Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Arrêté du 5 mai 2026 portant approbation de l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie signée le 22 juin 2007

NOR : *SFHS2611510A*

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Le Conseil national de l'ordre des infirmiers consulté,

Arrêtent :

Art. 1er. – Est approuvé l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie, annexé au présent arrêté, signé le 31 mars 2026 par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), le président de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM), la Fédération nationale des infirmiers (FNI), le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL) et Convergence infirmière (CI).

Art. 2. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 5 mai 2026.

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées,
STÉPHANIE RIST

Le ministre de l'action et des comptes publics,
DAVID AMIEL

ANNEXE

AVENANT N° 11 À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES INFIRMIERS ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 22 JUIN 2007

Entre :

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

Et :

La Fédération nationale des infirmiers,

Le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux,

Convergence infirmière,

L'Union nationale des organismes complémentaires (UNOCAM),

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

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6314-1 ;

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 a été convenu ce qui suit :

Les parties signataires du présent avenant conviennent que la convention nationale, signée le 22 juin 2007 susvisée, modifiée par avenants et reconduite tacitement depuis cette date est modifiée par les dispositions suivantes.

Préambule

Les présentes dispositions s'inscrivent dans le cadre fixé par la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier et de ses textes d'application. Cette réforme consacre l'élargissement des compétences des infirmiers libéraux, valorise pleinement leurs pratiques quotidiennes et affirme leur rôle clé dans notre système de santé, notamment par leur intervention à domicile auprès des patients les plus fragiles, au cœur du virage ambulatoire. Face au vieillissement de la population, les besoins en soins infirmiers s'amplifieront, imposant de soutenir et renforcer l'attractivité de la profession.

Cet accord vise en premier lieu à revaloriser et améliorer les conditions d'exercice des infirmiers libéraux, en tenant compte de la pénibilité du métier ; cela passe par une meilleure valorisation des actes techniques et de la prise en charge des patients les plus dépendants. Il donne corps au nouveau statut d'infirmier référent (IDER), instauré par la loi du 19 mai 2023 pour la coordination des parcours des patients en affection longue durée (ALD) nécessitant un suivi régulier.

Le présent avenant définit un modèle de rémunération adapté à la participation des infirmiers libéraux à la prise en charge des soins non programmés, après régulation médicale. Il répond aux enjeux de répartition territoriale par un encadrement renforcé des remplaçants et des salariés, en limitant les contournements actuels pour un égal accès aux soins.

Aussi, les partenaires conventionnels se sont accordés pour poser les premiers jalons de la généralisation de l'expérimentation article 51 « Equilibres » (Equipes d'Infirmières Libres, Responsables et Solidaires).

La montée en charge des infirmiers en pratique avancée (IPA) libéraux nécessitant d'être renforcée, les partenaires conventionnels ont convenu d'adapter les modalités de valorisation et d'intégrer l'accès direct en structure d'exercice coordonné dans le modèle économique.

Enfin, cet avenant renforce les dernières mesures adoptées en matière de soins de la dépendance autour du BSI en revalorisant la prise en charge des patients les plus complexes, en clarifiant le cadre de facturation ou les règles de cotation pour les premiers niveaux du BSA et en simplifiant les règles de cumul pour les patients diabétiques. Dans ce même objectif, des actes de surveillance ont été créés afin de remplacer une partie des actes aujourd'hui facturés en forfait de soin de dépendance. L'ensemble de ces mesures entreront en vigueur simultanément en 2028.

Partie I

Revalorisation transversale du cœur de métier des infirmiers

Article 1er

Revalorisation transversale du métier infirmier

Afin de revaloriser l'activité des infirmiers libéraux, les partenaires conventionnels s'accordent pour augmenter le tarif des lettres-clés « AMI », et « AMX ». Cette revalorisation se fera en deux étapes. Ces deux lettres clés prendront la valeur de 3,35 € à l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, puis la valeur de 3,45 € à compter du 1er novembre 2027.

Article 2

Traçabilité des actes de la nomenclature

Les partenaires conventionnels s'engagent à mener des travaux conventionnels afin de garantir une nomenclature des actes infirmiers claire et univoque, indispensable à la sécurisation des pratiques professionnelles, à l'homogénéisation de la facturation et à l'amélioration du suivi et de l'analyse de l'activité. La traçabilité permettra de constituer un socle commun à la conduite des travaux conventionnels.

A cette fin, les partenaires conventionnels conviennent d'un programme de travail sur une durée de douze mois à compter de l'entrée en vigueur du présent avenant. Ce programme prévoit l'examen, la clarification et, le cas échéant, l'harmonisation des libellés, des coefficients et des règles de cumul des actes infirmiers inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

Les travaux feront l'objet d'un suivi régulier en CPN, selon un calendrier arrêté conjointement au préalable, en vue de proposer les évolutions nécessaires à la sécurisation et à la lisibilité de la nomenclature.

Partie II

Réforme de la profession infirmière

Article 3

Mise en œuvre et valorisation de la réforme de la profession infirmière

Les articles 5 à 5.9 sont supprimés et remplacés par les articles 5 à 5.13 suivants :

« Article 5

La valorisation du rôle clinique, de suivi et d'organisation des soins infirmiers en ville

Les parties signataires s'accordent sur des évolutions tarifaires pour valoriser le rôle clinique, de suivi et d'organisation des soins infirmiers en ville et en accompagnant le développement de la consultation infirmière, du suivi régulier des traitements, des soins non programmés régulés et des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Article 5.1

La consultation infirmière

Dans le cadre de l'évolution des besoins de santé de la population, marquée notamment par le vieillissement, l'augmentation des maladies chroniques et la nécessité de renforcer la coordination des parcours de soins, les partenaires conventionnels réaffirment leur volonté commune de valoriser pleinement les compétences des infirmiers dans le système de santé.

Conformément aux dispositions de l'article R. 4311-3 du code de la santé publique, qui reconnaît le rôle propre de l'infirmier dans l'évaluation, la surveillance clinique, l'accompagnement et la prévention, les partenaires conventionnels conviennent d'introduire des consultations infirmières.

Ces consultations ont vocation à renforcer l'accès aux soins et la coordination des soins de proximité, la qualité de la prise en charge des patients, à soutenir la prévention, à améliorer le suivi des situations complexes.

La mise en œuvre de ces consultations infirmières s'inscrira dans une démarche de construction commune avec la profession, à travers leurs organisations représentatives, afin d'en définir les modalités, le champ d'intervention, les conditions de réalisation, de traçabilité dans le DMP et la valorisation correspondante.

Compte tenu de l'ampleur de cette évolution et de la nécessité d'assurer une intégration progressive et sécurisée dans l'organisation des soins, les partenaires conviennent d'une mise en place progressive sur la période 2027-2029, permettant une montée en charge graduée et adaptée aux réalités du terrain.

Les partenaires actent le principe que les consultations sont réalisées dans une séance dédiée sans réalisation d'un autre acte technique ou de dépendance. La réalisation d'actes reste possible, le cas échéant, à un autre moment de la journée.

Les partenaires conventionnels s'entendent sur la création dans un premier temps de deux consultations :

– d'une part l'instauration d'un traitement initial par insuline pour les diabétiques de type II ;

– d'autre part une consultation de suivi post Mon Bilan Prévention.

Selon l'évolution du métier infirmier et les besoins caractérisés de la population, les parties signataires travailleront à la mise en place de nouvelles consultations.

A. – **Mise en place de groupes de travail sur le contenu des consultations**

Les parties signataires conviennent de poursuivre conjointement leurs travaux afin de définir, au sein de groupes de travail dédiés, le contenu, les modalités de mise en œuvre et les conditions de valorisation des consultations infirmières prévues par le présent avenant. Ils s'accordent également sur une introduction progressive de ces consultations au sein de la NGAP, selon un calendrier échelonné sur la période **2027-2029**, tenant compte des évaluations intermédiaires, des besoins de santé identifiés et des conditions d'efficience du système de soins.

Outre les deux consultations pour les patients nouvellement insulino-traités et le suivi post Mon Bilan Prévention, les partenaires conventionnels analyseront l'opportunité de la mise en place d'autres motifs de consultation, leur contenu, notamment une consultation de retour d'hospitalisation post-AVC, une consultation de prévention en santé mentale, une consultation en situation d'urgence, ou encore une consultation sur les plaies. Le contenu des consultations relatives au parcours de suivi renforcé de l'infirmier référent fera également l'objet de discussions dans le cadre de ce groupe de travail.

Le groupe de travail devra définir les consultations périmétrées retenues ou non et la priorité de mise en œuvre afin de permettre l'entrée en vigueur de deux consultations en 2028 en plus des deux consultations détaillées aux B. et C. du présent article. Le tarif de ces consultations est fixé à 20 €.

B. – **Consultation pour les patients nouvellement insulino-traités**

Les partenaires conventionnels conviennent de la création d'une consultation infirmière destinée aux patients atteints de diabète de type 2 lors de l'instauration d'un traitement initial par insuline, réalisable dans les six premiers mois suivant le début du traitement. Cette consultation a pour objectif d'accompagner le patient dans une approche transversale vers une meilleure autonomie et une compréhension renforcée de sa maladie, notamment par une intervention centrée sur l'éducation thérapeutique, la gestion de l'insulinothérapie, la bonne appropriation du protocole prescrit, la prévention des complications et les mesures hygiéno-diététiques.

Le nombre de consultations est limité à quatre par patient.

Cette consultation est valorisée par la cotation CIA d'un montant de 20 €, non associable à d'autres actes et non facturable pour les patients pris en charge dans le cadre d'un forfait de soins infirmiers.

Seuls les frais de déplacements sont associables à cette consultation.

Les partenaires conviennent d'une mise en œuvre de ce dispositif à l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale sous réserve d'un avis favorable de la Haute Autorité de santé (HAS).

C. – **Consultation de suivi après Mon Bilan Prévention**

Les partenaires conventionnels conviennent de la création d'une consultation infirmière constituant un suivi du patient après la réalisation d'un bilan dans le cadre du dispositif **Mon Bilan Prévention**, réalisable dans les six mois suivant la réalisation de ce bilan en fonction des problématiques identifiées lors du bilan de prévention. Cette consultation, dont le contenu sera défini dans le cadre de travaux conduits en groupe de travail, sera standardisée selon les situations et mise en œuvre conformément aux recommandations de la HAS. Elle permettra notamment au patient, le cas échéant, de faciliter une prise en charge médicale efficiente.

Le nombre de consultations est limité à quatre par patient et par bilan prévention.

Cette consultation est valorisée par la cotation CIB, d'un montant fixé à **20 €**, non associable à d'autres actes et non facturable pour les patients pris en charge dans le cadre d'un forfait de soins infirmiers.

Seuls les frais de déplacements sont associables à cette consultation.

Les partenaires conviennent d'une mise en œuvre de ce dispositif le 1er juillet 2027 sous réserve d'un avis favorable de la HAS.

Article 5.2

Les actes de surveillance

En complément des mesures introduites dans le cadre de la mise en œuvre de l'avenant 8, les partenaires conventionnels conviennent de la création de nouveaux actes de surveillance.

Ils conviennent également de préciser en chapeau de l'article 10 de la partie XVI, chapitre I, de la NGAP : "Au cours d'une même séance, les actes de surveillance facturés en AMI du présent article ne sont pas cumulables entre eux".

A. – **Surveillance clinique et thérapeutique globale hebdomadaire**

Les partenaires conventionnels conviennent de la création d'un acte de surveillance clinique et thérapeutique hebdomadaire à l'article 10 de la partie XVI, chapitre I, de la NGAP.

Cet acte comprend une surveillance clinique adaptée à l'état du patient conformément à la prescription médicale ; en l'absence de précisions particulières, sont recherchées et renseignées la pression artérielle, la fréquence cardiaque, la saturation artérielle en oxygène. L'acte de surveillance clinique hebdomadaire comprend également une surveillance thérapeutique portant sur la tolérance médicamenteuse, la gestion des traitements, incluant le cas échéant la préparation du pilulier hebdomadaire, l'identification de situations de stocks de produits de santé inadaptées, ainsi que l'information du patient relative au bon usage et à la gestion des médicaments non utilisés. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier adapte le suivi clinique et thérapeutique aux besoins du patient.

Chaque séance donne lieu à l'établissement d'une fiche de surveillance, renseignée à chaque passage, destinée à favoriser la coordination avec les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient.

L'administration de médicaments prévue au même article est incluse dans cet acte.

Il est valorisé par une cotation **AMI 3,77**, applicable à compter du 1er janvier 2028.

Cet acte n'est pas facturable pour les patients pris en charge dans le cadre d'un forfait de soins infirmiers.

Il est facturable au maximum une fois par semaine par patient.

B. – **Surveillance clinique pour situations aigues**

Les partenaires conventionnels conviennent de la création d'un acte de surveillance clinique et thérapeutique réalisé dans le cadre d'une pathologie aiguë ou d'une décompensation aiguë d'une pathologie chronique à l'article 10 de la partie XVI, chapitre I, de la NGAP.

Cet acte comprend une surveillance clinique adaptée à l'état du patient conformément à la prescription médicale ; en l'absence de précisions particulières, sont recherchées et renseignées la tolérance médicamenteuse et

l'observance thérapeutique, la pression artérielle, la fréquence cardiaque et la saturation artérielle en oxygène. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier adapte le suivi clinique et thérapeutique aux besoins du patient.

Chaque séance de surveillance fait l'objet d'une fiche de surveillance, renseignée à chaque passage, afin de garantir la coordination avec les autres professionnels de santé.

Le recours à cet acte est limité à quinze passages maximum sur une période de trois mois par patient. Cet acte ne peut être facturé pour la seule surveillance médicamenteuse du patient. L'administration de médicaments prévue au même article est incluse dans cet acte.

Cet acte n'est pas facturable pour les patients pris en charge dans le cadre d'un forfait de soins infirmiers.

Il est valorisé par une cotation **AMI 1,49**, applicable à compter du 1er janvier 2028.

C. – **Administration et surveillance de médicament**

Les partenaires conventionnels conviennent de modifier à l'article 10 de la partie XVI, chapitre I, de la NGAP l'acte "Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile des patients présentant des troubles psychiatriques ou cognitifs (maladies neurodégénératives ou apparentées) avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage.", facturable en AMI 1,2 comme suit :

– le champ de cet acte est étendu à toute situation de troubles neurologiques, psychiatriques, cognitifs, sensoriels ou moteurs rendant impossible l'auto-administration des traitements ;
– pour plus de clarté les voies d'administration sont élargies : sont désormais concernées les voies d'administration suivantes : orale, ophtalmique, auriculaire, nasale, cutanée, vaginale et rectale ;
– le terme : "thérapeutique orale au domicile" dans le libellé de l'acte est remplacé par : "de la prise médicamenteuse".

Cet acte est facturable une seule fois par passage, quel que soit le nombre de médicaments administrés ou le nombre de voies d'administration utilisées.

Ne peuvent donner lieu à facturation les actes d'administration de médicaments que lorsqu'au moins un des médicaments administrés est remboursable par l'assurance maladie.

D. – **Acte d'administration et de surveillance de médicament pour patients en ALD pour démence ou troubles psychiatriques délirants**

Les partenaires conventionnels conviennent de la création d'un acte spécifique d'administration et de surveillance des médicaments destiné aux patients présentant des troubles psychiatriques délirants ou des démences de type Alzheimer et apparentées à l'article 10 de la partie XVI, chapitre I, de la NGAP.

Cet acte est soumis aux mêmes conditions de réalisation et de facturation que l'acte d'administration et de surveillance des médicaments tel que modifié par le présent avenant.

Il est toutefois réservé aux patients relevant de l'ALD no 15 (maladie d'Alzheimer et autres démences) ainsi qu'à certains patients relevant de l'ALD no 23, identifiés par les codes CIM-10 suivants : F20 (schizophrénies), F22 (troubles délirants persistants), F25 (troubles schizo-affectifs) et F31 (trouble affectif bipolaire) et être pris en charge pour un soin en rapport avec l'ALD. La prescription médicale ne pouvant pas préciser la nature de l'ALD du patient, les infirmiers devront donc s'assurer que le patient est éligible à cet acte en vérifiant les informations (ALD et CIM-10) accessible à travers le compte amelipro.

Cet acte est valorisé par une cotation AMI 1,48, applicable à compter du 1er janvier 2028.

Ne peuvent donner lieu à facturation les actes d'administration de médicaments que lorsqu'au moins un des médicaments administrés est remboursable par l'assurance maladie.

Article 5.3

La prise en charge des plaies

Article 5.3.1

Accès direct pour la prise en charge des plaies

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la mise en place d'une prise en charge en accès direct sur le traitement des plaies afin de reconnaître les compétences cliniques des infirmiers libéraux dans leur rôle propre et de favoriser un accès simplifié aux soins pour les patients, dans le respect du périmètre des soins pris en charge par l'assurance maladie.

Ils s'accordent sur la mise en place d'une prise en charge des plaies en accès direct en trois étapes :

Dès la publication de cet avenant, sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, ils s'accordent sur la nécessité de la traçabilité de l'acte "Autre pansement" figurant à l'article 2 "Pansement courant" du titre XVI, partie I, chapitre I, de la NGAP par la fixation d'une cotation en AMI 2,02 et une description de cette catégorie en deux actes :

– "pansement de plaie(s) non chirurgicale(s) (ulcère, escarre, plaie chronique ou aiguë non chirurgicale)" ;
– "pansement de plaie(s) chirurgicale(s) simple(s)".

Cette première phase a pour objectif de mieux définir cette catégorie et de déterminer la pratique actuelle des infirmiers vis-à-vis des “Autre pansement” par rapport aux autres actes facturables en AMI 2 et AMI 2 × 50 %.

A partir du 1er janvier 2027, les pansements de plaie(s) non chirurgicale(s) seront facturables en accès direct, mais pourront également continuer à être prescrits. A l’instar de l’acte originel, cet acte n’est pas cumulable avec un forfait de soins infirmiers. Il n’est par ailleurs pas facturable si la pose de pansement est la conséquence d’un acte réalisé par l’infirmier.

Enfin, conscients de la nécessaire sobriété en santé et du juste soin, et considérant que si l’accès direct simplifie les parcours de soins des patients et reconnaît les compétences des infirmiers, il ne s’accompagne pas d’un changement du périmètre de prise en charge des pansements par l’assurance maladie, les partenaires conventionnels s’accordent sur la mise en place d’un suivi annuel en CPN de la facturation des “Autre pansement”, que ce soit sous forme d’acte ou dans le cadre d’un bilan de pansement simple.

Article 5.3.2

Renforcement de l’autonomie des infirmiers dans la prise en charge des plaies

Les partenaires conventionnels s’accordent sur la nécessité de renforcer l’autonomie des infirmiers dans la prise en charge des plaies. Ils s’accordent sur l’indispensable prise en charge conjointe des plaies chroniques par les infirmiers et les médecins pour garantir aux patients les meilleurs soins.

Ainsi, la durée de prise en charge des plaies étant variable et incertaine, ils souhaitent garantir cette autonomie aux infirmiers tout en réaffirmant la nécessité d’une évaluation médicale des plaies chroniques. Ils souhaitent garantir l’homogénéité des pratiques de facturation et de contrôle sur le territoire.

C’est pourquoi, dès publication de cet avenant, sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par dérogation à l’article 5 des dispositions générales qui dispose que sont remboursés les actes issus d’une prescription médicale écrite qualitative et quantitative, les actes de pansement des articles 2 et 3 du chapitre Ier et de l’article 5 *bis* du chapitre 2, de la première partie du titre XVI peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d’assurance maladie, lorsqu’ils sont personnellement effectués par l’infirmier, sous réserve qu’ils aient fait l’objet d’une prescription écrite du médecin dans laquelle figure la mention “jusqu’à cicatrisation” ou toute autre mention ayant le même sens. Cette mention est acceptable pour une durée de soins de trois mois maximum. Le médecin peut, s’il le souhaite, préciser la durée dans sa prescription, qui s’impose alors à l’infirmier.

Article 5.3.3

Bilan pour la réalisation d’un pansement sur les plaies

Les partenaires conventionnels s’accordent sur la création d’un bilan annuel réalisé à l’occasion de la réalisation d’un acte de “pansement de plaie(s) non chirurgicale(s)” ou de “pansement de plaie(s) chirurgicale(s) simple(s)” à risque de complication ou de récidive nécessitant la réalisation de pansements courants, qu’il soit effectué en accès direct ou sur prescription médicale.

Ce bilan a pour finalité d’apprécier la situation clinique globale du patient et d’identifier les éléments susceptibles d’influencer l’évolution de la plaie. Il permet notamment de repérer les facteurs de risque généraux d’évolution défavorable, tels que les comorbidités, l’état nutritionnel, les antécédents ou encore le contexte de prise en charge, afin d’adapter la stratégie de soins.

A compter du 1er janvier 2027, ce bilan est facturable une fois par patient sur une période de douze mois consécutifs, sous le libellé “Bilan infirmier annuel dans le cadre de la prise en charge de plaie à risque de complication ou de récidive”, valorisé AMI 3,48. Il s’inscrit exclusivement dans le cadre des pansements de plaies relevant de la catégorie des pansements courants. Il ne peut être facturé ni en cumul avec un forfait de soins infirmiers journalier, ni lorsqu’un bilan de plaie complexe a déjà été réalisé au cours de la même période. Ce bilan inclut la réalisation du pansement, qui ne peut être facturé en sus.

Lorsque le pansement est réalisé en accès direct, le bilan s’inscrit dans le cadre du rôle propre de l’infirmier. Lorsqu’il fait l’objet d’une prescription médicale, et par dérogation à l’article 5 des dispositions générales de la NGAP, la réalisation de ce bilan n’a pas à être expressément mentionnée dans la prescription.

Le compte rendu de ce bilan est enregistré dans le dossier de soins infirmiers et versé au Dossier Médical Partagé (DMP) du patient, afin de garantir sa traçabilité et son accessibilité à l’ensemble des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient.

Par ailleurs, dans le même objectif de renforcement de la coordination et du partage d’information entre les professionnels de santé, le compte rendu du bilan d’une plaie nécessitant un pansement lourd et complexe devra également être versé au DMP.

Enfin, conformément aux travaux engagés dans le cadre du groupe de travail mentionné à l’article 5.1, les partenaires conventionnels réaffirment leur attachement au rôle propre des infirmiers. Ils poursuivront leurs travaux en vue de proposer une consultation infirmière dédiée aux plaies, en cohérence avec les compétences définies dans l’arrêté à paraître relatif aux champs de compétences des infirmiers.

Article 5.4

La prise en charge du diabète des enfants scolarisés

L'utilisation de pompe à insuline est à réserver aux patients capables d'utiliser le système en autonomie. La situation d'un jeune enfant non autonome est différente, notamment s'il est scolarisé. Il ne peut ni lire ni interpréter le résultat seul, en l'absence de ses parents ou d'un aidant. L'intervention de l'infirmier se justifie donc sur le temps scolaire et périscolaire, à la fois pour le contrôle de la glycémie et si besoin l'administration d'insuline.

Les partenaires conventionnels s'accordent donc sur la création de deux actes spécifiques :

– un acte de lecture et d'analyse de la valeur glycémique affichée sur un dispositif de mesure du glucose, qu'il s'agisse d'une glycémie capillaire préalablement réalisée ou d'une donnée issue d'un dispositif de mesure continue du glucose (AMI 1) ;
– un acte d'administration d'un bolus d'insuline par l'intermédiaire d'une pompe à insuline (AMI 1).

Ces deux actes sont intégrés à l'article 5 *bis* du titre XVI de la NGAP.

Ces actes sont exclusivement réservés à la prise en charge des enfants diabétiques scolarisés de moins de 16 ans. Ils ne peuvent être facturés que pour des interventions réalisées sur le temps scolaire ou périscolaire, au sein de l'établissement scolaire ou de centres d'activités périscolaires.

Seuls les frais de déplacement et la majoration MIE sont associables à ces actes, le lieu de prise en charge étant alors assimilé à un domicile de manière dérogatoire dans ce cadre.

A cette occasion, une majoration MSD "Majoration Scolaire Diabète" d'intervention en établissement scolaire et périscolaire pour prise en charge d'un diabète de type I est créée, afin de prendre en compte les contraintes spécifiques et la complexité de prise en charge en milieu scolaire, au-delà de la technicité des actes réalisés.

Ces deux actes, ainsi que de la majoration MSD à 7 € seront pris en charge à partir du 1er janvier 2027.

Les partenaires conventionnels conviennent d'étudier les autres situations temporaires pour lesquels le patient équipé n'est plus autonome (absence de l'aidant, bascule dans la dépendance) dans le cadre du groupe de travail sur la nomenclature prévu à l'article 33.1.4.

Article 5.5

La prise en charge des enfants de moins de 7 ans par les infirmiers

Les partenaires conventionnels conviennent d'inscrire la majoration MIE à la NGAP telle que définie conventionnellement lors de l'avenant 6 de cette convention et ouverte le 1er janvier 2020 sous réserve d'une modification préalable de la liste des actes et prestations.

Article 5.6

La prise en charge des soins non programmés

Pour donner toute leur portée aux dispositions de la loi du 19 mai 2023, le présent article vise à définir le modèle de rémunération applicable à la participation des infirmiers libéraux aux soins non programmés, sur demande de la régulation. Les infirmiers libéraux peuvent notamment participer à la permanence des soins ambulatoires (PDSA), mais également dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS). Les partenaires conventionnels affirment leur engagement à ce que la participation aux soins non programmés reste strictement volontaire et exercée en marge de leur activité principale, sans porter atteinte à l'obligation de sécurité et de continuité des soins.

En fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existantes et dans les conditions fixées par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, la mission de permanence des soins peut aussi être assurée par les établissements de santé, ou faire l'objet d'un concours des infirmiers. Les principes d'organisation du dispositif de permanence des soins ambulatoire sont déterminées dans les cahiers des charges de la permanence des soins ambulatoire arrêtés par les directeurs généraux des ARS.

Les assurés bénéficient, pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins régulée, d'une dispense d'avance des frais.

Afin d'assurer une réponse organisée aux soins non programmés en journée, les infirmiers libéraux peuvent être également sollicités dans le cadre du SAS (hors période PDSA).

Les partenaires conventionnels conviennent de rémunérer l'astreinte en période PDSA selon les règles précisées au A et proposent d'inscrire un acte et une majoration dans la NGAP afin de valoriser l'effection selon les règles proposées au B.

Avant l'entrée en vigueur des mesures, il sera mis en place un groupe de travail conjoint avec le ministère en charge de la santé afin de définir les modalités opérationnelles et d'organisations structurelles (au sein du CODAMUPS et des ADOPS) de l'intégration des infirmiers comme effecteurs de la PDSA et du SAS à l'échelle des territoires. Une attention particulière sera portée à garantir une répartition équitable des sollicitations de régulation entre les infirmiers libéraux volontaires, afin d'éviter une concentration des missions sur un nombre restreint de professionnels.

A. – **Assurer une réponse aux soins non programmés pendant les horaires de PDSA**

A compter de l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, la participation repose sur une inscription volontaire des infirmiers sur un tableau de garde couvrant des périodes d'astreinte par périodes de quatre heures, rémunérées forfaitairement à hauteur de 52 €. Pour garantir une répartition équitable des astreintes, celles-ci ne peuvent être assurées de manière systématique par le même infirmier.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour que les indemnités d'astreintes ne soient versées que sur les plages horaires de la PDSA (mentionnées dans le cahier des charges) et donc notamment entre 20 h et 0 h en semaine, de 12 h jusqu'à 0 h le samedi et entre 8 h et 0 h le dimanche et jours fériés.

Afin d'obtenir le paiement des astreintes, l'infirmier devra adresser à sa caisse de rattachement un bordereau qui devra comporter le visa (cachet ou signature) du centre de régulation attestant de sa participation au dispositif et du nombre de périodes effectuées. Le cas échéant, le groupe de travail susmentionné pourra déterminer une autre modalité de déclaration de la participation.

Les principes d'organisation du dispositif de permanence des soins ambulatoires sont déterminés dans les cahiers des charges de la permanence des soins ambulatoires arrêtés par les directeurs généraux des ARS.

B. – **La valorisation de l'intervention des infirmiers volontaires à la demande de la régulation**

A compter de l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale et sous réserve d'une modification préalable de la liste des actes et prestations, il est créé une majoration spécifique MIR "Majoration demande Issue de la Régulation" d'intervention à domicile de 15 € liée à la sollicitation par la régulation de la PDSA ou de la filière ambulatoire du SAS, dès lors que l'intervention s'inscrit dans les conditions fixées par le présent article et les textes en vigueur. Le nombre de majoration MIR est limité à 20 par semaine et par infirmier.

Cette majoration est ponctuelle et s'applique uniquement à l'intervention demandée par la régulation. Si l'infirmier prend en charge le patient à la suite de cette intervention, la majoration n'est plus applicable pour ces actes supplémentaires.

Cette majoration est facturée en sus dans les deux situations de facturation décrites ci-dessous :

– lorsque l'infirmier intervient à la demande de la régulation et réalise au moins un acte infirmier prévu dans la NGAP, l'infirmier bénéficie de la majoration spécifique MIR en plus de la facturation des actes réalisés conformément aux règles de la NGAP. Dans ce cadre, par dérogation au principe de non facturation d'AMI le même jour qu'un forfait de dépendance, la lettre clé AMI pourra être facturée ;
– lorsque l'infirmier intervient à la demande de la régulation et ne réalise pas d'acte infirmier prévu dans la NGAP, l'infirmier facture un nouvel acte dit de "levée de doute" correspondant à un AMI 1,35 à compter de l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. Cet acte n'est cumulable qu'avec les frais de déplacement prévues à l'article 13 de la NGAP et, le cas échéant, avec les majorations d'urgence de nuit, de dimanche et jours fériés, prévue à l'article 14 de la NGAP, ou la majoration jeune enfant (MIE). Cet acte étant par définition isolé, il n'est pas cumulable avec la majoration acte unique (MAU). La majoration MIR est facturable en sus de l'acte de "levée de doute". Aucun autre acte n'est associable.

Dans les deux cas, l'infirmier réalise obligatoirement un retour d'information à la régulation médicale à l'issue de toute intervention effectuée dans ce cadre afin de permettre le suivi et la traçabilité de l'activité, dans le respect des règles déontologiques et de protection des données personnelles. Les modalités précises de ce retour d'information seront discutées dans le cadre du groupe de travail conjoint avec le ministère en charge de la santé.

Par dérogation, lorsque l'infirmier intervient à la demande de la régulation et à condition que son cabinet soit situé à une distance raisonnable du malade, soit dans la limite de 10 km en zone urbaine et de 30 km en zone rurale, il peut facturer des indemnités kilométriques sans application de la règle du professionnel le plus proche (*cf.* article 13 C, alinéa 3, de la NGAP).

Article 5.7

La prise en charge de la dépendance

A. – **Le Bilan de soins infirmiers**

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

Les partenaires conventionnels souhaitent dans ce cadre mettre en place des mesures structurantes pour la profession afin de favoriser le maintien à domicile des patients dépendants par le biais de la réalisation d'un Bilan de soins infirmier (BSI) et la valorisation de la prise en charge qui en découle sous forme de forfaits journaliers.

Ces forfaits sont applicables selon la répartition des patients dans les trois classes suivantes définies au regard de la charge en soins impliquée pour leur suivi par les infirmiers et précisées à l'annexe XI.

– le 1er forfait, pour le suivi des patients identifiés comme ayant une charge en soins dite "légère", est valorisé à hauteur de 13 € par jour et par patient (code prestation BSA) ;

– le 2e forfait, pour le suivi des patients identifiés comme ayant une charge en soins dite “intermédiaire”, est valorisé à hauteur de 18,2 € par jour et par patient (code prestation BSB) ;
– le 3e forfait, pour le suivi des patients identifiés comme ayant une charge en soins dite “lourde”, est valorisé à hauteur de 28,7 € par jour et par patient (code prestation BSC).

L’établissement du BSI (bilan initial) est valorisé par un DI 2,5 (25 €). Le cas échéant, son renouvellement doit intervenir au bout d’un an (bilan de renouvellement) et est valorisé à hauteur d’un DI 1,2 (12 €).

Lorsque l’état de santé du patient le justifie, l’infirmier peut réaliser jusqu’à deux bilans intermédiaires par an, valorisés à hauteur de 12 € chacun.

Par dérogation à l’article 5 et à l’article 14 B. de la NGAP, la fréquence de passages (y compris le dimanche et les jours fériés) est définie par le plan de soins proposé par l’infirmier dans le BSI et validé par le médecin.

Les frais de déplacement sont facturables à chaque passage de l’infirmier au domicile du patient ainsi que les éventuelles majorations applicables dans les conditions définies à la NGAP.

B. – **Les règles de cumul avec le BSI**

Les partenaires conventionnels conviennent de simplifier et de clarifier les règles de cumul avec les actes techniques. Les règles applicables sont celles précisées dans le paragraphe suivant ou à défaut celles inscrites à la liste des actes et prestations (LAP) et ses dispositions générales.

Pour rappel, le forfait journalier BSI est toujours considéré comme le premier acte facturé pour chacun des passages de la journée. Ainsi, bien que facturé une fois par jour, ce forfait est considéré comme le premier acte lors de chaque passage de la journée.

Seuls les actes AMX sont facturables les jours de facturation d’un forfait BSI. Les règles de cumul prévues à la NGAP restent inchangées.

Les actes de l’article 5 *bis* du chapitre II du titre XVI de la NGAP sont considérés pour l’application des règles de cumul comme un seul et unique acte, quel que soit le nombre d’actes différents ou identiques facturés au cours d’une même séance, en dérogation de l’article 11 B des dispositions générales de la NGAP. A compter du 1er janvier 2028, même s’ils sont en deuxième acte, le premier étant toujours le forfait journalier de prise en charge d’un patient dépendant, ils sont facturables à taux plein.

C. – **Majoration portant sur les patients fragiles et très dépendants**

Les partenaires conventionnels s’accordent sur la mise en place d’une majoration MSG (facturable une fois par jour), associée au forfait BSC lorsque le score SEGA total (A+ B) de l’outil BSI du patient est supérieur ou égal à :

– 35, à compter du 1er janvier 2028, représentant environ 25 % des patients BSC ;
– 32, à compter du 1er janvier 2029, représentant environ 40 % des patients BSC.

Cette majoration est valorisée à hauteur de 3,10 €. La CPN suivra les effets de cette mesure et notamment la part des patients BSC qui bénéficient de cette majoration. La CPN pourra être amenée à réévaluer le seuil du score SEGA si les proportions de patients ne correspondent pas aux objectifs quantitatifs de couverture des patients BSC identifiés pour 2028 et 2029.

D. – **L’outil BSI**

Les partenaires conventionnels conviennent de faire évoluer l’outil BSI afin d’en renforcer la lisibilité, la pertinence et l’exploitation du bilan par les médecins, ainsi que, le cas échéant, par d’autres professionnels de santé intervenant dans le parcours de soins du patient.

Les axes de travail prioritaires identifiés sont les suivants :

– adapter la synthèse destinée aux médecins, afin de la rendre plus lisible et directement exploitable en vue de renforcer la coordination entre professionnels de santé ;
– mettre à disposition des autres professionnels de santé une partie des données du BSI grâce au dossier médical partagé, dans le respect de la confidentialité des données du patient.

Des ateliers conjoints réunissant médecins et infirmiers utilisateurs seront organisés afin d’identifier les ajustements à mettre en œuvre. Les conclusions issues de ces travaux seront examinées en CPN, préalablement au lancement des évolutions de l’outil.

Compte tenu de la technicité et de la portée de ces travaux, il est convenu de mettre progressivement en place une phase d’expérimentation au cours du second semestre 2026. Elle sera destinée à évaluer l’impact des ajustements proposés. Selon les résultats constatés et le niveau de complexité des adaptations à opérer, une généralisation pourra être envisagée au plus tôt au cours du premier semestre 2027, après concertation des partenaires conventionnels en CPN.

Article 5.8

Valorisation de la remise du kit de dépistage du cancer colorectal par les infirmiers

A. – **Eligibilité du patient**

Le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal prévoit la réalisation d'un test tous les deux ans pour les personnes âgées de 50 à 74 ans inclus.

Dans ce cadre, les infirmiers libéraux peuvent remettre un kit de dépistage colorectal (DOCCR) aux patients :

– âgés de 50 à 74 ans inclus, éligibles au dépistage organisé ;
– n'ayant pas bénéficié récemment d'un examen, excluant la réalisation de ce test ;
– ne présentant pas un risque élevé ou très élevé de développer un cancer colorectal.

Si la personne âgée de 50 à 74 ans n'est pas éligible parce qu'elle présente un risque élevé ou très élevé de développer un cancer colorectal, l'infirmier l'invite à consulter son médecin traitant ou tout autre médecin désigné par elle pour envisager la prise en charge médicale appropriée.

L'éligibilité à ce dépistage est déterminée à l'aide d'un auto-questionnaire mis à disposition par l'INCa, que le patient remplit avec l'aide de l'infirmier, le cas échéant.

B. – **Le rôle de l'infirmier**

La mission de l'infirmier ou de l'infirmier en pratique avancée est d'accompagner et de conseiller le patient lors de la délivrance du kit, afin que celui-ci réalise son test.

Si le patient est éligible, l'infirmier ou l'infirmier en pratique avancée :

– présente les modalités d'utilisation du kit et précise que le flacon doit être envoyé au laboratoire de biologie médicale à l'aide de l'enveloppe retour pré-remplie et pré-affranchie qui lui est fournie ;
– s'assure de la bonne compréhension de ces modalités par la personne ;
– complète la fiche d'identification figurant à l'intérieur du kit comme suit :
  – si la personne dispose d'une invitation, l'infirmier ou l'infirmier en pratique avancée :
    – s'assure de l'identification correcte du patient sur les étiquettes pré-remplies fournies avec la lettre d'invitation ;
    – colle la grande étiquette sur la fiche d'identification et la petite étiquette sur le flacon de prélèvement, et précise au patient de ne pas oublier de compléter cette dernière en y inscrivant la date de prélèvement lorsqu'elle réalisera son test ;
    – renseigne à la main sur la fiche les coordonnées du médecin traitant ou du médecin désigné par le patient ;
  – si le patient ne dispose pas d'une invitation, l'infirmier ou l'infirmier en pratique avancée :
    – renseigne à la main la fiche d'identification du kit et la petite étiquette avec les coordonnées du patient ;
    – colle l'étiquette sur le flacon de prélèvement et précise au patient de ne pas oublier de la compléter de la date de prélèvement lorsqu'elle réalisera son test ;
    – renseigne à la main sur la fiche les coordonnées du ou des médecin(s) destinataire(s) du résultat du test ;
– remet au patient le kit de dépistage et précise que le kit doit être utilisé avant sa date de péremption ;
– l'informe de l'intérêt et des limites de ce dépistage, des suites éventuelles et de la conduite à tenir en cas de résultat positif ;
– informe de la remise du kit par messagerie sécurisée le ou les médecin(s) destinataire(s) des résultats, sauf en cas d'opposition expresse de la personne ;
– facture un acte traceur via son logiciel métier (remontée dans Resti PS).

Lorsque l'infirmier ou l'infirmier en pratique avancée revoit le patient après la délivrance du kit, il vérifie que le test a été réalisé et, dans le cas contraire lui rappelle l'importance de se faire dépister.

Pour remplir l'obligation d'information du médecin traitant, l'infirmier enregistre dans le DMP du patient lorsqu'il est ouvert, la remise de ce kit grâce à la note de dépistage qui figure en annexe XII.

Un suivi sera réalisé afin de mesurer l'impact de cette nouvelle modalité de remise du kit, notamment grâce aux indicateurs suivants :

– évolution du taux de dépistage régional et national ;
– taux de kits remis par les infirmiers et les infirmiers en pratique avancée (nombre de kits remis divisé par le nombre de kits commandés) ;
– taux de dépistage faisant suite à la remise d'un kit par les infirmiers et les infirmiers en pratique avancée (nombre de tests réalisés divisé par le nombre de kits remis).

Ce suivi sera présenté et discuté en CPN.

C. – **La prise en charge et la rémunération**

La prise en charge de l'acte par l'assurance maladie est de 100 %.

Cette démarche est rémunérée comme suit :

– la remise de kit est rémunérée 3 € et facturée par le code acte traceur [RKD]. Ce tarif est majoré d'un coefficient de 1,05 dans les départements et collectivités d'outre-mer ;
– lorsque le patient réalise le test à la suite de la remise du kit par l'infirmier ou un infirmier en pratique avancée, ce dernier est rémunéré 2 € de plus. Ce tarif est majoré d'un coefficient de 1,05 dans les départements et collectivités d'outre-mer. Le montant total dû pour le nombre de tests réalisés au cours d'une année sera versé par un paiement annuel au deuxième trimestre de l'année suivante.

Article 5.9

Enjeux écologiques

A. – **Engagement éco-responsable**

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de prendre en compte les enjeux écologiques dans le domaine de la santé, dans un objectif de :

– réduire l'impact environnemental de la pratique des infirmiers ;
– la prévention des risques environnementaux et la promotion de la santé environnementale.

Il est essentiel de former l'ensemble des acteurs du système de santé aux enjeux de la transformation écologique du système de santé, de la santé environnementale et de l'adaptation aux changements climatiques.

Un groupe de travail pour la construction d'une démarche écoresponsable du cabinet sera mis en place.

B. – **Expérimentation "AntiGaspi"**

Les partenaires conventionnels reconnaissent l'importance du rôle des infirmiers dans la lutte contre le gaspillage des produits de santé et s'accordent pour suivre de manière rapprochée, dans le cadre de la CPN, la mise en œuvre de l'expérimentation "AntiGaspi" lancée à cette fin en 2026 sur dix-huit départements avec des infirmiers volontaires. Les produits de santé représentent en effet le premier poste d'émissions de gaz à effet de serre du système de santé et sont par ailleurs à l'origine de pollutions des écosystèmes. Aussi, en complément des efforts de décarbonation des filières de production, il est essentiel d'actionner les leviers permettant de limiter le volume de produits non utilisés et jetés.

L'objectif de cette expérimentation est de réduire le gaspillage des produits de santé des patients pris en charge à domicile par un infirmier en s'appuyant sur la coordination pluriprofessionnelle (notamment, infirmier, médecin, pharmacien) et l'accompagnement des patients. L'expérimentation repose en effet sur l'idée que l'intervention à domicile permet de constater certaines problématiques parfois difficiles à détecter en dehors. De plus, le partage d'information entre les professionnels intervenant autour du patient est une des clés pour limiter le gaspillage et peut faciliter la réévaluation de prescriptions, la pertinence des délivrances à l'officine et le renforcement de l'accompagnement thérapeutique du patient lorsque c'est nécessaire au regard de la situation identifiée.

En fonction des résultats observés, les partenaires discuteront des évolutions éventuelles à intégrer à la convention, ce qui pourra notamment impliquer un renforcement de la coordination pluriprofessionnelle et du rôle des infirmiers dans la conciliation médicamenteuse.

Article 5.10

L'infirmier référent

En lien étroit avec le médecin traitant et le pharmacien correspondant, l'infirmier référent a pour mission de favoriser la coordination des soins, assurer une mission de prévention, de suivi et de recours pour les patients atteints d'une ALD nécessitant des soins infirmiers réguliers.

Ce statut permet d'intégrer davantage les infirmiers dans le parcours de soins des patients atteints d'une ALD. Les partenaires conventionnels s'accordent pour développer progressivement les conditions permettant aux infirmiers référents d'être identifiés par les différents acteurs du parcours de soins des patients et organisations territoriales (établissements de santé et médico-sociaux, dispositifs d'appui à la coordination, centre de ressources territorial, communauté professionnelle territoriale de santé, etc.) afin d'améliorer la coordination des soins et la qualité de prise en charge des patients.

En complément, les partenaires conventionnels s'accordent sur la mise en place d'un suivi renforcé pour certains profils de patients, âgés ou en situation de handicap, et qui ne peuvent accéder à une consultation médicale sans l'aide d'un transport sanitaire. Ce suivi renforcé est organisé dans un cadre coordonné avec le médecin traitant.

Plusieurs infirmiers exerçant au sein d'un même cabinet peuvent être conjointement désignés infirmiers référents.

A. – **Le choix de l'infirmier référent**

Les assurés, ou ayants-droit âgés de 16 ans ou plus, en ALD qui le souhaitent peuvent désigner un infirmier référent avec l'accord de ce dernier. Les assurés peuvent bénéficier d'un infirmier référent et/ou d'un IPA référent. Lorsque l'assuré ou l'ayant droit est mineur, la déclaration de l'infirmier référent est réalisée avec l'accord d'au moins un des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale.

La déclaration d'un infirmier référent tient compte du libre choix du patient.

Les infirmiers exerçant au sein du cabinet de l'infirmier référent peuvent se suppléer entre eux en cas d'absence de l'infirmier référent et si la situation le nécessite.

Une procédure de déclaration sera déployée par l'assurance maladie pour permettre aux assurés de déclarer leur (s) infirmier(s) référent(s). Elle se formalisera par une déclaration en ligne remplie par l'infirmier avec l'accord du patient et à l'aide de sa Carte Vitale, ou par l'établissement d'un formulaire "Déclaration de choix d'infirmier(s) référent(s)" cosigné par l'assuré ou son représentant et l'infirmier. Cette déclaration s'effectue obligatoirement lors d'un contact en présentiel avec le patient.

La transmission s'effectuera respectivement par voie électronique via les téléservices pour la déclaration en ligne ou par envoi papier par l'infirmier.

L'assuré peut changer à tout moment d'infirmier référent et sera notifié de ce changement, tout comme l'ancien infirmier référent.

Les partenaires conventionnels suivront le développement de l'outil de télédéclaration lors des CPN.

B. – **Le partage d'informations et la continuité ville–hôpital**

L'infirmier référent veille à alimenter régulièrement le DMP et s'engage à y consigner les données nécessaires au suivi du patient.

Son rôle de coordination renforcée en fait un interlocuteur privilégié en cas d'hospitalisation des patients dont il est référent, assurant ainsi une continuité des soins entre la ville et l'hôpital. Les partenaires conventionnels reconnaissent qu'il est impératif que l'infirmier référent, ainsi que l'IPA le cas échéant, puissent être destinataires des bulletins de liaison de sortie d'hospitalisation et tout autre document nécessaire au bon suivi des patients dont il est référent.

Des travaux seront menés avec la HAS et les acteurs hospitaliers afin d'apporter des améliorations au bulletin de liaison de sortie d'hospitalisation adressé au médecin traitant afin que celui-ci soit aussi systématiquement transmis à l'infirmier et/ou l'IPA référent.

C. – **Mise en place d'un parcours de suivi renforcé pour des patients particulièrement vulnérables**

Les personnes très âgées, présentant un handicap ou poly-pathologiques nécessitent une surveillance et un suivi adapté à leur état de santé afin de prévenir et d'éviter les situations susceptibles de les amener à une plus forte dépendance ou à une hospitalisation. Une partie de ces patients ne peut plus se rendre au cabinet de son médecin et se trouve donc dans une situation d'accès aux soins fortement dégradées.

En s'appuyant sur des expérimentations d'organisation locales concluantes, les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place un parcours de suivi renforcé pour certains profils de patients. En s'appuyant sur une collaboration efficace et rémunérée, le parcours vise à mettre en place un suivi de proximité, à domicile par l'infirmier référent, et coordonné avec le médecin traitant.

A compter du 1er juillet 2027, le parcours de suivi renforcé pour certains profils de patients est mis en place à l'initiative du médecin traitant ou de l'infirmier référent après concertation entre eux.

Ce parcours s'appuiera sur l'élaboration d'un plan de suivi personnalisé au moment de l'inclusion du patient. Suivent ensuite des visites mensuelles à domicile réalisée par l'infirmier référent dont les modalités seront définies dans le cadre des consultations infirmières du présent avenant.

Le plan de suivi personnalisé doit être élaboré conjointement avec le médecin traitant et peut notamment se faire dans le cadre d'une visite conjointe au domicile du patient.

Les partenaires conventionnels définiront les conditions d'éligibilité précises des patients ainsi que les modalités pratiques de ce parcours dans le cadre de groupes de travail courant 2026. Un groupe de travail paritaire dédié sera installé dans un délai maximal de deux mois suivant la publication du présent avenant.

Les conclusions du groupe de travail seront présentées et soumises à validation en CPN.

Article 5.11

Les infirmiers "Equilibres"

Le présent accord pose les premières étapes en vue de la généralisation de l'expérimentation "Equilibres" (article 51) sur le champ des soins. Les partenaires conventionnels reconnaissent que le modèle expérimenté est un modèle global qui repose non seulement sur une prise en charge en soins mais aussi sur une formation et un accompagnement et que des discussions se poursuivent par ailleurs sous l'égide du ministère de la Santé sur les éventuels autres soutiens financiers, notamment sur le volet de la formation.

L'infirmier optant pour l'exercice dans le cadre du dispositif Equilibres doit respecter la procédure prévue à l'article 12 *ter*. Ce mode d'organisation et de rémunération horaire alternatif se substitue à la NGAP.

A. – **La prise en charge et la rémunération**

L'activité des infirmiers intégrant le dispositif est valorisée via une double rémunération, répartie comme suit :

– une rémunération, sur la base d'un taux horaire de 54 € en métropole et 57 € dans les DROM, facturée **selon le temps réellement passé auprès du patient.** Elle s'applique en fonction des **grands ensembles d'actes** décrits ci-après. L'activité infirmière repose essentiellement sur les soins réalisés auprès des patients bien que du temps de déplacement vers le domicile ou du temps de coordination auprès d'autres acteurs soit également effectué. Les partenaires conventionnels reprennent les mêmes dispositions que lors de l'expérimentation avec un taux horaire facturable uniquement pour le temps passé auprès du patient.

L'infirmier "Equilibres" renseigne le **code correspondant au(x) grand(s) ensemble(s)** de soins infirmiers effectivement réalisés et indique, **en guise de coefficient**, le **temps en minutes consacré à chacun de ces ensembles** :

Nom du grand ensemble	Nom code prestation
Prélèvement/saignée	EQA
Injection (toutes voies d'abord), hors vaccination	EQB
Vaccination/test tuberculinique	EQC
Pansements et soins de plaie	EQD
Soins infirmiers sur l'appareil digestif	EQE
Soins infirmiers sur l'appareil génito-urinaire	EQF
Soins infirmiers sur l'appareil respiratoire	EQI
Administration et surveillance de thérapeutique orale par voie orale, sonde nasogastrique ou stomie	EQJ
Soins et surveillance de perfusion	EQK
Soins et surveillance de diabète (y compris injections, pansement, contrôle glycémique, observation des pieds)	EQL
Surveillance PRADO ou RAAC	EQM
Coordination et transmissions	EQN
Actes de dépistage et prévention	EQO
Soins relationnels	EQP
Soins de nursing	EQQ
Autres actes techniques	EQR

Le cahier des charges relatif à l'expérimentation 51 décrivait notamment les contours de la consultation Equilibres, qui peuvent continuer à s'appliquer dans le cadre des forfaits soins.

– une part variable selon l'atteinte des objectifs ci-dessous, plafonnés à 2 000 €/an et répartis comme suit :
  – 500 € si la file active dépasse 400 patients ;
  – 500 € si la part de patients âgés de plus de 60 ans est supérieure à celle des IDEL du même territoire (de plus de 15 %) ;
  – 500 € si la part de patients en affection de longue durée est supérieure à celle des IDEL du même territoire (de plus de 15 %) ;
  – 500 € si la part de patients présentant une poly-pathologie est supérieure à celle des IDEL du même territoire (de plus de 15 %).

Ce mécanisme vise à reconnaître à la fois la qualité et l'intensité de l'engagement des infirmiers dans ce cadre innovant.

Selon les travaux relatifs à la refonte du métier infirmier et les groupes de travails relatifs aux consultations infirmières mentionnés à l'article 5.1 de la présente convention, une évolution des grands ensembles pourra être entreprise.

Les infirmiers du dispositif pourront bénéficier du FAMI à compter de l'année 2027 (et versé en 2028).

B. – **Engagements d'activité à atteindre**

Les partenaires conventionnels s'accordent sur les engagements d'activité suivants pour les infirmiers intégrant le dispositif Equilibres :

– atteindre une file active de minimum 360 patients par an ;

– disposer d'une structure de patientèle similaire à celle des IDEL du même territoire, notamment en ce qui concerne les critères d'âge (60 ans et plus), les patients en situation d'ALD et sur une cartographie de pathologies.

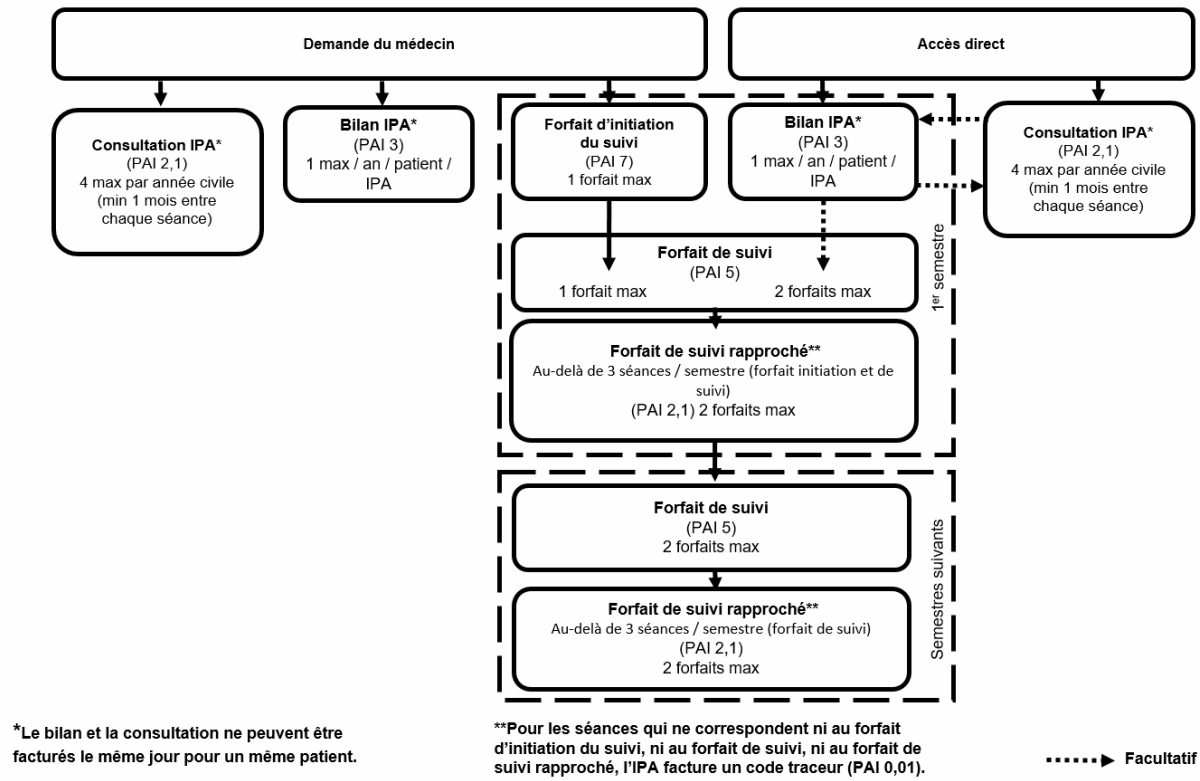
Ces indicateurs seront analysés annuellement et pourront servir de justificatif pour l'exclusion du dispositif des infirmiers présentant une file active nettement plus faible ou avec une atypie marquée de patientèle non justifiée.

Article 5.12

Les infirmiers en pratique avancée

Les mesures tarifaires ci-après entrent en vigueur à l'issue du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

La valorisation de l'activité des IPA dépend du parcours de prise en charge des patients :



Les partenaires conventionnels suivront le développement du métier IPA libéral en ville et notamment le déploiement d'un exercice exclusif IPA. Des points d'étapes réguliers seront présentés en CPN et, en cas de difficulté dans le développement du métier, des ajustements pourront être proposés.

A. – La valorisation de l'accompagnement des patients orientés par les médecins vers les infirmiers en pratique avancée pour un suivi régulier

Pour un suivi régulier après adressage par un médecin, l'IPA est rémunéré par un forfait de suivi. Un forfait peut être facturé dès lors qu'au moins une consultation avec le patient a eu lieu sur la période.

Sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, les modalités de facturation des forfaits sont définies comme suit :

– un premier forfait dénommé "forfait d'initiation du suivi", valorisé à hauteur de 70 € (PAI 7), est facturable par l'IPA une fois par patient lorsque celui-ci lui est confié par le médecin, au titre de la première consultation réalisée en présentiel ;

– un deuxième forfait dénommé "forfait de suivi", valorisé à hauteur de 50 € (PAI 5), est ensuite facturable par l'IPA deux fois maximum par semestre (une seule fois le premier semestre de la première année de prise en charge, à la suite de la facturation du forfait d'initiation du suivi), dès lors qu'au moins une consultation (en présentiel ou à distance) avec le patient a eu lieu au cours du semestre. Par la suite, ce forfait est facturable quatre fois par an, soit deux fois par semestre.

Si un suivi nécessite plus de trois consultations au cours du semestre, la 4e et la 5e consultation peuvent être facturées sous la forme d'un forfait de "suivi rapproché" (21 €, PAI 2,1). Pour les consultations qui ne peuvent être facturées comme "forfait d'initiation du suivi", "forfait de suivi" ou "forfait de suivi rapproché", l'IPA facture un acte traceur (PAI 0,01).

Au moins un forfait de suivi par an doit correspondre à une consultation en présentiel, le reste de la prise en charge peut être réalisé à distance.

La majoration liée à l'âge du patient défini au D du présent article peut, le cas échéant, être associée à ces forfaits d'initiation ou de suivi.

Les forfaits d'initiation et de suivi visent à valoriser les interventions de l'IPA réalisées pour le suivi du patient au cours du semestre de prise en charge et notamment :

– la vérification de l'éligibilité du patient au suivi par l'IPA ;
– le bilan global ou la surveillance et les conclusions cliniques ;
– les actions d'éducation, de prévention (toutes les vaccinations sont notamment comprises dans le forfait) et de dépistage ;
– l'activité de concertation et de coordination auprès des médecins qui leur confieraient des patients pour assurer leur suivi au long cours mais aussi auprès des autres acteurs de santé amenés à assurer la prise en charge de ces patients ;
– les activités transversales décrites dans le code de la santé publique.

B. – La valorisation de l'accompagnement des patients orientés ponctuellement par les médecins vers les IPA pour une consultation IPA

Lorsque le patient est orienté par le médecin ou s'adresse directement à l'IPA pour un motif ponctuel, l'IPA peut être rémunéré par un "bilan IPA" ou une "consultation IPA".

1. Le bilan réalisé par l'infirmier en pratique avancée

Le "bilan IPA" est réalisé pour un patient qui ne bénéficierait pas d'un suivi dans le cadre de la pratique avancée. Il est valorisé à hauteur de 30 € (PAI 3).

Ce bilan, réalisé en présentiel, peut-être facturé au maximum une fois par an par patient et par IPA en ville et par domaine d'intervention au sens de l'article R. 4301-2 du code de la santé publique. Il permet la réalisation d'une anamnèse, un examen clinique, la réalisation d'actes techniques le cas échéant, des mesures de prévention (secondaire ou tertiaire), d'éducation thérapeutique et si besoin la réalisation de prescriptions. A l'issue du bilan, un compte rendu sera adressé au médecin ayant orienté le patient vers l'IPA ou, en cas d'accès direct, au médecin traitant désigné par le patient.

Ce compte rendu est intégré par l'IPA dans le DMP du patient lorsqu'il est ouvert. Cette intégration s'effectue dans les conditions définies par les articles L. 1111-14 et suivants et R. 1111-30 et suivants du code de la santé publique relatifs aux conditions d'alimentation du DMP et aux conditions d'accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.

La majoration liée à l'âge du patient, définie au D du présent article, peut être associée à ce bilan.

2. La réalisation de consultations par les infirmiers en pratique avancée

Sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, une "consultation IPA" réalisée en présentiel pour un patient qui ne bénéficie pas d'un suivi dans le cadre de la pratique avancée, est valorisée à hauteur de 21 € (PAI 2,1) au maximum quatre fois par année civile (avec un minimum d'un mois entre chaque consultation). Cette consultation peut correspondre à la réalisation d'un ou plusieurs actes techniques relevant du champ de compétences propre de l'IPA (actes définis dans le cadre de l'arrêté du 18 juillet 2018 modifié). Elle ne peut pas être facturée le même jour qu'un bilan IPA.

La majoration liée à l'âge du patient défini au D du présent article peut être associée à cette consultation ainsi que les majorations de nuit, dimanche et jours fériés, prévues à l'annexe I.

C. – La valorisation de l'accès direct du patient vers les IPA dans l'exercice coordonné

Lorsque le patient s'adresse directement à l'IPA dans les conditions définies par le code de la santé publique, l'IPA réalise initialement un "bilan IPA" ou une "consultation IPA" :

– un "Bilan IPA" tel que décrit au B. 1 du présent article, valorisé à hauteur de 30 € (PAI 3), est facturable par l'IPA une fois au titre de la première consultation en accès direct, réalisée en présentiel avec le patient. A la suite de ce bilan, si la prise en charge nécessite un soin ponctuel, l'IPA réalise une "Consultation IPA" ;
– une "Consultation IPA" telle que décrit au B. 2 du présent article, valorisée à hauteur de 21 € (PAI 2,1), est facturable par l'IPA une fois au titre de la première consultation en accès direct, réalisé en présentiel avec le patient. Suite à cette consultation IPA, si la prise en charge nécessite un suivi, l'IPA réalise un "Bilan IPA".

A la suite du bilan, la prise en charge en accès direct pour un patient qui nécessite un suivi se déroule comme suit :

– le "forfait de suivi", valorisé à hauteur de 50 € (PAI 5), est facturable deux fois par semestre, soit quatre fois par an par l'IPA (y compris la première année de prise en charge), dès lors qu'au moins une consultation (en présentiel ou à distance) avec le patient a eu lieu au cours du semestre au titre duquel le forfait de suivi est facturé ;

– si un suivi nécessite plus de trois consultations au cours du semestre, la 4e et la 5e consultation peuvent être facturées sous la forme d'un forfait de "suivi rapproché" 21 € (PAI 2,1). Pour les consultations qui ne peuvent être facturées comme "forfait d'initiation du suivi", "forfait de suivi" ou "forfait de suivi rapproché", l'IPA facture un acte traceur (PAI 0,01). Un forfait peut être facturé dès lors qu'un minimum d'une consultation avec le patient a eu lieu sur la période.

Au moins un forfait de suivi par an doit correspondre à une consultation en présentiel, le reste de la prise en charge peut être réalisé à distance.

La majoration liée à l'âge du patient défini au D du présent article peut, le cas échéant, être associée aux forfaits de "Bilan IPA", à la "Consultation IPA" et au "Forfait de suivi".

D. – **Dispositions communes à la valorisation de l'accompagnement des patients par l'IPA**

La majoration liée à l'âge du patient (pour les enfants de moins de 7 ans et pour les patients âgés de 80 ans et plus) dénommée "majoration MIP" peut être associée à la facturation des forfaits d'initiation, de suivi, de la consultation IPA et du bilan IPA. Cette majoration est valorisée à hauteur de 3,90 €.

Les majorations de nuit, dimanche et jours fériés définies à l'annexe I peuvent être associées aux "consultations IPA".

Les frais de déplacement sont facturables à chaque passage de l'infirmier en pratique avancée au domicile du patient dans les conditions définies à la NGAP.

Par dérogation, la règle inscrite à l'article 13 de la NGAP selon laquelle "le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un infirmier ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport à l'infirmier, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade" ne s'applique pas pour les patients pris en charge par les infirmiers en pratique avancée.

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

A l'exception de la première consultation avec le patient "forfait d'initiation du suivi", de la "consultation IPA" et du "bilan IPA" nécessitant une consultation en présentiel avec le patient, le suivi de ce dernier (forfaits de suivi) par l'infirmier en pratique avancée peut être réalisé à distance par vidéotransmission dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques des patients. Au moins une consultation en présentiel doit cependant avoir lieu dans l'année.

E. – **La facturation des bilans de prévention par l'infirmier en pratique avancée**

Les bilans de prévention sont rémunérés via le code prestation RDI.

L'article 5 de l'arrêté du 28 mai 2024, applicable aux infirmiers et aux IPA, précise que seule la facturation d'une vaccination en complément du bilan de prévention est autorisée. Ainsi, un IPA peut réaliser un bilan de prévention (cotation RDI) et facturer le même jour un acte de vaccination en sus (AMI 2.4 ou AMI 3.05).

Le bilan prévention ne peut faire l'objet d'aucun dépassement d'honoraire. Aucune majoration ne peut être facturée en sus, autre que la vaccination. Dans le cas où l'entretien de prévention est réalisé à domicile, des frais de déplacement sont facturables dans les conditions prévues par la convention nationale. Enfin, l'entretien de prévention ne peut être facturé qu'une fois par individu et par tranche d'âge, quel que soit le professionnel effecteur.

Article 5.13

Le rôle des infirmiers pour la vaccination à domicile

Compte tenu du rôle essentiel des infirmiers dans l'amélioration de la couverture vaccinale des patients, et dès lors que l'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 prévoit que les professionnels de santé puissent s'approvisionner et détenir des vaccins, les partenaires conventionnels conviennent d'ouvrir des discussions relatives à la prise en charge de ces nouvelles modalités dès lors que le cadre réglementaire le permettant aura été adopté. »

Article 4

Mise en œuvre et cadrage de la réforme de la profession infirmières

Après l'article 12 *bis*, un nouvel article ainsi rédigé est inséré :

« Article 12 ter

Conditions particulières d'exercice des infirmiers "Equilibres"

Les partenaires conventionnels s'accordent sur les étapes initiales permettant de poser les jalons de la généralisation de l'expérimentation portée par l'article 51 "Equilibres" ayant reçu un avis favorable du 18 décembre 2023 du Conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS). L'objectif de ce dispositif est de promouvoir un système de prise en charge en équipe d'IDE, focalisé sur l'autonomisation et la qualité de vie des patients en s'appuyant sur une nomenclature différente de la NGAP.

Les partenaires conventionnels suivront en CPN le développement de ce nouveau mode d'organisation et de rémunération des infirmiers libéraux, substitutif aux actes, qui reste dans une phase d'observation et qui ne devra pas entrainer de différence positive importante dans les montants de rémunération avec la tarification à l'acte.

A compter du 1er janvier 2027, sont éligibles à l'intégration de ce dispositif, les infirmiers libéraux répondant à l'ensemble des critères suivants :

– avoir au moins cinq années continues d'expérience en tant qu'infirmier libéral conventionné ;
– exercer au sein d'une équipe composée d'au moins trois IDEL titulaires ;
– intervenir dans une zone intermédiaire à très sous-dotée ;
– exercer en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ;
– avoir préalablement suivi deux formations initiales, d'une part sur la démarche clinique guidée par l'utilisation du référentiel "OMAHA System", et d'autre part, sur l'exercice en équipe et en coordination interne entre infirmiers, assurées par un organisme de formation agréé.

Ces critères d'éligibilités pourront faire l'objet d'ajustements à valider en CPN au regard de l'éligibilité des candidatures reçues afin de favoriser la constitution de nouvelles équipes, dans la limite du nombre maximal déterminé au C. du présent article. Le critère de zonage pourra notamment être adapté au regard des spécificités territoriales constatées.

Les cabinets déjà présents dans l'expérimentation peuvent rester dans le dispositif conventionnel, même si les 1er, 3e ou 4e critères ne sont pas respectés.

Les éventuels infirmiers remplaçants doivent respecter les mêmes critères que les infirmiers qu'ils remplacent. S'agissant du 1er critère, les infirmiers remplaçants doivent disposer de cinq années continues d'expérience en tant qu'infirmier libéral.

L'examen des dossiers des équipes d'infirmiers souhaitant intégrer le dispositif sera réalisé par les services de l'assurance maladie, qui s'assureront que les équipes candidates remplissent l'ensemble des critères définis par la présente convention et informeront chaque équipe sous sept jours soit de l'incomplétude de son dossier, soit de sa transmission pour examen à leur caisse de rattachement.

Dans un délai maximal de quarante-cinq jours à compter de la réception du dossier complet, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie saisit la CPD pour avis sur la demande de l'équipe d'infirmiers d'intégrer le dispositif Equilibres.

La CPD, à compter de la réception du dossier complet, rend alors un avis dans un délai de trente jours suivant sa saisine.

Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie notifie à l'équipe d'infirmiers concernée sa décision dans un délai de quinze jours suivant l'avis de la CPD.

Les modalités administratives nécessaires à l'intégration dans le dispositif seront précisées dans une instruction dont la rédaction sera partagée avec les parties signataires.

A. – **Engagements des infirmiers Equilibres**

Tout infirmier souhaitant intégrer le dispositif conventionnel doit s'engager à :

– exercer exclusivement dans le cadre du dispositif Equilibres, excluant ainsi toute facturation via la NGAP ou actes non prévus dans le référentiel OMAHA ;
– procéder dans les cinq jours suivant la prise en charge d'un nouveau patient, à l'évaluation multidimensionnelle de sa situation au moyen du référentiel standardisé OMAHA, à l'exception de la prise en charge de patients pour des actes uniques qui ne le justifient pas. La situation du patient sera réévaluée selon le même référentiel quand cela est nécessaire, et *a minima* tous les trois mois ;
– définir un référent pour chaque patient par cabinet, chargé notamment de la bonne saisie des informations de démarche clinique et de transmission d'information (et intégration au DMP), en mobilisant des observations écrites des infirmiers, sur la situation des patients (autonomie, alimentation, psycho social, etc.), le suivi de leurs traitements ou de leurs dispositifs médicaux, mobilisables ;
– accueillir, au cours de la première année, un "intervenant habilité en facilitation d'équipe" pour une session collective mensuelle ;
– organiser une réunion de concertation entre les infirmiers du cabinet, dédiée aux dossiers patients toutes les deux semaines ;
– atteindre les objectifs définis au B de l'article 5.11 de la présente convention ;
– utiliser la messagerie sécurisée pour les retours d'information aux médecins traitants ;
– utiliser le service numérique permettant la démarche clinique guidée/tracée (OMAHA System) et disposer d'un logiciel de facturation compatible avec le dispositif, garantissant une facturation conforme aux grands ensembles présentés au A de l'article 5.11 de la présente convention.

Dans le cadre de la déclaration de leur activité, les infirmiers sont tenus de respecter les règles suivantes :

– déclarer uniquement le temps réel effectivement passé auprès du patient pour assurer les actes correspondant aux grands ensembles. Sont donc notamment exclus le temps de trajet, les tâches administratives en lien avec le suivi du patient, le temps de coordination avec d'autres professionnels de santé, etc. ;

– indiquer précisément les temps horaires réels de prise en charge de chaque patient, en utilisant un ou plusieurs des grands ensembles de facturation. Le constat de journées continues de soin sera considéré comme une inobservation des règles de tarification et pourra justifier une demande de recouvrement ;
– transmettre les prescriptions médicales permettant de justifier les soins réalisés par les IDEL notamment via SCOR.

B. – **Congés et arrêts dans le cadre du dispositif Equilibres**

Il est impératif que chaque équipe Equilibres soit constituée *a minima* de trois infirmiers titulaires afin de garantir une organisation cohérente et solidaire permettant d'assurer la continuité des soins. Cette exigence découle du modèle de travail en équipe promu par le dispositif, qui vise à favoriser la continuité et la qualité des soins par un engagement collectif.

En cas d'absence prolongée (en raison d'un congé, un arrêt, une formation etc.) ou de sortie du dispositif de l'un des infirmiers de l'équipe, le cabinet peut exceptionnellement fonctionner avec un effectif inférieur au seuil d'éligibilité pendant une durée maximale de six mois. Au-delà de ce délai, et faute de pouvoir reconstituer l'effectif minimal, le cabinet sera contraint de sortir du dispositif Equilibres et pourra alors reprendre une activité sous le régime de la NGAP.

Il appartiendra aux services de l'assurance maladie de gérer et notifier la sortie des équipes infirmières du dispositif et d'assurer la remontée régulière de ces informations auprès de la CNAM, notamment en cas de difficulté d'une équipe à atteindre les critères d'éligibilité au dispositif.

Les équipes intégrant le dispositif peuvent, à tout moment, notifier à la leur caisse de rattachement leur souhait de se désengager.

C. – **Le déploiement et le suivi du dispositif Equilibres**

Le dispositif Equilibres sera déployé de manière progressive sur une période de deux ans, afin de garantir un suivi à moyen et long terme des effets observés, ainsi que de l'atteinte des objectifs fixés pour les infirmiers.

Cette temporalité permet de recueillir des données précises et significatives, indispensables à une évaluation rigoureuse et à l'ajustement optimal du dispositif.

Sur cette période, les partenaires conventionnels fixent un objectif de deux cents (200) équipes rejoignant le dispositif, en plus des trente-cinq (35) équipes déjà déployées dans le cadre de la phase expérimentale. Pour ces équipes déjà en place, les effectifs sont gelés sauf demande exceptionnelle et justifiée. Tout remplacement demeure possible en cas de départ, mais aucun accroissement des effectifs ni création de postes supplémentaires n'est autorisé. En cas de départ d'un infirmier appartenant à l'une de ces équipes, son remplacement pourra intervenir, sous réserve que le nouvel infirmier remplisse l'ensemble des critères suivants :

– avoir au moins cinq années continues d'expérience en tant qu'infirmier libéral conventionné ;
– exercer au sein d'une équipe composée d'au moins trois IDEL titulaires ;
– avoir préalablement suivi deux formations initiales, d'une part sur la démarche clinique guidée par l'utilisation du référentiel "OMAHA System" et d'autre part, sur l'exercice en équipe et coordination interne entre infirmiers, assurées par un organisme de formation agréé.

Des points d'étape intermédiaires seront organisés une fois par an, en CPN, au cours desquels il sera présenté l'état d'avancement du dispositif. Ces bilans permettront de vérifier la bonne application des engagements, d'identifier d'éventuelles difficultés et d'ajuster, si nécessaire, les modalités du dispositif, notamment les critères d'inclusion et la cible d'enrôlement des infirmiers.

Un bilan sera réalisé au cours de la troisième année de déploiement. Ce bilan aura pour objectif de confirmer ou non le maintien du dispositif, à partir de critères clairs :

– la dynamique des files actives ;
– la structure et l'évolution de la patientèle selon les profils ;
– les dépenses observées en lien avec le dispositif.

Au regard des conclusions du bilan, les partenaires conventionnels conviennent alors d'ouvrir la négociation d'un avenant, afin de s'accorder sur les mesures à prendre pour pérenniser le dispositif et adapter les paramètres de cette modalité particulière d'exercice tels que décrits dans le présent article 12 *ter* et notamment les critères d'éligibilité, ainsi qu'à l'article 5.11.

Un groupe de travail réunissant l'Uncam et l'Unocam sera mis en place afin de faciliter le déploiement de ce dispositif et son co-financement. »

Partie III

Mise en cohérence et clarification rédactionnelle de la convention ainsi que de la nomenclature

Article 5

Champ d'application de la convention

L'article 2 « Champ d'application de la convention » est modifié comme suit :

I. – Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

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

II. – Après le troisième alinéa, est inséré l'alinéa suivant :

« La présente convention est également applicable aux infirmiers salariés d'un membre d'une profession à compétence médicale ou d'un directeur de laboratoire, dès que les soins sont tarifés à l'acte. »

Article 6

Adaptations apportées à la méthodologie du zonage

I. – L'article 3.2.1 « Délimitation des zones » est modifié comme suit :

1° Après le second alinéa, les dispositions suivantes sont insérées :

« La notion de "population française totale" s'entend comme étant la population de la France entière, hors population de Mayotte. » ;

2° Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Au niveau régional, les parts de population précédemment définies pour chaque type de zone peuvent évoluer en fonction de la mise à jour de l'indicateur APL utilisé par la DREES.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels s'engagent à mener des travaux avec la DREES visant à adapter la maille géographique prise en compte dans le zonage, aux spécificités locales.

Les nouveaux zonages, publiés *a minima* tous les deux ans entreront en vigueur sous réserve de la publication des arrêtés prévus par l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. »

III. – Les titres C et D de l'article 3.3.2 sont supprimés.

IV. – A la fin de l'article 3.4.3, l'alinéa suivant est inséré :

« Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de travailler ensemble à une meilleure articulation entre les SSIAD et les IDEL, afin d'optimiser la complémentarité de leurs offres respectives et de garantir une prise en charge continue et adaptée des besoins des patients dans les zones concernées. »

V. – Les annexes VI et VII de la convention sont supprimées.

Article 7

Conditions de réattribution d'un conventionnement en zone sur-dotée

L'article 3.4.1 est modifié comme suit :

I. – Après le troisième alinéa du titre A, les dispositions suivantes sont insérées :

« L'infirmier dispose d'un délai maximal de six mois pour céder son activité et désigner un successeur. Passé ce délai, la reprise de patientèle n'est plus justifiée, celle-ci étant réputée avoir été redistribuée entre les autres cabinets du secteur.

Lorsqu'un infirmier "cédant" n'a pas suivi de patient sur la zone au cours des deux années précédant sa cessation d'activité, il faut considérer qu'aucune patientèle n'est à reprendre sur cette zone. En conséquence, la place ne peut être réattribuée à un autre infirmier.

Lorsque la succession intervient dans le cadre d'une reprise conforme à l'ensemble des conditions de conventionnement, l'organisme local d'assurance maladie informe la CPD de l'enregistrement des demandes de conventionnement. Cette information peut être réalisée par voie électronique.

En cas d'arrêt brutal et définitif de l'activité d'un infirmier pour cause de force majeure, l'organisme local d'assurance maladie sollicite les héritiers de l'infirmier concerné, ou à défaut les membres du cabinet, afin de désigner un successeur conformément aux conditions prévues au C du présent article. »

II. – Au premier alinéa du B, après les termes : « pour avis sur la demande de conventionnement », les dispositions suivantes sont insérés : « en cas de dérogation au principe de régulation du conventionnement en zone sur-dotée, telles que prévues à l'article 3.4.2 de la présente convention ».

Article 8

Aides incitatives aux infirmiers en pratique avancée

I. – Après l'article 3.3.2, les articles suivants sont insérés :

« Article 3.3.3

L'aide à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée

Une aide conventionnelle à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée peut être versée aux infirmiers éligibles. Cette aide financière vise à accompagner les infirmiers libéraux qui se forment au métier d'infirmier en pratique avancée et a pour objet de compenser en partie la perte d'activité de l'infirmier durant cette formation. Cette aide s'ajoute, le cas échéant, aux aides locales.

Sont éligibles à cette aide, les infirmiers conventionnés installés en libéral qui s'engagent dans une formation universitaire d'infirmier en pratique avancée et dont les honoraires sans dépassement correspondant à l'activité libérale au titre de l'année N-1 dépassent le montant de 15 000 €.

Le montant total de l'aide versé en une fois est de :

– 15 000 € pour les infirmiers libéraux exerçant en métropole ;
– 17 000 € pour les infirmiers libéraux exerçant dans les DROM et qui suivent leur cursus universitaire d'infirmier en pratique avancée en métropole.

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

– suivre l'ensemble de la formation d'infirmier en pratique avancée (deux années de formation). A ce titre et pour bénéficier de l'aide, l'infirmier devra présenter chaque année à sa caisse de rattachement une attestation d'inscription à la première année ou à la deuxième année de formation au diplôme d'infirmier en pratique avancée ;
– exercer au minimum deux ans en tant qu'infirmier en pratique avancée en libéral à l'issue de sa formation.

L'assurance maladie peut procéder à la récupération des sommes indument versées si l'infirmier ne respecte pas les engagements précités.

Article 3.3.4

Valorisation des fonctions de maître de stage assurées par l'infirmier en pratique avancée

L'IPA peut s'engager à exercer les fonctions de maître de stage et à accueillir en stage un étudiant IPA. L'infirmier bénéficie alors d'une rémunération complémentaire d'un montant de 200 € par mois (pendant la durée du stage) s'il accueille dans son cabinet un étudiant IPA stagiaire à temps plein (sur une base de 35 h/semaine). Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel du stagiaire.

L'IPA maître de stage transmet la convention de stage à sa caisse de rattachement.

Article 3.3.5

L'aide au démarrage de l'activité d'infirmier en pratique avancée

L'aide au démarrage de l'activité des IPA vise à les accompagner pour le début de leur activité libérale.

Sont éligibles à cette aide :

– les IPA conventionnés s'installant en libéral ;
– les infirmiers libéraux conventionnés installés en libéral qui informent leur caisse de rattachement de leur souhait de consacrer leur activité à la pratique avancée.

Le montant total de l'aide, versé sur deux ans non renouvelable, est de :

– 40 000 € pour les IPA conventionnés exerçant en zones sous-dense médicales qualifiées de "Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP)" telles que définies en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique pour les médecins. Cette aide est versée de la manière suivante :
  – 30 000 € dans le mois suivant la signature du contrat ;
  – 10 000 € la deuxième année, avant la fin du premier semestre de l'année suivante.
– Ou de 27 000 € pour les IPA exerçant en dehors de ces zones sous-denses médicales. Cette aide est versée de la manière suivante :
  – 20 000 € dans le mois suivant la signature du contrat ;
  – 7 000 € la deuxième année, avant la fin du premier semestre de l'année suivante.

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

Pour bénéficier du versement de cette aide, les IPA doivent s'engager :

– à exercer au minimum cinq ans dans la zone ;
– à assurer le suivi d'un minimum de trente patients la première année d'exercice et de soixante patients la seconde année d'exercice en tant qu'IPA ;
– atteindre une part d'activité en tant qu'IPA d'au moins : 25 % de son activité globale la première année d'activité, 50 % la deuxième année d'exercice et 75 % la troisième. »

II. – Les titres B et C de l'article 22 de la convention sont supprimés.

Article 9

Simplification des procédures de facturation des actes de téléconsultation et téléexpertise

Afin de simplifier les procédures de facturation des actes de téléconsultation et de téléexpertise, il est convenu de supprimer l'obligation d'indiquer le numéro d'identification du professionnel de santé requis ou téléconsultant dans la zone réservée à l'identification du prescripteur sur la feuille de soins, bien que cette information demeure facultative.

I. – A l'article 6.2.3, les termes : « à l'alinéa 5 de l'article 6.2.1 » sont remplacés par les termes : « au premier alinéa de l'article 6.2.1 ».

II. – Au septième alinéa de l'article 6.2.4 « Modalités de rémunération de l'acte d'accompagnement à la téléconsultation », les termes : « mentionne obligatoirement » sont remplacés par : « peut mentionner ».

III. – Au troisième alinéa de l'article 6.4.4 « Modalités de rémunération de l'acte de téléexpertise », le terme : « doit » est remplacé par le terme : « peut ».

Article 10

Encadrement de l'activité de l'infirmier remplaçant

L'article 11 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 11

Conditions particulières d'exercice des remplaçants des infirmiers libéraux

Un infirmier remplaçant d'un infirmier libéral, exerçant dans le cadre de la présente convention, a pour mission d'assurer la continuité et la qualité des soins dispensés aux patients du remplacé, notamment lors des jours de repos hebdomadaires de ce dernier ou pour répondre à des nécessités d'organisation liées à l'exercice de l'activité libérale.

A. – **Conditions au regard de la convention**

– Pour l'infirmier remplacé

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

L'infirmier remplacé doit notamment s'assurer de la détention d'une autorisation de remplacement délivrée par l'Ordre des infirmiers, en cours de validité.

Durant la période effective de son remplacement, l'infirmier remplacé s'interdit toute activité de soins rémunérée sur les mêmes plages horaires que son remplaçant. S'il a recours à deux remplaçants, ces derniers ne peuvent exercer sur les mêmes plages horaires.

Un infirmier peut être remplacé par un ou deux remplaçants au maximum pour la même période (tout en respectant la règle de ne pas travailler concomitamment sur la même plage horaire).

– Pour l'infirmier remplaçant

L'infirmier remplaçant s'engage à prendre connaissance des dispositions de la présente convention et des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

Le remplaçant demeure indépendant dans son exercice professionnel et responsable de sa propre activité. Les actes réalisés par le remplaçant doivent obligatoirement être facturés par le remplaçant au moyen de sa propre carte de professionnel de santé (CPS). Toutefois, l'activité du remplaçant est assimilée à celle du remplacé au regard de la facturation à l'assurance maladie, car le remplaçant prend la situation conventionnelle du remplacé. En conséquence, l'infirmier remplaçant ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, un infirmier déconventionné. De même, un infirmier sanctionné par une mesure de mise hors convention ne peut exercer en tant que remplaçant sous le régime de la présente convention.

Les infirmiers remplacés et remplaçants sont solidairement responsables de la facturation effectuée durant le remplacement, chacun répondant des irrégularités relevant de sa propre activité. L'assurance maladie mettra en

place les solutions techniques pour que les atypies constatées soient notifiées à l'infirmier remplacé, ainsi qu'à son remplaçant lorsque cela est possible, en précisant la CPS concernée. Les indus sont récupérés auprès des titulaires.

B. – **Modalités de déclaration d'un remplacement**

L'infirmier souhaitant devenir remplaçant d'un infirmier placé sous le régime de la présente convention est tenu de transmettre à la caisse de son domicile, s'il n'est pas déjà connu de celle-ci, et avant le début du remplacement (sauf situation d'urgence) :

– la copie de son autorisation de remplacement en cours de validité délivrée par l'Ordre des infirmiers ;
– la période précise du remplacement (de date à date) ;
– l'adresse du lieu d'exercice dans lequel il assure son activité de remplaçant ;
– la copie de sa CPS personnelle ;
– la précision du caractère isolé ou non du cabinet dans lequel le remplacement sera effectué ;
– l'attestation de suivi de l'accompagnement à la NGAP à destination des remplaçants, dès lors que celle-ci sera mise en place.

Ces éléments doivent tous être impérativement transmis à la caisse au moment du premier remplacement effectué par le remplaçant. Pour les remplacements suivants, et dès lors que le remplaçant est connu par la caisse, le remplaçant ne sera tenu de communiquer que son contrat de remplacement, contenant l'adresse du lieu d'exercice et la période (ainsi que toute mise à jour éventuelle de document).

Un délai de transmission du dossier de remplaçant sera toléré en cas de situation d'urgence ou de force majeure.

La détention d'une autorisation de remplacement en cours de validité, délivrée par l'Ordre des infirmiers, est une condition impérative de l'exercice du remplacement. Cette autorisation, ainsi que les démarches auprès de la caisse, doivent être renouvelées chaque année. A défaut, les cotisations sociales du remplaçant ne seront pas prises en charge par l'assurance maladie. Dans un souci de qualité et de sécurité des soins dispensés aux patients, il appartient à l'infirmier remplacé de s'assurer de la conformité et du renouvellement régulier des autorisations de remplacement de tout professionnel intervenant en son nom et de leur transmission dans les délais à sa caisse.

Les caisses peuvent demander la communication de l'autorisation de remplacement au remplacé et/ou au remplaçant. Chaque organisme local d'assurance maladie constitue, pour sa circonscription, un fichier assurant un recensement régulier du nombre d'infirmiers remplaçants en exercice. Ce fichier est transmis annuellement à la CNAM via un dossier partagé et sécurisé.

Les parties signataires conviennent de mettre en place un dispositif d'accompagnement et de formation à la NGAP à destination des remplaçants. La participation à ce dispositif sera obligatoire pour tout infirmier ne pouvant justifier d'une formation préalable équivalente avant de pouvoir effectuer un remplacement. Les modalités seront définies par les parties signataires, puis validées formellement en CPN afin de permettre un déploiement courant 2027.

Les parties signataires pourront mettre en place un groupe de travail afin de simplifier et améliorer les différentes modalités administratives de déclaration de remplacement.

L'infirmier remplaçant est également tenu de se conformer aux règles suivantes :

– conclure un contrat de remplacement avec un remplacé dès lors que le remplacement dépasse une durée de 24 heures ou s'il est d'une durée inférieure, mais répétée, conformément à l'article R. 4312-85 du code de la santé publique ;
– ne remplacer au maximum que deux infirmiers simultanément, conformément à l'article R. 4312-83 du code de la santé publique ;
– justifier auprès de l'organisme local d'assurance maladie de son domicile d'une activité professionnelle de dix-huit mois, soit un total de 2 400 heures de temps de travail effectif, dans les six années précédant la date de demande de remplacement et avoir réalisé cette activité professionnelle dans un établissement de soins, une structure de soins ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire tels que définis à l'article 8 A "Principes" du présent texte ;
– utiliser sa propre carte CPS.

C. – **Conditions d'exercice**

– Conditions générales :

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

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

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

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

– Application d'un seuil d'activité :

Les parties signataires s'accordent pour encadrer l'activité du remplaçant, notamment lorsqu'un recours régulier et significatif aux remplaçants a lieu. Ces mesures visent d'une part à sécuriser le recours aux remplaçants, notamment lorsqu'il est nécessaire pour garantir la continuité des soins, d'autre part à renforcer les mesures de régulation démographique déjà en place.

Les partenaires conviennent d'une règle générale selon laquelle l'activité du ou des remplaçant(s) ne peut excéder 40 % de l'activité totale, appréciée sur la base des honoraires hors dépassement de l'année civile N-1, facturés par ou pour le compte de l'infirmier remplacé. Ce taux sera applicable à compter de l'année 2028, après une période d'observation pendant l'année 2027. Ce taux sera de 30 % à compter du 1er janvier 2029, il pourra cependant être maintenu à 40 % par les partenaires conventionnels en CPN en fonction des résultats observés concernant cette mesure.

L'activité du ou des remplaçant(s) ne peut excéder 50 % de l'activité totale du cabinet, appréciée selon la même méthode, pour les infirmiers :

– exerçant en cabinet isolé ;
– de plus de 63 ans ;
– en situation de cumul emploi retraite.

Des dérogations aux plafonds décrits ci-dessus sont possibles en cas d'indisponibilité du remplacé liée à :

– un congé annuel d'un mois ou plus ;
– un congé maternité, paternité, congé pathologique prénatal ou postnatal, ou congé pour cause d'adoption ;
– un arrêt maladie d'au moins quinze jours ;
– une formation professionnelle d'un mois ou plus ;
– des responsabilités pérennes pouvant être syndicales, ordinales, fonctions territoriales ou autres missions assimilables.

Il appartient à la caisse de rattachement de l'infirmier remplacé de contrôler, en fin d'année civile, la conformité des parts d'activité exercées au regard des dispositions mentionnées ci-dessus.

Suite à la période d'observation en 2027, une adaptation des critères de dérogation pourra, le cas échéant, être décidée en CPN, pour les élargir ou les restreindre, au regard des situations remontées sur les différents départements. »

Article 11

Plafonnement du salariat par titulaire

Dans les zones caractérisées par une offre de soins particulièrement élevée au sens du 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, le salariat d'un confrère par un infirmier exerçant à titre libéral et adhérant à la présente convention ne peut avoir pour effet une augmentation de l'offre de soins dans cette zone.

Les partenaires conventionnels conviennent par conséquent d'interdire dans ces zones à un infirmier libéral d'employer simultanément plus de deux salariés relevant de la profession infirmière.

I. – Les dispositions de l'article 10 sont remplacées par les dispositions suivantes :

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

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

Les dirigeants ou associés de la société ayant opté pour le statut social de salarié, sont conventionnés individuellement, soumis à la régulation du conventionnement et enregistrés au fichier national des professionnels de santé (FNPS).

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

Les salariés au sens du code du travail (ayant un lien de subordination avec les associés) ne sont pas conventionnés et ne sont pas enregistrés au FNPS. Dans les zones où l'offre de soins est particulièrement élevée (au sens du 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique), les partenaires conventionnels conviennent que la prise en charge par l'assurance maladie de l'activité des infirmiers salariés est limitée à deux salariés par associé ou dirigeant d'une société d'exercice.

Les dispositions du présent article s'appliquent aux contrats de travail prenant effet à compter du 1er juillet 2026. Les contrats conclus antérieurement demeurent valables dans leurs conditions initiales, mais ne peuvent être tacitement reconduits ni renouvelés, sauf s'ils respectent les dispositions prévues par le présent article.

Les partenaires conventionnels confient aux CPAM le contrôle du respect de ces dispositions. Tout manquement expose les associés ou dirigeants employeurs à une procédure conventionnelle décrite aux articles 34 et suivants de la présente convention. »

II. – Avant le premier alinéa de l'article 12, sont insérées les dispositions suivantes :

« A. – **Conditions au regard de la convention**

Dans les zones où offre de soins est particulièrement élevée (au sens du 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique), les partenaires conventionnels conviennent que la prise en charge par l'assurance maladie de l'activité des infirmiers salariés est limitée à deux salariés par infirmier libéral.

Les dispositions du présent article s'appliquent aux contrats de travail prenant effet à compter du 1er juillet 2026. Les contrats conclus antérieurement demeurent valables dans leurs conditions initiales, mais ne peuvent être tacitement reconduits ni renouvelés, sauf s'ils respectent les dispositions prévues par le présent article.

Les partenaires conventionnels confient aux CPAM le contrôle du respect de ces dispositions. Tout manquement expose les associés ou dirigeants employeurs à une procédure conventionnelle décrite aux articles 34 et suivants de la présente convention.

B. – **Modalités de déclaration d'un salarié** ».

III. – A la fin de l'article 17.3, les dispositions suivantes sont insérées : « La facturation peut être réalisée par voie de télétransmission, conformément aux dispositions prévues aux articles 21.5 et suivants de la convention. »

Article 12

Fiabilisation de la facturation

Partant du constat que la profession infirmière recourt massivement aux flux non sécurisés de facturation, malgré les vertus avérées de la télétransmission sécurisée pour limiter les erreurs et garantir des paiements rapides, les partenaires conventionnels s'accordent sur des mesures ciblées afin de sécuriser durablement ces pratiques.

I. – Avant le premier alinéa de l'article 17, les dispositions suivantes sont insérées :

« Les infirmiers soumis au régime de la présente convention sont responsables des facturations effectuées pour leur compte par un tiers, que ce soit par le biais d'un remplaçant, d'un salarié ou d'une société de facturation. L'infirmier libéral remplaçant doit s'engager à transmettre au titulaire les montants facturés conformes aux actes réellement effectués. »

II. – L'article 22 A de la convention est modifié comme suit :

Le troisième alinéa est ainsi modifié :

1° Les termes : « atteindre un taux de télétransmission en flux sécurisé supérieur ou égal à 70 %, la télétransmission des données fiabilisant la facture et permettant de garantir des délais de paiement très courts ; » sont remplacés par : « atteindre un taux de télétransmission sécurisée, calculé sur la base du montant total remboursé, supérieur ou égal à 70 %, qui passe à 75 % à compter du FAMI versé au titre de l'année 2027, puis 80 % à compter FAMI versé au titre de l'année 2028, la télétransmission des données fiabilisant la facture et permettant de garantir des délais de paiement très courts ; »

2° Les termes : « participer à une équipe de soins primaires […] forfaitaire annuelle de 590 €. » sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Lorsque ces critères sont respectés, l'infirmier bénéficie d'une aide forfaitaire annuelle de 490 €.

Dès lors que l'infirmier participe à une équipe de soins primaires ou une maison de santé pluri-professionnelle partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé ou à d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients, il bénéficie d'une aide supplémentaire de 100 €, cet indicateur étant optionnel.

A compter du FAMI versé en 2028 au titre de l'année 2027, les professionnels dont le taux de FSE est supérieur à 85 % bénéficient d'une aide forfaitaire annuelle complémentaire de 100 €. Pour les années suivantes, le taux de FSE doit être supérieur à 90 % pour bénéficier de l'aide forfaitaire annuelle complémentaire de 100 €.

Sur la base des résultats du FAMI versé en 2028 au titre de l'année 2027, les infirmiers récemment installés ou dont le taux de FSE est inférieur à 70 % bénéficieront d'un accompagnement de deux ans, dont les modalités seront définies par les partenaires conventionnels en groupes de travail et validées en CPN.

A l'issue de cette période d'accompagnement, si le taux FSE de ces infirmiers reste inférieur à 70 %, les délais de paiement des factures en mode dégradé seront portés entre dix et quinze jours. »

III. – Après l'article 21.4.2, un nouvel article ainsi rédigé est inséré :

« Article 21.4.2.1

Observatoire conventionnel des logiciels de facturation

Dans le cadre de la sécurisation de la facturation et afin d'assurer un suivi des conditions d'utilisation des logiciels métiers par les infirmiers libéraux, un observatoire conventionnel des logiciels de facturation est instauré.

A. – **Missions**

L'observatoire se réunira au moins une fois par an et aura pour missions :

– d'assurer le suivi et l'analyse de l'évolution des tarifs pratiqués par les éditeurs des logiciels de facturation ;
– de veiller au respect du cahier des charges applicable aux logiciels permettant la facturation et la télétransmission vers l'assurance maladie ;
– d'examiner les problématiques liées à l'utilisation de ces logiciels, notamment en matière de portabilité des données, d'interopérabilité, de mobilité et de conformité aux exigences conventionnelles ;
– d'identifier toute évolution susceptible d'avoir un impact sur les conditions d'exercice des infirmiers libéraux.

B. – **Composition de l'observatoire**

L'observatoire est composé des représentants :

– des organisation syndicales représentatives de la profession signataires de la présente convention, ainsi que l'Union nationale des infirmiers en pratique avancée ;
– de l'assurance maladie ;
– des éditeurs de logiciels de facturation les plus utilisés par la profession ;
– de l'Union nationale des complémentaires santé, sous réserve de leur signature du présent accord.

C. – **Restitution des travaux**

Un compte rendu annuel présente les constats réalisés par l'observatoire et peut formuler des recommandations visant à améliorer la transparence tarifaire et les conditions d'utilisation des logiciels métiers. Il est adressé à l'ensemble des membres de l'observatoire. »

IV. – Après l'article 33.1.3, un nouvel article ainsi rédigé est inséré :

« Article 33.1.4

Groupe de travail relatif aux problématiques liées aux indus et à l'interprétation de la nomenclature

Afin d'améliorer la compréhension et l'application des règles de facturation et prévenir les situations générant des indus, il est institué un groupe de travail permanent dédié à l'analyse des problématiques liées aux indus, à l'interprétation de la nomenclature et des règles de cumul des actes infirmiers.

A. – **Missions**

Le groupe de travail a pour missions :

– d'identifier les situations récurrentes à l'origine d'indus liés à l'application de la nomenclature ;
– d'analyser les difficultés d'interprétation rencontrées par les infirmiers libéraux dans la facturation des actes ;
– d'assurer l'homogénéité de l'application des règles de facturation sur l'ensemble du territoire et de proposer des mesures garantissant une mise en œuvre uniforme par tous les organismes d'assurance maladie ;
– de formuler des propositions visant à sécuriser les pratiques de facturation et à améliorer la lisibilité de la nomenclature ;
– d'examiner les évolutions nécessaires afin de limiter les divergences d'interprétation entre les professionnels et les organismes d'assurance maladie ;
– de suivre le déploiement des outils d'aide à la cotation et à la prescription.

B. – **Composition**

Le groupe de travail est composé des représentants :

– des organisations syndicales représentatives de la profession, signataires de la présente convention ;
– de l'assurance maladie.

C. – **Fonctionnement**

Le groupe de travail se réunit en tant que de besoin, et au minimum une fois par an.

Il peut procéder à toute analyse ou étude nécessaire à l'accomplissement de ses missions, dans le respect des règles relatives à la confidentialité et à la protection des données.

Les travaux du groupe de travail font l'objet d'un compte rendu. »

Article 13

Mise en cohérence des missions de la Commission paritaire nationale

Le deuxième alinéa de l'article 33.1.3 est modifié comme suit :

I. – Les termes : « – le suivi des nouvelles cotations et l'impact financier des modifications apportées à la nomenclature générale des actes professionnels prévues aux articles 5.1 à 5.6 de la présente convention » sont remplacés par les dispositions suivantes : « • le suivi des nouvelles cotations et l'impact financier des modifications apportées à la nomenclature générale des actes professionnels prévues par la présente convention ; »

II. – Les termes : « – le suivi et la mise en œuvre des dispositions figurant à l'article 5.7 du présent texte relatif à la réforme de la prise en charge des soins à domicile des patients dépendants ; » sont remplacés par les dispositions suivantes : « • le suivi et la mise en œuvre des dispositions relatives à la réforme de la prise en charge des soins à domicile des patients dépendants ; ».

Article 14

Mise à jour de la liste des manquements des règles conventionnelles

A l'article 34.1 « Non-respect des règles conventionnelles constaté par une caisse », après le premier alinéa, sont insérés les dispositions suivantes :

« ;

– le non-respect des conditions fixées à l'article 11 de la présente convention, notamment du plafond d'activité ou de l'interdiction d'exercice concomitant ;
– les fraudes telles que définies par l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale ;
– le non-respect de façon répétée de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;
– la facturation, de façon répétée, d'actes non médicalement justifiés constatés par le service du contrôle médical ;
– le non-respect des règles en vigueur relatives à l'usage des cartes professionnelles et des cartes vitales dont le détournement de leur usage en dehors de toute dérogation autorisée par l'assurance maladie. »

Article 14 *bis*

Dispense de la phase d'avertissement préalable

A la fin de l'article 34.2.1 « Procédure préalable d'avertissement », les dispositions suivantes sont insérées :

« Lorsqu'il est constaté la modification de la pratique de l'infirmier dans les délais impartis, tel qu'elle lui a été notifiée dans le courrier d'avertissement, le directeur de la caisse peut décider de l'abandon de la procédure. La pratique de l'infirmier fera toutefois l'objet d'un suivi attentionné.

Cette procédure d'avertissement préalable n'est pas applicable en cas de constatation par la CPAM :

– de la facturation d'actes non réalisés ;
– d'une fraude mentionnée à l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale ;
– d'un non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du même code ;
– de faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituant en outre une infraction particulièrement grave. »

Article 15

Suppression du délai de deux mois entre la notification de la sanction et sa prise d'effet

Au cinquième alinéa de l'article 34.2.4, les dispositions suivantes « Décision et notification de la sanction » sont remplacées par : « Celle-ci ne peut intervenir qu'après un délai de deux mois à compter de la date de notification. Ce délai ne s'applique pas lorsque la décision porte sur les mêmes faits que ceux ayant donné lieu à une suspension du conventionnement en application des dispositions de l'article 34.4 ».

Article 16

Eclaircissements sur la sanction de mise hors convention

L'article 34.3 de la convention nationale des infirmiers « Les sanctions susceptibles d'être prononcées » est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« La suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel, avec ou sans sursis, et la suspension du versement des rémunérations forfaitaires autres qu'à l'acte sont prononcées pour une durée ne pouvant excéder cinq ans, selon l'importance des griefs. » ;

2° Après le dernier alinéa, sont insérées les dispositions suivantes : « De même, il lui est interdit d'exercer en tant que salarié d'un infirmier conventionné ou d'une société d'exercice libéral relevant de la présente convention. »

Article 17

Le bilan de soins infirmiers

I. – L'annexe « BILAN DE SOINS INFIMIERS », renumérotée, est modifiée comme suit :

1° Au premier alinéa, les termes : « qui remplace la démarche de soins infirmiers » sont supprimés ;

2° Le titre « 1. Saisie par l'infirmier du bilan de soins infirmiers (BSI) » est modifié comme suit :

A. – Les deux premiers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes : « L'infirmier dispose d'un délai d'une semaine de soins auprès du patient afin d'évaluer ses besoins et de déterminer précisément son niveau de prise en charge avant la saisie du bilan dans l'outil BSI.

A l'issue de ce délai, l'infirmier se connecte au portail "Ameli pro" à l'aide de sa carte CPS pour accéder au téléservice "Bilan de soins infirmiers" et renseigne le support d'évaluation dématérialisé du BSI. »

B. – L'avant dernier alinéa est supprimé.

3° Après le cinquième alinéa du titre « 6. Détermination de la facturation des forfaits BSI », les dispositions suivantes sont insérées : « Lorsque la combinaison H0 E0 M0 est observée, un forfait journalier BSI ne peut être établi pour le patient. L'infirmier peut toutefois facturer le "BSI initial" correspondant à la saisie du bilan sur "Ameli Pro". Si l'état de santé du patient le justifie, il peut en outre réaliser et facturer jusqu'à deux "BSI intermédiaires" par an, pouvant ainsi aboutir à un forfait. » ;

4° Au « Tableau 2 : Règles de classement des forfaits BSI », la ligne « H0 E0 M0 - Léger - Léger » est remplacée par : « H0 E0 M0 – pas de forfait pris en charge – pas de forfait pris en charge. ». Cette disposition entre en vigueur le 1er janvier 2028.

II. – Les partenaires conventionnels conviennent de la fermeture de la lettre clé AIS dès la modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Les articles 11 et 13 de la NGAP seront abrogés.

Article 18

Gestion des conflits d'intérêts et confidentialité en commission paritaire

L'annexe relative au règlement intérieur des instances conventionnelles est modifiée comme suit :

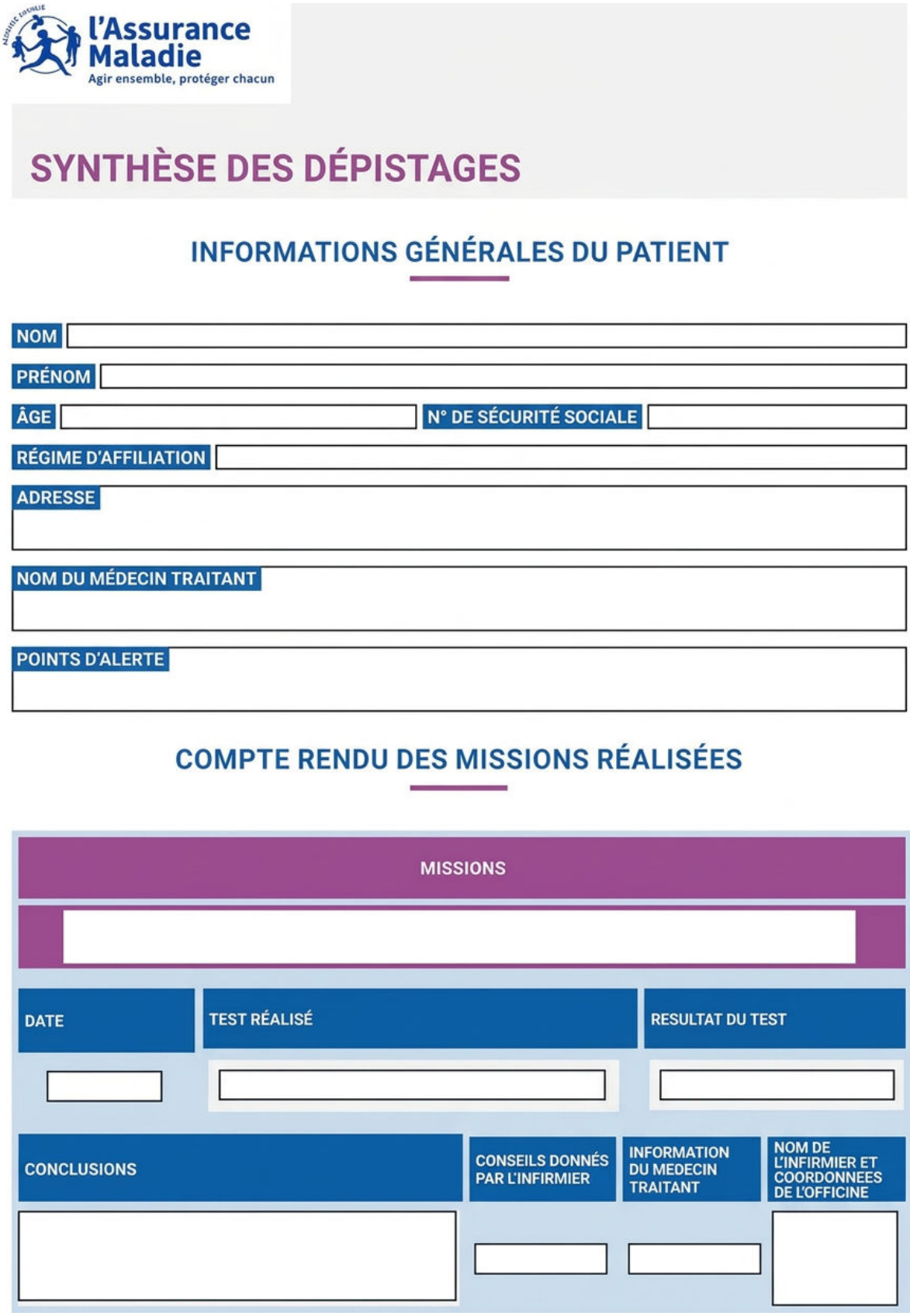
Avant le dernier alinéa de l'article 2.2 est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Avant chaque vote, les membres de la commission qui estiment se trouver en conflit d'intérêts avec le dossier soumis à délibération se déclarent auprès du président de la commission. Ils s'abstiennent de toute participation et se font remplacer par leur suppléant. Le cas échéant, ils se retirent de la salle des délibérations. Mention en est faite au procès-verbal.

L'intensité du lien, sa nature et ses effets au regard des missions de la commission sont pris en compte pour estimer si le lien d'intérêt est de nature à engendrer un déport. »

Article 19

Création de l'annexe XII « Synthèse du dépistage du cancer colorectal »



Article 20

Suppression des envois par lettre recommandée avec accusé de réception

Dans l'ensemble de la présente convention, les termes : « lettre recommandée avec accusé de réception », « courrier recommandé avec accusé de réception », « lettre recommandée avec avis de réception », « courrier recommandé » et « lettre recommandée avec demande d'avis de réception » sont remplacés par : « lettre envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception ».

Article 21

Modification des valeurs des lettres clefs

I. – Le premier alinéa de l'article 6.3.3.1 est remplacé par les dispositions suivantes : « Les actes en télésoin sont facturés avec la lettre clef TMI, dont la valeur est de 3,15 € en Métropole et 3,30 € dans les DOM et Mayotte ».

II. – L'annexe 1 de la convention nationale des infirmiers « Tarifs des honoraires et frais accessoires » est remplacée par la présente annexe :

« ANNEXE I

TARIFS EN VIGUEUR EN EUROS JUSQU'À L'EXTINCTION DU DÉLAI DÉFINI À L'ARTICLE L. 162-14-1-1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET SOUS RÉSERVE DE LA MODIFICATION DE LA LISTE DES ACTES ET PRESTATIONS DÉFINIES À L'ARTICLE L. 162-1-7 DU MÊME CODE

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
AMI	3,15	3,30
AMX	3,15	3,30
AIS	2,65	2,70
DI	10,00	10,00
BSA	13,00	13,25
BSB	18,20	18,55
BSC	28,70	29,25
IFD	2,75	2,75
IFI	2,75	2,75
IK plaine	0,35	0,35
IK montagne	0,50	0,50
IK pied-ski	3,40	3,66
Majorations de nuit : – De 20h à 23h et de 5h à 8h – De 23h à 5h	 9,15 18,30	 9,15 18,30
Majoration de dimanche (1) et jour férié	8,50	8,50
Majoration d'acte unique (MAU)	1,35	1,35
Majoration de coordination infirmière (MCI)	5,00	5,00
Majoration jeunes enfants (MIE)	3,15	3,15
PAI – prise en charge du patient par les infirmiers en pratique avancée	10,00	10,50
Majoration de suivi du patient par l'IPA liée à l'âge (MIP)	3,90	3,90
Acte d'accompagnement à la téléconsultation intervenant au décours d'un soin infirmier réalisé (TLS)	10,00	10,00
Acte d'accompagnement à la téléconsultation intervenant de manière spécifique (non réalisée au décours de soins infirmiers) dans un lieu dédié aux téléconsultations (TLL)	12,00	12,00
Acte d'accompagnement à la téléconsultation intervenant de manière spécifique à domicile (non réalisée au décours de soins infirmiers) (TLD)	15,00	15,00

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
Télésoin (TMI)	3,15	3,30
Acte de demande de téléexpertise (RQD)	10,00	11,00

(1) La majoration de dimanche s'applique à compter du samedi à 8 heures pour les appels d'urgence.

Article 2

Nouveaux tarifs en euros

Les tableaux ci-après annulent et remplacent les dispositions préexistantes concernées.

Les mesures tarifaires ci-après entrent en vigueur sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et applicables à l'issue délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale :

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
AMI	3,35	3,51
AMX	3,35	3,51
MIR - Majoration demande Issue de la Régulation	15,00	15,00
CIA - Consultation pour les patients nouvellement insulino-traités	20,00	21,00
RKD - Valorisation de la remise du kit de dépistage du cancer colorectal	3,00	3,15

Les mesures tarifaires ci-après entre en vigueur le **1er janvier 2027** sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale :

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
MSD - Majoration Scolaire Diabète	7,00	7,00

Les mesures tarifaires ci-après entre en vigueur le **1er juillet 2027** sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale :

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
CIB - Consultation de suivi après Mon Bilan Prévention	20,00	21,00

Les mesures tarifaires ci-après entre en vigueur le **1er novembre 2027** sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale :

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
AMI	3,45	3,62
AMX	3,45	3,62

Les mesures tarifaires ci-après entre en vigueur le **1er janvier 2028** sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale :

	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
MSG - Majoration portant sur les patients fragiles et très dépendants	3,10	3,10

Fait à Paris, le 31 mars 2026.

Pour l'Union nationale des caisses
d'assurance maladie :
Le directeur général,
T. Fatôme

Pour Convergence infirmière :
La présidente,
G. SICRE

Pour la Fédération nationale des infirmiers :
Le président,
D. GUILLERM

Pour le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux :
Le président,
J. PINTE

Pour l'Union nationale des organismes d'assurance complémentaire :
Le président,
E. CHENUT