

**AVENANT N° 8 A LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES
RAPPORTS ENTRE LES INFIRMIERS
ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNEE LE 22 JUIN 2007**

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

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

Il est convenu ce qui suit entre :

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

et

La Fédération nationale des infirmiers,
Le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux.

TF
DF
S.

PREAMBULE

Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie est un enjeu de santé publique majeur. Les partenaires conventionnels conviennent du 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 ont engagé à cet effet, dans le cadre de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers, une réforme importante de la prise en charge des patients dépendants à domicile en créant un nouvel outil dématérialisé d'évaluation des besoins du patient dépendant, le bilan de soins infirmiers.

L'avenant 6 a fait parallèlement évolué les modes de rémunération des infirmiers pour les soins réalisés au domicile auprès des patients dépendants afin de mieux tenir compte de la charge de travail de l'infirmier auprès de ces patients (technicité, coordination, nombre d'actes, pénibilité,...) et du niveau de complexité de certains actes réalisés. L'avenant 6 a ainsi mis en place une nouvelle tarification de ces soins avec 3 niveaux de forfaits journaliers définis en fonction de la charge en soins infirmière (légère, intermédiaire, lourde) en remplacement de la rémunération à l'acte facturée en AIS à chaque passage au domicile du patient.

Le dispositif BSI devait se déployer en 4 étapes correspondant à des classes d'âge de patients basculant dans ce nouveau dispositif.

L'objectif de cette entrée en vigueur échelonnée dans le temps était de permettre aux partenaires conventionnels de mieux suivre la mise en œuvre de la réforme, son impact financier et de réévaluer si besoin le dispositif.

Au regard de la dynamique des prises en charge des patients de 90 ans et plus ayant basculé dans le nouveau dispositif au 1^{er} janvier 2020 et dans le but de préserver cette réforme essentielle, les partenaires conventionnels ont convenu de reporter la deuxième étape du BSI (extension aux patients dépendants de 85 ans et plus, initialement prévue au 1^{er} janvier 2021) et de s'accorder sur les mesures à mettre en place dans le cadre d'un nouvel avenant afin de poursuivre dans les meilleures conditions le déploiement du BSI.

Compte-tenu du caractère particulièrement novateur du BSI et de la nouvelle tarification des soins auprès des patients dépendants, les partenaires conventionnels conviennent de réviser les conditions de montée en charge de la réforme en augmentant l'investissement financier réalisé notamment sur les patients les plus âgés. Ils s'accordent sur la nécessité de continuer à mettre en œuvre de manière progressive les étapes suivantes de la réforme tout en préservant l'objectif d'une montée en charge rapide permettant un développement complet à une échéance proche de celle initialement fixée.

Par ailleurs, les parties signataires s'accordent pour procéder à quelques modifications techniques du texte conventionnel sur d'autres aspects. Les partenaires conventionnels souhaitent en effet transposer, sur le plan conventionnel, le protocole d'accord national signé entre l'UNCAM et les syndicats nationaux représentatifs des infirmiers le 6 mai 2021 prévoyant la possibilité de conclure des accords locaux portant sur les modalités de facturation des indemnités kilométriques.

Dans la continuité des mesures dérogatoires mises en place durant la crise sanitaire, les partenaires conventionnels souhaitent en outre prévoir l'engagement de travaux portant sur la télésanté.

Enfin et à la suite des engagements prévus dans l'avenant 7 à la convention nationale, les parties signataires souhaitent initier des travaux visant à examiner si les mesures conventionnelles mises en place sont bien adaptées au déploiement des infirmiers en pratiques avancées exerçant en libéral.

Compte tenu de ces éléments, les parties signataires conviennent de ce qui suit.

ARTICLE 1^{er} - POURSUITE DU DEPLOIEMENT DU DISPOSITIF DU BILAN DE SOINS INFIRMIERS

1° L'article 5.7 du Titre II de la convention nationale des infirmiers est modifié comme suit :

A la fin du paragraphe portant sur la « 1^{ère} étape » après les mots « conditionnée à la conclusion de cet avenant » est ajoutée la phrase suivante :

« En effet, les partenaires conventionnels ont convenu dans cet avenant qu'il est nécessaire d'effectuer une évaluation du passage de la facturation en AIS en forfaits BSI, notamment d'un point de vue financier. »

A partir des mots « 2^{ème} étape », le reste de l'article est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« **A compter du 1^{er} janvier 2022**, sous réserve d'une modification de la NGAP, la démarche de soins infirmiers sera remplacée par le Bilan de soins infirmiers (BSI). Ainsi, la saisie de l'outil Bilan de soins infirmiers (BSI) sera étendue à l'ensemble des patients dépendants. Le remplissage de l'outil d'évaluation du BSI deviendra ainsi obligatoire pour toute nouvelle prise en charge de patients dépendants nécessitant des soins infirmiers. Pour les patients déjà suivis, l'obligation de saisir un BSI se fera à l'échéance de la démarche de soins infirmiers (DSI, dont la durée de validité est de 3 mois). Ainsi, à partir d'avril 2022, plus aucune DSI ne sera réalisée. La réalisation et la facturation du BSI pour les patients de moins de 90 ans s'effectueront dans les mêmes conditions que pour les patients de 90 ans et plus.

Toutefois, les soins dispensés aux patients de moins de 90 ans continueront à être facturés en AIS (le volet facturation de l'outil BSI sera adapté, à titre dérogatoire, pour permettre à l'infirmier d'indiquer sa cotation en AIS pour les patients de moins de 90 ans) jusqu'aux échéances d'entrée en vigueur des différentes étapes du BSI définies dans les conditions ci-dessous. Cette saisie des BSI permettra de connaître la fréquence des interventions et la répartition des différents niveaux de forfaits BSI sur les classes d'âge identifiées pour la suite du déploiement du dispositif BSI.

Avant chaque échéance de bascule dans la réforme des étapes mentionnées ci-dessous, les membres de la CPN examineront les résultats et les impacts des données saisies dans le BSI pour l'ensemble des classes d'âges.

Des conséquences ne pourront être tirées de cette observation que si la montée en charge des données issues de la saisie du BSI est suffisante et homogène sur l'ensemble du territoire. Les partenaires conventionnels conviennent donc de réaliser mensuellement un suivi de cette montée en charge sur l'ensemble du territoire. A défaut, il ne pourra pas être procédé au passage à l'étape suivante de déploiement de la réforme.

Les partenaires conventionnels conviennent de passer automatiquement à l'étape suivante du déploiement du BSI si l'impact financier de la réforme estimé sur l'ensemble des classes d'âges à partir de la répartition des différents niveaux de forfaits projetée sur une année complète de soins est conforme à l'impact financier attendu de la réforme.

A défaut, les partenaires conventionnels conviennent que la poursuite du déploiement de la réforme est subordonnée à la conclusion d'un avenant, afin de définir les conditions permettant la mise en œuvre de l'étape suivante.

L'impact financier, estimé à partir des données saisies dans les BSI pour les étapes suivantes et des facturations établies pour les patients déjà concernés par le dispositif est considéré comme « conforme », s'il est égal au montant de l'impact financier attendu (et figurant en annexe XIII) avec un écart maximal (positif ou négatif) de 10 %.

Les parties signataires s'accordent sur le calendrier de déploiement suivant :

- **2ème étape** : A compter de septembre 2022, la nouvelle tarification des soins aux forfaits BSI est étendue aux patients âgés de 85 et plus ;
- **3ème étape** : A compter d'avril 2023, la nouvelle tarification des soins aux forfaits est étendue à l'ensemble des patients dépendants.

A l'issue d'un délai de 3 mois à compter de la bascule d'une nouvelle étape, les forfaits AIS facturés pour les soins aux personnes dépendantes entrant dans le champ de la réforme seront rejetés par le système de liquidation des prestations de l'assurance maladie.

Au cours du 1^{er} semestre 2024, les membres de la CPN examineront les résultats et les impacts des facturations des forfaits BSI établies pour l'ensemble des patients dépendants.

2° L'annexe XII de la convention nationale des infirmiers est ainsi modifiée :

Au préambule, après les mots « BSI de renouvellement », sont insérés les mots « ou intermédiaire »

Avant le dernier alinéa du 1^{er} paragraphe portant sur la « Saisie par l'infirmier du bilan de soins infirmiers (BSI) », sont ajoutées les dispositions suivantes :

« Au 1er janvier 2022, lorsque la saisie du BSI sera étendue à l'ensemble des patients dépendants (sans facturation associée des forfaits BSI pour les patients de moins de 90 ans), le volet de facturation du BSI sera adapté, à titre dérogatoire, pour les patients de moins de 90 ans et permettra à l'infirmier d'indiquer sa cotation en AIS ».

Au paragraphe 3.2 portant sur l'« Absence de réponse du médecin dans le délai de 5 jours », les mots : « L'infirmier clôture le BSI réalisé. » sont supprimés et remplacés par les mots : « Le BSI est automatiquement clôturé. ».

Au 3^{ème} alinéa du paragraphe 5 portant sur le « Renouvellement du BSI », après les mots : « datant de moins de 12 mois. », sont insérées les mots suivants : « (possibilité de réaliser au maximum 2 BSI intermédiaires dans l'année) ».

Le paragraphe 6 portant sur l'« Algorithme de classement des patients dépendants en fonction de leur niveau de prise en charge en soins infirmiers » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« 6. Détermination de la facturation des forfaits BSI

Le forfait journalier à facturer par l'infirmier est déterminé par les interventions réalisées en propre par l'infirmier auprès du patient et cochées dans l'outil BSI. Il existe trois forfaits BSI « léger », « intermédiaire » ou « lourd » dont le tarif diffère selon le niveau de prise en charge en soins infirmiers.

Les 43 interventions du BSI ont été classées, par ordre croissant de charge en soins infirmiers, en 4 groupes homogènes, en accord avec les organisations syndicales représentatives signataires de la convention. Le groupe 1 correspond à la charge en soins la plus faible et le groupe 4 à la plus élevée (voir tableau 1 en fin d'annexe). Parmi les interventions cochées, seules les interventions des domaines Hygiène (H), Elimination (E) et Mobilité (M) sont apparues comme discriminantes pour classer les patients en termes de lourdeur de prise en charge. Il s'avère que les interventions des autres domaines sont corrélées à celles des trois domaines HEM et ne sont donc pas discriminantes.

Pour chaque domaine HEM, on ne garde que la valeur maximale de groupe des interventions cochées pour le patient. Chacun de ces 3 domaines HEM n'a donc qu'un 1 seul indicateur, le plus élevé retrouvé.

Par exemple, la combinaison H4E2M3 veut dire que parmi le(s) intervention(s) cochée(s) dans le domaine « hygiène », le groupe maximal de ces interventions appartient au groupe 4.

Le groupe 4 (H4) est donc le niveau retenu pour le domaine « hygiène ». On procède de la même façon pour le domaine « Elimination » et « Mobilité ». Pour chaque combinaison HEM, des règles d'orientation déterminent le niveau de forfait BSI à facturer (voir tableau 2 en fin d'annexe).

Afin de reconnaître la complexité des prises en charge chez la personne très âgée et dépendante, un âge égal ou supérieur à 90 ans constitue un critère supplémentaire.

Tableau 1 : Composition des 4 groupes homogènes d'interventions

Sigles des 9 domaines ou rubriques du BSI :

A/ Alimentation ; R/ Respiratoire et cardio-circulatoire ; E/ Elimination ; H/ Hygiène ; M/ Mobilité ; SR/ Soins Relationnels ; SE/ Soins Educatifs ; D/ Douleur ; T/ Traitement

Groupe 1 : 10 interventions
A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs)
A/ Surveillance clinique de l'état bucco-dentaire pour adaptation de l'alimentation
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers du patient avec un dispositif de pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil
R/ Surveillance clinique de la fonction cardio-circulatoire
E/ Surveillance clinique de l'élimination urinaire et/ou fécale (aspects qualitatifs et quantitatifs)
E/ Surveillance clinique d'une constipation
H/ Surveillance du confort d'installation (lit, régulation température, préparation à l'endormissement, etc...) et de l'intégrité de la peau
H/ Pose, surveillance, entretien, d'appareillage de suppléance, d'orthèses, de prothèses
M/ Surveillance et observation, de la sécurité de l'environnement du patient et de l'utilisation des aides techniques (cannes, déambulateur, attelles,...)

Groupe 2 : 20 interventions
A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et de l'observance d'un régime alimentaire prescrit
A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et des mesures thérapeutiques prescrites : (compléments alimentaires,...)
A/ Planification des apports alimentaires et hydriques et stimulation à leur prise
A/ Planification d'un régime alimentaire prescrit et contrôle de sa mise en œuvre
A/ Mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'un patient présentant un risque de fausse route ou après fausse route
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers pour un patient appareillé par un dispositif d'oxygénothérapie

Dr
TF



Groupe 2 : 20 interventions

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 prise en charge et au suivi du traitement de pathologie(s) chronique(s) en phase évolutive (par exemple lors de la mise en œuvre d'un traitement ou de la modification de celui-ci)
- aide à l'apprentissage de suppléance après perte récente d'une fonction ou d'un organe

Groupe 3 : 9 interventions

R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers d'un patient nécessitant des aspirations bronchiques (avec ou sans trachéotomie)

E/ Surveillance clinique d'un patient porteur d'une sonde urinaire à demeure et soins infirmiers, associée ou non à un trouble de l'élimination fécale

H/ Planification des soins d'hygiène, stimulation et apprentissage visant à maintenir les capacités d'autonomie restantes

H/ Aide du patient pour la réalisation de ses soins d'hygiène, et de son habillage/déshabillage

Groupe 3 : 9 interventions

H/ Surveillance de l'intégrité de la peau et mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'une patient présentant un risque d'escarres

M/ Aide partielle aux transferts (couché/assis/debout), avec lever ergonomique et installation du patient, surveillance et prévention des complications

SR/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant :

- des troubles démentiels (désorienté, incohérent, perte de l'autonomie sociale, fugueur...)
- des troubles psychiatriques sévères avec incurie (manque total de soins de soi et d'hygiène avec indifférence aux conséquences)
- une situation de crise (annonce d'une pathologie grave, d'une perte de fonction/organe avec handicap, fin de vie,...)

Groupe 4 : 4 interventions

E/ Surveillance clinique de l'élimination (aspects qualitatifs et quantitatifs) et soins infirmiers liés à une incontinence permanente urinaire et/ou fécale

H/ Réalisation complète des soins d'hygiène et de l'habillage/déshabillage, sans participation du patient

M/ Aide totale aux transferts (couché/assis/debout), avec ou sans lève-malade et installation du patient, surveillance et prévention des complications

M/ Changements de positions fréquents, prévention des attitudes vicieuses, des complications de décubitus (planification et réalisation des soins)

Tableau 2 : Règles de classement des forfaits BSI

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H0 E4 M4	Lourd	Lourd
H1 E4 M4	Lourd	Lourd
H3 E1 M4	Lourd	Lourd
H3 E2 M4	Lourd	Lourd
H3 E3 M3	Lourd	Lourd
H3 E3 M4	Lourd	Lourd
H3 E4 M3	Lourd	Lourd
H3 E4 M4	Lourd	Lourd
H4 E0 M4	Lourd	Lourd
H4 E1 M4	Lourd	Lourd
H4 E2 M3	Lourd	Lourd
H4 E2 M4	Lourd	Lourd

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H4 E3 M3	Lourd	Lourd
H4 E3 M4	Lourd	Lourd
H4 E4 M0	Lourd	Lourd
H4 E4 M1	Lourd	Lourd
H4 E4 M2	Lourd	Lourd
H4 E4 M3	Lourd	Lourd
H4 E4 M4	Lourd	Lourd
H0 E1 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E2 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E3 M3	Intermédiaire	Lourd
H0 E3 M4	Intermédiaire	Lourd
H0 E4 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E4 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E4 M3	Intermédiaire	Lourd
H1 E0 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E1 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E2 M3	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E2 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E3 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E3 M3	Intermédiaire	Lourd
H1 E3 M4	Intermédiaire	Lourd
H1 E4 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E0 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E0 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E0 M4	Intermédiaire	Lourd
H3 E1 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E2 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M0	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M1	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M2	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M0	Intermédiaire	Lourd

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H3 E4 M1	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M2	Intermédiaire	Lourd
H4 E0 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E0 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E0 M3	Intermédiaire	Lourd
H4 E1 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M3	Intermédiaire	Lourd
H4 E2 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E2 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E2 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E3 M0	Intermédiaire	Lourd
H4 E3 M1	Intermédiaire	Lourd
H4 E3 M2	Intermédiaire	Lourd
H0 E0 M0	Léger	Léger
H0 E0 M1	Léger	Léger
H0 E0 M2	Léger	Léger
H0 E0 M3	Léger	Léger
H0 E0 M4	Léger	Léger
H0 E1 M0	Léger	Léger
H0 E1 M1	Léger	Léger
H0 E1 M2	Léger	Léger
H0 E1 M3	Léger	Léger
H0 E2 M0	Léger	Léger
H0 E2 M1	Léger	Léger
H0 E2 M2	Léger	Intermédiaire
H0 E2 M3	Léger	Intermédiaire
H0 E3 M0	Léger	Léger
H0 E3 M1	Léger	Léger
H0 E3 M2	Léger	Intermédiaire
H0 E4 M0	Léger	Léger
H1 E0 M0	Léger	Léger
H1 E0 M1	Léger	Léger
H1 E0 M2	Léger	Léger
H1 E0 M3	Léger	Léger
H1 E1 M0	Léger	Léger
H1 E1 M1	Léger	Léger
H1 E1 M2	Léger	Léger
H1 E1 M3	Léger	Léger

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H1 E2 M0	Léger	Léger
H1 E2 M1	Léger	Léger
H1 E2 M2	Léger	Intermédiaire
H1 E3 M0	Léger	Léger
H1 E3 M1	Léger	Léger
H3 E0 M0	Léger	Léger
H3 E0 M1	Léger	Léger
H4 E0 M0	Léger	Léger

Ces dispositions n'entreront en vigueur que lorsque les modifications nécessaires seront apportées à la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale. »

3° L'annexe 13 de la convention nationale est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

«

ANNEXE XIII –IMPACT FINANCIER DE LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF BILAN DE SOINS INFIRMIERS
--

Montant cumulé HSD en M€	Ensemble des patients (toutes vagues)				
	2020	2021	2022	2023	2024
Coût total BSI	74	103	121	199	217

».

ARTICLE 2 : ENGAGEMENT DE TRAVAUX CONVENTIONNELS

Article 2.1 Engagement de travaux conventionnels portant sur les modalités de valorisation des infirmiers en pratiques avancées

Le dernier alinéa de l'article 5.8 du titre II de la convention nationale est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Les partenaires conventionnels s'engagent à initier des travaux en vue d'examiner si les dispositions prévues par la convention nationale sont bien adaptées au déploiement des missions menées par les infirmiers en pratique avancée exerçant en libéral et assurent notamment la viabilité économique de l'exercice exclusif de la pratique avancée aux infirmiers qui le souhaitent. ».

Article 2.2 Engagement de travaux conventionnels portant sur la télésanté

Le deuxième alinéa de l'article 6.2.6 du titre II de la convention nationale est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans le prolongement des mesures dérogatoires mises en place durant la crise sanitaire et pour tenir compte des recommandations de la Haute autorité de santé à venir sur la télésanté, les partenaires conventionnels s'engagent à initier des travaux portant sur les conditions de réalisation et de valorisation des actes de télésanté par les infirmiers libéraux. ».

ARTICLE 3 – ACCORDS LOCAUX PORTANT SUR LES MODALITES DE FACTURATION DES INDEMNITES KILOMETRIQUES

1° A l'article 17.4 de la convention nationale, après les mots : « entre chaque passage, à leur cabinet. », le reste de l'article est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Les partenaires conventionnels ont examiné les solutions permettant de préciser sur l'ensemble du territoire les modalités de facturation des indemnités kilométriques tout en prenant en compte les spécificités locales notamment en termes d'accès aux soins.

Un protocole national a été signé le 6 mai 2021 par les partenaires conventionnels aux fins de définir le cadre des négociations qui pourront être conduites par chaque organisme local d'assurance maladie avec les syndicats représentatifs locaux des infirmiers (accords locaux). L'accord local est approuvé par la commission paritaire départementale.

Ce protocole figure en annexe XIV. »

2° Après l'annexe XIII, est ajoutée une annexe XIV rédigée de la manière suivante : «

**ANNEXE XIV - PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF AUX ACCORDS LOCAUX
SUR LES INDEMNITES KILOMETRIQUES**

Vu l'article 13 de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP);
Vu la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007, publiée au Journal officiel du 25 juillet 2007, ses avenants et ses annexes;

Il est convenu ce qui suit entre

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

Et:

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

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

- Convergence Infirmière, représentée par
Madame Ghislaine SICRE

Préambule

Conformément à l'article 17.4 de l'avenant n° 6 à la convention nationale, l'Uncam et les syndicats nationaux représentatifs infirmiers ont examiné les solutions permettant de préciser sur l'ensemble du territoire les modalités de facturation des indemnités kilométriques tout en prenant en compte les spécificités locales notamment en termes d'accès aux soins.

Le présent protocole a pour objet de définir le cadre des négociations qui seront conduites par chaque caisse d'assurance maladie avec les syndicats représentatifs locaux des infirmiers. Seuls les points figurant dans le modèle d'accord local annexé au présent protocole peuvent faire l'objet d'une négociation par les partenaires conventionnels locaux.

Les autres règles régissant la facturation des frais de déplacements sont celles prévues par la convention nationale sans qu'il soit possible d'y déroger par accord local.

Les travaux du groupe de travail relatif aux modalités de facturations des indemnités kilométriques institué dans le cadre de l'avenant 6 prennent fin à la signature du présent protocole national. Aussi, le moratoire associé à ces travaux et relatif aux contrôles de l'Assurance Maladie sur les indemnités kilométriques prend fin au 1er septembre 2021 si la majorité des accords locaux est signée à cette date et, à défaut, au plus tard le 1er décembre 2021. L'Assurance Maladie s'engage à ne pas initier de contrôle ou de récupération d'indus sur le thème des frais de déplacement ayant trait à la notion d'agglomération et ce, durant la période d'application du moratoire.

Un suivi régulier, au minimum annuel, de la mise en oeuvre de ces accords locaux sera réalisé en Commission Paritaire Nationale.

A Paris Le 6/05/2021

Pour l'UNCAM,
Le Directeur Général
FATÔME Thomas

Pour la FNI,
Le Président

GUILLERM Daniel

Pour le SNIL,
La Présidente,
KIRDINIS Catherine

Pour CI,
La Présidente
SICRE Ghislaine

ANNEXE 1 : Modèle d'accord local sur les indemnités kilométriques

Vu l'article 13 de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)
Vu la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007, publiée au Journal officiel du 25 juillet 2007, ses avenants et ses annexes;

Il est convenu ce qui suit entre :

D'une part,

La caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM - CGSS ou la caisse) de

Département

Adresse :

Représentée par: (nom, prénom), le Directeur
ci-après dénommée « la caisse »

Et, d'autre part

- La Fédération Nationale des Infirmiers, représentée par
 - Le Syndicat National des Infirmiers et Infirmières libéraux, représenté par
 - Convergence Infirmière, représenté par
- ci-après dénommés « les syndicats »

Préambule

La caisse et les syndicats locaux représentatifs infirmiers ont examiné les solutions permettant de préciser sur l'ensemble du territoire les modalités de facturation des indemnités kilométriques tout en prenant en compte les spécificités locales notamment en termes d'accès aux soins.

Article 1 : Règles applicables aux modalités de facturation des indemnités kilométriques dans le département

1.1. Domicile du professionnel

Conformément à l'article 7 de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers, on entend par « domicile du professionnel » le ou les lieux d'exercice déclarés à l'assurance maladie par l'infirmier.

En référence-au-CI de l'Article 13.« Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade » de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), les indemnités horokilométriques {IK) sont calculées à partir du domicile professionnel de l'infirmier, comme défini ci-dessus, le plus proche de la résidence du patient.

1.2. Règle de l'agglomération

1.1.1.Définition de la notion d'agglomération

La notion de l'agglomération doit être définie au sein du présent accord. L'accord local précise en annexe (c.f. Annexe 1.1):

- La liste des zones (ex: communes, cantons ...), ou cartographie, avec autorisation de facturation d'indemnités horokilométriques et la définition de l'agglomération correspondante ;
- Ou la liste des zones sans possibilité de facturation d'indemnités horokilométriques.

Les zones ainsi définies devront notamment tenir compte des spécificités du territoire comme, par exemple, la continuité du bâti. Les listes pourront comprendre à la fois des communes, lieux-dits, communes avant regroupement (cf. 1.1.2)

1.1.2. Regroupements administratifs de communes

En cas de regroupement administratif de communes, sous forme d'une commune, d'une communauté de communes ou d'agglomération, les règles de facturation des indemnités kilométriques antérieures au regroupement sont conservées. Les infirmiers peuvent ainsi continuer à facturer les indemnités kilométriques dans les communes préexistantes avant le regroupement dans le respect de la règle du PS le plus proche (cf. art. 13 NGAP).

La liste des communes concernées devra figurer en annexe de l'accord local (cf. Annexe 1.3).

1.2. Règle du professionnel de santé le plus proche

Conformément à l'art. 13 de la NGAP, la règle du professionnel de santé (PS) le plus proche s'applique. Toutefois, à titre dérogatoire et exceptionnel, le présent accord local peut prévoir des cas dérogatoires en plus de ceux prévus dans la convention (ex: Prado, IPA).

Dans ce cas, les règles et procédures doivent être obligatoirement explicitées dans l'accord local à partir du modèle (Annexe 1.2) qui comprendra a minima les éléments suivants :

- La justification de la dérogation :

- La durée;
- Le motif (ex: infirmier cédant surchargé, accès aux soins, démographie, congés, maladie/maternité, autre cas individuel patient) ;
- Le type de dérogation (ex: plusieurs patients ou individuelle avec coordonnées du patient concerné) ;
- Le formulaire de demande à remplir par le professionnel prenant en charge les soins (c.f. modèle type de formulaire de demande en Annexe 1.2 à adapter au niveau local).

L'accord définit un délai de réponse de la caisse à la demande de l'infirmier.

1.3. Types d'indemnités Kilométriques (IK)

Conformément à l'art. 13 de la NGAP, les zones de montagne éligibles aux « indemnités kilométriques montagne » sont définies par la loi n°85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne. Est considérée comme zone montagne toute commune dont tout ou partie de cette dernière est classée en zone montagne conformément à la loi suscitée.

Dans le cas d'une dérogation locale à la loi montagne suscitée en accord avec les partenaires, la liste des zones ou cartographie (ex : communes, canton ...) accompagnée des règles correspondantes (ex : autorisations saisonnières) et du type de dérogation devront être précisés en annexe de l'accord local (Cf. Annexe 1.4).

Article 2 : Durée du présent accord

Le présent accord est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.

L'accord est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires.

Des modifications éventuelles, sur demande des parties signataires, pourront être faites par voie d'avenant ou lors d'une prochaine négociation avec les partenaires conventionnels locaux.

Article 3 : Coordination de la mise en oeuvre des accords locaux au niveau national

Afin d'assurer la coordination de la mise en oeuvre des accords locaux au niveau national, la caisse s'engage à transmettre avant signature le projet d'accord, d'avenant et leurs annexes à la Commission Paritaire Nationale (CPN) infirmier à l'adresse ikagglo.cnam@assurancemaladie.fr. La CPN dispose d'un délai de 90 jours pour rendre son avis. En l'absence d'un avis rendu par la CPN dans ce délai, celui-ci est réputé rendu favorablement.

A la suite de la signature, la caisse s'engage à adresser l'accord, l'avenant et ses annexes à l'adresse ikagglo.cnam@assurance-maladie.fr.

La CPN effectuera un suivi régulier de la mise en oeuvre des accords locaux.

Article 4 : Evaluation du dispositif au niveau local

Les règles mises en place dans le présent accord feront parallèlement l'objet d'un suivi et d'une évaluation par la commission paritaire départementale afin d'observer l'impact des mesures mises en place et de déterminer s'il y a lieu de définir des mesures correctrices. A cet effet, la commission paritaire départementale procédera dans les deux ans suivant la signature du protocole d'accord à un bilan de ces mesures.

Article 5 : Date d'effet

Le présent accord s'applique dans les deux mois suivants sa date de signature.

Article 6 : Information

La caisse informera les institutions suivantes du présent accord conclu : Ordre des infirmiers, ARS, Préfet, E LSM, MSA et CNAM (CPN infirmier c.f. article 3). Les infirmiers de la circonscription seront également informés.

ANNEXE 1.1 : Adaptations de la règle de l'agglomération

Dans le cadre du présent accord, l'infirmier peut facturer des indemnités kilométriques selon les modalités suivantes (préciser les règles et zones concernées) :

- La liste des zones (ex : communes, cantons ...), ou cartographie, avec autorisation de facturation d'indemnités horokilométriques (ou cartographie) et la définition de l'agglomération correspondante;
- Ou la liste des zones sans possibilité de facturation d'indemnités horokilométriques.

ANNEXE 1.2: Procédure de dérogation à la règle du PS le plus proche (clause facultative)

A titre exceptionnel et dérogatoire en accord avec les partenaires signataires du présent accord, si l'infirmier le plus proche du domicile du patient ne peut pas prendre en charge les soins (infirmier cédant), le patient peut faire appel à un autre infirmier (infirmier prenant en charge le patient) selon la procédure décrite ci-dessous.

Proposition de procédure à adapter en accord avec les signataires:

1. La demande de dérogation doit-être formalisée et adressée à la caisse par mail sous la forme d'une attestation écrite.

Cette attestation est à l'initiative de l'infirmier prenant en charge le patient, si possible avec accord de l'infirmier cédant.

2. Envoi par mail à la caisse : ajouter l'adresse de correspondance.

3. Réponse de la caisse dans un délai de xx (à définir dans le présent accord) jours :

a. Critères d'examen de la demande:

- i. Dossier complet;
- ii. Demande antérieure à la date de démarrage des soins sauf en cas d'urgence ou cas exceptionnel (à adapter);

- iii. La distance à parcourir doit être proche du domicile du patient;
- iv. Examen complémentaire au cas par cas selon les besoins.
- b. Formats de réponse de la caisse :
 - i. Si accord: notification par courrier postal ou électronique au cabinet prenant et cédant ;
 - ii. Si refus : notification par courrier au cabinet prenant et cédant et assuré.

La caisse fournit **un modèle de demande** à remplir par les infirmiers à partir du modèle suivant:

FORMULAIRE DE DEROGATION A LA REGLE DU PROFESSIONNEL DE SANTE LE PLUS PROCHE <small>à remplir par l'infirmier garant ou chargé les soins</small>	
Coordonnées des infirmiers concernés :	
Cédant :	Prenant :
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Lieu d'exercice de référence : _____	Lieu d'exercice de référence : _____
N° ADELI : _____	N° ADELI : _____
Motif : <input type="checkbox"/> Infirmier odant surchargé <input type="checkbox"/> Accès aux soins, démographie médicale <input type="checkbox"/> Congés <input type="checkbox"/> Maladie/maternité <input type="checkbox"/> Autre cas, préciser : _____	
Type de dérogation : <input type="checkbox"/> Plusieurs patients <input type="checkbox"/> Individuelle, préciser les coordonnées du patient concerné :	
Patient :	Assuré si différent :
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
N° sécurité sociale : _____	N° sécurité sociale : _____
<input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	
Durée : _____	Site de fin prêt : _____
Date : _____	Fait à : _____
Signature : _____	
Adresse électronique d'envoi du formulaire rempli : xxxxxx	

ANNEXE 1.3 : Regroupement de communes

Liste des communes ayant fait l'objet d'un regroupement de communes pour lesquelles la facturation des indemnités kilométriques est autorisée dans le respect de la règle du PS le plus proche.

ANNEXE 1.4 : Dérogations à la loi Montagne

A titre exceptionnel et dérogatoire en accord avec les partenaires signataires du présent accord, l'infirmier peut facturer des indemnités kilométriques montagne selon les modalités décrites ci-dessous (préciser les règles et zones concernées). »

Fait à Paris, le 9 novembre 2021

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
Le Directeur Général,
Thomas FATOME



Pour la Fédération Nationale des Infirmiers
Le Président,
Daniel GUILLERM



Pour le Syndicat National des infirmières et des infirmiers libéraux
Le Président,
John PINTE

