacements dans un lieu dédié aux téléconsultations, au plus, sont facturables par jour.
- ✓ Pour le code TLD, les indemnités de déplacement s'appliquent.

Des instructions complémentaires vous seront adressées sur la mise en œuvre de ces différentes mesures de valorisation prévues par l'avenant 6.

4. De nouvelles modalités d'exercice conventionnel (Titre III de l'avenant 6)

4.1 Les conditions générales d'installation et de cessation d'activité en exercice libéral sous convention évoluent

Entrée en vigueur des mesures : 14 juin 2019

4.1.1 Nature de l'expérience professionnelle préalable prise en compte (article 8)

Les dispositions actuelles de la convention nationale précise que l'expérience professionnelle prise en compte est celle acquise dans une structure de soins généraux installée dans l'un des Etats membres de l'Union européenne ou en Suisse.

L'avenant 6 prévoit désormais la possibilité de comptabiliser l'expérience professionnelle réalisée par un infirmier au Québec (sous réserve que le titre de formation ait fait l'objet d'une procédure d'équivalence au titre de l'arrangement Franco-Quebecois de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des infirmiers du 30 juin 2010 modifié).

L'avenant 6 anticipe également le Brexit en prévoyant la possibilité de continuer à prendre en compte l'expérience professionnelle réalisée au Royaume-Uni.

4.1.2. Durée de l'expérience professionnelle préalable exigée avant toute installation en libéral

L'expérience professionnelle préalable exigée pour les infirmiers souhaitant s'installer en libéral après une expérience en tant que remplaçant en libéral a été alignée sur celle des infirmiers souhaitant s'installer en libéral sous convention directement après une expérience en structure (24 mois d'expérience exigée au total) :

- si l'infirmier souhaite s'installer en libéral à la suite d'une expérience en structure : nécessité pour l'infirmier de justifier de 24 mois d'expérience (3200h) au sein d'une structure de soins généraux au cours des 6 années précédant la demande d'installation en libéral sous convention
- si l'infirmier souhaite s'installer en libéral à la suite d'une expérience en tant que remplaçant libéral : nécessité pour l'infirmier de justifier de 6 mois (ou 800 h ou 109 jours) d'expérience en tant que remplaçant d'un IDEL conventionné au cours des 6 années précédant la demande d'installation en libéral sous convention en plus des 18 mois (ou 2400 heures) d'expérience déjà justifiés dans une structure de soins généraux dans les 6 années précédant la date de demande de remplacement en libéral.

A noter que les mémos élaborés pour faciliter l'instruction des dossiers de conventionnement liés à l'installation ou au remplacement des infirmiers libéraux ont, à cet effet, été mis à jour ([Annexe 6](#))

4.1.3 Mise en place d'un fichier de suivi des infirmiers remplaçants

Les caisses sont tenues de constituer pour leur circonscription un fichier de recensement du nombre d'infirmiers libéraux remplaçants. Ce fichier sera transmis chaque année fin décembre à la Cnam sur la boîte générique dprof-idel-orthopho.cnam@assurance-maladie.fr

4.1.4 Encadrement des conditions d'exercice des salariés des infirmiers libéraux

Compte-tenu de la modification récente du code de déontologie, les infirmiers conventionnés peuvent désormais salarier des confrères.

L'avenant 6 encadre donc désormais les conditions d'exercice de ces professionnels pouvant exercer dans le champ libéral

Ces derniers doivent :

- se faire enregistrer auprès de la caisse comme salarié d'un professionnel de santé libéral
- justifier d'une activité professionnelle préalable auprès de la CPAM au même titre qu'un infirmier remplaçant et
- produire à la CPAM leur diplôme, leur contrat de travail ou la déclaration préalable à l'embauche, leur numéro d'inscription à l'ordre, l'adresse de leur lieu d'exercice, le nom et la qualification de son employeur, l'indication de leur propre numéro d'immatriculation à la sécurité sociale.

A noter que les caisses sont tenues de constituer pour leur circonscription un fichier de recensement du nombre d'infirmiers salariés de confrères libéraux conventionnés. Ce fichier sera transmis chaque année fin décembre à la Cnam sur la boîte générique dprof-idel-orthopho.cnam@assurance-maladie.fr

4.1.5 Encadrement des conditions d'exercice des prestataires de services

Les conditions d'exercice des infirmiers prestataires de services (au sens de la libre prestation de services des ressortissants de l'Union européenne) sont désormais encadrées : ces derniers sont tenus, à l'instar de tout infirmier libéral, de se conventionner auprès de la caisse et de justifier d'une expérience professionnelle préalable en vue d'une installation ou d'un remplacement en libéral sous convention.

4.2 Précisions sur les conditions de cessation de l'activité d'infirmier

Entrée en vigueur des mesures : 14 juin 2019

L'avenant précise que l'infirmier cessant son activité libérale est tenu d'en informer sa caisse de rattachement dans un délai de 2 mois.

Une disposition est également introduite concernant les professionnels pour lesquels aucune facturation à l'assurance maladie n'est constatée pendant une période d'au moins 12 mois. Dans ce cas, les caisses peuvent notifier à l'infirmier concerné la suspension de l'application de l'ensemble des dispositions conventionnelles. A noter que cette suspension n'est pas applicable lorsque l'infirmier justifie cette cessation d'activité par un motif indépendant de sa volonté comme un arrêt maladie. Elle prend fin également par simple déclaration de reprise d'activité du professionnel.

4.3 Mise en place d'un dispositif de plafonnement journalier des indemnités kilométriques

Entrée en vigueur du dispositif : 31 mars 2020

Des travaux ont été initiés par la Cnam, en concertation avec les représentants des infirmiers, visant à la mise en place d'un dispositif de plafonnement journalier du montant facturé des indemnités kilométriques (IK) afin de limiter les dérives de facturation constatées :

- ✓ jusqu'à 299 km cumulés par jour : pas d'abattement du tarif du remboursement des IK ;
- ✓ à partir de 300 km cumulés par jour : un abattement de 50% du tarif du remboursement des IK est ainsi appliqué ;
- ✓ à partir de 400 km cumulés par jour : un abattement de 100% du tarif est appliqué.

A noter que ce dispositif de plafonnement est directement intégré aux logiciels de facturation. Il ne nécessite donc pas de formalité particulière de l'infirmier.

L'avenant prévoit le fait que les infirmiers conservent la possibilité de procéder à une « facturation en étoile ».

Parallèlement, les partenaires conventionnels ont engagés des travaux visant à clarifier les conditions de facturation des indemnités kilométriques notamment sur la définition de la notion d'agglomération et sur les possibilités de dérogation à la règle du professionnel de santé le plus proche. Les travaux de ce groupe de travail devront aboutir fin 2019. Pendant la durée des travaux du groupe de travail, un moratoire relatif à la facturation de ces actes est mis en place afin qu'aucun nouveau contrôle de l'assurance maladie et procédures ne soient initiés sur ce sujet.

5. Moderniser les relations entre les infirmiers et l'assurance maladie (Titre IV de la convention nationale)

5.1 Simplification des échanges entre les infirmiers et l'assurance maladie

Entrée en vigueur des mesures : 14 juin 2019

L'avenant 6 s'attache à simplifier les échanges entre l'infirmier libéral et l'assurance maladie. Pour cela, il s'adapte aux dernières évolutions législatives et réglementaires concernant les règles de facturation SESAM Vitale et la mise en œuvre du tiers payant (pour les bénéficiaires de l'ACS, pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d'une affection de longue durée...).

5.2 Mise en place d'un forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation

Entrée en vigueur des mesures : 1^{er} janvier 2020

L'assurance maladie poursuit sa démarche d'aide aux professionnels à s'équiper et à moderniser leur cabinet. A cet effet et à l'instar d'autres professions, un forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation est mis en place et remplacera les aides à la télétransmission, à la maintenance et l'aide SCOR actuellement versées.

Le forfait est composé des indicateurs suivants :

INDICATEURS	PRÉ-REQUIS	MONTANTS (SOUS RESPECT DES INDICATEURS)
SOCLES	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Utiliser un logiciel métier DMP-compatible ▶ Atteindre un taux de télétransmission \geq à 70% ▶ Disposer d'une adresse de Messagerie sécurisée de santé ▶ Utiliser la Solution SCOR ▶ Être doté d'une version du CDC SESAM-Vitale à jour 	490 €
COMPLEMENTAIRE (transformé en indicateur socle en 2022)	▶ Appartenance à une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), équipe de soins primaires (ESP) ou autres formes d'organisations capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients	100 €
+ OPTIONNEL « Télémédecine »	▶ Aide financière à l'équipement de vidéo-transmission	350 €
	▶ Aide financière à l'équipement en appareils médicaux connectés	175 €
+ OPTIONNEL « DMP »	▶ Ouverture d'un DMP	1€ par DMP ouvert

* Observation de l'état de l'équipement au 31 décembre 2020.

Le forfait sera versé pour la première fois aux infirmiers en 2021 (au titre de l'observation de l'état de l'équipement de l'infirmier au 31 décembre 2020). Il sera versé annuellement au plus tard à la fin du premier semestre de l'année.

Précisions :

- ✓ Un infirmier ne peut percevoir les aides liées aux indicateurs complémentaires que si ce dernier remplit les indicateurs socles ; au contraire les aides liées aux indicateurs optionnels sont indépendantes et peuvent ainsi être versées aux infirmiers ne remplissant pas les indicateurs socles.
- ✓ Des instructions spécifiques vous seront adressées ultérieurement sur la mise en place de ce nouveau forfait : détails des indicateurs, saisie des indicateurs par les professionnels, vérification des engagements, gestion des pièces justificatives, modalités de versement de l'aide, accompagnement des professionnels, gestion des contestations

6. Vie conventionnelle (titre VI de l'avenant 6)

Entrée en vigueur des mesures : 14 juin 2019

6.1 Les instances paritaires

6.1.1 Tenue des réunions des instances paritaires

Les réunions des CPD/CPR/CPN peuvent désormais se tenir en présentiel, par visioconférence ou par voie électronique sous réserve qu'au moins 2 réunions de l'instance paritaire soient conservées en présentiel sur l'année.

Précision :

- ✓ Les réunions des instances paritaires pouvaient précédemment se tenir « à distance » si le règlement intérieur de ces instances le prévoyait (faute de mention expresse sur ce point dans la précédente rédaction de la convention nationale)
- ✓ L'absence de signature par le syndicat Convergence Infirmière de l'avenant 6 à la convention nationale n'a pas d'impact sur la vie conventionnelle et notamment la composition des instances paritaires (ce dernier étant toujours signataire de la convention nationale).

6.1.2 Indemnisation des membres de la section professionnelle

Réunions en présentiel ou par visio conférence : Les représentants titulaires de la section professionnelle des CPD/CPR/CPN perçoivent désormais une indemnité de vacation de 49 AMI par séance.

Réunion par voie électronique : les représentants titulaires de la section professionnelle des CPD/CPR/CPN ayant formulé un avis sur les dossiers perçoivent une indemnité de 15 € par dossier.

6.2 Mise en place d'une procédure de déconventionnement exceptionnel à l'instar de celle existant pour les médecins, les sages-femmes, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes et progressivement étendue à toutes les conventions.

Pour plus d'information sur le déroulé de la procédure, vous trouverez les schémas récapitulatifs des différentes procédures conventionnelles en **annexe 7** de cette circulaire.

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

PJ :

- **Annexe 1 :** Avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux
- **Annexe 2 :** Fiches thématiques sur les contrats incitatifs
- **Annexe 3 :** Tableau récapitulatif de l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles
- **Annexe 4 :** Fiche pratique BSI
- **Annexe 5 :** Fiche pratique – facturation des soins patients dépendants
- **Annexe 6 :** Mémos – aide à l'instruction des dossiers de conventionnement des infirmiers libéraux (installation, remplacement, installation en zone surdotée)
- **Annexe 7 :** Schémas récapitulatifs des procédures conventionnelles infirmiers
- **Annexe 8 :** Modalités de mise en œuvre des dérogations au principe de régulation liée à une situation personnelle et professionnelle de l'infirmier