

Savoir

L'étude de la Nomenclature générale des actes professionnels depuis ses origines permet de mieux saisir le texte actuel, dont la lecture commence par des dispositions générales et qui ne cesse d'évoluer (en témoigne l'annonce d'un futur Bilan de soins infirmiers).

PRÉSENTATION DE LA NOMENCLATURE Principe

En France, l'exercice libéral des professions de santé est lié, depuis son origine, au libre choix du professionnel par le patient et au paiement à l'acte. Afin qu'il puisse être remboursé par l'Assurance maladie, chaque acte est inscrit avec un libellé, une lettre-clé et un coefficient, indiquant la valeur relative de l'acte, dans une liste appelée Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

La NGAP s'impose aux professionnels pour communiquer aux organismes d'Assurance maladie le type et la valeur de l'acte technique (par exemple AMI2) et non sa nature (comme un pansement), permettant ainsi le

respect du secret professionnel (dispositions générales de la NGAP, articles 1 et 3, arrêté du 9 août 1985).

Cette liste, distincte de la CCAM (*lire l'encadré en bas à gauche*), comprend des dispositions générales concernant plusieurs professions de santé, puis énumère les actes concernant chacune d'elles – le titre IV concerne les orthophonistes, le titre XII les pédicures-podologues, le titre XVI les soins infirmiers, plusieurs titres concernent les médecins et les sages-femmes... Le titre XVI comprend deux chapitres : les "soins de pratique courante" et les "soins spécialisés" – soit au total 18 articles et quelque 90 actes.

Au fil des ans, le titre XVI a évolué, en lien avec les textes officiels promouvant de nouvelles compétences pour les infirmières, mais sans que l'intégralité de ces compétences, notamment celles du rôle propre⁽¹⁾, ne soit retenue dans la liste d'actes remboursables aux assurés sociaux.

Historique

■ De l'heure à l'acte

Avant 1945, l'exercice à domicile existe, mais ces "gardes en ville" sont rémunérées sur « la base de calcul de taux fixés à l'heure et non à l'acte, et proportionnels aux revenus des familles », comme l'explique Marie-Françoise Collière, infirmière pionnière dans l'approche historique de la profession⁽²⁾. La première nomenclature parue, une annexe de l'arrêté du **29 octobre 1945**, fait suite

à l'ordonnance du 4 octobre 1945 instituant le régime général de la Sécurité sociale. En **1946**, les traitements récents par pénicilline trois fois par jour donnent un essor aux traitements à domicile. Selon Marie-Françoise Collière, ceux-ci prennent le pas sur les soins et rendent les infirmières dépendantes de la prescription médicale, au détriment des soins et de la prévention⁽³⁾.

À cette époque, les auxiliaires médicaux qualifiés, c'est-à-dire les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes, utilisent la même lettre-clé : l'AM, pour un acte effectué par un auxiliaire médical.

En **1947** (arrêté du 31 décembre), le ministère de la Santé autorise de nouvelles compétences pour les infirmières, si bien qu'en **1948** (arrêté du 16 août) apparaissent à la nomenclature, pour les infirmières libérales, les injections intraveineuses et les prises de sang intraveineuses pour examens biologiques. La liste des actes infirmiers comprend les soins relevant de l'hygiène : bain, douche médicale, « bain sinapisé [auquel on a ajouté de la farine de moutarde], enveloppement, lavement médicamenteux, frotte, épouillage ».

■ Une première lettre-clé spécifique en 1951

"Frotte" et "épouillage" : ces deux notions disparaissent en **1951**, l'hygiène de la population ayant progressé. L'arrêté du 11 septembre 1951 dans son article 16 (section I)

INFO +

➔ À DISTINGUER DE LA CCAM

Pour les médecins, radiologues, dentistes ou encore (depuis 2016) sages-femmes, certains actes ont été transférés dans une nomenclature appelée Classification commune des actes médicaux (CCAM), introduite en 2005 dans sa version 1. L'objectif est de coder les gestes qu'ils pratiquent, de créer un référentiel pour l'ensemble des actes médicaux, quel que soit le secteur d'activité (public, privé, hôpital, ville...), mais également de mieux appréhender la consommation des soins. La CCAM utilise un code alphanumérique à quatre lettres et trois chiffres, chacun ayant une signification spécifique. De nombreux actes y sont intégrés progressivement et la V43, parue en avril 2016, compte plus de 7300 actes.

liste les actes infirmiers remboursables par l'Assurance maladie : injections, pansements, alimentation par sonde... La pose de sangsues et de ventouses (sèches ou scarifiées) est aussi répertoriée à la nomenclature de l'époque.

Les gardes, à l'origine des soins à domicile, par période de douze heures, de jour comme de nuit ou sur vingt-quatre heures, y figurent également. Il faut se souvenir qu'à l'époque, le terme de "garde-malade" est préférentiellement utilisé (plutôt qu'infirmière, donc) pour « désigner les personnes qui (...) par profession se dévouaient aux personnes malades »⁽⁴⁾. Ces gardes comprennent tous les actes infirmiers et sont peu valorisées. Un coefficient 7 est attribué à douze heures de garde de nuit. La valorisation des actes "délégués" par le médecin est déjà à l'œuvre.

Constat surprenant, le terme de "nursing" apparaît. Cependant, il n'est pas attribué aux infirmières mais aux kinésithérapeutes. Ceci dans le cadre des traitements des conséquences motrices des affections neurologiques, notamment pour la poliomyélite où cette "période de nursing" (censée durer de deux heures trente à trois heures sur la journée) s'apparente à une prise en charge globale (gymnastique, bain, massage... allant jusqu'à la formation de l'entourage).

Avec l'arrêté du 11 septembre 1951, les sages-femmes, qui avaient déjà une lettre-clé pour leurs compétences propres (SF), disposent d'une deuxième lettre-clé : SFI, pour « coter les soins qu'elles donnent et qui sont en même temps de la compétence des infirmières ». Le coefficient de l'acte sera le même pour les deux professionnelles. À cette époque, les infirmières partagent leur première année de formation initiale avec les assistantes sociales, les soins

infirmiers à domicile avec les sages-femmes, et leur lettre-clé avec les kinésithérapeutes.

En 1951, la lettre-clé AM est remplacée par l'AMI (acte pratiqué par l'auxiliaire médical infirmier) pour les soins infirmiers et l'AMM pour les actes effectués par les kinésithérapeutes. Le même arrêté du 11 septembre 1951 permet aux auxiliaires médicaux de remplir et signer eux-mêmes les bulletins d'informations et les formulaires d'entente préalable (auparavant effectués par le médecin) concernant les soins qu'ils dispensent sur prescription médicale, en précisant toutefois le nom du prescripteur. Premiers balbutiements de l'émancipation de la tutelle médicale.

L'arrêté du 23 janvier 1953 autorise « l'injection sous-cutanée médicamenteuse goutte à goutte de longue durée » aux infirmières alors qu'elle était précédemment réservée aux seuls actes médicaux de pratique courante.

En revanche, la commission permanente de la nomenclature de l'époque (créée par un arrêté de 1945) rejette la possibilité pour les infirmières d'effectuer à domicile une perfusion intraveineuse, argumentant que « cet acte n'entre pas dans la compétence des infirmières en raison de la surveillance qui doit être effectuée par un médecin ». Les aérosols non plus ne sont pas autorisés car, à l'époque, ils n'entrent pas dans les compétences des auxiliaires médicaux telles que définies par l'arrêté du 31 décembre 1947. Ils ne seront autorisés qu'en **1955**. Cette même année 1953 (arrêté du 23 janvier), la lettre-clé AMP est créée pour les pédicures.

■ Création du titre XVI et nationalisation de la convention

De nombreux arrêtés ministériels modifient cette nomenclature, mais des apports conséquents pour les

Lexique

- AIS** (*lettre-clé*) Acte infirmier de soin
- ALD** Affection de longue durée
- AMI** (*lettre-clé*) Acte pratiqué par une infirmière, également appelé "acte médico-infirmier" ou "acte technique"
- AP** Accord préalable
- BSI** Bilan de soins infirmiers
- CCAM** Classification commune des actes médicaux
- Cnamts** (**ou Cnam**) Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés
- CPAM** Caisse primaire d'Assurance maladie
- DD** Déplacement à domicile
- DEP** Demande d'entente préalable
- DI** (*lettre-clé*) Démarche de soins infirmiers
- DSI** Démarche de soins infirmiers
- IFD** Indemnité forfaitaire de déplacement
- IK** Indemnité horokilométrique
- MAU** Majoration d'acte unique
- MCI** Majoration de coordination infirmière
- NGAP** Nomenclature générale des actes professionnels
- Uncam** Union nationale des caisses d'Assurance maladie

infirmières sont faits par l'arrêté du 4 juillet **1960** avec notamment la création du titre XVI, "Soins infirmiers", qui existe toujours. L'arrêté du 27 mars **1972** en accroît considérablement le nombre d'actes. La première partie de cet arrêté concerne les nombreuses dispositions générales (22 articles).

Tarifs conventionnels (en euros)

	MÉTROPOLE	DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER ET MAYOTTE
AMI	3,15	3,70
AIS	2,65	2,70
DI	10,00	10,00
Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)	2,50	2,50
Indemnité kilométrique (IK):		
- plaine	0,35	0,35
- montagne	0,50	0,50
- à pied ou à ski	3,40	3,66
Majoration de nuit:		
- de 20 à 23 heures et de 5 à 8 heures	9,15	9,15
- de 23 heures à 5 heures	18,30	18,30
Majoration de dimanche *	8,00	8,00
Majoration d'acte unique (MAU)	1,35	1,35
Majoration de coordination infirmière (MCI)	5,00	5,00

Source: amelif.fr

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

Cette même année, la convention des infirmières devient nationale (10 décembre 1972), remplaçant les conventions départementales et les zones de tarifs (trois: Paris, Lyon-Marseille, province, jusqu'en 1970, puis deux: Paris et province, jusqu'en 1972)⁽⁵⁾. À l'époque, la convention est négociée entre les trois caisses nationales d'Assurance maladie – régimes général, agricole et des travailleurs indépendants, et les syndicats professionnels recon-

nus représentatifs – et approuvée par l'État.

En 1979 (arrêté du 4 avril), l'article 14 (paragraphe B) des dispositions générales apporte des précisions sur les majorations forfaitaires pour les actes effectués la nuit, le dimanche ou les jours fériés légaux. Il stipule que, « pour les actes infirmiers répétés », la prescription du médecin doit indiquer « la nécessité impérieuse d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne ».

Sont considérés comme actes de nuit ceux effectués entre 20 heures et 8 heures; ils « ne donnent lieu à majoration que si l'appel à l'infirmier a été fait entre 19 heures et 7 heures ». En 1985, la notion de remboursement d'actes par assimilation « à un acte de même importance » est introduite à l'article 4 des dispositions générales (arrêté du 9 août 1985, article 2). Il s'agit d'actes qui ne figurent pas à la nomenclature en raison « d'une pathologie inhabituelle ». Dans ce cas, après avis favorable du médecin-conseil (entente préalable valant accord tacite en l'absence de réponse sous quinze jours), l'acte peut être affecté du même coefficient que celui auquel il est assimilé. Lorsque l'acte ne figure pas à la NGAP en raison « de l'évolution des techniques médicales », en principe c'est la Cnam qui peut autoriser son remboursement par l'application d'une cotation provisoire soumise aux mêmes règles de l'entente préalable que précédemment.

■ Actes spécialisés

En 1989 (arrêté du 13 octobre), sont introduits dans la nomenclature les actes de cancérologie comme des injections ou perfusions de produits anticancéreux par accès vasculaires implantables. Ces actes sont soumis à entente préalable (avec protocole

Des aides forfaitaires qui s'ajoutent à la cotation

Dans le cadre des aides à la télétransmission, les infirmières reçoivent, dans le cadre de la convention, une aide forfaitaire annuelle d'un montant de 300 euros. Cette aide est octroyée pour les feuilles de soins électroniques élaborées, émises par l'infirmière et reçues par la caisse conformément aux spécifications Sesam-Vitale, lorsque la

part d'activité télétransmise correspond au moins à 70 %.

Par ailleurs, en contrepartie de l'obligation de maintenance, une aide forfaitaire de 100 euros est versée à l'infirmière libérale chaque année à la condition d'avoir transmis au moins une feuille de soins électronique sécurisée au cours de l'année considérée.

Enfin, dans le cadre de l'amélioration de la gestion du risque, la Scannérisation des ordonnances (Scor, lire notre dossier du mois de janvier 2015) est mise à disposition des infirmières depuis janvier 2014 par le GIE Sesam-Vitale. L'Assurance maladie incite vivement les Idels à adopter ces nouvelles mesures qui permettent la dématérialisation complète des feuilles de soins papier. Les professionnels souscrivant à Scor perçoivent alors une aide annuelle de 90 euros.

thérapeutique) et sous réserve d'une formation spécifique suivie par l'infirmière. Dès **1990**, cette formation est intégrée aux formations initiales et, la même année, les actes concernant les patients atteints de mucoviscidose sont ajoutés à la nomenclature.

■ Création de l'AIS

En **1992** (arrêté du 10 février), une nouvelle lettre-clé est introduite pour les infirmières libérales : l'AIS (acte infirmier de soins), pour la cotation des soins d'entretien et de continuité de la vie, dans une volonté des tutelles de discerner ce qui relève des soins techniques (AMI) ou des soins de nursing, du sanitaire ou du social. La réalité de l'époque est celle de choix économiques, de régulation des dépenses de santé. Dans les faits, l'introduction de cette lettre-clé dévalorise le rôle propre infirmier, déjà si peu reconnu dans la nomenclature. L'écart actuel de la valeur de ces deux lettres-clés, qui s'est creusé au fil des années, en témoigne.

La même année sont mis en place une régulation des installations (exercice préalable de trois ans en soins généraux), des seuils d'activité (18000 AMI et/ou AIS par an) et l'obligation d'avoir un cabinet, une disposition conventionnelle reprise à l'article 33 du décret du 16 février **1993** relatif aux règles professionnelles. En **1997** (convention nationale du 11 juillet), les seuils sont rehaussés à 23000 coefficients AMI et/ou AIS. Puis, en **2002** (avenant conventionnel du 21 février), réservés aux seuls AIS. Pour finalement disparaître fin 2002.

■ Scission du titre XVI en deux chapitres

L'arrêté du 25 mars **1993** réorganise le titre XVI en un premier chapitre relatif aux "soins de pratique courante" et en un deuxième aux "soins spécialisés" regroupant les soins aux

patients traités par chimiothérapie, antibiothérapie dans la mucoviscidose ou encore par dialyse péritonéale. La même année apparaît la formation continue professionnelle et conventionnelle ainsi que l'allocation forfaitaire de repos maternel et allocation de remplacement (décret du 27 mars).

L'arrêté du 28 juin **1994** limite à un seul les frais de déplacement pour les actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées lorsque plusieurs personnes sont visitées au cours du même déplacement.

■ La DSI et la DI, nouvelle lettre-clé

En **2000** (arrêté du 12 octobre), les articles du titre XVI sont réorganisés selon les deux chapitres instaurés en 1993 et l'article 11 des "soins de pratique courante" est remplacé pour introduire le PSI (Plan de soins infirmiers). Ce PSI, qui donne pourtant naissance à la coopération avec les auxiliaires de vie et à un certain AIS3,1, va mourir avant d'être né : trop de nouveautés et trop d'incertitudes. Son instauration, faisant fi

du rôle autonome des infirmières, déclenche en effet chez les libérales un mouvement national de protestation de grande ampleur qui se poursuivra jusqu'en **2002**. Au terme de nombreuses négociations, syndicats et Cnam finissent par s'accorder sur la mise en place de la Démarche de soins infirmiers (DSI) avec l'arrêté du 28 juin 2002. L'article 1^{er} de ce texte introduit une troisième lettre-clé, DI, pour la cotation de la DSI.

Mise en œuvre dans le cadre des soins d'entretien et de continuité de la vie, la DSI est conçue pour valoriser la fonction infirmière et faciliter le maintien à domicile des personnes en situation de dépendance temporaire ou permanente, quel que soit leur âge. Elle pourra donner lieu à des séances de soins infirmiers (AIS3), la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisé (AIS3,1) ou d'une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention (AIS4).

En 2002 (arrêté du 29 août), l'article 14 des dispositions générales est modifié. La majoration de nuit pour les infirmières comprend dès lors deux tarifs différents, selon l'horaire : ■■■

Point de vue



« La caisse représente un assureur »

Pascal Serantoni-Vasseur, Idel, expert judiciaire

« S'il faut être vigilant sur la pertinence entre les soins prescrits et la tarification effectuée, c'est parce que la caisse représente un assureur ! Un parallèle peut être fait avec l'assureur automobile qui vous dit de ne pas prêter vos clés à un jeune conducteur : vous ne le faites pas ! Alors pourquoi prendre le risque avec la CPAM ? Pourquoi vouloir prendre un chemin alambiqué afin que le patient ne paie rien ? On sait que certains actes ne sont pas pris en charge. C'est la règle. L'utilisation correcte de la NGAP permet d'éviter les erreurs et d'éventuels contentieux avec les organismes payeurs devant le Tribunal des affaires de Sécurité sociale. Il faut donc toujours faire le lien entre les compétences acquises et prescrites de l'infirmière et la NGAP. Il est de la responsabilité de l'infirmière de savoir coter. »

de 20 à 23 heures et de 5 à 8 heures ou de 23 heures à 5 heures.

■ Des soins spécialisés pour le suivi du diabète en 2003

L'arrêté du 18 février 2003 fait passer "la prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité" du chapitre des "soins de pratique courante" à celui des "soins spécialisés" (article 5 bis). Des séances de surveillance clinique hebdomadaires sont introduites mais uniquement pour les patients insulino-traités de plus de 75 ans. Un petit pas supplémentaire vers la prévention. Par ailleurs, les actes tels que les pansements lourds et complexes (dans le cadre de cet article 5 bis), la glycémie capillaire ou encore l'injection d'insuline peuvent désormais se cumuler entre eux à taux plein (AMI 4+AMI 1+AMI 1), échappant ainsi à la règle de l'article 11B des dispositions générales (lire p.36).

■ Création d'un supplément pour le vaccin antigrippal

Le décret du 29 août 2008 (n°2008-877) autorise l'infirmière à réaliser, dans le cadre de son rôle propre et de la campagne de vaccination organisée par l'Assurance maladie, l'administration du vaccin antigrippal hors primo-injection. Une décision de l'Uncam du 8 octobre 2008 introduit dans la NGAP un supplément AMI 1 pour cet acte, qui, dans ce cadre précis, est coté AMI 1 quantité 2 (ou

2 AMI 1). Le bon fourni par l'Assurance maladie doit être conservé pendant un an, et la traçabilité du vaccin (date, numéro du lot...) dans le dossier du patient.

■ Introduction des MAU et MCI

Par décision de l'Uncam du 20 décembre 2011, un article 23 est ajouté aux dispositions générales de la NGAP, introduisant deux nouvelles lettres-clés. La MAU désigne la majoration d'un acte unique de cotation AMI 1 ou AMI 1,5 au cours de l'intervention de l'infirmière au cabinet ou au domicile. Elle ne peut se cumuler avec le supplément pour la vaccination antigrippale, ni avec la majoration de coordination infirmière (MCI), également créée. Cette dernière ne s'applique qu'au domicile et reconnaît

un rôle « spécifique de l'infirmière en matière de coordination, de continuité des soins et de gestion des risques liés à l'environnement ». La MCI, facturable à chaque intervention, concerne les pansements lourds et complexes (AMI 4+ MCI) et les soins palliatifs, quel que soit le soin du titre XVI (injection, pansement, perfusion, soins d'hygiène). À noter que l'appréciation de la situation palliative du patient relève d'une évaluation clinique et thérapeutique médicale et souvent interdisciplinaire.

■ Modifications de la cotation des perfusions

La décision de l'Uncam du 21 juillet 2014, publiée au Journal officiel du 30 septembre et applicable depuis le 1^{er} octobre 2014, supprime l'article 9 "perfusions" du chapitre "soins de pratique courante" pour les introduire dans le chapitre des "soins spécialisés". Trois articles de ce chapitre sont ainsi modifiés. L'article 1 supprime la notion d'héparinisation et introduit les cathéters veineux centraux implantés par voie périphérique (Picc line). L'article 3 précise que ces perfusions peuvent être effectuées sur prescription médicale ou en application d'un protocole écrit qualitatif et quantitatif daté et signé par

Point de vue



DR

« Encourager la traçabilité »

Pascal Serantoni-Vasseur, Idel, expert judiciaire

« Il faut encourager la traçabilité. D'une façon générale, les écrits infirmiers, comme le dossier de soins, se conservent vingt ans*. Quant aux justificatifs, comme un brouillon expliquant le calcul effectué par l'Idel pour sa cotation de la perfusion ou une photo d'une plaie avec une réglette apposée à côté, ils peuvent être scannés et insérés dans le dossier patient. Ainsi, en cas de problème avec l'Assurance maladie, il sera possible d'argumenter sa cotation. »

* Si le dossier de soins infirmiers était obligatoire en ville (il est simplement fortement recommandé, lire notre numéro de février), on pourrait penser qu'il faille le garder au moins dix ans, délai de prescription quant à la responsabilité d'un professionnel de santé (article L1142-28 du Code de la santé publique). À moins de se conformer au délai de vingt ans valable pour le dossier médical (comprenant le dossier de soins infirmiers) en établissement de santé (article R1112-7).

Et les actes des étudiants en stage ?

La loi de santé promulguée en janvier prévoit explicitement, dans son article 118, que les étudiants en soins infirmiers, en stage entre autres en cabinet libéral, « peuvent réaliser personnellement des actes dans chaque lieu de stage, sous la responsabilité d'un infirmier diplômé. Pour le remboursement ou la prise en charge par l'Assurance maladie, les actes ainsi effectués sont réputés être accomplis par l'infirmier diplômé ». À l'heure de notre bouclage, début juillet, le décret d'application permettant ainsi de coter les actes effectués par les étudiants n'était cependant pas encore paru.

le médecin. Ces cotations sont identiques quelle que soit la voie d'abord : intraveineuse, sous-cutanée ou endorectale. Ces nouvelles cotations prévoient des séances de perfusion inférieures ou égales à une heure sous surveillance continue ou des séances supérieures à une heure ne nécessitant pas de surveillance continue. Une nouvelle cotation AMI4,1 permet désormais un financement en cas de déplacement du dispositif ou contrôle du débit (perfusion supérieure à une heure). Les modifications de l'article 4 concernent les perfusions administrées aux patients immunodéprimés ou cancéreux (*lire l'ensemble des forfaits en détail dans la partie Savoir faire p.41*).

Cette même décision de l'Uncam supprime la limitation à trois séances par jour de perfusions d'antibiothérapie, sous surveillance continue, chez les patients atteints de mucoviscidose. La cotation de chaque séance reste un AMI15. Elle permet désormais chez ces patients l'application du for-

fait pour une séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance en l'absence de nécessité d'une surveillance continue.

■ Et à l'avenir...

Susceptible d'évolutions, la NGAP devrait inclure dans les prochains mois un Bilan de soins infirmiers, appelé à succéder à la DSI (*lire p.38 ainsi que le dossier pp.22-26*). Un nouvel acte infirmier pour la surveillance à domicile d'un patient à l'issue d'une hospitalisation pour décompensation d'une insuffisance cardiaque ou exacerbation de BPCO est également annoncé (*lire aussi le dossier pp.22-26*).

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

La NGAP commence par des dispositions générales applicables aux différentes professions de santé concernées. Voici une entrée en matière non exhaustive sur quelques points inté-

ressant particulièrement les infirmières libérales.

Actes donnant lieu à remboursement (article 5)

Cet article prévoit pour cela quatre critères indispensables :

- les professionnels doivent être en règle vis-à-vis « *des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession* ». Rappelons que l'adhésion à l'Ordre infirmier est une disposition législative ;
- pour l'infirmière, les actes doivent être de sa compétence et « *effectués personnellement* », ce qui a pu engendrer jusqu'ici des difficultés pour l'encadrement des étudiants en soins infirmiers en stage en exercice libéral (*lire l'encadré page de gauche*) ;
- ces actes doivent être prescrits par un médecin (quantitativement et qualitativement). *Quid* une nouvelle fois du rôle autonome infirmier ? ;
- le professionnel doit « *pendant la durée de l'exécution de l'acte* » « *se consacrer exclusivement au seul malade qui en a été l'objet* », « *sauf cas expressément prévu par la nomenclature* ». Ce qui exclut l'éducation de l'entourage lorsqu'elle n'est pas prévue à la NGAP. Rappelons qu'elle est prévue à l'article 5 bis (titre XVI) pour la séance hebdomadaire de surveillance clinique du patient diabétique insulino-traité.

Accord préalable (article 7)

Cette demande est faite pour avis au contrôle médical de la caisse dont dépend l'assuré afin d'obtenir l'accord de remboursement des soins. Il est nécessaire pour les actes par assimilation (*voir p.32*) ainsi que pour les actes précédés de la mention AP (autrefois EP pour entente préalable). Cet accord concerne les actes en AIS de la DSI (article 11 chapitre I) ainsi que les gardes à domicile (article 12,

Point de vue



Comment facturer hors NGAP

Pascal Serantoni-Vasseur, Idel, expert judiciaire

« La tarification hors cadre conventionnel est possible pour des actes non pris en charge par l'Assurance maladie et de la compétence autonome des infirmières ou prescrits par un médecin. Cette possibilité est rarement utilisée par les Idels, alors qu'elles peuvent tout simplement adresser une facture aux patients. C'est le cas par exemple pour la pose de bande ou de bas de contention, respectivement sur indication médicale ou d'après le rôle propre ; ces actes peuvent cependant être réalisés dans le cadre d'une prise en charge globale du patient et être intégrés dans une séance d'AIS. En revanche, il n'est pas autorisé de se servir de l'AIS en facturation exclusive de ces actes. Selon un rappel aux professionnels de santé par la Cnamts, soins de sonde vésicale, prise de tension artérielle et instillation de gouttes oculaires ne peuvent pas faire l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie. Pour autant, une exception pour la prise de tension peut exister dans le cadre de l'article 10 du chapitre I de la NGAP qui autorise "surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci..." , facturable AMI1 pour quinze jours au maximum. »

chapitre I), pour l'administration et la surveillance d'une thérapeutique orale au domicile des patients présentant des troubles psychiatriques, avec établissement d'une fiche de surveillance, AP nécessaire au-delà du premier mois (article 10 chapitre I). Il l'est également pour l'injection d'analgésique(s) à l'exclusion de la première par l'intermédiaire d'un cathéter intrathécal ou péri-dural (article 2, chapitre II).

Ce qu'il faut retenir :

➤ la demande d'AP est faite sur des imprimés spécifiques auxquels est jointe la prescription médicale (ou une copie);

➤ lorsque le tiers payant s'applique au patient, c'est l'infirmière qui envoie la demande d'AP;

➤ la date d'envoi est attestée par le timbre de la poste et l'absence de réponse sous quinze jours vaut accord;

➤ ne pas oublier de mentionner "acte urgent" lorsque c'est le cas.

Actes multiples au cours de la même séance (article 11B)

Cet article prévoit qu'en cas d'actes multiples par un même praticien, pour un même malade, au cours de la même séance, l'acte du coefficient

le plus élevé est coté à 100 %, le deuxième acte à 50 % et le troisième acte et les suivants ne peuvent être cotés. La feuille de soins ne doit pas faire état d'un coefficient global mais du détail des cotations (ex: AMI 2 pour un pansement simple + AMI 1/2 pour une injection sous-cutanée).

Il existe des dérogations à ces articles, prévus par la NGAP. Par exemple, la séance de soins infirmiers (AIS 3) peut se cumuler avec la cotation d'une perfusion, ou encore d'un pansement lourd et complexe nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse (AMI 4). Il en est de même pour les

L'activité des Idels en statistiques

EN CHIFFRES

5,3 milliards Le montant en euros des soins infirmiers remboursés en un an, tous régimes confondus. Les facteurs de risque cardiovasculaire (le diabète essentiellement) et les pathologies cardiovasculaires induisent la moitié de ces dépenses.

19% Part des frais de déplacement dans les dépenses liées aux soins infirmiers. Les AMI représentent 45 % et les AIS et DI 36 %.

520 millions Nombre d'actes réalisés par les Idels en un an.

7 807,6 Nombre d'actes moyen par Idel en une année.

2,4 Nombre moyen de lettres-clés par acte.

65% La part des actes techniques (AMI) dans l'activité totale des Idels. Les AMI concernent tous les âges, mais avec des modes de recours

très contrastés: d'une part, une population jeune et relativement bien portante, pour des épisodes aigus; d'autre part, une patientèle âgée, souffrant de pathologies chroniques et/ou de nombreuses comorbidités et recourant chaque jour aux AMI.

5% Part des patients qui représentent 80 % des actes en AMI. Une très grande partie de l'activité en AMI des Idels se concentre ainsi sur un nombre réduit de patients. Les soins en AIS sont répartis plus uniformément.

80 000 Nombre de patients bénéficiant de quatre AMI par jour en moyenne durant toute l'année. Ils sont en ALD à 95 % et diabétiques insulino-requérants à plus de 80 %. L'administration d'insuline plusieurs fois par jour, associée à un forfait de surveillance coté AMI 1 à chaque injection, peut conduire à la facturation de quatre, voire six actes par jour – c'est en effet le cas quand il s'agit de réaliser dextro (AMI 1) + insuline (AMI 1) trois fois par jour.

35% Part des AIS, soins techniques associés à des actes d'aide pour des personnes dépendantes, dans l'activité totale des Idels.

1% Part approximative de la population qui recourt aux AIS. Essentiellement des personnes âgées (78 ans en moyenne) et en ALD (à 82 %, dont la moitié pour une maladie cardiovasculaire), recourant aux AIS de façon très régulière et assez homogène.

DÉPENSES EN HAUSSE

Deux phases caractérisent la croissance des dépenses de soins infirmiers: « À partir du début des années 2000, une forte accélération de la dépense des AMI, puis, à partir de 2004, un rythme d'évolution des soins en AIS qui rejoint celui des actes en AMI. (...) Il faut rappeler que [les soins infirmiers] contribuent largement au maintien à domicile et restent unitairement relativement peu

actes de l'article 5 bis (prise en charge du patient insulino-traité), ainsi que pour le forfait pour séance de perfusion sous surveillance continue, cumulable à taux plein avec celui de la perfusion d'une durée supérieure à une heure.

Frais de déplacement pour plusieurs patients en Ehpad (article 13-1)

« Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin, le chirurgien-dentiste ou l'auxiliaire médical intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes

âgées, pour effectuer des actes sur plus d'un patient, les frais de déplacement ne peuvent être facturés (...) qu'une seule fois. » Cet article 13-1 s'applique donc aux Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Visite unique pour plusieurs malades (article 16)

En cas de visite à domicile de « plusieurs malades de la même famille habitant ensemble » (article 16), seul le premier acte peut être assorti de frais de déplacement; pour les

autres malades, seul l'acte est facturable (avec un maximum de deux autres patients). ✚

(1) « Relèvent du rôle propre les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes », selon la loi 615-78 du 31 mai 1978, dont le décret d'application ne verra le jour que le 12 mai 1981, et pour une courte durée, puisqu'il sera annulé pour vice de forme par un recours des médecins biologistes en Conseil d'État. Après une grande contestation de toute la profession infirmière, un nouveau décret promulgué le 17 juillet 1984 reconnaît cette parcelle d'autonomie.

(2) Marie-Françoise Collière, *Promouvoir la vie*, Inter Editions, 1982, p.97.

(3) Marie-Françoise Collière, *Soigner... Le premier art de la vie*, Inter Editions, 1995, pp.364-365.

(4) René Magnon, *Les infirmières: identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle*, éditions Masson, 2003.

(5) Marie-Claude Daydé, *Regard sur la profession d'infirmière libérale*, éditions Lamarre, 2007. Avec un historique de la NGAP, pp.29-35, développé et actualisé ici.

coûteux pour l'Assurance maladie par rapport à l'hospitalisation ou à l'hébergement dans les Ehpad. »

DENSITÉS LIÉES

« Dans les départements où la densité d'Idels est faible, le nombre d'AMI par Idel est important. Inversement, dans les départements où la densité d'Idels est forte, le nombre d'AMS par Idel est élevé. Le même constat avait été porté au début des années 2000, et la situation n'a pas beaucoup évolué. »

TROIS PROFILS D'IDELS

Selon leur activité, les Idels se répartiraient de façon égale en trois groupes: l'un caractérisé par une pratique « régulière » d'actes de "perfusions" (perfusions périphériques, perfusions sur cathéters centraux, alimentations parentérales sur pompe) mais aussi d'entretiens de cathéters centraux, de surveillances de chimiothérapies...; le deuxième groupe ayant une part « relativement élevée » d'AMS dans le volume global d'activité, pratiquant « moins régulièrement » certains actes "techniques", de "perfusions"

notamment, et suivant un nombre moins grand de patients diabétiques insulino-traités; un troisième groupe d'Idels enfin, pratiquant « relativement peu » d'actes de "perfusions" et d'AMS, mais « plus impliqués » dans le suivi de patients diabétiques.

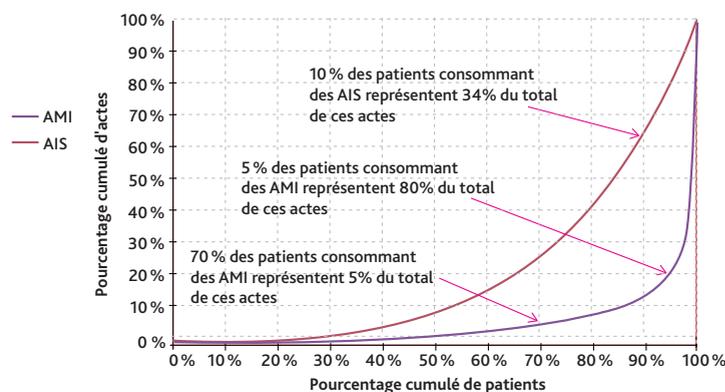
PATIENTS DIVERGENTS

« Malgré quelques points de convergence, les profils sont assez différents pour les AMI et pour les AMS. Si les deux populations sont âgées, l'âge médian est sensiblement plus élevé pour les consommateurs d'AMS

[que d'AMI] (83 ans contre 76 ans). Les patients AMS sont plus souvent en ALD cardiovasculaires (49 % contre 39 %) et Alzheimer (15 % contre 3 %). Enfin, les patients fortement utilisateurs d'AMS ont plus fréquemment recours aux pansements complexes pour le traitement des ulcères et des escarres que les patients AMI. »

Sources: données 2012 et analyses issues du rapport charges et produits pour l'année 2014, publié en 2013 par l'Assurance maladie (lien Internet: bit.ly/1OrFWH2). Nombre moyen d'actes par Idel: données 2010 Cnamts / Snir (via le site Ecosanté). Trois profils d'Idels: étude de l'URPS-infirmiers des Pays de la Loire, 2014, s'appuyant sur la pratique déclarée de quinze actes "techniques" en AMI et de quatre actes non répertoriés à la NGAP, et la part des AMS dans le volume d'activité (synthèse: bit.ly/28JmfUZ).

Répartition des actes infirmiers



Source: Cnamts (échantillon généraliste de bénéficiaires, 2011). Champ: régime général, hors sections locales mutualistes, France entière. Population consommant des soins AMI et/ou AIS. Données de 2011, date d'exécution des soins.

© Cnamts, rapport charges et produits pour l'année 2014.

Du PSI au BSI en passant par la DSI...

P pour plan, **D** pour démarche, **B** pour bilan : après le PSI en 2000 et la DSI en 2002 (lire aussi p.33), est annoncé le BSI (son calendrier à lire dans le dossier pp.22-26).

Écueils et forces de la DSI

La DSI n'est utilisée que par 38 % des Idels⁽¹⁾. Sa première faiblesse tient au **boycott des médecins**, qui ne veulent pas la prescrire car ils ne sont pas payés pour de nouveaux formulaires à remplir et à transporter. Deuxième écueil : un **système de signatures et de contre-signatures** de ce même médecin, à obtenir en temps et en heure, quitte pour l'Idel à attendre devant son cabinet et à pré-remplir le formulaire. Troisième écueil, **la durée de la séance** : 30 minutes, cotée AIS3, trop courte parfois, trop longue d'autres fois, qui phagocyte la plupart des actes "techniques" effectués pendant ce temps, faisant ainsi disparaître la charge de travail et la spécificité des infirmières. Enfin, les CPAM qui demandent aux Idels **des accords préalables classiques qui "suffiraient"**, au risque de réclamer plus tard des indus faute de retrouver trace d'une DSI. Le point fort de la DSI, c'est en revanche **l'autonomie de l'Idel** dans le choix de ses interventions, après une démarche réflexive basée sur l'analyse de la situation de santé du patient, permettant à son jugement clinique de s'exercer pleinement. Et pour ce travail intellectuel, une reconnaissance financière.

Le BSI lié à la méthode PRN

Le BSI est basé sur le Programme de recherche et nursing (PRN). Cette méthode de 1969, adoptée par les pays européens en secteur hospitalier,

permet le **calcul de la charge de travail en minutes** : soins directs (soins au malade) ou indirects (coordination, tâches administratives...). Il utilise une nomenclature détaillée, minutée, classée par indice. L'indice 1 est égal à cinq minutes. Ainsi sont déterminées des "classes". La classe 1 a un indice 1 à 25 (il existe six classes). Le PRN amène une notion de temps pour chaque acte, cela n'est pas sans faire penser aux Siips⁽²⁾, une méthode d'évaluation et de gestion de l'activité en soins infirmiers. Le PRN comporte sept rubriques : respiration, alimentation-hydratation, élimination, hygiène et confort, communication, méthodes diagnostiques, traitements. Dans la version en cours d'élaboration du formulaire du futur BSI, qui se veut une **description exhaustive des soins** dans le cadre de la dépendance, apparaissent plusieurs cadres :
→ "soins de base" ou "domaines de soins selon le PRN" – cinq rubriques du PRN sont reprises. Un système de cochage de cases est proposé pour les interventions infirmières retenues selon des diagnostics infirmiers types mais incomplets puisque sans inscription possible des caractéristiques et facteurs favorisants comme le préconise l'Anadi⁽³⁾ ;
→ "soins relationnels", qintègrent l'évaluation de la douleur, les prises en charge relationnelles dans les contextes de douleur chronique, troubles comportementaux, démentiels, psychiatriques, états dépressifs, accompagnement ;
→ "soins éducatifs", en rapport avec les interventions d'aide éducative lors d'atteintes polyopathologiques, d'apprentissage à l'auto-soin, de suppléance après perte récente

d'une fonction ou d'un organe. Les situations et les objectifs sont en rapport avec ces choix ;

→ "soins techniques inscrits au chapitre XVI de la NGAP" ;

→ "coordination médico-sociale et sanitaire" ;

→ un espace d'échange entre le médecin et l'infirmière.

Le BSI, qui comporte un volet médical et un volet administratif, se ferait avec l'unique signature de l'Idel, donc sans contre-signature du médecin⁽⁴⁾. La facturation proposée est DI, AIS3, AIS4 (choix de la répartition par l'Idel). La durée du BSI pourrait aller d'un à douze mois.

Simplification, mais...

Ce formulaire, qui devrait être saisi via un outil informatique dédié et connecté au système d'information médical et administratif de l'Assurance maladie, simplifie la prise en charge administrative des patients. Outil de réflexion standardisé, il liste la totalité des actes effectués. Telle était la demande des Idels, lassées du fait que leurs divers actes soient masqués dans la globalité des AIS. Mais son éventuelle future entrée en vigueur pose certaines questions. Sauf modification de la législation, la durée et le nombre autorisé d'AIS restent identiques. Ce BSI sera-t-il porté par les tutelles afin que chaque Idel en fasse un réel outil d'autonomie ? Peut-on espérer que toutes les CPAM parleront d'une même voix ? Ne sera-t-il pas un instrument de "surveillance" pire que l'existant ?

(1) Chiffre donné en commission paritaire de l'Essonne.

(2) Soins infirmiers individualisés à la personne soignée.

(3) Association nord-américaine du diagnostic infirmier.

(4) À la condition que l'Assurance maladie s'en tienne au consensus obtenu préalablement avec les syndicats d'Idels : dans un communiqué du 6 juin, le Sniil regrette ainsi que, dans un film de démonstration du BSI, l'Assurance maladie indique que « le circuit entre l'infirmière et le médecin n'est pas modifié ».

Savoir faire

Pansements, perfusions, indemnités de déplacement... Voici quelques-uns des thèmes de la NGAP les plus complexes que nous avons décidé de développer.

Les pansements lourds et complexes

Vous intervenez au domicile de Mme V., patiente diabétique insulino-dépendante, pour réaliser une injection sous-cutanée d'insuline ainsi qu'un pansement lourd et complexe. Au moment de coter ces actes, vous hésitez à les facturer à taux plein.

N'hésitez pas : les actes de l'article 5 bis, chapitre II, titre XVI de la NGAP, dont le pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse et une détersion avec défibrination (AMI 4) et l'injection sous-cutanée d'insuline (AMI 1) peuvent, par dérogation à l'article 11B, se cumuler. Si, en plus, vous adaptez la dose d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané (dextro), vous ajoutez un AMI 1. Et vous pouvez ajouter une MCI parce qu'il s'agit d'un pansement lourd et complexe réalisé au domicile du patient.

DÉFINITION Plusieurs types d'actes

Les pansements lourds nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuses concernent plusieurs types d'actes (titre XVI, chapitre I, article 3) :

▷ pansement de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieure à

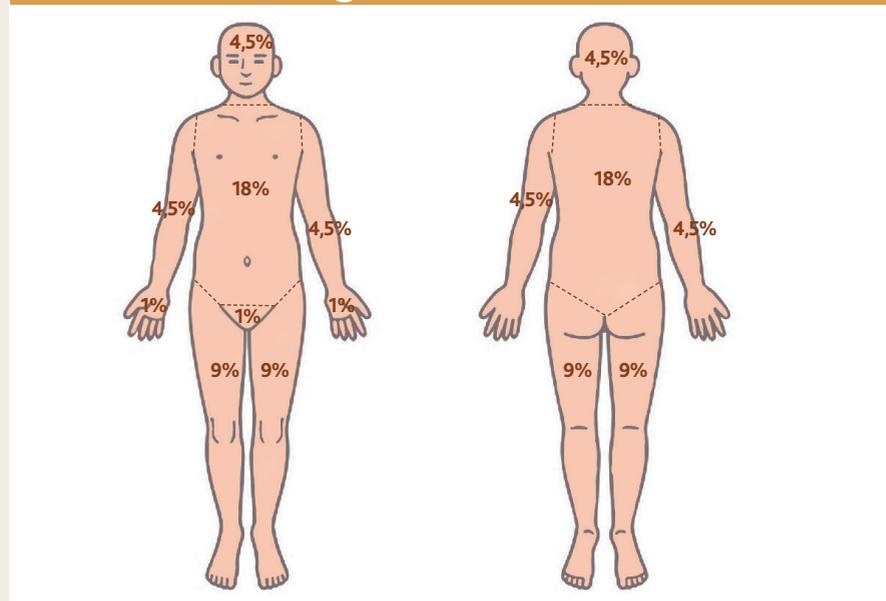
5 % de la surface corporelle (pour mesurer cette surface, lire plus loin) ;
 ▷ pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm² (lire plus loin) ;
 ▷ pansement d'amputation nécessitant détersion, épiluchage et régularisation ;
 ▷ pansement de fistule digestive ;
 ▷ pansement pour pertes de substances traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous-aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses ;
 ▷ pansement chirurgical nécessitant un méchage ou une irrigation ;

▷ pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons ;
 ▷ pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé.

Évaluation de la surface corporelle

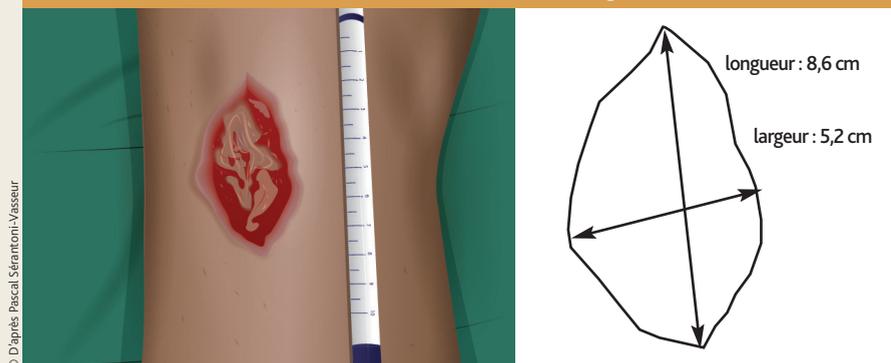
Une méthode simple permet d'évaluer la surface corporelle : la **règle des neuf de Wallace**, qui donne une évaluation en pourcentage de la surface corporelle totale. Pour les brûlures peu étendues, il est possible de se référer à la paume de la main du patient qui équivaut à environ 1 % de sa surface corporelle totale (la paume de la main présente l'avantage de ne pas se tromper, surtout dans le cas des enfants en bas âge). Cette règle attribue des multiples de 9 % de la surface corporelle totale à

Évaluation de la surface d'une plaie selon la règle des neuf de Wallace



© ankamando - Fotolia

Mesure directe d'une plaie



différentes parties du corps : 9 % pour la tête et le cou, 9 % pour chaque membre supérieur, 18 % pour chaque membre inférieur, 18 % pour chaque face du tronc, 1 % pour la périnée.

Évaluation de la surface cutanée

Il existe plusieurs méthodes pour définir la surface cutanée de la plaie ou de l'ulcère, indispensable à déterminer puisque la cotation est réalisée à partir de cette surface.

Si la plaie n'atteint pas la surface de 60 cm², la cotation est AMI 2. Si elle est supérieure à cette surface, il s'agit d'un AMI 4.

Cependant, lors de l'existence de plusieurs ulcères, et ce, quelle que soit la surface de ceux-ci, la cotation se fait par pansement. De ce fait, le premier est compté à 100 %, le deuxième à 50 % et les suivants ne sont pas comptabilisés. De même, les surfaces ne sont pas cumulables.

➤ Pour connaître la surface exacte de la plaie, le calcul suivant peut être effectué, à partir des deux plus grands diamètres perpendiculaires (longueur et largeur) : longueur de la plaie x largeur de la plaie x 0,785 = surface exacte de la plaie en cm².

➤ En "dépannage", pour avoir un aperçu de la surface cutanée nécessitant un pansement, il est possible d'utiliser la carte Vitale.

Sachant qu'elle mesure environ 47 cm², on peut donc imaginer que

la surface de 60 cm² est légèrement supérieure.

➤ Attention, les calques transparents sont sources d'erreurs.

MAJORATION DE COORDINATION INFIRMIÈRE (MCI)

L'avenant 3 à la convention nationale a notamment créé la MCI d'une valeur de 5 euros par passage afin de valoriser la prise en charge à domicile des soins dispensés par des infirmières libérales à des

patients nécessitant des pansements lourds et complexes inscrits au titre XVI ou à des patients en soins palliatifs. Cette cotation tient compte du rôle spécifique de l'infirmière en matière de coordination, de continuité des soins et de gestion des risques liés à l'environnement. La MCI ne peut être facturée qu'une seule fois par intervention et elle ne s'applique que pour les soins réalisés au domicile du patient. La cotation associée à la MCI implique le respect des différents

À SAVOIR

➔ Si un patient est pris en charge dans le cadre de la démarche de soins infirmiers (DSI) et nécessite un pansement qui ne correspond pas à un pansement lourd et complexe, ce pansement sera intégré dans les AIS. Il ne peut pas être facturé en sus.

➔ Chez un patient diabétique insulino-traité, le cumul des pansements lourds et complexes est possible par groupe d'actes, ce qui permet de les coter à taux plein.

Question d'Idel

Que faire en cas d'ordonnance imprécise sur la situation d'une plaie ?

Le premier conseil, donné d'ailleurs par l'Assurance maladie (p.45), est de demander des précisions au médecin, car l'exactitude de la cotation est aussi liée à la précision de l'ordonnance du prescripteur. Pascal Serantoni-Vasseur, Idel, expert judiciaire, suggère quant à lui que, « lorsqu'une ordonnance médicale ne précise pas correctement la situation de la plaie, une annotation de l'infirmière est possible en bas du document ». La rigueur est de mise, souligne-t-il : « Cette annotation doit être inscrite en dessous de la signature du médecin et être précédée de la mention "Note infirmière". Il ne s'agit en aucun cas de corriger la prescription mais plutôt d'apporter des informations complémentaires à destination de l'administratif de l'Assurance maladie afin de justifier sa cotation : dimensions de la plaie, calcul de surface, description de la plaie, associée à une traçabilité dans le dossier de soins infirmiers avec la possibilité d'y joindre également une photographie de la plaie. » Mais attention, ce conseil ne manque pas de surprendre d'autres spécialistes de la cotation ou du droit que nous avons interrogées, l'une d'elles pointant les risques qui pourraient être liés à un ajout sur l'ordonnance même, comme une éventuelle poursuite pour faux. Et de prôner la prudence, en délivrant plutôt son message à l'Assurance maladie sur une note séparée et jointe à l'ordonnance du médecin. En tout cas, il peut être utile, pour justifier sa cotation, de noter et de conserver ses calculs, par exemple par une photo ou en notant le nombre d'agrafes à retirer (AMI 4 possible pour l'ablation de plus de dix agrafes).

libellés de l'article 3 "Pansements lourds et complexes nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuses". Il faut alors, en plus de la prescription médicale, respecter les notions de surface, de profondeur.

Il n'est donc pas possible d'appliquer la MCI dans les cas suivants :

- ablation de plus de 14 fils car cela ne fait pas partie de l'article 3 du titre XVI;
- pansement d'escarre sacrée en stade d'épidermisation, parce que la plaie est en phase de cicatrisation;
- pansement d'ulcère veineux (5 x 10 cm) parce que la plaie a une surface inférieure à 60 cm². ❖

Cotation spéciale attentats

« Sur la base d'une séance habituelle pour un pansement d'une demi-heure, un supplément forfaitaire AMI 4 peut être accordé par demi-heure supplémentaire au-delà de la première demi-heure avec un maximum de trois fois une demi-heure. » Cette cotation spécifique a été instaurée, pour les caisses concernées, spécialement après les attentats du 13 novembre 2015 en région parisienne, pour les pansements lourds et complexes dans des conditions d'asepsie rigoureuse. Au passage, dans cette définition que nous a pourtant confirmée l'Assurance maladie au niveau national, apparaît une notion de temps étonnante puisque, soulignons-le, aucun acte en AMI dans la NGAP n'est assimilé à une notion de temps, les pansements dépendant d'une question de surface. Cette cotation, en tout cas, s'applique à des « situations inhabituelles qui nécessitent plus de soins », précise l'Assurance maladie.

La perfusion

Vous devez poser une perfusion intraveineuse sur trois heures « en surveillance continue », comme l'indique l'ordonnance, chez M. E., patient immunodéprimé. Le médecin a également prescrit la réalisation d'un pansement chirurgical. Vous vous demandez si vous devez coter 1 AMI 15 + 1 AMI 2 lors du branchement et 1 AMI 5 lors du débranchement, plus un IFD à chaque fois.

Pour ce soin de perfusion qui fait pleinement partie de votre compétence et qui est bien réalisé sous surveillance continue, en restant sur place donc, la seule possibilité est d'appliquer un forfait AMI 10 suivi de deux forfaits AMI 6 par heure, le tout se cumulant, en dérogation à l'article 11B, dans le cadre de la perfusion. Quant au pansement, il s'agit ici d'un second acte, coté à moitié selon la règle de la NGAP. Soit 1 AMI 10 + 1 AMI 6 + 1 AMI 6 + 1 AMI 2 à 50 % + 1 IFD.

UNE TARIFICATION FORFAITISÉE

La facturation des perfusions a été entièrement revue par la décision de l'Uncam du 21 juillet 2014. Depuis le 1^{er} octobre 2014, les forfaits remplacent toutes les cotations au détail.

Selon le protocole thérapeutique établi par le médecin prescripteur, la perfusion nécessite :

- soit la surveillance continue de l'infirmière, **pour la perfusion de courte durée, inférieure ou égale à une heure**. Cela comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance et l'arrêt de la perfusion avec le pansement. Dans ce cas, la présence au lit du malade est impérative et toute absence durant le soin place l'infirmière en équivalence d'abandon de poste, ce qui constitue une faute professionnelle;
- soit l'organisation d'une surveillance **pour les perfusions dont la**

durée est supérieure à une heure.

Cela comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la pose de la perfusion, l'organisation de contrôles ainsi que la gestion des complications éventuelles. Ces contrôles et les interventions à domicile pour complications peuvent donner lieu à des frais de déplacement.

Différents forfaits

Ils sont présentés dans le chapitre II du titre XVI de la NGAP, aux articles 3, 4 (patient immunodéprimé ou cancéreux) et 5 (patient atteint de mucoviscidose).

- **Forfait AMI 9** : perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, obligatoirement réalisée sous la surveillance continue de l'infirmière. Forfait applicable quelles que soient la voie d'abord et la pathologie du patient. Pour les soins aux patients immunodéprimés ou cancéreux, il s'agit d'un forfait **AMI 10**.
- **Supplément forfaitaire AMI 6** par heure, dans un maximum de cinq heures, pour la surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure.

➤ **Forfait AMI 14:** perfusions de plus d'une heure avec organisation d'une surveillance, mais sans notion de surveillance continue. Forfait applicable quelles que soient la voie d'abord et la pathologie du patient. Attention, pour les soins aux patients cancéreux ou immunodéprimés, il s'agit d'un forfait **AMI 15**.

➤ **AMI 5:** arrêt et retrait des perfusions de plus d'une heure. Ce forfait, qui existait déjà avant la nouvelle tarification, ne se cumule pas avec le forfait de perfusion sous surveillance continue.

➤ **AMI 4:** organisation de la surveillance d'une perfusion et de la planification des soins à l'exclusion du jour de la pose ou du retrait. Ce forfait existait déjà précédemment.

➤ **AMI 4, 1:** la refonte de la nomenclature a créé cet acte avec un chiffre à décimale, permettant de rémunérer toute intervention programmée ou non, relative à une complication et aux changements de flacon sur la ligne de perfusion. Cependant, cet acte n'est pas facturable lors du passage nécessaire à la séance de pose ou à la dépose d'une perfusion.

➤ **AMI 15:** cotation globale, existant déjà précédemment, pour une séance de perfusion intraveineuse d'antibiotiques, quelle que soit la voie d'abord, sous surveillance conti-

nue de l'infirmière libérale, chez un patient atteint de mucoviscidose. Cette cotation inclut les autres actes infirmiers éventuels liés au traitement de la mucoviscidose. À noter que, en l'absence de surveillance continue, le forfait habituel pour séance d'une durée supérieure à une heure s'applique, soit AMI 14 (plus 4,1 en cas de déplacement supplémentaire donc).

DES RÈGLES À CONNAÎTRE Cumuls possibles*

➤ **Forfait AMI 14 + AMI 9:** cumul à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature (sur l'article 11B, lire p.36).

➤ **Forfait AMI 15 + AMI 10:** à taux plein, par dérogation à l'article 11B.

➤ **Forfait AMI 10 + 1 autre acte:** cumul par application de l'article 11B (demi-tarif).

➤ **Forfait AMI 9 + 1 autre acte:** cumul par application de l'article 11B (demi-tarif).

➤ **Forfait AMI 15 + 1 autre acte:** cumul par application de l'article 11B (demi-tarif).

➤ **Forfait AMI 5 pour le retrait d'une perfusion + 1 autre acte:** cumul par application de l'article 11B (demi-tarif).

Autres règles

➤ La formalité d'accord préalable est supprimée pour les forfaits AMI 10 et AMI 15.

➤ Le nouveau dispositif fait que les cotations sont les mêmes quelles que soient les voies d'abord, que l'infirmière travaille en sous-cutané, en intraveineux ou en endorectal. ✚

* Sources : cet article s'appuie entre autres sur le document "Tout sur les nouvelles cotations des perfusions", notamment son passage récapitulatif sur les cumuls possibles, mis en ligne sur le site de la Fédération nationale des infirmiers (disponible sur le site fni.fr), une session DPC aux Jnil (lire p.46) et une fiche pratique de l'Assurance maladie, téléchargeable sur le site Ameli (via le raccourci bit.ly/28VpY5v), proposant un résumé des modifications de 2014 concernant la perfusion et quelques exemples de cotation.

À SAVOIR

➔ **Les actes du traitement à domicile** d'un patient immunodéprimé ou cancéreux sont réalisés soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin (titre XVI, chapitre II, article 4 de la NGAP).

➔ **Un forfait pour séance de perfusion** sous surveillance continue et un forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation de la surveillance par contrôle, se cumulent le cas échéant à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales.

Questions d'Idels

Une perfusion se facture-t-elle sur une base forfaitaire ?

Oui, des forfaits ont été créés en AMI 9 et AMI 14 pour tous les patients. Cependant, attention, ils ne s'appliquent pas aux patients cancéreux et immunodéprimés.

Existe-t-il un forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion coté en AMI 5 ?

Oui, un forfait a été créé pour arrêt et retrait de la perfusion, y compris le pansement, la tenue du dossier de soins, et éventuellement la transmission d'informations nécessaires au médecin prescripteur. Ce forfait ne se cumule pas avec un forfait sous surveillance continue.

Dois-je porter une attention particulière lorsque je cote une perfusion pour un patient immunodéprimé ou cancéreux ?

Oui, la nomenclature prévoit des forfaits en AMI 10 (séance courte inférieure à une heure sous surveillance continue) et AMI 15 (séance d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance).

Les indemnités de déplacement

En zone de montagne, vous devez réaliser un pansement lourd et complexe chez un patient qui se trouve à 12 km de votre cabinet. Vous vous interrogez sur la cotation à réaliser au regard de la NGAP.

12 km à l'aller, 12 km au retour : il vous faut parcourir 24 km au total. Étant en zone de montagne, vous devez soustraire un kilomètre à l'aller et un au retour, soit 22 km réels ; avec un tarif au kilomètre de 0,5 euro, cela représente une indemnité horokilométrique de 11 euros. S'y ajoute l'indemnité forfaitaire de déplacement, systématique, de 2,50 euros. Les frais de déplacement sont donc de 13,5 euros. S'ajoute 1 AMI 4 pour le pansement lourd et complexe, donc 12,6 euros, et une MCI à 5 euros. Soit un total de 31,10 euros.

APPLICATION DE L'ARTICLE 13 DE LA NGAP La règle de base

Lorsqu'un acte inscrit à la NGAP doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du professionnel de santé sont remboursés, en plus de la valeur de l'acte. Les Idels bénéficient de deux indemnités de déplacement, l'une forfaitaire (IFD), l'autre horokilométrique (IK). À l'IFD s'ajoute en effet, selon les cas, une IK, calculée en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le professionnel.

Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)

Elle se facture en plus des actes lorsque la résidence du patient et le domicile professionnel de l'infirmière sont situés dans la même agglomération OU lorsque la distance qui les sépare est

inférieure à 2 km en plaine ou à 1 km en montagne.

Indemnité horokilométrique (IK)

Lorsque la résidence du malade et le cabinet du professionnel de santé ne sont pas situés dans la même agglomération ET lorsque la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine ou 1 km en montagne, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une IK dont la valeur unitaire est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2 des conditions générales. Les conditions de calcul et de paiement de l'IK sont les suivants :

- calcul pour chaque déplacement,
- à partir du domicile professionnel,
- retrait systématique à l'aller comme au retour, de 2 km en plaine et de 1 km en montagne (les zones sont définies par la loi n°85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne),
- calcul à partir du domicile du professionnel conventionné le plus proche géographiquement du domicile du patient, y compris si le professionnel sollicité n'est pas en mesure d'assurer les soins.

INTERPRÉTATIONS DIVERGENTES SUR L'IK La notion d'agglomération

Dans un contexte de réforme territoriale (avec des regroupements ou "fusions" de communes), la notion d'agglomération est depuis plusieurs mois remise en cause par certaines caisses d'Assurance maladie qui considèrent que la notion "hors agglomération" s'entend "après rupture de continuité entre deux communes". Cette définition est celle donnée par l'Institut national de la sta-

tistique et des études économiques (Insee) qui considère "l'unité urbaine" comme une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2000 habitants. Si l'unité urbaine se situe sur une seule commune, elle est dénommée ville isolée. Si l'unité urbaine s'étend sur plusieurs communes, et si chacune de ces communes concentre plus de la moitié de sa population dans la zone de bâti continu, elle est dénommée agglomération multicommunale.

Prenons l'exemple de la région parisienne : il est possible de rouler plusieurs dizaines de kilomètres en passant indistinctement d'une commune

À SAVOIR

➔ Pour les frais de déplacement pour plusieurs patients d'un Ehpad, ou en cas de visite unique à plusieurs malades, se rapporter aux dispositions générales p.37.

➔ L'IFD est systématique, l'IK se facture en sus. C'est ce qui explique le retrait des 2 km en plaine et du 1 km en montagne à l'aller comme au retour pour le calcul de l'IK, afin de compenser la facturation de l'IFD.

➔ La notion de calcul à partir du domicile du professionnel conventionné le plus proche géographiquement ne s'applique pas pour la prise en charge de patients intégrés dans le Programme d'accompagnement de retour à domicile (Prado), depuis la décision de l'Uncam du 10 septembre 2015 parue au *Journal officiel* le 27 novembre dernier.

➔ Selon une décision de justice présentée dans notre numéro 317 de septembre 2015, p.59, le déplacement pour des soins particulièrement lourds pourrait se calculer à partir de son propre cabinet, et non de celui de l'Idel la plus proche, si cette dernière a opposé un refus de prise en charge, et que l'Idel qui a effectivement assuré les soins disposait de la formation nécessaire (en chimiothérapie et dialyse en l'occurrence). Attention, même si le tribunal a finalement estimé que « la Caisse ne justifiait pas de l'obligation de former une demande d'entente préalable dans ces cas-là », notons que la Caisse indiquait bien qu'une demande devait lui être faite avant toute éventuelle dérogation exceptionnelle de ce type...

à une autre. De ce fait, cela pose la question de savoir si le bassin parisien pourrait être considéré comme une seule et même agglomération, ce qui reviendrait à n'appliquer, quelle que soit la distance parcourue, que des IFD, et jamais d'IK. L'application des règles concernant les IK ne semble, pour autant, pas problématique en Île-de-France.

À la délimitation de l'agglomération par la description de l'Insee, d'autres opposent le Code de la route, qui définit l'agglomération entre le panneau d'entrée et celui de sortie d'une même commune.

Le mode de calcul

Certaines caisses remettent aussi en cause le mode de calcul des IK. Généralement, l'indemnité due au professionnel de santé est calculée pour chaque déplacement à partir de son domicile professionnel et en fonction de la distance parcourue – sous déduction de 2 km sur le trajet tant aller que retour, réduit à 1 km en montagne et en haute montagne.

Ce mode de calcul a pour objectif d'indemniser les kilomètres parcourus mais aussi le temps passé sur la route. Certaines CPAM demandent désor-

mais aux infirmières de ne tenir compte que des kilomètres parcourus. C'est-à-dire qu'au lieu de compter le déplacement du cabinet au patient, pour chaque patient, des CPAM demandent de compter le déplacement du cabinet au premier patient, puis de patient à patient. Par exemple, s'il y a quatre patients dans le même village et qu'ils sont voisins, l'infirmière devra calculer les kilomètres qui les séparent et non ceux qui les séparent du cabinet infirmier. Ce qui peut s'avérer assez problématique pour les infirmières exerçant en montagne où les conditions météorologiques et de circulation peuvent rendre les trajets très longs.

Une réponse équivoque du gouvernement

Le 26 avril à l'Assemblée nationale, la députée socialiste de Savoie, Bernadette Laclais, a demandé des précisions au gouvernement concernant le calcul des IK des Idels en montagne.

Sécolène Neuville, secrétaire d'État, n'a pas vraiment répondu à la question. Elle a « confirmé » que « les règles de prise en charge des frais de déplacement pour les infirmières n'ont pas été modifiées et ne le seront pas, et que les IK ne seront nullement supprimées ». Elle

a cependant reconnu que l'application des règles a pu faire « l'objet d'interprétations divergentes de la part de certains professionnels, par exemple pour une tournée prolongée comportant plusieurs étapes correspondant à plusieurs visites effectuées chez différents patients – ils partent de l'agglomération dans laquelle est situé leur domicile professionnel pour se rendre dans une autre agglomération à plus de tant de kilomètres, où ils effectuent des visites successives chez plusieurs patients ». Une lettre de Marisol Touraine à la députée, en juin, n'a pas dissipé le trouble, au contraire, auprès du Collectif des Idels de montagne, semblant proscrire le calcul des IK « en étoile » (cabinet-patient-cabinet-patient, etc.).

La secrétaire d'État, en avril, a aussi fait savoir que la ministre avait demandé aux CPAM d'organiser des échanges avec les professionnels concernés pour éviter toute incompréhension ou malentendu sur le sujet. De son côté, l'Assurance maladie, au niveau national, indique d'ailleurs qu'elle met en place un groupe de travail interne sur le sujet; celui-ci « reviendra dans un second temps vers les syndicats pour les associer à la réflexion ».

Le dossier ne semble pas clos... ❖

Questions d'Idels

La mention "à domicile" n'a pas été écrite sur l'ordonnance médicale et pourtant les soins sont réalisés au domicile du patient: puis-je coter mon déplacement ?

Oui, lorsque le déplacement n'est pas prescrit, il faut utiliser la case DD (pour déplacement à domicile) de la feuille de soins. Il faudra dans ce cas en avvertir l'assuré dès le début des soins que ces frais seront à sa charge, et ensuite remboursés ou non par son éventuelle mutuelle.

Au sein de mon agglomération, un patient est à plus de 15 km de mon cabinet, et me demande de réaliser ses soins: ai-je le droit d'appliquer une indemnité horokilométrique ?

Non, lorsque la résidence du malade et le cabinet de l'infirmière sont situés dans la même agglomération, ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à 2 km en plaine ou à 1 km en montagne, l'indemnité forfaitaire de déplacement est fixée par une lettre clé IFD = 2,50 euros.

Hors agglomération, dois-je calculer le nombre de kilomètres parcourus entre mon cabinet et le domicile du patient ?

Oui, lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel de l'infirmière ne sont pas situés dans la même agglomération, et lorsque la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine ou 1 km en montagne, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une indemnité horokilométrique.

Les 5 conseils de l'Assurance maladie

Nous avons demandé à l'Assurance maladie, au niveau national, de nous livrer ses cinq conseils aux Idels, en fonction des questions sur la NGAP les plus récurrentes. Les voici...

« Pour appliquer correctement la NGAP et éviter des rejets et des contentieux, certaines règles élémentaires sont à respecter. Des bons réflexes peuvent par ailleurs faciliter l'application de la NGAP au quotidien.

1 Vérifier en détail la précision de la prescription médicale

La qualité de la prescription et sa bonne compréhension sont garantes de la qualité des soins et permettent de facturer en règle les actes de façon conforme à la NGAP. Pour les soins courants, la prescription doit être précise sur la nature des soins, leur fréquence et la durée du traitement. Certaines approximations peuvent être un motif de refus. À titre d'exemple, la prescription de soin pour plaie doit comporter une durée précise. Une prescription contenant la mention "jusqu'à cicatrisation" ne peut donc pas être acceptée. La durée des soins doit figurer sur l'ordonnance s'agissant de plaies complexes qui impliquent un suivi médical. Si la prescription est incomplète, l'infirmière doit se rapprocher du prescripteur, y compris s'il s'agit d'un hospitalier, pour la faire préciser.

2 Rédiger un protocole de soins précis pour les "soins spécialisés"

L'infirmière est habilitée à pratiquer des soins spécialisés en application d'une prescription quantitative et qualitative ou d'un protocole thérapeutique. Les cotations NGAP ne peuvent être déterminées qu'après établissement du protocole de soins lui-même établi d'après la prescription médicale. À nouveau, la précision de la prescription médicale est essentielle. Pour les perfusions, l'infirmière doit cependant disposer d'une prescription

détaillée précisant les éléments suivants pour établir son protocole de soins : l'indication de la pathologie motivant la thérapeutique, les produits injectés (nature, quantité, incompatibilité éventuelle nécessitant une administration successive), les modalités de mise en œuvre (voie d'administration, site implantable, matériel de perfusion, horaires, modalités de surveillance), la durée du traitement.

3 Si les actes prescrits ne sont pas inscrits à la NGAP, vérifier avec le prescripteur s'il y a besoin de mettre en place une démarche de soins infirmiers

Les actes prescrits qui ne sont pas inscrits à la NGAP concernent très fréquemment des patients âgés et/ou isolés. Il s'agit par exemple de la pose de bandes de contention ou de la vérification de la prise médicamenteuse. Dans les faits, la prescription isolée de ces actes traduit souvent une perte d'autonomie. Ces actes ne sont pas inscrits à la NGAP car une prise en charge plus globale des patients en perte d'autonomie est favorisée à travers la Démarche de soins infirmiers (DSI). Si l'infirmière soupçonne une perte d'autonomie, il est nécessaire de prendre contact avec le prescripteur afin d'évaluer ensemble la pertinence de réaliser un diagnostic infirmier des besoins du patient.

4 Consulter la NGAP sur www.ameli.fr, dont les mises à jour sont régulières

La NGAP à jour est disponible dans l'espace professionnel des infirmières sur le site www.ameli.fr (*lire aussi en Savoir plus p.46*). Parmi les sujets qui suscitent des interrogations fréquentes, les règles d'association des actes et celles sur

les frais de déplacement y sont référencées aux articles 11B et 13-1 des dispositions générales. Les actes se rapportant aux soins infirmiers sont référencés au titre XVI de la NGAP. Ils comprennent des règles de facturation et des indications qui sont utiles à la cotation. Seuls les actes inscrits à la NGAP sont pris en charge par l'Assurance maladie. Les assimilations sont interdites en cas de prescription médicale pour des actes non inscrits.

5 Contacter le référent CPAM ou le service médical en cas de question

Il est possible de contacter son référent CPAM ou, selon la nature du sujet, le service médical, pour obtenir des précisions sur la cotation d'un acte ; être informé des évolutions réglementaires ; évoquer le cas d'un patient. Coordonnées disponibles dans l'espace professionnel local du site www.ameli.fr accessible en saisissant son code postal. »

Un commentaire...

- ❶ Rappelons que la validité d'une ordonnance pour la prescription de médicament ne peut excéder une année. Et notons que, quand cette expression figure malgré tout sur une ordonnance, "jusqu'à cicatrisation" peut faire l'objet d'une réévaluation régulière permettant une transversalité entre professionnels de santé autour du patient porteur d'une plaie chronique.
- ❷ La réalisation de pansements lourds et complexes ne nécessite pas de "spécialisation", le diplôme d'État garantissant la compétence. Il est en outre préférable d'avoir un protocole qui guide les choix de dispositifs médicaux, mais l'Idel peut au quotidien juger de l'évolution de la plaie et adapter la thérapeutique.
- ❸ L'Assurance maladie valide ici l'utilisation des actes du rôle propre non inscrits à la NGAP sous couvert d'une DSI. Celle-ci correspond à une prise en charge globale du patient en lien avec une nécessaire coordination, mais aussi avec le fait qu'un acte n'est remboursable que s'il est prescrit, même si le rôle autonome est une compétence propre à l'Idel.
- ❹ N'est-ce pas un peu contradictoire avec le ❸ pour la prise en charge des actes non inscrits à la NGAP ?

Savoir plus

LA NGAP À LA SOURCE...

La nomenclature est en consultation et en téléchargement libre sur le site Ameli de l'Assurance maladie, dans la partie "Professionnels de santé", "Infirmiers", puis "Exercer au quotidien".

www.ameli.fr

OUVRAGES

La Cotation des actes



Le livre de référence sur la cotation des Idels en est aujourd'hui à sa 4^e édition. Son propre parcours se lit dans les avant-propos des précédentes versions, présentées en début d'ouvrage. Les deux auteurs, dont l'Idel et formatrice

Muriel Caronne qui a contribué à ce numéro du magazine, présentent un historique de la NGAP, les organismes impliqués, les cotations simples et complexes, puis en annexes plusieurs documents-clés. *Muriel Caronne et Philippe Bordieu, éditions Lamarre, 4^e éd., 220 p., 2015. 22,50 €.*

L'Infirmière et l'exercice libéral. Missions, droits et devoirs



Dans son chapitre sur "la gestion de l'entreprise infirmière libérale", l'auteur consacre une vingtaine de pages à la facturation des actes au regard de la NGAP. *Lucienne Claustres, éditions Lamarre, 221 p., 2016. 25 €.*

Soigner... Le Premier Art de la vie



Dans "Soigner à domicile... un défi à relever" (pp. 331-402), l'infirmière Marie-Françoise Collière, pionnière de l'approche historique de la profession, offre un aperçu des textes encadrant la profession d'Idel.

Marie-Françoise Collière, éditions Masson, 464 p., 2001. 38 €.

La Seringue atomique



Dans ses "chroniques agitées d'une infirmière libérale", Corinne Régulaire témoigne de l'application de la NGAP, et propose un "petit guide à l'usage de l'infirmier contrôlé par la Sécu".

Corinne Régulaire, éditions Marie B, 264 p., 2016. 16,50 €.

FORMATION

La NGAP aux Jnil en 2016

La partie Savoir faire de ce cahier et certains cas pratiques en pages suivantes s'appuient sur la session DPC co-animée par Muriel Caronne et Pascal Serantoni-Vasseur aux Journées nationales des Idels (Jnil), fin mars à Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine). Idel depuis 1989, Pascal Serantoni-Vasseur exerce à La Crau (Var). Il s'est formé sur les compétences infirmières et a entrepris plusieurs diplômes universitaires. Depuis janvier 2014, il est infirmier expert judiciaire près la cour d'appel d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). Il est enfin le gérant d'une activité d'expertise en soins infirmiers attachée à son activité libérale (cf. d'ailleurs la page sur les plaies complexes sur son site via le raccourci bit.ly/28J3Tq6).

Comment choisir une formation NGAP ?

À en croire les échos que nous avons recueillis, certains contenus de formation et surtout certaines approches (par exemple l'objectif de vouloir "rentabiliser" une cotation, ce qui peut être risqué...) laissent à désirer, et se contredisent parfois.

« *Et puis il est toujours possible d'avoir un contenu exceptionnel mais un formateur qui l'est moins* », indique Pascal Serantoni-Vasseur. Il conseille, faute de critère de sélection, de se fier... au bouche-à-oreille. En termes de financement, l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC) ne prend plus en charge les formations NGAP depuis avril, en raison des nouvelles orientations prioritaires arrêtées en décembre et plus orientées "cœur de métier". La NGAP ne fait en effet pas partie du soin pur. « *Cela ne veut pas dire qu'une telle formation n'est pas utile* », dit le D^r Monique Weber, désormais ancienne directrice générale de l'OGDPC, qui devait se muer en Agence nationale (ANDPC) début juillet. Pourtant, la demande existe: près de 10 000 formations NGAP financées par l'OGDPC en 2015 comme en 2014 (3 675 en 2013, 2 156 en 2012). Le Fonds interprofessionnel des formations des professionnels libéraux (FIFPL), lui, peut toujours prendre en charge une formation NGAP, si l'organisme formateur lui a présenté son dossier de façon collective et signé une convention.

• Pour retrouver toutes nos informations

• Pour venir discuter sur nos forums

cliquez

www.espaceinfirmier.fr

COMITÉ SCIENTIFIQUE

- Geneviève Bridier, infirmière libérale à Villejuif (94)
- Ève-Marie Cabaret, infirmière libérale à Ligny-Le-Ribault (45)
- Marie-Claude Daydé, infirmière libérale à Colomiers (31)
- Catherine Diamantidis, infirmière libérale à Pierre-Bénite (69)
- Dominique Jakovenko, infirmier libéral à Saint-Christoph-les-Alès (30)
- Christine Julien, pharmacienne et journaliste
- Brigitte Lecointre, infirmière libérale à Nice (06)
- Geneviève Beltran, avocate au barreau des Hauts-de-Seine (92)

« Ce dossier de formation NGAP a été coordonné et enrichi par Mathieu Hautemulle, rédacteur en chef, édité et monté par Julie Verdure et Laure Cartigny, validé par une spécialiste du thème et relu avant parution par deux membres de notre comité scientifique. »

✓ Envoyez vos suggestions à redaction-infirmiereliberale@initiativessante.fr

comité scientifique