

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

#### Décision du 8 février 2023 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance maladie

NOR : SPRU2306543S

Le collège des directeurs,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-1-7, R. 162-52 ;

Vu la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 11 mars 2005 ;

Vu la Commission de hiérarchisation des actes et prestations des infirmiers en date du 19 décembre 2022 ;

Vu l'avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 8 février 2023.

Décide de modifier le livre III de la liste des actes et prestations adoptée par décision de l'UNCAM du 11 mars 2005 modifiée :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – L'article III-4 du livre III est ainsi modifié :

**I. La partie IX de l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifiée comme suit pour les infirmières et les infirmiers.**

1) A la première partie des dispositions générales de la NGAP, l'« article 23.1 - Majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Lorsqu'au cours de son intervention, l'infirmier(ère) réalise un acte unique en AMI avec coefficient inférieur ou égal à 1,5 au cabinet ou au domicile du patient, cet acte donne lieu à la majoration d'acte unique (MAU). La MAU peut se cumuler avec la majoration jeune enfant (MIE) créée à l'article 5.3 de l'avenant 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'Assurance maladie. Elle ne se cumule pas avec les forfaits BSA, BSB ou BSC ni avec les actes cotés en AMX ni avec l'IFI.

Cette majoration ne se cumule pas avec la majoration de coordination infirmière (MCI).

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2. »

2) Au titre XVI Soins infirmiers, il est inséré une « Partie I – Soins infirmiers » aux chapitres I et II et les dispositions dudit chapitre I sont modifiées comme suit :

a) A l'article 1<sup>er</sup>, les mots : « Supplément pour vaccination antigrippale dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale organisée par l'Assurance maladie » sont supprimés ;

b) Au paragraphe II de l'article 12, après les mots : « - injection intra-musculaire, intradermique ou sous cutanée (chapitre I article 1<sup>er</sup> et chapitre II article 4 du présent titre) », les mots : « - supplément pour vaccination antigrippale dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale organisée par l'Assurance maladie » sont supprimés ;

c) Sont insérés dans l'article 1<sup>er</sup>, deux actes de vaccination ainsi rédigé :

«

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Vaccination avec prescription médicale ou lorsque le vaccin ne nécessite pas de prescription	2,4	AMI ou AMX
Vaccination sans prescription médicale	3,05	AMI ou AMX

» ;

d) Est inséré un nouvel article 14 ainsi rédigé :

« Art. 14. – Actes de surveillance à distance

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Acte de surveillance à distance (télésoin avec vidéotransmission) d'un pansement 4 actes au maximum peuvent être facturés par mois et par patient sous réserve qu'un pansement préalable ait été réalisé pour cet épisode de soins en présence du patient. L'acte de surveillance de pansement ne peut être facturé avec un acte de pansement le même jour.	1,6	AMI

».

3) Au titre XVI Soins infirmiers, le « Chapitre III - Soins de pratique avancée » est remplacé par une partie II ainsi rédigée :

## « Partie II

### Soins de pratique avancée

Le médecin oriente les patients vers un infirmier en pratique avancée (IPA) selon deux modalités pour effectuer, soit un suivi régulier du patient de pathologie(s), soit une prise en charge ponctuelle d'une pathologie chez un patient ne faisant pas l'objet d'un suivi régulier.

Pour un même motif de recours, un patient ne peut pas être suivi simultanément selon les 2 modalités.

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

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

## CHAPITRE I

### SUIVI RÉGULIER PAR L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

Ce forfait concerne un patient orienté par un médecin à un IPA pour assurer un suivi régulier de celui-ci.

Il comprend toutes les interventions de l'infirmier en pratique avancée au cours du premier trimestre de prise en charge des patients.

Il comporte 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 (dont la vaccination), d'orientation et de dépistage, l'activité de concertation et de coordination auprès des médecins et des autres acteurs de santé amenés à assurer la prise en charge de ces patients, et les activités transversales.

L'IPA est autorisé à effectuer des actes sans prescription médicale ; ils ne peuvent donner lieu à facturation en sus du forfait.

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

Les demandes de téléexpertise sont comprises dans ces forfaits.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
a) Forfait d'initiation Le premier contact avec le patient doit être réalisé en sa présence. Les autres contacts réalisés par l'IPA au cours de ce premier trimestre peuvent être réalisés à distance.	6	PAI
a) Forfait de suivi Ce forfait est facturable chaque trimestre de soins à la suite du premier trimestre de prise en charge lié au forfait d'initiation. Il est facturable au premier contact trimestriel qui peut être réalisé en présence du patient ou à distance.	5	PAI
Au cours de la première année de soins, quatre forfaits (un d'initiation et trois de suivi) sont facturables au maximum par patient. Les années suivantes : quatre forfaits de suivi sont facturables par année civile (un forfait de suivi par trimestre) et par patient dès lors qu'au moins un contact avec le patient a eu lieu au cours de chaque trimestre. Par dérogation, au cours des deux premières années de prise en charge du patient, deux forfaits sont facturables par semestre dès lors qu'au moins deux contacts avec le patient ont eu lieu au cours du semestre.		

## CHAPITRE II

### PRISE EN CHARGE PONCTUELLE PAR L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

Cette prise en charge concerne un patient non régulièrement suivi dans le cadre de la pratique avancée. Sur orientation du médecin, l'IPA peut réaliser chez ce patient un bilan ponctuel ou des séances de soins ponctuelles.

Les comptes rendus de ces prises en charge sont versés au dossier médical du patient partagé lorsqu'il est ouvert.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
<p>a) Bilan ponctuel</p> <p>Ce bilan, réalisé obligatoirement en présence du patient, comprend une anamnèse, un examen clinique, la réalisation d'actes techniques le cas échéant, les mesures de prévention (secondaire ou tertiaire), d'éducation thérapeutique, de dépistage et d'orientation, l'élaboration de conclusion clinique et, le cas échéant, la réalisation de prescriptions autorisées par la réglementation.</p> <p>A l'issue du bilan, un compte rendu est adressé au médecin ayant orienté le patient vers l'IPA.</p> <p>Ce bilan ponctuel peut être facturé au maximum une fois par année civile par patient.</p>	3	PAI
<p>b) Séance de soins ponctuelle</p> <p>Lorsque le patient est orienté de manière ponctuelle par un médecin vers l'infirmier en pratique avancée, ce dernier peut réaliser un ou plusieurs actes techniques relevant du champ de compétences propre de l'IPA selon la réglementation en vigueur.</p> <p>Cette séance peut être facturée au maximum quatre fois par année civile par patient en pratique avancée.</p> <p>Les majorations de nuit, dimanche et jour férié, MIE, MCI et MAU sont associables aux séances.</p>	1,6	PAI

».

## II. La partie VI bis de l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifiée comme suit pour les sages-femmes et les médecins :

- 1) A la première partie des dispositions générales de la NGAP, à l'article 14.9.5, les mots : « Article 14.9.5 - Accompagnement du patient par l'infirmier à la téléconsultation réalisée par un médecin dit « téléconsultant » sont remplacés par les mots : « Article 14.9.5 - Accompagnement du patient par l'infirmier à la téléconsultation réalisée par un médecin ou une sage-femme dit « téléconsultant » ;
- 2) A la première partie des dispositions générales de la NGAP, l'article 14.9.6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'acte de demande d'une téléexpertise auprès d'un médecin ou d'une sage-femme est ouvert aux médecins, sages-femmes, orthophonistes et infirmiers.

Devant une situation clinique, la demande de téléexpertise du professionnel de santé requérant s'inscrit dans le besoin d'obtenir l'avis du professionnel de santé requis pour éclairer sa décision diagnostique ou thérapeutique pour la prise en charge de son patient au regard des pratiques recommandés dans les référentiels.

La téléexpertise est réalisée dans les conditions définies à l'article 14.9.4 de la NGAP.

La demande de téléexpertise doit être rapportée dans le dossier médical du patient tenu par le professionnel de santé requérant ainsi que dans le dossier médical partagé (DMP) du patient si celui est ouvert. Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre au médecin ou à la sage-femme requis par moyen sécurisé les paramètres cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

Cette demande est facturable par le professionnel de santé requérant par la lettre clé RQD dans la limite :

- 4 actes par an et à tarif opposable, par médecin requérant pour un même patient,
- 2 actes par an par orthophoniste requérant, pour un même patient.
- 2 actes par an par sage-femme requérante, pour un même patient.
- 4 actes par an par infirmier requérant, pour un même patient. »

## III. La partie X de l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est ainsi modifiée pour toutes les professions :

- 1) A la première partie des dispositions générales de la NGAP, à l'article 2-1 :
  - les mots : « PAI – Forfait pour prise en charge du patient pour des soins en pratique avancée » sont remplacés par les mots : « PAI – Soins infirmiers en pratique avancée » ;
  - la lettre-clé « RQD - Acte de demande d'une télé-expertise » est créée.
- 2) A la première partie des dispositions générales de la NGAP, l'article 11B est remplacé par les dispositions suivantes :

**« B. Actes en K, KMB, SF, SP, SFI, AMI, AMX, AIS, AMP, BSA, BSB, BSC, TLS, TLD, TLL, AMO, AMY, effectués au cours de la même séance**

1. Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre.

Le deuxième acte est ensuite noté à 50 % de son coefficient.

Toutefois, le second acte est noté à 75 % de son coefficient en cas d'intervention de chirurgie soit pour lésions traumatiques multiples et récentes, soit portant sur des membres différents, ou sur le tronc ou la tête et un membre.

Les actes suivant le second ne donnent pas lieu à honoraires et n'ont pas à être notés sur la feuille de maladie. Toutefois, en cas de lésions traumatiques multiples et récentes, le troisième acte opératoire éventuel est exceptionnellement noté à 50 % de son coefficient.

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

Exemple : Soit un acte coté K 20 et un acte coté K 10 effectué dans la même séance, la feuille de maladie doit être annotée K 20 + K 10/2 et non K 25 afin de permettre le contrôle médical et, le cas échéant, l'application de la règle prévue au paragraphe B de l'article 8.

3. Lorsque plusieurs actes sont accomplis dans la même séance sur un même malade, ils ne peuvent donner lieu à honoraires pour plusieurs praticiens que si ceux-ci sont des spécialistes ou compétents exclusifs ou des auxiliaires médicaux de disciplines différentes.

Pour chaque praticien, les actes sont notés conformément aux 1. et 2. ci-dessus.

4. Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas :

- a) aux actes nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes ;
- b) aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;
- c) aux actes d'accompagnement infirmier à la téléconsultation TLS, TLD et TLL ;
- d) aux actes infirmiers de vaccination réalisés à domicile.

5. Les forfaits journaliers infirmiers BSA, BSB, BSC, définis à l'article 23.3, sont toujours facturés à taux plein. Lorsqu'au cours d'une séance de soins en rapport avec la dépendance, un acte en AMX est réalisé, il est noté à 50 % de son coefficient, quelle que soit la valeur du coefficient (sauf dérogations listées au titre XVI, chapitre I, article 12). »

**Art. 2.** – La présente décision sera publiée au *Journal officiel* de la République française et prendra effet le 23 mars 2023 à l'exception de l'article 1-II-1 qui prendra effet au lendemain de la publication.

Fait le 8 février 2023.

*Le directeur général de l'Union nationale  
des caisses d'assurance maladie,*

T. FATOME

*Le directeur général de la Caisse centrale  
de la mutualité sociale agricole,*

F.-E. BLANC