



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Auvergne-Rhône-Alpes

GUIDE PRATIQUE

POUR L'EXERCICE DE LA PROFESSION
D'INFIRMIER LIBÉRAL ET
D'INFIRMIER DE PRATIQUE
AVANCÉE LIBÉRAL



MARS 2024

POURQUOI CE GUIDE ?

L'Assurance Maladie Auvergne-Rhône-Alpes vous propose un guide pratique de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et de la prescription des infirmiers (IDEL) et des infirmiers de pratique avancée (IPA), qu'ils soient libéraux, salariés de centres de santé ou exercent dans le cadre d'une activité externe au sein d'établissements.

Ce document a pour objectif de faciliter l'application de la réglementation par les IDE et infirmiers en pratique avancée libéraux. En ce qui concerne les éléments du guide relatifs à la NGAP, ils n'ont pas vocation à se substituer à celle-ci, qui est le seul document opposable.

La dernière mise à jour du guide est en ligne sur les sites Internet des caisses d'Auvergne - Rhône-Alpes, accessibles sur [Ameli.fr > Professionnel de santé > Infirmier](#) (saisir en haut à droite le code postal du département) > [Votre caisse](#).

Attention, en cas d'impression de la NGAP, il convient de veiller à ne pas utiliser une version obsolète. Il en est de même pour le présent guide dont la mise à jour est effectuée sur [ameli.fr](#).

► **Les rubriques d'information professionnelle de [ameli.fr](#) dédiées aux infirmiers :**

[Ameli.fr > Professionnel de santé > Infirmier](#)

► **La dernière mise à jour de la NGAP et LPP :**

[Ameli.fr > Professionnel de santé > Infirmier > Votre exercice libéral > Facturation et rémunération > Nomenclatures : NGAP et LPP](#)

► **Les tarifs en vigueur :**

[Ameli.fr > Professionnel de santé > Infirmier > Votre exercice libéral > Facturation et rémunération > Tarifs conventionnels](#)

► **La dernière mise à jour du Guide des références juridiques - produits de santé :**

[Ameli.fr > Professionnel de santé > Infirmier > textes de référence > références juridiques > Guide des références juridiques – produits de santé](#)

Ce guide évolue en fonction des nouveautés réglementaires mais aussi des questions et des remarques des professionnels.

POUR TOUTE QUESTION OU REMARQUE SUR CE DOCUMENT :



merci de vous adresser au secrétariat de la commission paritaire régionale des infirmiers Auvergne-Rhône-Alpes :



par mail : cpr.drsm-aura@assurance-maladie.fr



par courrier postal :
DCGDR Auvergne-Rhône-Alpes
Secrétariat de direction
26 rue d'Aubigny - BP 13074
69395 LYON cedex 03

SOMMAIRE (interactif)

01

Le cabinet **p. 04**

01-1 Règles relatives à l'existence du cabinet **p. 04**

01-2 Affichage obligatoire en salle d'attente **p. 04**

01-3 Le remplacement et la collaboration **p. 05**

01-4 Les déchets d'actes de soins à risque infectieux (DASRI)..... **p. 06**

02

De la prescription aux soins **p. 07**

02-1 La prescription médicale de soins infirmiers..... **p. 07**

03

La facturation des actes **p. 08**

03-1 Les principes généraux : tarifs et NGAP **p. 08**

03-2 Les dispositions générales de la NGAP **p. 09**

03-3 Les actes de soins infirmiers figurant au titre XVI de la NGAP..... **p. 11**

03-4 Les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie **p. 18**

03-5 Les actes de télémédecine..... **p. 18**

03-6 Cas particulier : la facturation de l'activité des IPA **p. 19**

04

Les frais de déplacement **p. 20**

04-1 Principes généraux..... **p. 20**

04-2 Les déplacements en montagne **p. 21**

04-3 Cas spécifique (patients dépendants) **p. 21**

05

Les majorations **p. 22**

05-1 La majoration de nuit **p. 22**

05-2 La majoration de dimanche et jour férié **p. 22**

05-3 La majoration d'acte unique (MAU) **p. 23**

05-4 La majoration de coordination infirmier (MCI) **p. 23**

05-5 La majoration conventionnelle enfant (MIE) **p. 23**

06

La demande d'accord préalable (AP)..... **p. 24**

07

Le droit de prescription par l'infirmier **p. 25**

07-1 La prescription par les infirmiers hors IPA..... **p. 25**

07-2 La prescription par les IPA **p. 27**

08

Les protocoles de coopération **p. 28**

08-1 Principes généraux..... **p. 28**

08-2 En pratique **p. 29**

08-3 Financement..... **p. 29**

08-4 La loi Rist **p. 29**

01

LE CABINET

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

L'infirmier exerce son activité dans le respect des dispositions prévues par le code de déontologie de la profession (codifié au sein du code de la santé publique).

<https://www.ordre-infirmiers.fr/deontologie/publication-du-code-de-deontologie.html>

| 01-1 LES RÈGLES RELATIVES À L'EXISTENCE DU CABINET

L'infirmier doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une **installation adaptée et de moyens techniques suffisants** pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients (article R. 4312-33 du Code de la santé publique).

Les infirmiers sont tenus de faire connaître l'adresse de leur lieu d'exercice professionnel.

Le cabinet professionnel **doit être réservé à l'exercice de la profession d'infirmier** (convention nationale).

EST-IL POSSIBLE DE FAIRE DE LA PUBLICITÉ ?

NON : la profession d'infirmier ou d'infirmière ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de réclame ou publicité sont interdits aux infirmiers. L'infirmier qui s'installe, qui change d'adresse et qui souhaite faire connaître des horaires de permanence peut procéder à deux insertions consécutives dans la presse (conformément à l'article R.4312-37 du code de la santé publique). L'article R.4312-69 du code de santé publique définit les informations que l'infirmier est autorisé à diffuser par voie d'annuaire ou de tout autre support accessible au public, notamment sur un site internet.

La taille de la plaque professionnelle est réglementée : **au maximum 25 cm x 30 cm.**

| 01-2 L'AFFICHAGE OBLIGATOIRE EN SALLE D'ATTENTE

En plus des tarifs de ses honoraires, l'infirmier doit afficher de manière visible et lisible dans sa salle d'attente ou, à défaut, dans son lieu d'exercice, le texte correspondant à sa situation d'infirmier conventionné :

« Votre professionnel de santé pratique des honoraires conformes aux tarifs de l'Assurance Maladie. Ces tarifs ne peuvent être dépassés, sauf en cas d'exigence exceptionnelle de votre part, s'agissant de l'horaire ou du lieu des actes pratiqués.

Si votre professionnel de santé vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Dans le cas prévu ci-dessus, où votre professionnel de santé peut déterminer librement ses honoraires ou ses dépassements d'honoraires, il en détermine le montant avec tact et mesure. »



LES INFORMATIONS SUR AMELI.FR

- Obligations légales : <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/affichage-tarifs-obligations-legales>
- Décret n° 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3906/document/decret-information-tarifs-professionnels-sante_journal-officiel.pdf

| 01-3 LE REMPLACEMENT ET LA COLLABORATION

LE REMPLACEMENT

L'infirmier peut conclure un contrat de remplacement s'il interrompt temporairement son exercice professionnel.

Le remplacement est occasionnel, limité dans le temps et doit permettre d'assurer ponctuellement la continuité des soins.

Les seuls motifs autorisés sont : congés annuels, maladie, maternité, formation et mandats électifs.

Un contrat doit être conclu pour tout remplacement supérieur à 24 heures, consécutives ou non.

L'infirmier remplaçant :

- utilise sa carte CPS remplaçant (ou, à défaut, utilise les feuilles de soins de l'infirmier remplacé en barrant son identité et en indiquant ses nom et prénom) ;
- ne peut pas remplacer un infirmier interdit d'exercer ou de donner des soins, pendant la durée de la sanction. Ne peut remplacer au maximum que deux infirmiers à la fois ;
- remplit certaines conditions (titulaire d'une autorisation de remplacement en cours de validité, délivrée par l'Ordre infirmier, inscrit au Conseil de l'Ordre, diplôme reconnu, justifier d'une période d'activité préalable ...).

L'infirmier remplacé :

- informe le remplaçant des dispositions législatives et réglementaires qui régissent l'exercice libéral sous convention ;
- vérifie que le remplaçant a effectué toutes les démarches nécessaires, notamment qu'il est en droit d'exercer ;
- n'exerce aucune activité libérale pendant son remplacement ;
- envoie une copie du contrat de remplacement au conseil départemental de l'Ordre et au service relation avec les professionnels de santé (RPS) de la CPAM.

LA COLLABORATION

- Le dossier à constituer et les pièces à fournir sont les mêmes que pour une installation.



LES AVANTAGES

- Permet d'exercer de manière indépendante, de se familiariser avec le libéral.
- La clientèle, les locaux sont mis à disposition du collaborateur en contrepartie d'une rétrocession d'honoraires (définie entre les parties).
- Le collaborateur a ses feuilles de soins et sa carte CPS et peut se constituer sa propre clientèle.



LES INFORMATIONS EN LIGNE

- ameli.fr : <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/remplacements/remplacements>
- Ordre des infirmiers : <https://www.ordre-infirmiers.fr/>

| 01-4 LES DÉCHETS D'ACTES DE SOINS À RISQUE INFECTIEUX (DASRI)

Article R. 4312-67 du code de la santé publique : « il veille notamment à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets de soins selon les procédures réglementaires. »



LES INFORMATIONS EN LIGNE

- Société française d'hygiène hospitalière : « Bonnes pratiques essentielles en hygiène à l'usage des professionnels de santé en soin de ville » : <https://www.sf2h.net/publications/bonnes-pratiques-essentielles-hygiene-a-lusage-professionnels-de-sante-soins-de-ville>



02

DE LA PRESCRIPTION AUX SOINS

02-1 LA PRESCRIPTION MÉDICALE DE SOINS INFIRMIERS

QUI PEUT PRESCRIRE LES SOINS ?

Article 5 des dispositions générales de la NGAP :

Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement :

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession :

...

les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence.

A noter cependant que les infirmiers de pratique avancée libéraux (IPAL) peuvent effectuer des prescriptions pour les patients dont le suivi leur est confié par un médecin conformément à la réglementation précisée dans l'avenant 7 signée le 4 novembre 2019.

LE CONTENU DE L'ORDONNANCE

Seuls les actes inscrits à la nomenclature et prescrits sont remboursés.

Article R. 4312-42 du code de santé publique :

L'infirmier applique et respecte la prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, quantitative et qualitative, datée et signée.

Il demande au prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé.

Si l'infirmier a un doute sur la prescription, il la vérifie auprès de son auteur ou, en cas d'impossibilité, auprès d'un autre membre de la profession concernée.



03

LA FACTURATION DES ACTES

03-1 LES PRINCIPES GÉNÉRAUX : TARIFS ET NGAP

Le respect des règles de tarification : un principe fondamental de l'engagement conventionnel.

La NGAP est une déclinaison du Code de la sécurité sociale (Art. L162-1-7 et Art. R.162-52).

ACTES DONNANT LIEU À PRISE EN CHARGE OU REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE (ARTICLE 5 DE LA NGAP)

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession, les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence.

« Quand les actes sont soumis à la procédure de l'accord préalable (article 7 des dispositions générales), les lettres AP sont indiquées en regard de l'acte ».

LETTRES-CLÉS ET COEFFICIENTS

La **lettre-clé** est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Le **coefficient** est le multiplicateur de la lettre clé qui donne la valeur monétaire de l'acte.

Ils permettent d'indiquer aux organismes d'Assurance Maladie la valeur des actes tout en respectant le secret professionnel.

AMI	Actes pratiqués par l'infirmier(ère), à l'exception des actes infirmiers de soins qui donnent lieu à application des lettres-clé BSA, BSB, BSC .
DI	Bilan de soins infirmiers.
BSA	Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite « légère ».
BSB	Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite « intermédiaire ».
BSC	Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite « lourde ».
AIS	Lettre-clé applicable aux gardes au domicile des patients.

IFI	Indemnité forfaitaire infirmier applicable dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant relevant du dispositif défini à l'article 23.3 des dispositions générales de la NGAP ou de la prise en charge d'un patient par un infirmier de pratique avancée dont les interventions sont inscrites au titre XVI, chapitre III, article 1 ^{er} de la NGAP.
AMX	Acte pratiqué par l'infirmier ou l'infirmière, applicable aux soins réalisés à domicile pour les patients dépendants en sus des forfaits journaliers.
IFD	Indemnité forfaitaire de déplacement.
MAU	Majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique en cas d'acte réalisé en AMI avec coefficient inférieur ou égal à 1,5 au cabinet ou au domicile du patient.
MCI	Majoration de coordination infirmière lorsque l'infirmier(ère) réalise à domicile : un pansement lourd et complexe inscrit au titre XVI, chapitre I, article 3 ou chapitre II, article 5 bis ; ou des soins inscrits au titre XVI à un patient en soins palliatifs.
MIE	Majoration applicable pour un enfant de moins de 7 ans.
MIP	Majoration applicable par les infirmier(ère)s en pratique avancée pour les patients dont la prise en charge est plus complexe en raison de leur âge : enfants de moins de 7 ans et patients âgés de 80 ans et plus.
PAI	Forfait pour prise en charge du patient pour des soins en pratique avancée.



LES INFORMATIONS SUR AMELI.FR

- NGAP à télécharger : <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/facturation-remuneration/nomenclatures-ngap-lpp/nomenclatures-ngap-lpp>

03-2 LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES DE LA NGAP

Les dispositions générales de la NGAP décrivent notamment les règles applicables en matière :

- d'accord préalable (dispositions générales, art 7) ;
- d'actes multiples au cours de la même séance (dispositions générales, art 11) ;
- de frais de déplacement (dispositions générales, art 13) ;
- de majorations (dispositions générales, art 14 et 23).



ZOOM SUR LES RÈGLES DE NON CUMUL SAUF DÉROGATIONS EXPLICITES

Selon l'article 11. B. des dispositions générales de la NGAP : lorsque, au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien,

- l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre ;
- le deuxième acte est ensuite noté à 50 % de son coefficient ;
- les actes suivant le second ne donnent pas lieu à honoraires et n'ont pas à être notés sur la feuille de maladie, sauf cas dérogatoires.

En cas d'actes multiples au cours de la même séance, le praticien ne doit pas noter le coefficient global, mais les coefficients correspondant à chacun des actes effectués.

Le nombre de passages quotidiens de l'IDEL auprès du patient est déterminé par la nécessité médicale d'effectuer chacun d'entre eux.

DÉROGATIONS SPÉCIFIÉES AU TITRE XVI

Les perfusions sur un même site	Chapitre II Articles 3 et 4	Un forfait pour séance de perfusion sous surveillance continue et un forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation de la surveillance, se cumulent le cas échéant à taux plein par dérogation à l'article 11. B. des dispositions générales.
La prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité	Chapitre II article 5 bis	Les actes de cet article se cumulent entre eux à taux plein. Si des actes de cet article sont réalisés avec d'autres soins : application de l'article 11. B. Le groupe de soins correspondant à l'article 5 bis se comporte sur le plan tarifaire comme un seul acte.
Association forfait journalier BSI avec : <ul style="list-style-type: none"> • une perfusion OU • un pansement lourd et complexe (Chap. I art. 3 et chap.II art. 5 bis) OU • une séance de surveillance à domicile (Chap. II art 5 ter) OU • un prélèvement par ponction veineuse directe 	Chapitre I article 11	L'un ou l'autre de ces actes se cumule à taux plein avec le forfait journalier BSI, dans la limite de deux actes au plus facturables (sauf cas dérogatoires).

ACTE D'ACCOMPAGNEMENT DE LA TELECONSULTATION PAR UN INFIRMIER [ARTICLE 14.9.5 DG NGAP]

Acte	Circonstances de l'accompagnement à la téléconsultation	Particularités de facturation
TLS	Au cours d'un soin infirmier.	Cumulable à taux plein avec les actes réalisés au cours de la même séance, conformément à l'article 11. B. 4. c).
TLL	Hors soin infirmier et lieu dédié à la téléconsultation. Remarque : l'infirmier peut utiliser un local dédié au sein d'une officine.	Indemnités de déplacement facturables (une seule fois en cas d'accompagnement de plusieurs patients au même endroit). Deux déplacements maximum facturables par jour.
TLD	Hors soin infirmier, au domicile du patient.	Les indemnités de déplacement s'appliquent.



CHAPITRE 1 : soins de pratique courante

ARTICLE 1 - PRÉLÈVEMENTS ET INJECTIONS



ZOOM SUR LES PRÉLÈVEMENTS SANGUINS PAR PONCTION VEINEUSE DIRECTE

Les actes de prélèvement sanguin par ponction veineuse directe sont associables à taux plein, dans la limite de deux actes au plus facturables (sauf dérogations), avec :

- les actes en AMI ;
- les forfaits BSI.

Exemples : - prise de sang + injection S/C : AMI 1,5 + AMI 1 (à taux plein)

- pansement de fistule digestive + prise de sang : AMI 4 + AMI 1,5 (à taux plein) + MCI.



ZOOM SUR L'ADMINISTRATION ET LA PRESCRIPTION DES VACCINS

Les textes publiés au Journal officiel du 9 août 2023 élargissent les compétences vaccinales des infirmiers chez les personnes de 11 ans et plus. Les infirmiers sont désormais autorisés à prescrire l'ensemble des vaccinations mentionnées dans le calendrier des vaccinations selon les recommandations figurant dans ce calendrier.

Lorsqu'ils sont réalisés à domicile, ces actes de vaccination dérogent aux dispositions de l'article 11. B. des dispositions générales de la NGAP en ce qu'ils peuvent être cumulés à taux plein, quel que soit le coefficient du ou des actes éventuellement associés.

Du fait de cette nouvelle règle tarifaire, le supplément pour la vaccination contre la grippe (AMI 1) est supprimé.

L'extension des compétences vaccinales des infirmiers se fait sous conditions :

- déclaration de l'activité de prescription vaccinale auprès du conseil de l'ordre des infirmiers ;
- nécessité d'une formation intégrée à la formation initiale (diplôme d'état d'infirmier), ou obtention d'une attestation par une autorité compétente ;
- liste de vaccins fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la HAS. (Article L. 5126-1 du CSP) ;
- utilisation de vaccins monovalents ou associés.

Source : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/extension-des-competences-vaccinales-des-professionnels-de-sante/article/questions-reponses-a-destination-des-infirmiers>

Cotation des vaccins (NGAP, titre XVI, chapitre I, partie I, article 1^{er}) :

- lorsque l'infirmier prescrit le vaccin et/ou l'acte d'injection, l'acte de vaccination est coté AMI 3.05
- lorsque l'infirmier ne prescrit ni le vaccin ni l'acte d'injection, alors l'acte de vaccination est coté AMI 2.4 (que le vaccin soit mentionné au calendrier vaccinal ou non).

Le bon de prise en charge vaut prescription du vaccin et de l'acte d'injection. Ainsi, la cotation attendue est AMI 2.4.

ARTICLE 2 – PANSEMENTS COURANTS

Deux points d'attention :

- Pansement de plaies opératoires étendues ou multiples, après abdominoplastie ou chirurgie mammaire. Pour la chirurgie mammaire, en cas de bilatéralité, deux actes au plus peuvent être facturés, le deuxième avec application de l'article 11. B. des dispositions générales.
- Pansement postopératoire d'exérèses multiples de varices et /ou de ligatures multiples de veines perforantes avec ou sans stripping. Sur un même membre, deux actes au plus peuvent être facturés, le deuxième avec application de l'article 11. B. des dispositions générales.

ARTICLE 3 – PANSEMENTS LOURDS ET COMPLEXES

Les pansements permettant la qualification de lourds et complexes sont indiqués de façon explicite et exhaustive dans cet article et eux seuls autorisent une cotation en AMI 4. Aucune assimilation d'acte n'est possible.

Deux points d'attention :

- L'acte « bilan initial de prise en charge de plaie nécessitant un pansement lourd et complexe » par épisode de cicatrisation est :
 - implicite dans la première prescription médicale du pansement lourd et complexe. La prescription du bilan n'est pas nécessaire ;
 - actualisable une fois par an, sauf en cas de récurrence qui est définie par une interruption des soins liés à la plaie d'au-moins deux mois ;
 - inclut le premier pansement (AMI 4) et la majoration MCI qui ne peuvent pas être cumulés avec le bilan initial ;
 - avec compte-rendu obligatoire ;
 - coté AMI 11.
- Acte d'analgésie topique préalable à un pansement d'ulcère, d'escarre ou plaie de patient insulino traité :
 - huit actes maximum par épisode de cicatrisation ;
 - renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation ;
 - lorsque l'analgésie et le pansement sont réalisés au cours de la même séance, les cotations de ces deux actes peuvent se cumuler entre elles à taux plein ;
 - coté AMI 1,1.



LES INFORMATIONS SUR AMELI.FR

- Pansement primaire pour plaie chronique : [Infirmier > Votre exercice libéral > Mémos et fiches d'aide à la pratique > Pansement primaire pour plaie chronique](#)
- Suivi en ville des plaies chroniques - Prise en charge en ville validée par la SFFPC (société française et francophone de plaies et cicatrisation) et par la HAS : [Infirmier > Votre exercice libéral > Mémos et fiches d'aide à la pratique > Suivi en ville des plaies chroniques](#)



ARTICLE 10 – SURVEILLANCE ET OBSERVATION D’UN PATIENT A DOMICILE

Il existe deux actes de surveillance distincts :

- Acte d’administration et de surveillance d’une thérapeutique **ORALE**, à **DOMICILE** :
 - acte strictement limité aux deux pathologies décrites dans la NGAP. Pour mémoire, un diagnostic ne doit **jamais figurer sur l’ordonnance** ;
 - fiche de surveillance obligatoire ;
 - durée : 1 mois ; si prolongation, une demande d’accord préalable est obligatoire ;
 - A noter : la prescription de cet acte ne permet pas la facturation d’un BSI si elle ne fait pas clairement référence à des soins infirmiers pour patient dépendant et en l’absence concomitante de soins liés aux fonctions d’entretien et de continuité de la vie.
- Surveillance et observation d’un patient à **DOMICILE**, lors de la mise en œuvre ou de la modification d’un traitement :
 - 15 passages au maximum, pas forcément quotidiens, éventuellement pluriquotidiens.

Lors de la mise en œuvre ou de la modification d’un traitement ou au cours d’une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique, possibilité de facturer un acte **d’accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse**

Il concerne les patients **non dépendants, polymédiqués** et présentant des **critères de fragilité** identifiés par le médecin.

Contenu de l’acte :

- surveillance de l’adhésion du patient au traitement et de l’observance thérapeutique ;
- gestion du stock des médicaments ;
- détection des effets indésirables et aide à l’organisation de la prise médicamenteuse ;
- retour écrit au médecin prescripteur.

Trois séances réalisables dans un délai maximal d’un mois.

- première séance : AMI 5,1
- deuxième et troisième séance : AMI 4,6.

Séances renouvelables sur prescription, une fois dans les 12 mois qui suivent.

Au cours de la même séance, cet acte d’accompagnement n’est pas cumulable avec les autres actes de l’article 10.

ARTICLE 12 – SOINS INFIRMIERS À DOMICILE POUR UN PATIENT EN SITUATION DE DÉPENDANCE TEMPORAIRE OU PERMANENTE

Depuis le 3 octobre 2023, la notion de forfait journalier de soins est généralisée pour tout patient dépendant, à domicile, quel que soit son âge, en remplacement des séances forfaitaires de soins (AIS) qui disparaissent.

Leur facturation nécessite obligatoirement la réalisation préalable d’un bilan de soins infirmiers (BSI).

Libellé	Description	Cotation
BSI initial	BSI réalisé sur prescription médicale par l’infirmier(ère) pour la prise en charge d’un patient dépendant éligible au BSI (un seul BSI pour un groupe d’infirmiers).	2,5 DI
BSI de renouvellement	BSI réalisé sur prescription médicale par l’infirmier(ère) prenant déjà en charge le patient dépendant, en cas de prolongation de la prise en charge au-delà d’un an.	1,2 DI
BSI intermédiaire	BSI réalisé par l’infirmier(ère) prenant déjà en charge le patient dépendant, à son initiative, 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. Une nouvelle prescription médicale n’est pas requise si la dernière date de moins d’un an. Un maximum de deux BSI intermédiaires est facturable par an.	1,2 DI

Ce bilan est :

- réalisable sur prescription médicale des soins infirmiers. Il est obligatoire, sauf pour les bilans intermédiaires ;
- un préalable indispensable à toute facturation de soins, que ce soit pour :
 - la réalisation de soins infirmiers chez un patient dépendant dans le cadre de soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie (forfaits) ;
 - des séances hebdomadaires de surveillance clinique infirmière et de prévention ;
 - la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie ;
- entièrement dématérialisé, il permet d'évaluer l'état du patient et permet d'établir un plan de soins infirmiers, pour les soins **réalisés en propre** par le ou les infirmiers libéraux en charge de ces soins, **en excluant les soins effectués par les aidants familiaux ou sociaux** ;
- il permet de fixer le niveau du forfait journalier de prise en charge (légère / intermédiaire / lourde).

Fréquence : une fois par an sur prescription médicale.

En cas d'évolution de l'état du patient, un bilan intermédiaire devra être réalisé à l'initiative de l'infirmier(ère) et sera rattaché à la dernière prescription de moins d'un an pour sa prise en charge.

Le forfait journalier des soins pourra éventuellement être cumulé avec un deuxième acte :

- soit à taux plein par dérogation à l'article 11. B. :
 - perfusion ;
 - pansement lourd et complexe ;
 - surveillance clinique et de prévention suite à hospitalisation pour épisode de décompensation d'IC ou de BPCO ;
 - prélèvement sanguin par ponction veineuse directe.
- soit avec application de l'article 11. B. :
 - injection intramusculaire, intradermique ou sous cutanée ;
 - injection sous cutanée d'insuline et surveillance et observation d'un patient diabétique insulino traité.

Tous les actes éligibles à la facturation en sus des forfaits doivent être cotés avec la lettre clé AMX.

Un point d'attention :

Le BSI doit être clôturé et non laissé en mode brouillon pour permettre la facturation des forfaits journaliers ainsi que son envoi automatique au médecin traitant qui a 5 jours pour valider ou non le plan de soins.

Les soins peuvent démarrer sans saisir de BSI et sans condition d'urgence, pour prendre le temps de bien appréhender les besoins du patient. Le bilan devra néanmoins être clôturé dans un délai maximum d'une semaine après le démarrage des soins pour permettre leur facturation.



ZOOM SUR LES INDEMNITÉS FORFAITAIRES DE DÉPLACEMENTS : IFI (DG NGAP article 13-D)

- Cotable à chaque déplacement réalisé dans la journée pour les soins liés à la dépendance, soit de façon isolée, soit avec un acte coté en AMX.
- Au maximum sont autorisées 4 IFI / jour / patient.
- Cumul possible avec les IK et les majorations autorisées dans les articles 14 (nuit et dimanche) et 23-2 (MCI) des dispositions générales, ainsi qu'avec la MIE.

CHAPITRE 2 : soins spécialisés

Il s'agit des soins demandant :

- un protocole thérapeutique ;
- l'élaboration et la tenue des dossiers de soins ;
- la transmission d'informations au médecin prescripteur.

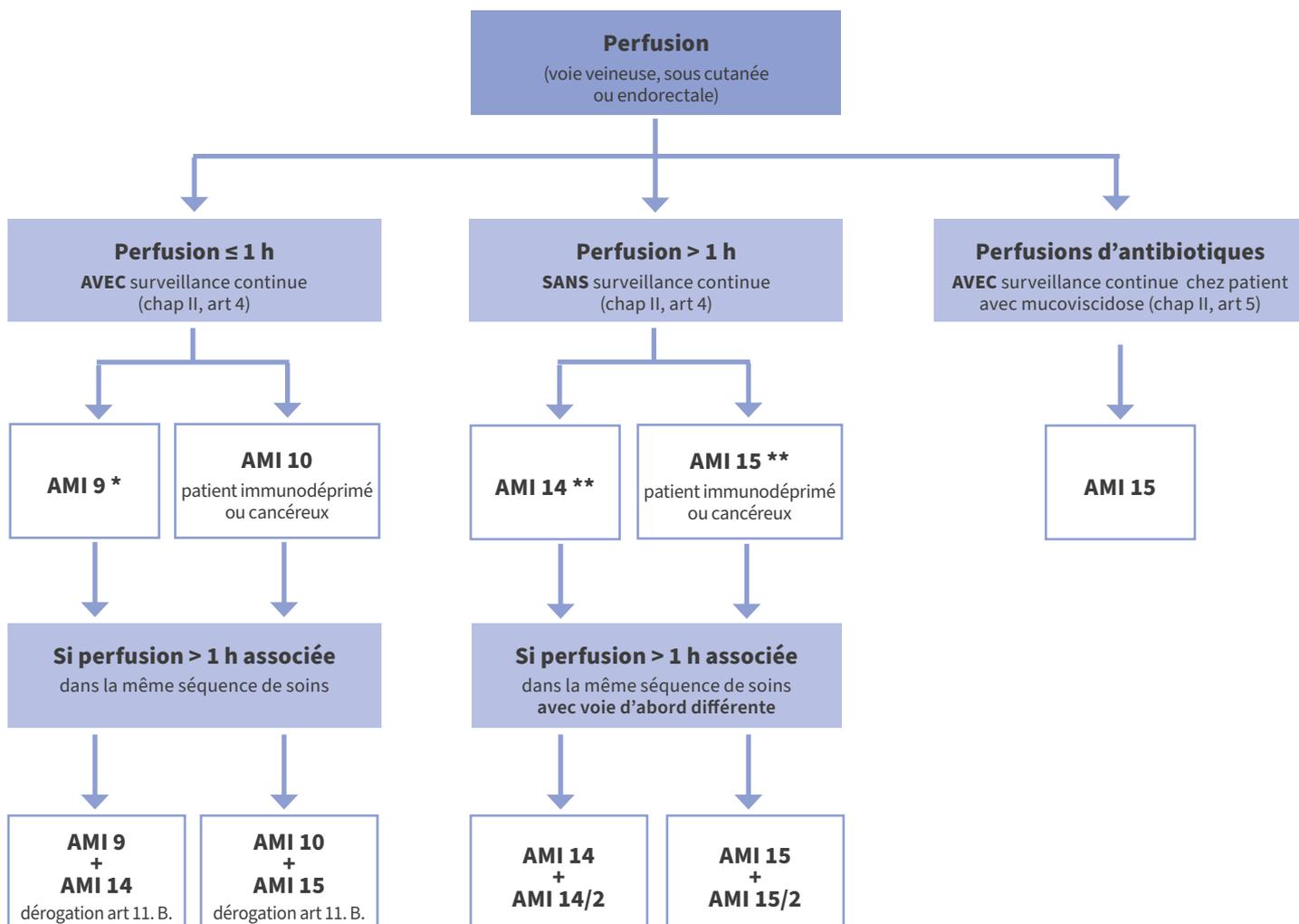
ARTICLE 3 – PERFUSIONS (MODIFIÉ PAR DÉCISION UNCAM DU 21/07/14)

Ces actes sont réalisés soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin.

La **séance de perfusion** permet d'administrer chez un patient des solutés et/ou des médicaments de façon continue ou discontinue par voie veineuse ou par voie sous-cutanée ou par voie endorectale.

Selon le protocole thérapeutique établi par le médecin prescripteur, la perfusion nécessite soit la surveillance continue de l'infirmier, soit l'organisation d'une surveillance pour les perfusions dont la durée est supérieure à une heure.

Logigramme concernant la pose d'une perfusion :



***AMI 9 ou 10 : perfusion ≤ 1h :**

- La séance de perfusion sous surveillance continue comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance et l'arrêt de la perfusion avec le pansement.
- Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures). Coté **AMI 6**

****AMI 14 et AMI 15 : perfusion > 1h sans surveillance continue :**

- La séance de perfusion supérieure à une heure, sans surveillance continue, comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la pose de la perfusion, l'organisation de contrôles et la gestion des complications éventuelles ; ces contrôles et les interventions à domicile pour complications peuvent donner lieu à des frais de déplacement.
- Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion, y compris le pansement, la tenue du dossier de soins, éventuellement la transmission d'informations nécessaires au médecin prescripteur coté **AMI 5**.
Ce forfait ne se cumule pas avec un forfait de perfusion sous surveillance continue.
- Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination avec les autres professionnels de santé, les prestataires et les services sociaux, ne peut être coté le jour de la pose ni celui du retrait. Coté **AMI 4**.

A l'occasion de cet acte, ne peuvent être pas être notés des frais de déplacement ni des majorations de nuit ou de dimanche.

- Changement de flacon(s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention pour débranchement ou déplacement du dispositif ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose, coté **AMI 4,1**.

Exemple 1 : perfusion continue sur trois jours : le premier jour, pour le premier passage, cotation d'un **AMI 14 (ou AMI 15)**, puis **AMI 4,1** pour les autres passages. Les deuxième et troisième jours, il conviendra de coter un **AMI 4,1** par passage pour changement de flacon(s) ou branchement en Y sur dispositif en place, par exemple. La cotation d'un nouveau forfait pour séance de perfusion > 1 heure n'est pas adéquate.

Exemple 2 : perfusion de 500 ml de NaCl 0,9 % à 08H00 et 20H00 sur PAC à un patient cancéreux avec changement de l'aiguille de Huber une fois par semaine :

- J0
 - à 08H00 : 1 AMI 15 (pose de perfusion > 01H00) ;
 - à 20H00 : 1 AMI 4,1 (changement de flacon sur dispositif en place).
- J1 et suivants (hors jour de changement de l'aiguille de Huber) :
 - à 08H00 : 1 AMI 4,1 (changement de flacon sur dispositif en place) ;
 - dans la journée : 1 AMI 4 (organisation de la surveillance) ;
 - à 20H00 : 1 AMI 4,1 (changement de flacon sur dispositif en place).
- Le jour du changement de l'aiguille de Huber :
 - à 08H00 : 1 AMI 15 + AMI 5/2 (pose de perfusion > 01H00 + retrait d'une perfusion y compris le pansement) ;
 - à 20H00 : 1 AMI 4,1 (changement de flacon sur dispositif en place).



ARTICLE 5 BIS – PRISE EN CHARGE À DOMICILE D’UN PATIENT INSULINO-TRAITÉ

Cet article regroupe les actes suivants :

- surveillance et observation d’un patient diabétique insulino-traité ;
- injection sous-cutanée d’insuline ;
- séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d’une durée d’une demi-heure, pour un patient insulino-traité et **de plus de 75 ans** ;
- pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino- traité, nécessitant une détersion avec défibrination ;
- analgésie topique préalable à un pansement .

Ces actes peuvent se cumuler entre eux sans application de l’article 11. B. des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels. Donc ils peuvent s’associer à taux plein et sans limitation de nombre.

Si des actes de cet article sont réalisés avec d’autres soins, l’article 11. B. des dispositions générales s’applique. Le groupe de soins correspondant à l’article 5 bis se comporte sur le plan tarifaire comme un seul acte.

A noter : les hypoglycémiantes **NON INSULINIQUES INJECTABLES** en S/C (exemple : Trulicity®, Ozempic®...) doivent être facturés à 50 % de leur coefficient si réalisés avec un autre acte avec respect à l’article 11. B. des dispositions générales.»

ARTICLE 7 – SOINS POSTOPÉRATOIRES À DOMICILE SELON PROTOCOLE

Il concerne quatre actes qui doivent réunir les conditions suivantes :

- élaboration d’un protocole écrit, préalablement établi par le chirurgien et/ou l’anesthésiste ;
- concerne des patients dont l’éligibilité à une chirurgie ambulatoire ou à un parcours clinique de réhabilitation améliorée après chirurgie dépend d’un accompagnement infirmier ponctuel pour le retour à domicile postopératoire.

Il s’agit des actes :

- I. Séance de surveillance clinique et d’accompagnement postopératoire à domicile pour les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire ou à un parcours de soins de réhabilitation améliorée (RAAC)

Trois séances au plus peuvent être facturées **AMI 3.9** :

- du jour de l’arrivée du patient à son domicile, dénommé J, à la veille de la première consultation post opératoire avec le chirurgien lorsqu’elle est programmée avant J+6 inclus ;
- ou, en l’absence de rendez-vous de consultation chirurgicale au cours de la première semaine postopératoire, sur une période qui s’étend de J à J+6 inclus.

- II. Séance de surveillance et/ ou retrait de cathéter périmerveux pour analgésie postopératoire

- 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, trois jours consécutifs au plus.
- Cotation **AMI 4.2.**

- III. Retrait de sonde urinaire

- Cotation **AMI 2.**

- IV. Surveillance de drain de redon et / ou retrait postopératoire de drain

- Cotation **AMI 2.8** dans la limite de deux séances à partir du retour à domicile.

NB :

- Les séances de surveillance postopératoire et de surveillance de cathéter périmerveux ne sont pas cumulables entre elles.
- Le retrait de sonde et la surveillance de drain ainsi qu’une séance de surveillance post-opératoire ou de cathéter périmerveux peuvent être associés sans application de l’article 11. B. des dispositions générales (deux actes maximum à 100 % de leur valeur).

| 03-4 LES ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

Deux situations possibles :

- Absence de prescription : article 5 des dispositions générales de la NGAP : « ... seuls peuvent être pris en charge ou remboursés ... : les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence. »
- Acte non inscrit à la NGAP : article L 162-1-7 du Code de la sécurité sociale : les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la liste des actes et des prestations.

ACTES NON-INSCRITS À LA NGAP ET NON PRIS EN CHARGE (LISTE NON EXHAUSTIVE)

Ces actes ne peuvent ni être cotés individuellement, ni justifier à eux-seuls l'utilisation d'un forfait BSI :

- réalisation isolée d'un pilulier ;
- distribution de médicaments, hors patients traités pour maladies psychiatriques ou présentant des troubles cognitifs ;
- pose isolée de bas ou bandes de contention ;
- pose d'orthèse ;
- prise de tension isolée ;
- changement de poche de stomie (digestive ou urinaire) ;
- application de pommade ;
- ...

Lorsque l'infirmier réalise des actes ou prestations non remboursables par l'Assurance Maladie, il n'établit pas de feuille de soins (articles L. 162-4 et L. 162-8 du Code de la sécurité sociale).

En alternative à la production d'une feuille de soins, une facture détaillée des prestations doit être établie à compter d'une valeur supérieure à 25 €, ou si le patient le demande.

Par ailleurs, il y a un devoir d'information du patient par le professionnel de santé pour les actes hors nomenclature et les conséquences sur leur prise en charge.

| 03-5 LES ACTES DE TÉLÉMECINE

Il convient de bien distinguer :

- **La téléconsultation** : il s'agit de la possibilité d'assister un patient lors d'une téléconsultation réalisée à la demande d'une sage-femme ou d'un médecin. Cela concerne trois actes (dispositions générales, art 14.9.5.
- **La téléexpertise** : elle permet à un infirmier de solliciter l'avis à distance d'un ou de plusieurs professionnels médicaux, en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, susceptibles de répondre à la question posée, sur la base d'informations de santé liées à la prise en charge du patient.
- **Le télésoin** : il permet la réalisation d'un soin à distance. Quatre actes sont réalisables en télésoin :
 - la séance de surveillance clinique et de prévention après une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) ;
 - l'acte d'accompagnement à la prise médicamenteuse ;
 - l'acte de surveillance et d'observation d'un patient traité par insuline (article 5 bis) ;
 - l'acte de suivi d'un pansement à distance.

| 03-6 CAS PARTICULIER : FACTURATION DE L'ACTIVITÉ DES IPA

L'avenant 7 de la convention des infirmiers formalise les modalités d'exercice des infirmiers de pratique avancée (IPA), complété par l'avenant 9.

Les patients sont orientés par le médecin vers un infirmier en pratique avancée (IPA) :

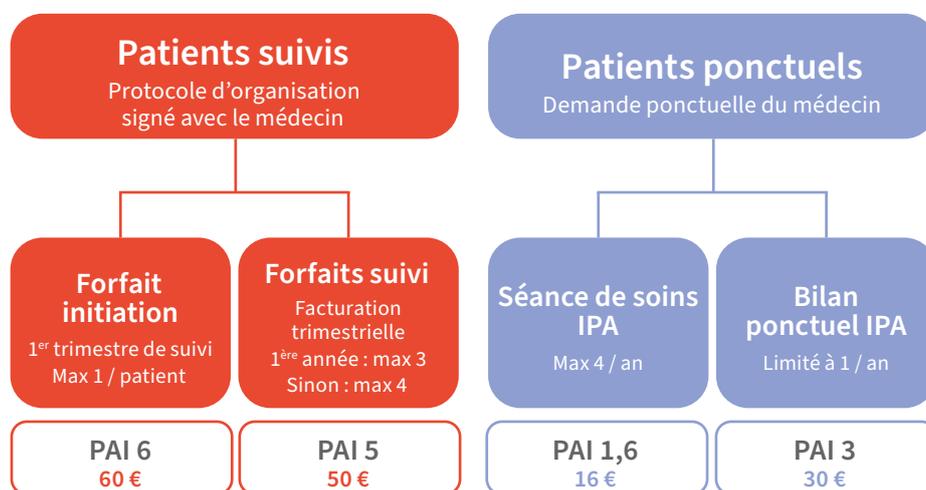
- soit pour un suivi régulier du patient de pathologie(s) ;
- soit pour une prise en charge ponctuelle d'une pathologie chez un patient ne faisant pas l'objet d'un suivi régulier.

Pour un même motif de recours, ces deux modalités sont exclusives l'une de l'autre.

Dispositions communes aux différents forfaits et séances ponctuelles (Chapitres I et II):

- Les frais de déplacement sont facturables à chaque passage de l'infirmier en pratique avancée au domicile du patient (IFI et éventuellement IK) ;
- La majoration (MIP) dédiée, liée à l'âge du patient (moins de 7 ans, patients de 80 ans et plus) peut être associée à la facturation de ces différents forfaits et prises en charge ponctuelles.

Les majorations de nuit, dimanche et jour férié, MIE, MCI et MAU ne sont pas associables à ces rémunérations forfaitaires.



LES INFORMATIONS SUR AMELI.FR

- Modalités d'exercice des infirmiers de pratique avancée (avenant 9) : <https://www.ameli.fr/allier/infirmier/actualites/avenant-9-le-point-sur-les-mesures-tarifaires-applicables-depuis-le-23-mars>



04

LES FRAIS DE DÉPLACEMENT

04-1 LES PRINCIPES GÉNÉRAUX

Les règles de facturation des frais de déplacement sont fixées par l'article 13 des dispositions générales de la NGAP.

L'indemnité de déplacement est remboursée si le médecin prescripteur a expressément mentionné sur la prescription médicale que l'acte est à réaliser au domicile du patient.

Ce remboursement est limité à la distance séparant le cabinet du professionnel de santé le plus proche du domicile du patient.

Exceptions à cette règle (article 13 des dispositions générales de la NGAP) :

- lorsque les déplacements du professionnel de santé sont effectués dans le cadre des programmes de retour à domicile mis en place par les caisses d'Assurance Maladie répondant aux objectifs des articles L. 1110-1 du Code de la santé publique, L. 162-1-11 alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, et L. 111-2-1 et L. 111-1 du Code de la sécurité sociale ;
- lorsque les déplacements sont effectués dans le cadre de soins en pratique avancée par un infirmier en pratique avancée.

L'avenant 8 a instauré la possibilité d'accords locaux portant sur les modalités de facturation des indemnités kilométriques qui devront être approuvés localement par les représentants de la profession.

Pour connaître les spécificités applicables à votre département, vous pouvez contacter votre caisse d'Assurance Maladie de rattachement.



LES INFORMATIONS SUR AMELI.FR

- Frais de déplacement : <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/actes-domicile>



DISPOSITIF DE PLAFONNEMENT JOURNALIER DES INDEMNITES KILOMETRIQUES

- Depuis le 31 mars 2020, mise en place d'un dispositif de plafonnement journalier du montant facturé des indemnités kilométriques (IK) :
- jusqu'à 299 kms cumulés => pas d'abattement ;
- à partir de 300 kms cumulés => abattement de 50 % du tarif du remboursement des IK ;
- à partir de 400 kms cumulés => abattement de 100 % du tarif de remboursement des IK.

| 04-2 LES DÉPLACEMENTS EN MONTAGNE

L'abattement prévu par l'article 13.c.1° de la NGAP est réduit à 1 km en montagne et en haute montagne, dont les zones sont définies par la loi n°85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne.



| 04-3 CAS SPECIFIQUE DES DEPLACEMENTS AUPRES DE PATIENTS DEPENDANTS PRIS EN CHARGE APRES BILAN DE SOINS INFIRMIERS OU POUR SOINS DES INFIRMIERS DE PRATIQUE AVANCEE (IPA)

En sus du forfait journalier lié à la dépendance (**BSA,BSB**, ou **BSC**) ou de forfaits dans le cadre de soins IPA (**PAI**) facturé, les indemnités de déplacements sont facturées avec :

- le code **IFI** (en remplacement des **IFD** facturés habituellement) ;
- ainsi qu'éventuellement des indemnités kilométriques (**IK**) ;
- si plusieurs patients dépendants sont au même domicile : coefficient = 1 pour le premier puis coefficient = 0,01 pour chacun des autres patients vus au cours du même passage.



05

LES MAJORATIONS

05-1 LA MAJORATION DE NUIT

La majoration de nuit peut être facturée dès lors que la prescription médicale indique la nécessité médicale d'une exécution de nuit (entre 20 h et 8 h) - article 14 des dispositions générales de la NGAP.

Le prescripteur devra indiquer sur l'ordonnance l'heure précise où devront être réalisés les soins ou l'intervalle à respecter strictement sur le nyctémère pour leur réalisation.

Une exigence particulière du malade ou une décision de l'infirmier (organisation du cabinet) ne permettent pas la facturation de la majoration de nuit.

Une prise de sang « à jeun » n'implique pas automatiquement « avant 8 h ».

05-2 LA MAJORATION DE DIMANCHE ET JOUR FÉRIÉ

Article 14 des dispositions générales de la NGAP

MAJORATION DUE POUR LES ACTES DU DIMANCHE OU D'UN JOUR FÉRIÉ

- pour un acte isolé, si la prescription mentionne l'urgence ;
- pour une série d'actes, si la prescription mentionne la nécessité d'une exécution rigoureusement quotidienne.

La prescription doit être suffisamment explicite, mais peut être formulée de différentes façons, par exemple : « ... tous les jours, y compris le dimanche et les jours fériés », ou « ...sept jours sur sept », etc.

La majoration dimanche peut être facturée le samedi à compter de 8 heures en cas d'appel d'urgence, c'est-à-dire en cas d'appel un samedi, pour réaliser le jour même une prestation non programmée, dont la prescription mentionne le caractère d'urgence.

Cas particulier : prescription médicale indiquant « pansement un jour sur deux pendant 15 jours », la majoration « F » s'applique au pansement réalisé le dimanche de la première ou la deuxième semaine de soins.

EXCLUSION DE LA MAJORATION DE DIMANCHE OU JOUR FÉRIÉ POUR LES ACTES :

- Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion (titre XVI, chapitre II, article 3 ou article 4 de la NGAP).
- Prise en charge spécialisée pour les séances de surveillance clinique et de prévention, cotées AMI 5,8 (titre XVI, chapitre II, article 5 ter de la NGAP).

Les majorations de dimanche ou jour férié et majorations de nuit ne sont pas cumulables entre elles. Seule la majoration dont la valeur est la plus élevée peut être facturée, en l'occurrence la majoration de nuit.

| 05-3 LA MAJORATION D'ACTE UNIQUE (MAU)

Article 23.1 des dispositions générales de la NGAP

La majoration d'acte unique concerne tous les actes AMI $\leq 1,5$, qu'ils soient réalisés au cabinet ou au domicile du patient.

Cette majoration ne se cumule pas avec la majoration de coordination infirmière (MCI) ainsi qu'avec les forfaits BSA, BSB, BSC, les AMX et les IFI.

| 05-4 LA MAJORATION DE COORDINATION INFIRMIER (MCI)

Article 23.2 des dispositions générales de la NGAP

Cette majoration s'applique aux soins, réalisés à domicile, dispensés à des patients

- en soins palliatifs

OU

- nécessitant des pansements lourds et complexes (titre XVI, chapitre 1 article 3 ou chapitre II article 5 bis).

Cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois par intervention.

La MCI, pour être facturée, ne nécessite pas de prescription médicale spécifique. Le médecin ne doit pas indiquer sur l'ordonnance la notion de soins palliatifs. Il appartient à l'infirmier de s'assurer, au regard de la définition de ceux-ci, que le patient relève en relève bien et au besoin de contacter le médecin traitant.

La MCI a pour objet de rémunérer la nécessaire interdisciplinarité de gestion de ces situations médicales souvent complexes.

Qu'est-ce qu'une prise en charge d'un patient en soins palliatifs ?

Une définition est mentionnée à l'article L. 1110-10 du CSP : « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.»

La NGAP précise que « La prise en charge en soins palliatifs est définie comme la prise en charge d'un patient ayant une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. Elle vise à soulager la douleur et l'ensemble des symptômes digestifs, respiratoires, neurologiques et autres, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

En dehors de ces éléments la cotation de la MCI n'est pas justifiée.

| 05-5 LA MAJORATION CONVENTIONNELLE ENFANTS (MIE)

Cette majoration, d'un montant de 3,15 €, s'applique pour les soins réalisés à des enfants de moins de sept ans.

07

LE DROIT DE PRESCRIPTION PAR L'INFIRMIER

| 07-1 LA PRESCRIPTION DES INFIRMIERS HORS IPA

LES REGLES DE PRESCRIPTION



LES INFORMATIONS SUR AMELI.FR

- Règles de prescription : <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-exercice-formalites/regles-prescription-dispositifs-medicaux>

LA PRESCRIPTION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX



LES INFORMATIONS SUR AMELI.FR

- L'arrêté du 20 mars 2012 fixe la liste limitative des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3881/document/arrete-20-mars-2012-dispositifs-medicaux-infirmiers_journal-officiel.pdf



CAS PARTICULIER

Prescriptions de matériel pour perfusion : l'arrêté du 12 avril 2016 a modifié les règles de prescription de consommables pour la réalisation des perfusions :

- en identifiant clairement le médecin comme prescripteur ;
- en introduisant la notion de forfait (Perfadom) pour les produits consommables.



LA PRESCRIPTION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

Les officines peuvent désormais pratiquer la dispense d'avance de frais pour ces produits. De plus cette prise en charge de droit commun n'est plus soumise à un plafonnement annuel de remboursement, et elle permet d'avoir le même prix pour ces produits sur tout le territoire. Enfin, il n'est plus nécessaire que ces traitements figurent sur une ordonnance dédiée comme auparavant.



LES INFORMATIONS SUR AMELI.FR

- L'Assurance Maladie rembourse, sur prescription, les traitements par substituts nicotiniques (patch, gomme, pastille...).

Depuis le 1^{er} janvier 2019, ces traitements nicotiniques de substitution⁽¹⁾ sont remboursés sur prescription à 65 % par l'Assurance Maladie obligatoire, et le forfait d'aide au sevrage tabagique de 150 € par an n'existe plus.

⁽¹⁾ Consultez la liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'Assurance Maladie : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/441422/document/liste_substituts-nicotiniques_assurance-maladie_2019-02-08.pdf : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3881/document/arrete-20-mars-2012-dispositifs-medicaux-infirmiers_journal-officiel.pdf

LA PRESCRIPTION DES CONTRACEPTIFS ORAUX

Conformément à l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, les infirmiers sont autorisés à renouveler, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable, les prescriptions des médicaments contraceptifs oraux datant de moins d'un an, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé.



LES INFORMATIONS SUR AMELI.FR

- **Renouvellement contraceptifs oraux** : <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-exercice-formalites/droit-renouvellement-contraceptifs-oraux>

LA PRESCRIPTION DES SETS DE PANSEMENTS

Il convient de distinguer :

- les sets pour plaie post-opératoire suturée non infectée
- les sets pour plaie chronique.

PRESCRIRE LE SET À BON ESCIENT :

Set pour plaie post-opératoire suturée non infectée :

- à prescrire à court terme dans cette seule indication ;
- à ne pas prescrire au long cours pour les plaies chroniques car il existe des sets spécifiques pour les plaies chroniques plus adaptés et moins coûteux.

Les différentes plaies (LPP – Nomenclature et tarifs des articles pour pansements : titre I, chapitre 3, section 1) :

► **Plaie chronique** : plaie dont le délai de cicatrisation est allongé en raison de la présence d'une ou plusieurs causes de retard de cicatrisation.

Selon l'étiologie, une plaie est considérée comme chronique après quatre ou six semaines d'évolution. Les étiologies incluent notamment les ulcères de jambes, les escarres, les plaies diabétiques, les moignons d'amputation et les brûlures étendues en cas d'allongement des délais de cicatrisation.

► **Plaie aiguë** : plaie dont le délai de cicatrisation envisagé est supposé normal, c'est-à-dire sans cause locale ou générale pouvant retarder la cicatrisation.

Les étiologies incluent notamment les brûlures, greffes, prises de greffe et plaies à cicatrisation dirigée post chirurgicales, morsures, abcès et abcès du sinus pilonidal (kyste sacro-coccygien opéré), gelures, dermabrasions profondes.



LES INFORMATIONS SUR AMELI.FR

- Mémo national d'aide à la prescription de pansement primaire pour plaie chronique : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/24523/document/memo-pansement-primaire-plaie-chronique_assurance-maladie.pdf

LA PRESCRIPTION DE SÉRUM PHYSIOLOGIQUE, SOLUTIONS ET PRODUITS ANTISEPTIQUES

Modifié par l'article 25 de la loi n°2019-774 (JO du 26/07/2019), l'article L4311-1 du CSP autorise les infirmiers à prescrire des solutions et produits antiseptiques ainsi que du sérum physiologique à prescription médicale facultative.

| 07-2 LA PRESCRIPTION PAR LES IPA

Conformément à l'article R. 4301-3 du code de la santé publique, l'infirmier de pratique avancée (IPA) dispose d'un champ de prescription élargi par rapport aux infirmiers en soins généraux.

En effet, l'IPA peut prescrire, pour les patients dont il assure le suivi :

- certains actes de suivi et de prévention (ex : conseils hygiéno-diététiques adaptés, examen de la vision, ECG de repos, examens d'imagerie nécessaires au suivi du patient, ...);
- certains dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire (ex : aide à la déambulation, aide à la fonction respiratoire, fauteuils roulants, prothèse capillaire,...);
- des examens de biologie médicale listés par arrêté (ex : hémogramme, albumine, glycémie, créatinine, etc.)
- des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application de l'article R. 5121-202.

L'IPA est parallèlement autorisé à renouveler ou à adapter, pour les patients dont il assure le suivi, certaines prescriptions médicales listées par arrêté.



LES INFORMATIONS EN LIGNE

Legifrance : annexe IV de l'arrêté du 18 juillet 2018 : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218201&dateTexte=20200731>

08

LES PROTOCOLES DE COOPÉRATION

08-1 PRINCIPES GÉNÉRAUX

Ces protocoles permettent la prise en charge de soins non programmés par des professionnels non médecins (professionnels délégués) en coopération formalisée par les protocoles avec le médecin généraliste délégué au sein de structures pluri-professionnelles.

Ils peuvent être mis en œuvre dans le cadre élargi d'une structure d'exercice coordonné (MSP et CDS).

Protocoles nationaux concernant la profession infirmière :

- prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle (JO du 08/03/2020) ;
- prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle (JO du 08/03/2020) ;
- renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle (JO du 08/03/2020) ;
- prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle (JO du 10/03/2020) ;
- réalisation du frottis cervico-utérin (FCU) de dépistage du cancer du col de l'utérus par l'infirmière du centre de santé (JO du 03/02/2021) ;
- intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé (JO du 03/02/2021).



| 08-2 EN PRATIQUE

Les structures doivent déclarer la mise en œuvre du protocole auprès de l'Agence régionale de santé via une application en ligne dédiée du site internet du ministère chargé de la santé : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-modification-d-equipe-coop-ps>

La prise en charge s'effectue de la manière suivante :

1. Prise de RDV auprès du secrétariat de la structure.
2. Proposition au patient par le secrétariat médical de l'orienter vers une prise en charge dans le cadre d'un des protocoles.
3. Accord du patient.
4. Examen clinique et prise en charge du patient par le professionnel de santé délégué en application du protocole.
5. Prescription de l'ordonnance type et/ou de l'arrêt de travail prévus par le protocole.
6. Réorientation possible vers le médecin si, à l'issue de l'examen par le délégué, le patient doit être exclu du protocole.

Les structures doivent mettre en place des prescriptions-types préétablies signées par le médecin délégant et mises à la disposition des délégués.

| 08-3 FINANCEMENT

La mise en œuvre d'un de ces protocoles autorise une rémunération à hauteur d'un forfait de 25 € par patient inclus dans le protocole. Le forfait est versé à la structure et le partage de la rémunération forfaitaire est libre entre les professionnels de santé impliqués dans le protocole.

Ce forfait inclut :

- le temps de consultation du délégué ;
- l'éventuelle revoyure du médecin (déléguant) le jour même ou le lendemain ;
- le temps de coordination entre les professionnels de santé impliqués dans le protocole national de coopération (PNC) ;
- les charges de structure (gestion, informatique...);
- la formation des délégués.

En cas de sortie d'un protocole à la suite de l'examen du délégué au regard d'un des motifs de sortie du protocole, la facturation du protocole n'est pas due, mais le médecin pourra facturer son acte de consultation.

Dans le cas d'une revoyure du médecin le jour même ou le lendemain, la facturation du protocole est due mais le médecin ne pourra pas facturer d'actes en sus.

| 08-4 LA LOI RIST

Loi RIST du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

Sont en particulier prévus :

- 1) Le concours des infirmiers à la permanence de soins ambulatoires
- 2) L'accès direct aux infirmiers :
Dans les structures d'exercice coordonné (hors CPTS), l'infirmier sera autorisé à prendre en charge la prévention et le traitement de plaies ainsi qu'à prescrire des examens complémentaires et des produits de santé.
- 3) Primo-prescription par les IPA concernant certains produits ou prestations médicales
- 4) L'accès direct aux IPA dès lors qu'ils exercent en établissement ou en structure de soins coordonné

Toutes ces dispositions devront être définies par un décret en Conseil d'Etat ou déterminées dans la convention.

Direction de la coordination régionale
de la gestion du risque
et de la lutte contre la fraude AuRA

Service médical AuRA

26 rue d'Aubigny - BP 13074
69395 LYON cedex 03

Travail réalisé par le docteur Jean-Marie Druge, médecin-conseil
avec la collaboration de Romain Sastre-Garau, infirmier du service médical



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Auvergne-Rhône-Alpes