



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

COMMISSION PARITAIRE DÉPARTEMENTALE INFIRMIERS

11 mars 2025

CPAM Côte d'Or

27/03/2025

ORDRE DU JOUR

I – Présidence – Vice présidence

II – Approbation du relevé de décisions de la CPD du 15 octobre 2024

III – Actualités conventionnelles et réglementaires

- Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL – Clarifications des règles de gestion en cas de prescriptions médicales imprécises et sur les conditions de facturation
- Accès direct aux IPA (décret n°2025-55 du 20 janvier 2025)
- Fin des mesures dérogatoires liées au COVID
- En-direct

ORDRE DU JOUR

IV – Démographie et dépenses de santé

- Démographie
- Suivi des dépenses
- Mon Bilan Prévention

V – Actions de gestion du risque et d'accompagnement

- Adaptation des contrôles à priori des IDEL primo installés
- Contrôles ciblés 2024
- Protocole local IK : changement de site de recherche pour cabinet plus proche du domicile du patient
- ASAFO : information aux prescripteurs
- 15 minutes infirmiers

ORDRE DU JOUR

VI - Prévention

- Campagne de vaccination 2025 contre les papillomavirus humains (HPV) en milieu scolaire
- Soins écoresponsables – des mémos pour changer nos pratiques
- Prolongation campagne grippe – Covid-19

VII – Numérique en santé

- Application « RéclaPS »
- FAMI 2024 – Saisie des indicateurs
- Généralisation de l'appli carte vitale (APCV) en mars 2025
- Outil BSI
- Parcours santé mentale

ORDRE DU JOUR

VIII – Questions diverses

IX – Dates des prochaines commissions

I – PRÉSIDENCE – VICE PRÉSIDENCE

Pour la période 13 juin 2024 – 12 juin 2025

- Présidence : Mme FAGOT
- Vice Présidence : Mme AMIARD

II – APPROBATION DU RELEVÉ DE CONCLUSIONS DU 15 OCTOBRE 2024

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

1 – Clarification des règles de gestion en cas de prescriptions médicales imprécises

Une part non négligeable des sources d'indus vient des prestations exécutées par les IDEL avec une prescription médicale imparfaite.

Un outil d'aide à la prescription des soins infirmiers destiné aux médecins sera généralisé début 2025.

Un kit « prescriptions de soins infirmiers de l'Assurance Maladie composé :

- d'un mémo « ordonnance – type de soins infirmiers »
- 6 modèles d'ordonnances pré-remplies afin de faciliter l'exercice des médecins et des infirmiers
 - modèle d'ordonnance « injection »
 - modèle d'ordonnance « pansement »
 - modèle d'ordonnance « administration et surveillance »
 - modèle d'ordonnance « surveillance et observation »
 - modèle d'ordonnance « diabète »
 - modèle d'ordonnance « perfusion »,

est disponible sur : [ameli.fr \(https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/soinsinfirmiers\)](https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/soinsinfirmiers).

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

1 – Clarification des règles de gestion en cas de prescriptions médicales imprécises (suite)

1er point : La possibilité de facturer un prélèvement veineux (PV) à domicile sans mention de l'IDE ou de l'acte de prélèvement (chapitre 1 « soins de pratique courante », article 1er « Prélèvements et injections ») :

Pour une prescription de biologie médicale, l'acte de prélèvement est facturable par un IDEL même en l'absence de mention du préleveur (exemple : « à faire par IDEL » ...) et de l'acte de prélèvement (exemples : « prélèvement », « prise de sang », « bilan sanguin » ...) sur l'ordonnance.

La mention « à domicile » n'est nécessaire que lorsque l'acte de prélèvement veineux est réalisé de manière isolée à domicile.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

1 – Clarification des règles de gestion en cas de prescriptions médicales imprécises (suite)

2ème point : La possibilité de facturer un acte de pansement en l'absence du terme « pansement » mais en présence de mentions s'y référant

Si la prescription ne stipule pas précisément le mot « pansement » mais mentionne des termes qui s'y réfèrent, la prise en charge par l'Assurance Maladie est justifiée.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

1 – Clarification des règles de gestion en cas de prescriptions médicales imprécises (suite)

3ème point : Les libellés tolérés pour les pansements lourds et complexes

L'article 3 — Pansements lourds et complexes détaille le périmètre de facturation de l'AMI 4 (et 5,1 en cas de pansement d'ulcère veineux avec pose d'une compression) en fonction du type de plaie. Les notions de « pansement lourd » ou « pansement complexe » ou les mentions se référant à un type de plaie mentionné aux articles 3 ou 5bis (pansements lourds et complexes) de la NGAP, portées sur la prescription sont suffisantes à la prise en charge par l'Assurance Maladie **dès lors que la typologie de la plaie et sa superficie correspondent bien à un libellé d'acte de l'article 3 ou de l'article 5bis.**

Dans ces situations, la mention du bilan de plaie n'est pas nécessaire sur la prescription pour la facturation du bilan de pansement lourd et complexe qui est réalisé lors de la 1ère prise en charge par l'infirmier.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

1 – Clarification des règles de gestion en cas de prescriptions médicales imprécises (suite)

4ème point : À l'article 10 — Surveillance et observation d'un patient à domicile

L'acte « Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques ou cognitifs (maladies neurodégénératives ou apparentées) avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage. » est coté en AMI 1,2.

Il n'est pas nécessaire que la notion de troubles psychiatriques ou troubles cognitifs soit précisée sur la prescription. De même, l'administration d'une thérapeutique orale par sonde naso-gastrique ou stomie digestive pour les patients présentant les mêmes troubles est prise en charge dans les mêmes conditions.

Pour rappel, une demande d'accord préalable est nécessaire au-delà du premier mois. La mention des troubles psychiatriques ou cognitifs est à renseigner dans la partie confidentielle destinée au médecin-conseil.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

1 – Clarification des règles de gestion en cas de prescriptions médicales imprécises (suite)

5ème point : AMI 1.2 et BSI

Les AIS 4 « Séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, par séance d'une demi-heure », sont remplacés par la facturation d'un forfait BSI hebdomadaire.

L'acte cité au 4ème point coté AMI 1,2 est facturable selon la prescription médicale en dehors du jour de facturation du forfait BSI.

Le raisonnement est similaire dans les situations où l'état de santé du patient nécessite plusieurs passages hebdomadaires mais non quotidiens pour soins de dépendance : un BSI est facturable les jours où sont effectués les soins de dépendance, et les AMI 1,2 le sont les autres jours.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

1 – Clarification des règles de gestion en cas de prescriptions médicales imprécises (suite)

6ème point : L'article 7 — Soins post-opératoires à domicile selon protocole

Il décrit la « Séance de surveillance et/ou retrait de cathéter périmerveux pour analgésie postopératoire » dans le cadre de l'élaboration d'un « protocole écrit, préalablement établi par le chirurgien et/ou l'anesthésiste pour les patients dont l'éligibilité à une chirurgie ambulatoire ou à un parcours clinique de réhabilitation améliorée après chirurgie dépend d'un accompagnement infirmier ponctuel pour le retour à domicile postopératoire ». Le terme de « cathéter périarticulaire » sur la prescription est toléré pour la prise en charge de cet acte par l'Assurance Maladie.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

2 – Clarification sur les conditions de facturation

7ème point : L'application de la majoration « Dimanche et jours fériés » selon prescription aux actes de pansements, d'injections et de perfusions

L'article 14 des dispositions générales de la NGAP relatif aux actes effectués la nuit ou le dimanche, indique que : « Lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes sont effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, ils donnent lieu, en plus des honoraires normaux et, le cas échéant, de l'indemnité de déplacement, à une majoration. »

L'article 14 B de la NGAP (spécifique des soins infirmiers) dispose que « pour les actes infirmiers répétés, ces majorations ne peuvent être perçues qu'autant que la prescription du médecin indique la nécessité impérieuse d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne ».

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

2 – Clarification sur les conditions de facturation (suite)

7ème point : L'application de la majoration « Dimanche et jours fériés » selon prescription aux actes de pansements, d'injections et de perfusions

En raison de l'évolution de la prise en charge des plaies (plus de réfection quotidienne du pansement sauf exception), la cotation d'une majoration « F » (dimanche ou jour férié) est justifiée si la prescription médicale indique clairement le rythme et la durée des soins, quel que soit ce rythme.

Par exemple, si la prescription médicale indique « pansement un jour sur deux pendant 15 jours », alors la majoration « F » s'applique au pansement réalisé le dimanche de la première ou la deuxième semaine de soins.

Par extension, la majoration « F » est facturable lorsque des pansements, des injections ou des perfusions sont réalisés sur la base d'une prescription mentionnant que ces actes doivent être réalisés « tous les jours » mais ne précisent pas « y compris dimanches et jours fériés ».

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

2 – Clarification sur les conditions de facturation (suite)

7ème point : L'application de la majoration « Dimanche et jours fériés » selon prescription aux actes de pansements, d'injections et de perfusions

Pour rappel, la majoration de dimanche ou jour férié n'est pas facturable pour les actes suivants :

- forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion (AMI ou AMX 4 — article 3, chapitre 2, titre XVI de la NGAP) ;
- forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion pour les patients immunodéprimés ou cancéreux (AMI ou AMX 4 — article 4, chapitre 2, titre XVI de la NGAP) ;
- prise en charge spécialisée pour les séances de surveillance clinique de prévention (AMI ou AMX 5,8 — article 5 ter, chapitre 2, titre XVI de la NGAP).

Les majorations de nuit et de dimanche et jour férié ne sont pas cumulables entre elles, et seule la majoration de nuit, dont la valeur est la plus élevée peut-être facturée.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

2 – Clarification sur les conditions de facturation (suite)

8ème point : L'évolution des pratiques médicales fait que les chirurgiens préconisent le plus souvent l'ablation des sutures en deux temps. Les actes d'ablation de sutures inscrits à l'article 2 — Pansements courants s'appliquent ainsi :

- Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel en AMI 2 ;
- Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel en AMI 4.

Il est donc possible d'avoir deux facturations (AMI 2 ou AMI 4 en fonctions du nombre de fils ou d'agrafes) à quelques jours d'intervalle selon les préconisations de la prescription médicale. Selon le nombre de fils ou d'agrafes à retirer, les cotations admises sont donc les suivantes lorsque l'ablation se fait en deux fois :

- Jusqu'à 20 points de suture : AMI 2 au premier passage puis AMI 2 au second ;
- 21 points de suture : AMI 4 au premier passage puis AMI 2 au second (ou AMI 2 puis AMI 4 selon le jour où 11 points de suture sont retirés) ;
- 22 points de suture ou plus : AMI 4 au premier passage puis AMI 4 au second.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

2 – Clarification sur les conditions de facturation (suite)

9ème point : Adopter un périmètre commun des soins palliatifs pour la facturation de la MCI (majoration de coordination infirmière) accompagnant les soins palliatifs :

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

L'article 23.2 des dispositions générales de la NGAP décrit les conditions de cotation de la MCI, qui pour être facturée, ne nécessite pas de prescription médicale spécifique. Il n'est donc pas nécessaire que le médecin indique la ou les pathologies dont souffre le patient ni qu'il mentionne expressément que celui-ci est en soins palliatifs. Dans le cadre des soins palliatifs, il appartient à l'infirmier de vérifier, au regard de la définition de cette notion, que le patient est bien en soins palliatifs.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

2 – Clarification sur les conditions de facturation (suite)

9ème point : Adopter un périmètre commun des soins palliatifs pour la facturation de la MCI (majoration de coordination infirmière) accompagnant les soins palliatifs :

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

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

C'est sur la base de cette définition que les facturations des IDEL en la matière seront vérifiées, et non sur la durée de prise en charge.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

2 – Clarification sur les conditions de facturation (suite)

10ème Point : Possibilité de facturer un déplacement pour l'analgésie topique préalable au pansement si cette analgésie est réalisée au cours d'un déplacement spécifique

À l'article 3 — Pansements lourds et complexes, l'acte « analgésie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre » est coté en AMI ou AMX 1,1. L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie et la mise en attente. L'analgésie préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continu, sans intervalle supérieur à 2 mois), est renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation. Lorsque l'analgésie et le pansement sont réalisés au cours de la même séance, les cotations de ces deux actes peuvent se cumuler entre eux sans application de l'article 11B des dispositions générales.

La majoration de coordination infirmier (MCI) n'est pas associable à cette cotation, réalisée isolément.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

2 – Clarification sur les conditions de facturation (suite)

10ème Point : Possibilité de facturer un déplacement pour l'analgésie topique préalable au pansement si cette analgésie est réalisée au cours d'un déplacement spécifique

Si l'acte d'analgésie topique est réalisé dans un temps distinct, nécessitant un 2ème passage pour la réalisation du pansement conformément à la prescription médicale ou au protocole thérapeutique rédigé par le médecin qui indique un délai d'action compatible avec la réalisation d'un soin au domicile d'un autre patient, la majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique MAU et les frais de déplacement sont facturables comme suit :

- Application d'analgésie topique en 1er temps = AMI1,1 + MAU + indemnités de déplacement
- Réalisation du pansement en 2nd temps = AMI4 + MCI + indemnités de déplacement

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

2 – Clarification sur les conditions de facturation (suite)

10ème Point : Possibilité de facturer un déplacement pour l'analgésie topique préalable au pansement si cette analgésie est réalisée au cours d'un déplacement spécifique

Dans le cas contraire, l'acte d'analgésie topique et de pansement lourd et complexes sont cumulables à taux plein et la MAU ne s'applique pas = AMI 1,1 + AMI4 + MCI+ indemnités de déplacement.

À noter, les pansements d'ulcère ou d'escarre cotés AMI 5,1 et 4,6 sont également concernés.

Par ailleurs, si l'acte de bilan de plaie coté AMI 11 comprend la réalisation d'un pansement lourd, il ne comprend pas l'éventuelle analgésie topique préalable à ce pansement. Le cas échéant, cette analgésie se cumule à taux plein avec le bilan : AMI 11 + AMI 1,1 + indemnités de déplacement.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

2 – Clarification sur les conditions de facturation (suite)

11ème point : Le supplément AMI 6 de l'article 3 relatif aux perfusions

Au chapitre 2 sur les soins spécialisés, « Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures) » **est cumulable à taux plein avec une perfusion courte sous surveillance continue**. Le supplément forfaitaire doit être justifié par le protocole thérapeutique.

12ème point : Clarification des consignes relatives au cumul du forfait de retrait avec une perfusion longue

L'acte en **AMI 5 de l'article 3 et 4 du chapitre 2** « Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion, y compris le pansement, la tenue du dossier de soins éventuellement la transmission d'informations nécessaires au médecin prescripteur ; ce forfait ne se cumule pas avec un forfait de perfusion sous surveillance continue » est facturable lors du retrait de la ligne principale de perfusion avec éventuel changement de valve dans les situations de dispositifs implantables chirurgicalement. Le descriptif de cet acte sera modifié lors d'une prochaine version de la NGAP.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Circulaire CIR – 30/2024 : NGAP IDEL

2 – Clarification sur les conditions de facturation (suite)

13ème point : Préciser que les frais de déplacement sont cotables avec AMI 4,1 :

Le libellé de l'acte en **AMI 4,1 de l'article 3 sur les perfusions** est le suivant : « Changement de flacon(s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention pour débranchement ou déplacement du dispositif ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose. ». La notion « **en dehors de la séance de pose** » indique bien que l'IDEL se déplace une nouvelle fois, ce qui justifie la prise en charge des indemnités de déplacement. Cet acte est également facturable avec des frais de déplacement pour toute urgence sur la ligne de perfusion : occlusion sur la voie d'abord, intervention en raison d'un défaut sur la pompe volumétrique, etc.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Accès direct aux IPA (décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025)

Le décret modifie les modalités relatives aux conditions de l'accès direct et de prescriptions initiales des infirmiers en pratique avancée :

- Article R.4301-1 :

L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat, validées par le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies aux [articles D. 636-73 à D. 636-81 du code de l'éducation](#).

Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin ou s'adressant directement à lui. Lorsqu'il n'exerce pas dans les conditions prévues au II de l'[article L. 4301-2](#), la conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par le médecin lui ayant confié le suivi du patient.

Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant mentionné à [l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale](#), l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Accès direct aux IPA (décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025)

Le décret modifie les modalités relatives aux conditions de l'accès direct et de prescriptions initiales des infirmiers en pratique avancée :

- Article R.4301-3 :

Sous réserve des dispositions de l'article R. 4301-3-1 relatives au domaine d'intervention “ urgences ”, dans le ou les domaines d'intervention définis à l'article R. 4301-2 inscrits dans son diplôme et dans les conditions prévues à l'article D. 4301-8 :

1° L'infirmier exerçant en pratique avancée est compétent pour conduire un entretien avec le patient, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique ;

2° L'infirmier exerçant en pratique avancée peut :

a) Conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire ;

b) Effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et para-clinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux ;

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Accès direct aux IPA (décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025)

Le décret modifie les modalités relatives aux conditions de l'accès direct et de prescriptions initiales des infirmiers en pratique avancée :

- Article R.4301-3 (suite) :

2° L'infirmier exerçant en pratique avancée peut :

c) Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

d) Prescrire :

- des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application de l'article R. 5121-202 ;

- des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

- des examens de biologie médicale dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Accès direct aux IPA (décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025)

Le décret modifie les modalités relatives aux conditions de l'accès direct et de prescriptions initiales des infirmiers en pratique avancée :

- Article R.4301-3 (suite) :

2° L'infirmier exerçant en pratique avancée peut :

c) Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine ;

d) Prescrire :

- des produits de santé ou des prestations soumis ou non à prescription médicale obligatoire, dont la liste est arrêtée par le ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine. Cet arrêté (non publié à ce jour) peut prévoir que la prescription par l'infirmier est subordonnée à un diagnostic médical préalable ;

e) Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Accès direct aux IPA (décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025)

Le décret modifie les modalités relatives aux conditions de l'accès direct et de prescriptions initiales des infirmiers en pratique avancée :

- Article R.4301-3-1:

Dans le domaine d'intervention “ urgences ” mentionné au 5° de l'article R. 4301-2, l'infirmier en pratique avancée exerçant dans les conditions prévues au II de l'article L. 4301-2 peut, lorsqu'il prend directement en charge des patients dont les motifs de recours ou les situations cliniques sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé, établir des conclusions cliniques sous réserve qu'un médecin de la structure des urgences intervienne au cours de la prise en charge.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Accès direct aux IPA (campagne nationale en date du 13.02.2025)

Suite à la parution du décret, une campagne nationale vise à informer les IPA sur les modalités de mise en œuvre de l'accès direct prévu par la loi Rist 2.

Madame, Monsieur,

La loi Rist 2, adoptée le 19 mai 2023, autorise l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée sans orientation préalable par le médecin, ainsi que la possibilité de primo-prescrire certains produits ou prestations nécessitant jusqu'ici une prescription médicale obligatoire, ce qui marque une avancée importante pour la profession.

Qui est concerné par l'accès direct ?

Tous les infirmiers en pratique avancée qui exercent leur activité :

- au sein des hôpitaux, cliniques, établissements sociaux et médico-sociaux,
- dans les maisons et centres de santé,
- dans les établissements accueillant des personnes en situation de handicap,
- ou encore dans les équipes de soins spécialisés.

Quel est l'apport du [décret d'application du 20 janvier 2025](#) ?

- il ouvre la mise en œuvre de l'accès direct,
- il supprime le protocole d'organisation obligatoire entre médecins et IPA,
- il rappelle que les compétences des IPA seront élargies en matière de primo-prescription de certains produits et prestations actuellement soumis à prescription médicale obligatoire. La liste des éléments concernés sera prochainement définie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine

Modèle économique et remboursement :

Le modèle économique de prise en charge en accès direct reste à définir conventionnellement, conformément à la loi Rist 2. Il sera intégré aux prochaines négociations conventionnelles prévues courant 2025, après publication de l'arrêté définissant la liste des produits restant soumis à prescription médicale obligatoire.

Dans l'attente, les actes réalisés en accès direct ne peuvent pas être facturés à l'Assurance Maladie. Le remboursement par cette dernière n'est pour l'instant possible que lorsque le patient a été orienté au préalable par un médecin.

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

Fin des mesures dérogatoires liées au COVID

Une campagne nationale envoyée le 06 mars 2025 par Email vous informe de la fin des mesures dérogatoires liées au COVID au 01 mars 2025.

Madame, Monsieur,

A compter du 1er mars 2025, certaines [mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire](#) sont abrogées, suite à la publication au [Journal Officiel de la République française](#) du 22 février 2025 (texte n°5), de [l'Arrêté du 13 février 2025](#) portant abrogation de diverses mesures de gestion de la crise sanitaire, et notamment la prise en charge par l'assurance maladie des tests antigéniques et des prélèvements associés.

Les mesures dérogatoires de facturation suivantes sont supprimées :

1. L'utilisation de la cotation INJ pour les actes de vaccination COVID :

- La cotation de droit commun s'applique désormais : acte de vaccination avec prescription médicale ou lorsque le vaccin ne nécessite pas de prescription AMI 2,4
- A noter :
Dans le cadre d'une double vaccination grippe-covid, les deux actes AMI 2,4 se facturent à taux plein uniquement lors d'une réalisation à domicile.
Les différentes rémunérations forfaitaires valorisant la participation à la campagne vaccinale COVID sont également supprimées.

2. La cotation « AMI 5,8 » dans le cadre du suivi à domicile d'un patient Covid-19 avec ou sans oxygénothérapie.

3. L'acte de surveillance sanitaire à domicile « AMI 5,6 et assorti de la majoration MCI » :

- pour les personnes dont le diagnostic d'infection à la covid-19 a été posé biologiquement,
- pour les personnes ayant été identifiées comme cas contact par l'assurance maladie et qui présentent un risque de développer une forme grave de covid-19.

4. Les cotations de l'AMI/AMX 1,65 pour les patients recevant des soins infirmiers courants à domicile

5. Les cotations spécifiques pour la réalisation des actes de prélèvement (sans réalisation d'un test) avec ou sans prescription :

- La cotation à utiliser pour un prélèvement nasopharyngé en droit commun est AMI 1 (en NGAP : acte de prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques) et est soumis à prescription médicale obligatoire.
- Les cotations AMI 4,9 (au cabinet), AMI 7,3 (à domicile) et AMI 3,4 (dépistage collectif) pour la réalisation de tests antigéniques sont supprimées.

6. La réalisation de soins à domicile sans précision de la mention « à domicile » sur l'ordonnance doit désormais suivre les règles d'exception définies dans la [circulaire 30-2024](#).

Cordialement,
Votre correspondant de l'Assurance Maladie

III – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

En-direct paru depuis la précédente CPD (15 octobre 2024)

- Tests antigéniques – 18.10.2024

IV – DÉMOGRAPHIE ET SUIVI DES DÉPENSES DE SANTÉ

Démographie du 01/01/2024 au 31/12/2024

Niveau de dotation	Installations	Cessations	Démographie
Zones très sous dotées	0	1	11
Zones sous dotées	13	8	130
Zones intermédiaires	18	20	400
Zones très dotées	0	0	0
Total	31	29	541

IV – SUIVI DÉPENSES DE SANTÉ / DEMOGRAPHIE

Commission des infirmiers libéraux du département : COTE-D'OR

Source SNDS AMOS le 19/02/2025

Activité des infirmiers libéraux du 01/01/2024 au 31/12/2024 (en date de remboursement)
(INFIRMIER, INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE)

Montants des prestations en en montant remboursé

Postes de dépenses	RG		MSA		Autres		TOTAL		Evolutions Région	Evolutions France
	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions		
TOTAL	39 802 024	3,4%	4 143 763	0,9%	1 552 643	9,7%	45 498 429	3,3%	4,6%	5,2%
Actes	22 076 382	-7,2%	1 910 847	-8,5%	890 134	0,5%	24 877 363	-7,1%	-7,8%	-23,7%
AIS	101 999	-94,5%	15 064	-90,5%	3 697	-91,4%	120 760	-94,1%	-94,0%	-92,9%
AMI	21 323 950	-0,6%	1 811 515	-2,8%	870 427	4,6%	24 005 891	-0,6%	-1,1%	-2,8%
AMX	649 939	30,4%	84 214	28,0%	16 000	54,1%	750 153	30,6%	38,0%	25,7%
DI - Hors BSI	204	-79,7%	35	-61,1%		-100,0%	239	-78,5%	-77,2%	-61,0%
Téléconsultations	290	15,3%	20	-7,4%	10		320	17,1%	-58,5%	32,6%
Frais de déplacements	9 296 412	6,5%	1 186 146	0,2%	356 234	13,2%	10 838 792	6,0%	8,0%	12,2%
Frais de déplacements	9 296 412	6,5%	1 186 146	0,2%	356 234	13,2%	10 838 792	6,0%	8,0%	12,2%
Bilans de soins infirmiers	5 335 236	90,4%	798 826	36,7%	191 350	72,4%	6 325 411	80,8%	87,6%	84,8%
BSI - DI 1,2 et DI 2,5	41 344	4,1%	5 993	22,1%	1 729	27,8%	49 065	6,8%	4,8%	7,7%
BSI - Forfait	5 293 892	91,6%	792 833	36,8%	189 621	72,9%	6 276 346	81,8%	89,0%	85,6%
Majorations	2 689 074	1,2%	246 007	0,6%	113 710	12,9%	3 048 790	1,5%	0,7%	-1,0%
MAU	1 702 553	1,3%	149 739	5,4%	70 933	15,2%	1 923 225	2,0%	0,8%	-1,3%
MCI	968 429	0,6%	95 989	-5,9%	41 858	9,9%	1 106 276	0,3%	0,6%	-0,7%
MIE	18 091	36,6%	279	-42,6%	919	-15,1%	19 289	30,2%	-4,1%	-2,6%
Autres rémunérations	364 509	-17,9%					364 509	-17,9%	-16,8%	-7,7%
Forfaits aide à l'informatisation	227 060	5,9%					227 060	5,9%	-5,4%	-0,3%
Option démographique	137 449	-40,1%					137 449	-40,1%	-37,3%	-32,8%
Vaccination COVID	40 224	-51,5%	1 937	-47,8%	1 215	-52,5%	43 377	-51,3%	-46,8%	-54,7%
Vaccination COVID	40 224	-51,5%	1 937	-47,8%	1 215	-52,5%	43 377	-51,3%	-46,8%	-54,7%
Pratique avancée	187						187		45,1%	78,2%
Pratique avancée MIP	187						187		46,7%	83,8%

IV – SUIVI DÉPENSES DE SANTÉ / DEMOGRAPHIE

Commission des infirmiers libéraux du département : COTE-D'OR

Source SNDS AMOS le 19/02/2025

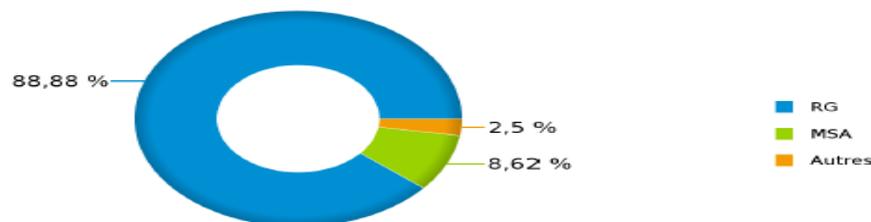
Activité des infirmiers libéraux du 01/01/2024 au 31/12/2024 (en date de remboursement)

(INFIRMIER, INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE)

Montants totaux des postes de dépenses* en montant remboursé

Postes de dépenses	RG		MSA		Autres		TOTAL	
	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions
FRANCE	8 678 947 553	5,8%	692 983 533	-0,1%	281 558 087	1,5%	9 653 489 172	5,2%
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	262 499 489	5,2%	25 448 187	-0,5%	7 378 127	-0,7%	295 325 803	4,6%
021 - COTE-D'OR	39 802 024	3,4%	4 143 763	0,9%	1 552 643	9,7%	45 498 429	3,3%
025 - DOUBS	48 478 200	4,7%	3 048 980	-8,1%	700 375	-9,0%	52 227 555	3,6%
039 - JURA	21 540 986	5,6%	2 436 410	-2,5%	603 390	-1,4%	24 580 786	4,5%
058 - NIEVRE	22 043 707	3,0%	2 392 607	-3,6%	776 104	-6,7%	25 212 418	2,0%
070 - HAUTE-SAONE	24 985 391	5,3%	2 643 556	-0,4%	625 510	2,3%	28 254 457	4,6%
071 - SAONE-ET-LOIRE	56 879 271	7,1%	7 386 741	2,9%	2 050 941	0,1%	66 316 953	6,4%
089 - YONNE	32 648 927	5,1%	3 067 884	2,7%	849 469	-6,2%	36 566 280	4,6%
090 - TERRITOIRE DE BELFORT	16 120 983	8,2%	328 246	-5,2%	219 695	-5,5%	16 668 925	7,7%

Répartition des montants par régime



Evolution des montants (PCAP) - total poste



* Poste(s) de dépense(s) concerné(s) : AIS, AMI, AMX, BSI - DI 1,2 et DI 2,5, BSI - Forfait, DI - Hors BSI, Forfaits aide à l'informatisation, Frais de déplacements, MAU, MCI, MIE, Option démographique, Pratique avancée MIP, Pratique avancée PAI, Téléconsultations, Vaccination COVID

IV – SUIVI DÉPENSES DE SANTÉ / DEMOGRAPHIE

BSI : Zoom sur les dépenses (généralisation octobre 2023)

Commission des infirmiers libéraux du département : **COTE-D'OR**

Source SNDS AMOS le 19/02/2025

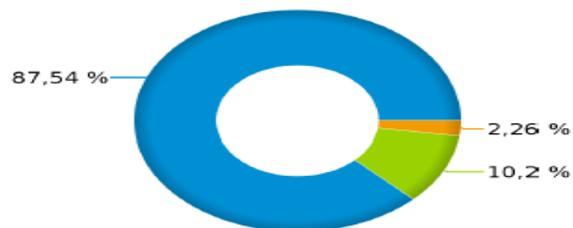
Activité des infirmiers libéraux du 01/01/2024 au 31/12/2024 (en date de remboursement)

(INFIRMIER, INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE)

BSI - DI 1,2 et DI 2,5 - Montants des prestations en montant remboursé

Postes de dépenses	RG		MSA		Autres		TOTAL	
	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions
FRANCE	15 359 641	8,2%	1 338 747	5,4%	525 926	-2,1%	17 224 314	7,7%
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	352 740	8,3%	41 121	-16,3%	9 101	-2,7%	402 962	4,8%
B: 021 - COTE-D'OR	41 344	4,1%	5 993	22,1%	1 729	27,8%	49 065	6,8%
025 - DOUBS	61 694	-10,2%	5 518	-37,0%	1 255	-11,6%	68 467	-13,2%
039 - JURA	39 281	44,7%	4 272	-0,8%	480	-27,2%	44 032	37,1%
058 - NIEVRE	22 164	-40,0%	2 522	-72,2%	792	-11,8%	25 479	-45,7%
070 - HAUTE-SAONE	20 356	5,1%	2 200	-11,8%	418	-3,3%	22 974	3,0%
071 - SAONE-ET-LOIRE	93 863	22,5%	15 139	1,3%	2 995	-7,5%	111 997	18,1%
089 - YONNE	53 182	57,9%	5 035	16,4%	1 094	9,3%	59 311	52,0%
090 - TERRITOIRE DE BELFORT	20 856	-11,8%	442	30,1%	338	-2,7%	21 636	-11,1%

Répartition des montants par régime



Evolution des montants (PCAP) - total poste



IV – SUIVI DÉPENSES DE SANTÉ / DEMOGRAPHIE

BSI : Zoom sur les dépenses (généralisation octobre 2023)

Commission des infirmiers libéraux du département : COTE-D'OR

Source SNDS AMOS le 19/02/2025

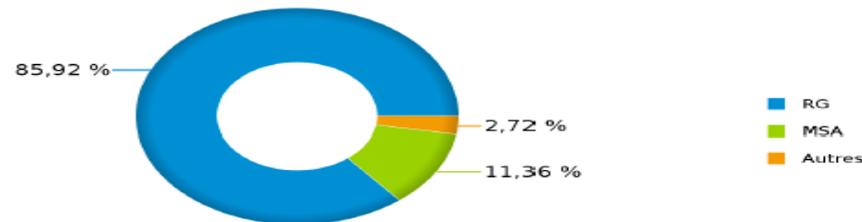
Activité des infirmiers libéraux du 01/01/2024 au 31/12/2024 (en date de remboursement)

(INFIRMIER, INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE)

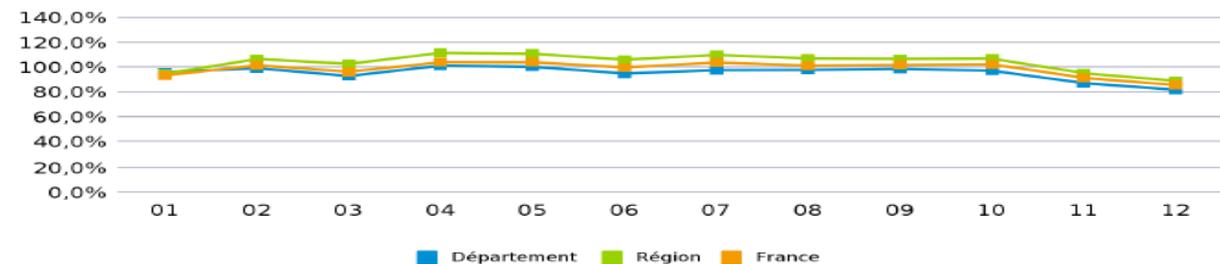
BSI - Forfait - Montants des prestations en montant remboursé

Postes de dépenses	RG		MSA		Autres		TOTAL	
	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions
FRANCE	2 846 496 606	93,1%	254 249 534	40,6%	112 735 360	47,2%	3 213 481 501	85,6%
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	38 620 454	98,3%	5 104 986	46,4%	1 221 718	48,4%	44 947 157	89,0%
B: 021 - COTE-D'OR	5 293 892	91,6%	792 833	36,8%	189 621	72,9%	6 276 346	81,8%
025 - DOUBS	8 045 025	80,0%	668 379	39,5%	173 913	19,3%	8 887 318	74,5%
039 - JURA	3 144 485	107,7%	478 117	32,2%	93 284	80,8%	3 715 886	92,8%
058 - NIEVRE	2 264 650	75,4%	323 347	59,4%	91 126	63,2%	2 679 123	72,8%
070 - HAUTE-SAONE	1 880 951	87,1%	250 505	77,2%	58 952	51,0%	2 190 408	84,8%
071 - SAONE-ET-LOIRE	11 526 569	113,5%	1 965 735	44,7%	486 093	47,2%	13 978 397	97,2%
089 - YONNE	4 583 986	120,5%	576 329	70,7%	97 030	21,5%	5 257 344	110,6%
090 - TERRITOIRE DE BELFORT	1 880 895	97,5%	49 742	79,3%	31 700	186,3%	1 962 337	97,9%

Répartition des montants par régime



Evolution des montants (PCAP) - total poste



IV – SUIVI DÉPENSES DE SANTÉ / DEMOGRAPHIE

Mon bilan prévention :

Nombre de bilan remboursé au 25 février 2025 :

NOMBRE IDEL	NOMBRE ASSURES	MONTANT REMBOURSES
5	6	180,00 euros

V – ACTIONS DE GESTION DU RISQUE ET D'ACCOMPAGNEMENT

Adaptation des contrôles à priori des IDEL primo installés

A compter de janvier 2025, les caisses réaliseront les contrôles a priori sur les 4 premiers mois d'activité pour les IDEL libéraux.

- A chaque étape de la démarche d'accompagnement (début de la facturation, rejets de factures, fin de contrôle), le PS est accompagné par téléphone et les appels sont tracés dans Médialog+.
- Lors du rendez-vous d'installation, le PS est incité à transmettre sa facturation de manière sécurisée autant que possible, le plus fréquemment possible, et au minimum une fois par semaine.
- Pour rappel, l'article R.161-47 du Code de la sécurité sociale dispose qu'un délai de 8 jours maximum après la réalisation du dernier acte lui est octroyé pour facturer l'ensemble des soins et de lui recommander une facturation au fil de l'eau sans attendre le dernier acte.
- Il est important de télétransmettre en flux sécurisé. La généralisation de l'appli carte Vitale vous permettra de facturer quasi systématiquement en FSE.
- Le forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet (FAMI) n'est versé au PS que lorsque son taux de télétransmission atteint 70%.
- Concernant SCOR, l'annexe IX de la convention nationale des infirmiers prévoit dans son article 1 que l'infirmier s'engage recourir en priorité à la numérisation de la prescription médicale.

V – ACTIONS DE GESTION DU RISQUE ET D'ACCOMPAGNEMENT

Contrôles ciblés 2024 : Résultats

- 10 IDEL ont été contrôlés sur la période du 01 novembre 2023 au 30 avril 2024
- 1093 factures ont été contrôlées
- Le montant total des anomalies est de 52 330,10 euros réparti comme suit :

IDEL	MONTANT ANOMALI	DECISIONS
N°1	7,50 €	pas d'indu
N°2	11,50 €	notification d'un indu
N°3	708,70 €	notification d'un indu
N°4	788,64 €	notification d'un indu
N°5	1 435,95 €	notification d'un indu
N°6	4 425,70 €	transmission service fraudes
N°7	7 538,30 €	notification d'un indu
N°8	8 845,88 €	transmission service fraudes
N°9	11 577,66 €	transmission service fraudes
N°10	16 990,27 €	transmission service fraudes
TOTAL	52 330,10 €	

V – ACTIONS DE GESTION DU RISQUE ET D'ACCOMPAGNEMENT

Protocole local IK

Le protocole local « IK » signé le 07 janvier 2022 par les représentants syndicaux, la CPAM et la MSA indique de se référer à « ameli annuaire santé » pour connaître le cabinet d'infirmier le plus proche de la résidence de l'assuré.

Ameli annuaire santé ne communique plus l'IDEL la plus proche du domicile du patient.

Proposition :

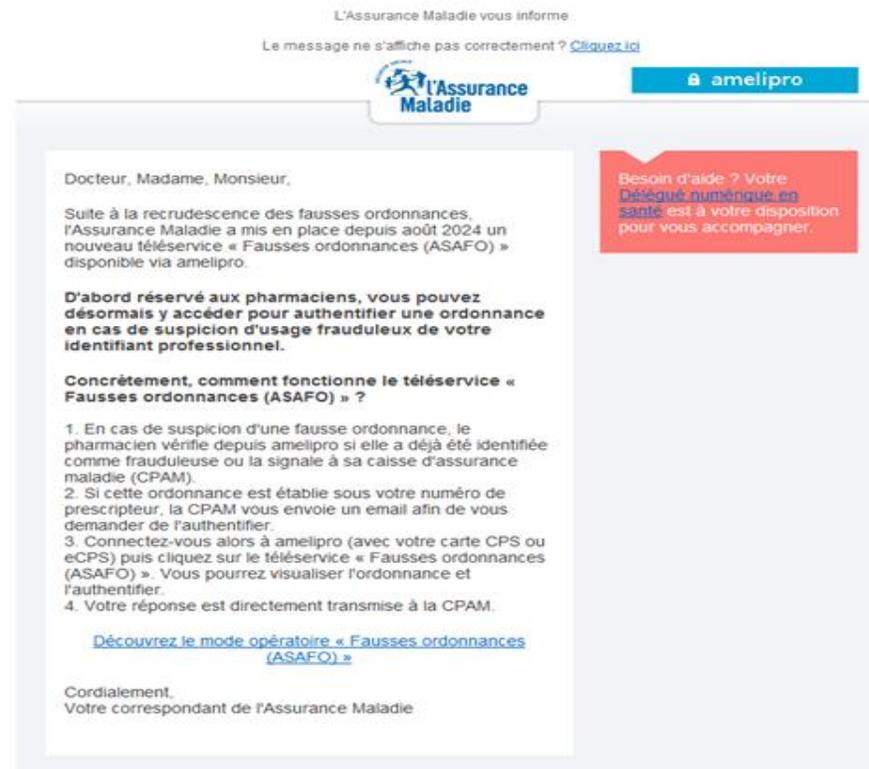
- Remplacement « ameli annuaire santé » par « annuaire des pages jaunes »

Dans l'affirmative, le protocole local « IK » sera actualisé et un En-direct sera envoyé à la profession

V – ACTIONS DE GESTION DU RISQUE ET D'ACCOMPAGNEMENT

ASAFO

Une campagne nationale envoyée le 05 février 2025 par Email vous informe, en tant que prescripteurs vous pouvez être contacté par la CPAM en cas de suspicion d'ordonnance frauduleuse.



V – ACTIONS DE GESTION DU RISQUE ET D'ACCOMPAGNEMENT

15 Minutes Infirmiers

- + de 300 vues pour le dernier numéro « la prescription et moi »
- + de 8500 vues globales
- Prochain 15 minutes : jeudi 20 mars 2025 sur le diabète

VI – PREVENTION

Campagne de vaccination 2025 contre les papillomavirus humains (HPV) en milieu scolaire

La vaccination contre les HPV sera proposée gratuitement à tous les collégiens âgés de 11 à 14 ans scolarisés en classe de cinquième dans un établissement public relevant du Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, privé volontaire ou dans un établissement médicosocial du champ de l'enfance handicapée (ESMS relevant du 2° de l'article L312-1 du CASF).

L'organisation mise en place, à partir de la rentrée scolaire 2024-2025, doit permettre de réaliser le schéma vaccinal complet à deux doses contre les HPV sur une ou deux années scolaires. L'intervalle entre les deux doses de vaccins devra être compris entre 5 et 13 mois. Une campagne de vaccination est divisée en deux « vagues », la première en automne (d'octobre à décembre) et la seconde au printemps (d'avril à juin).

Les séances de vaccination dans les ESMS débuteront à partir du mois de janvier 2025.

La vaccination contre les HPV étant une vaccination recommandée, le consentement des deux parents devra être recueilli sur le formulaire d'autorisation parentale (document créé par la DGS), identifiant l'enfant à vacciner.

VI – PREVENTION

Campagne de vaccination 2025 contre les papillomavirus humains (HPV) en milieu scolaire

Les parents devront y préciser : leur régime d'affiliation, le NIR sous lequel l'enfant est pris en charge, la caisse de rattachement (si RG).

Comme l'an dernier, le rattrapage des autres vaccinations dans cette tranche d'âge est recommandé mais reste une option facultative laissée à l'appréciation de chaque ARS.

Afin de renforcer les équipes des établissements et organismes habilités désignés par les ARS pour participer à la campagne de vaccination HPV dans les collèges (dénommés ci-après « centres de vaccination »), des professionnels de santé libéraux ainsi que des professionnels de santé non connus des référentiels de l'Assurance Maladie pourront intervenir.

Pour les Centres de vaccination (CDV) entrant dans le dispositif lors de la campagne 2024-2025 : le modèle de convention 2024 sera joint ultérieurement.

Pour les CDV ayant signé la convention lors de la campagne 2023-2024 : le modèle de l'avenant à la convention sera joint ultérieurement.

Le centre de vaccination s'engage à transmettre la liste des effecteurs intervenant en renfort.

VI – PREVENTION

Campagne de vaccination 2025 contre les papillomavirus humains (HPV) en milieu scolaire

Les équipes de vaccination comprendront un responsable médical qui peut être soit un médecin soit une sage- femme.

A ce jour, sont habilités à procéder à la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV):

- Les médecins : libéraux, salariés centre de santé, retraités, sans activité, salariés, fonctionnaires ou étudiants 3e cycle
- **Les infirmiers** : libéraux, salariés centre de santé, retraités, sans activité, salariés, fonctionnaires
- Les sages-femmes : libéraux, salariés centre de santé, retraités, sans activité, salariés, fonctionnaires
- Les pharmaciens : libéraux, retraités, sans activité, salariés, fonctionnaires ou étudiants 3e cycle

VI – PREVENTION

Campagne de vaccination 2025 contre les papillomavirus humains (HPV) en milieu scolaire

Dispositif de financement

Deux types de financement sont à distinguer :

- Le remboursement des vaccins achetés par les centres de vaccination
- La rémunération des PS intervenant en renfort dans les centres de vaccination.

Rémunération de la vaccination à la vacation

Les professionnels de santé intervenant en renfort des équipes des centres de vaccination et quel que soit leur statut, libéraux ou non connus, seront rémunérés à la vacation par l'Assurance Maladie (Régime Général).

Règle de rémunération

► Toute heure entamée est due.

Cette règle s'applique sur la durée de la vacation.

Exemple : pour une vacation de 8h55 à 13h05, soit 4h10 d'activité, la rémunération sera calculée sur la base de 5h.

VI – PREVENTION

Campagne de vaccination 2025 contre les papillomavirus humains (HPV) en milieu scolaire

Grille tarifaire pour infirmiers :

	Tarif horaire
Infirmiers libéraux en activité	37 euros
Infirmiers (retraités-remplaçants-sans activité-salariés-fonctionnaires)	24 euros

VI – PREVENTION

Campagne de vaccination 2025 contre les papillomavirus humains (HPV) en milieu scolaire

Facturation des vacations

Les vacations sont facturées par les professionnels de santé sur un bordereau spécifique à la campagne de vaccination contre les papillomavirus.

Le bordereau est conçu pour une fréquence hebdomadaire de facturation.

Le professionnel de santé intervenant complète le bordereau de vacations :

- Renseigne son identification (nom, N° d'AM/FINESS, NIR, RPPS) sa profession, son statut.
- Précise le CDV pour lequel il est intervenu,
- Indique, pour chaque journée de vacation, le nombre d'heures consacrées à l'activité de vaccination,
- Appose sa signature,
- Transmet le bordereau de vacation au centre de vaccination pour lequel il est intervenu,
- Transmet le formulaire d'identification complété uniquement lors de la première demande si PS non connu.

VI – PREVENTION

Soins écoresponsables : des mémos pour changer nos pratiques

Une campagne nationale sur le thème de l'impact environnementaux des soins a été envoyée le 24 janvier 2025 par Email.

Cette campagne vous aide à contribuer à la transition écologique du système de santé avec la mise à disposition de 2 mémos :

- mémo « Agir pour éviter le gaspillage des produits de santé : modalités d'utilisation des dispositifs médicaux non couverts pour des soins infirmiers »
- mémo « Agir pour éviter le gaspillage des produits de santé : soutenir la juste dispensation pour éviter les médicaments non utilisés »

Ces mémos sont consultables sur la page ameli.fr de votre profession.

Chemin d'accès : [Ameli.fr/Infirmier/Votre exercice libéral/Mémos et fiches d'aide à la pratique/Soins écoresponsables](https://ameli.fr/Infirmier/Votre_exercice_liberal/Memos_et_fiches_d_aide_a_la_pratique/Soins_écoresponsables)

VI – PREVENTION

Prolongation campagne grippe – Covid-19

Une campagne nationale envoyée le 24 janvier 2025 par Email vous informait de la prolongation de la vaccination **d'un mois soit jusqu'au 28 février 2025.**

VII – NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Application Web « RECLA PS »

Les professionnels de santé sont amenés à contacter l'Assurance Maladie au sujet d'anomalies dans le remboursement de feuilles de soins ou pour obtenir des renseignements relatifs à ces règlements.

Ces réclamations peuvent être adressées via différents canaux (téléphone, mails, courriers papiers...) ce qui complexifie leur suivi et leur traitement.

« RéclaPS » a comme double objectif de répondre aux besoins :

- des professionnels de santé pour le dépôt et le suivi de leurs réclamations liées à des remboursements de prestations en nature
- des caisses pour traiter efficacement ces demandes

Une nouvelle version a été développée pour permettre aux professionnels de santé d'y accéder directement depuis leur compte Ameli Pro et pour prendre en compte diverses améliorations ergonomiques.

VII – NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Application Web « RECLA PS »

Présentation de l'application

La solution RéclaPS permet aux professionnels de santé de transmettre via un formulaire web, une ou plusieurs réclamation(s) concernant un remboursement erroné ou incomplet, une anomalie de paiement.

Ce formulaire contient l'ensemble des informations nécessaires au bon traitement du dossier par un agent.

Lorsqu'une réponse est apportée, un mail est adressé au professionnel de santé l'invitant à la consulter directement sur l'espace RéclaPS via son compte Ameli Pro (pour des questions de sécurité, le mail ne reprend pas la réponse).

Déploiement de la solution

La date butoir de déploiement de l'application RECLAPS pour les infirmiers est fixée à **début avril 2025**.

En amont des démarrages, des campagnes OSMOSE nationales seront réalisées afin d'aviser les professionnels de santé de la mise en place du nouveau service

VII – NUMÉRIQUE EN SANTÉ

FAMI 2023 - Contestations

➤ Paiement le 28/02/2025

FAMI 2024 – Saisie des indicateurs

Une campagne nationale sur l'annonce de la période de déclaration des indicateurs FAMI a été envoyée le 15 janvier 2025 par Email.

La période de saisie des indicateurs 2024 pour le Forfait d'Aide à la Modernisation du cabinet professionnel (FAMI) :

du 13 janvier 2025 au 03 mars 2025 minuit

(rubrique « ma convention » de votre compte amelipro)

VII – NUMÉRIQUE EN SANTÉ

APCV : Généralisation de l'appli carte vitale en mars 2025

Une campagne nationale informe les PS possédant une offre compatible de la généralisation de l'appli carte vitale en mars 2025, a été envoyée par Email le 10 février 2025.

Madame, Monsieur,

L'appli carte Vitale sera généralisée à toute la France en mars 2025.

L'appli carte Vitale, c'est la carte Vitale disponible dans le smartphone de vos patients.

Tout en assurant les mêmes fonctions que la carte Vitale physique, l'appli carte Vitale vous offre de nombreux avantages (car vos patients l'auront ainsi toujours sur eux via leur smartphone) :

- la sécurisation systématique de vos télétransmissions,
- la diminution du nombre de vos rejets de facture grâce à l'accès systématique au service de droits en ligne (ADRI),
- les Identifiants Nationaux de Santé sont disponibles et qualifiés pour l'assuré et ses ayants-droits.

A noter : l'appli bénéficie d'une sécurité renforcée via un code secret à chaque connexion.

Progressivement, elle proposera de nouvelles fonctionnalités pour vos patients avec en priorité l'intégration de l'assurance maladie complémentaire : vous n'aurez ainsi plus besoin de leur demander la carte de mutuelle.

Quelle est la prochaine étape pour pouvoir lire l'appli carte Vitale de vos patients ?

Rapprochez-vous de votre éditeur de logiciel de facturation pour activer cette fonctionnalité et vous procurer l'équipement permettant de lire l'appli carte Vitale sur smartphone.

VII – NUMÉRIQUE EN SANTÉ

BSI PARTAGE :

- 18 IDE expérimentateurs
- Fin expérimentation BSI Partage le 10/03/2025
- Expérimentation concluante avec une perspective de généralisation aux IDE des départements testeurs

BSI :

- Les 19 et 20 février, envoi de mails erronés ou à tort à la profession (brouillons de plus de 3 semaines, brouillon négligé, cessation d'activité, NIR qui ne correspond pas aux patients, médecin fictif avec données erronées) → Ne pas en tenir compte (cf message sur la page d'accueil d'Amelipro)

VII – NUMÉRIQUE EN SANTÉ

BSI – TELESERVICE AMELIPRO

Pour votre information , une nouvelle version du téléservice amelipro a été effectuée le 04 mars 2025,

Cette version contient :

- Correction pour le message « Erreur 500 » à la création du BSI pour un NIR ayant-droit
- Correction du problème de contrainte sur le champ troubles comportements à NULL
- Correction de la coche verte qui doit être rouge dans « respiratoire et cardio » lorsque dans l'onglet Soins de base, il y a le message « Le format est incorrect. »
- Correction dans Soins techniques, du dégrisement de la colonne de droite lorsqu'il y a des 00 ou 0000, etc. renseigné dans la colonne de gauche.
- Désactivation de la touche « Entrer » dans les champs d'actions réalisées dans la partie « Coordination avec les professionnels de santé » qui génère une erreur « The requested URL was not found on this server. »
- Correctif de l'affichage du cadre de coche verte qui doit être rouge dans « Soins techniques » lorsque les champs saisis ont une valeur supérieure à 9999.
- Correctifs sur les traces applicatives

VII – NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Parcours santé mentale : Rétex le 08/04/2025

Professionnels de santé en santé mentale, découvrez comment le numérique transforme vos pratiques !

Dans le cadre de l'accompagnement au Ségur Numérique pour les professionnels de santé en santé mentale, le GRADeS Bourgogne-Franche-Comté, l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne-Franche-Comté, la CPAM Côte-d'Or et l'Agence du Numérique en Santé vous invitent à un **webinaire sur les usages du numérique en santé mentale**.

 **Mardi 8 avril**

 **12h30 - 14h00 (en ligne)**

Au programme :

Retours d'expérience

Des professionnels et établissements engagés partageront leur vécu autour d'un parcours de soin fil rouge en ville et à l'hôpital, réalisé en février.

Quels bénéfices et quelles limites ont pu être rencontrés dans l'usage des services numériques comme l'identité nationale de santé, le DMP/Mon Espace Santé et la MSSanté ?

Bilan 2024 & perspectives

- Retour sur les **résultats** et les **solutions déployées en 2024**
- Échanges sur les **évolutions attendues** en e-santé pour la santé mentale
- Intervention du **ministère de la Santé et de l'accès aux soins**, de la **CNAM** ainsi que l'**Agence du numérique en santé** sur les enjeux nationaux

Pourquoi participer ?

- Mieux comprendre l'impact du numérique dans les parcours de soins en santé mentale.
- Échanger avec des acteurs engagés et bénéficier de retours concrets.
- Contribuer à la réflexion sur l'avenir du numérique en santé mentale.

Inscrivez-vous dès maintenant pour ne rien manquer !

VIII - QUESTIONS DIVERSES SECTION PROFESSIONNELLE

IX – CALENDRIER 2025

Prochaines commissions :

- Mardi 01 Juillet 2025 à 14h30
- Mardi 14 Octobre 2025 à 14h30