



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

COMMISSION PARITAIRE LOCALE DES INFIRMIERS

8 juillet 2025

CPAM du Territoire de Belfort

18/07/2025

SOMMAIRE

01

VALIDATION DU COMPTE-RENDU DU
17/12/2024

02

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

03

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES
ET CONVENTIONNELLES

04

ACTUALITÉS LOCALES ET
RÉGIONALES

05

POINTS DIVERS

DÉSIGNATION PRÉSIDENT ET VICE PRÉSIDENT

PRÉSIDENCE SECTION PROFESSIONNELLE

01

VALIDATION DU COMPTE-RENDU DU 17 DÉCEMBRE 2024

02

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ AU 31 DÉCEMBRE 2024

STATISTIQUES DE DÉPENSES 31/12/2024 : LES PRINCIPAUX POINTS

Commission des infirmiers libéraux du département : TERRITOIRE DE BELFORT

Source SNDS AMOS le 23/06/2025

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

(INFIRMIER, INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE)

Montants des prestations en base de remboursement 01/01/2024 au 31/12/2024

Postes de dépenses	Montants €	Évolutions	Évolutions Région	Évolutions France
Actes	10 436 911	-3,5%	-7,5%	-22,8%
AIS	21 015	-95,7%	-93,9%	-92,8%
AMI	10 207 741	0,0%	-1,0%	-2,5%
AMX	207 416	66,8%	37,6%	25,8%
DI - Hors BSI	115	-52,6%	-76,6%	-60,7%
Téléconsultations	624	246,4%	-62,0%	27,9%
Frais de déplacements	3 995 595	13,7%	8,1%	12,1%
Bilans de soins infirmiers	2 102 787	97,5%	85,8%	83,2%
BSI - DI 1,2 et DI 2,5	22 562	-10,4%	4,3%	7,8%
BSI - Forfait	2 080 225	100,1%	87,1%	83,9%
Majorations	1 183 010	3,8%	0,6%	-0,9%
MAU	836 908	2,3%	0,6%	-1,4%
MCI	340 835	8,0%	0,6%	-0,4%
MIE	5 267	-10,7%	-4,5%	-1,9%
Pratique avancée	4 016		48,5%	80,8%
Pratique avancée MIP	86		48,4%	84,3%
Pratique avancée PAI	3 930		48,5%	80,8%
Vaccination COVID	15 902	-39,9%	-46,7%	-54,7%
Autres rémunérations	71 655	26,7%	-16,8%	-7,7%
TOTAL	17 809 876	7,2%	4,5%	5,2%

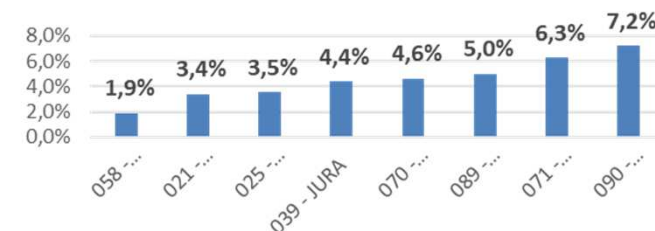
STATISTIQUES DE DÉPENSES 31/12/2024 : POINTS PRINCIPAUX

- Sur l'année 2024, les remboursements des soins infirmiers dans le Territoire de Belfort évoluent dans le même sens que ceux observés en Bourgogne-Franche-Comté et au niveau national mais avec une dynamique systématiquement supérieure. Le Territoire de Belfort est le département avec la plus forte hausse observée (+7,2%) pour un montant total de 17 809 876€. Ils représentent 6% du poids des dépenses de ville.
- Hausse très forte des remboursements liés aux Bilans de soins infirmiers (BSI), 97,5% sur le Territoire de Belfort (contre 85% en région et 81% en France). On peut considérer que le BSI a été adopté de manière massive
- Les montants versés pour les actes (AMI+AMX+AIS...) ont diminué de -3,5% contre une très forte augmentation pour les BSI (+97,5%).
- Globalement, les actes liés à la dépendance sont en forte hausse car les actes AMX sont aussi en forte augmentation (+66,8%).
- Progression des majorations: +3,8% à Belfort (Toujours au-dessus de la région et de la France excepté pour la MIE).
- Baisse marquée de la vaccination COVID (-39,9% à Belfort)
- Autres rémunérations: un montant qui souligne un bon niveau d'atteinte des indicateurs fixés

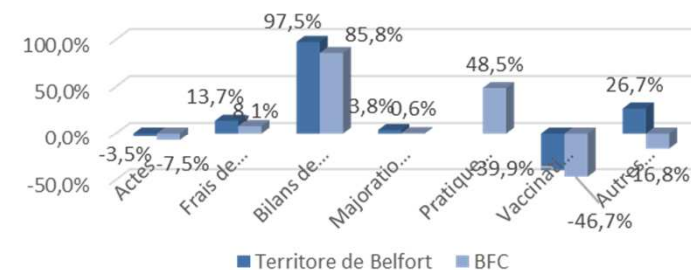
Recours aux soins :

- Consommation unitaire: la consommation unitaire moyenne par habitant en 2024 est de 116€ au sein de notre département soit une évolution de +7,8% par rapport à 2023. Nous sommes le second département après la Nièvre (120€) en matière de montant moyen.

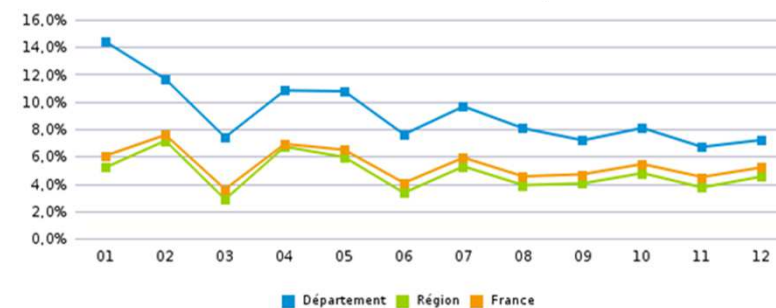
Evolution des dépenses par département



Variation de remboursements du 01/01/2024 au 31/12/2024



Evolution des montants (PCAP) - total poste



STATISTIQUES DE DÉPENSES: POINTS PRINCIPAUX

Actes AMI (stabilité) :

- Le coefficient 1 est le coefficient le plus facturé avec 34,3% des montants suivi par les AMI 1,2 puis par les AMI 4.
- Les AMI 1 sont en légère baisse avec -0,8% (-23 192€).
- Les actes en lien avec « l'administration et surveillance d'une thérapeutique orale » (AMI 1,2 et 0,6) augmentent avec +8,7% (+169 548€).
- Parmi les évolutions significatives, les actes AMI 9 diminuent de -20,5% tout comme les AMI 15 (-13,7%) et les AMI 0,5 (-12,4%)
- Au contraire des AMI 15, les AMI 14 augmentent avec +7,9%. Les plus fortes hausses concernent les AMI 4,1 (+37,6%) et AMI 0,6 (+23,3%).

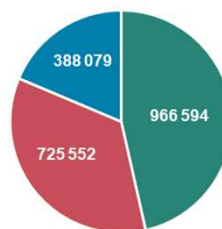
Méthodologie :

- Les chiffres ci-contre détaillant les coefficients sont issus de la consommation des assurés RG 901.

BSI (+97,5%) :

- Les montants versés au titre des BSI ont très fortement augmenté (+97,5%) du fait de l'élargissement à l'ensemble des patients dépendants depuis le 03 octobre 2023.

Répartition BSI - Forfait (€)



■ (BSA) ■ (BSB) ■ (BSC)

	Montants €	Evolutions	Evolutions BFC	Evolutions France
BSI - Forfait	2 080 225	100,1%	87,1%	83,9%
(BSA)	966 594	141,7%	122,1%	131,3%
(BSB)	725 552	90,7%	85,5%	92,5%
(BSC)	388 079	49,7%	45,6%	56,3%

- La hausse est plus forte qu'au niveau régional (+85,8%) et national (+83,2%). Les PEC lourdes augmentent plus faiblement que les autres types de PEC.
- Globalement les actes en lien avec la dépendance (BSI + AMX+AIS) ont augmenté de 2 308 656€.

STATISTIQUES DE DÉPENSES: POINTS PRINCIPAUX

Frais de déplacement (+13,70%) :

- Forte augmentation des IFI (+ 105,7%) soit 649 695€ en lien avec la montée en charge des BSI :
- Seuls les IK sont en légère baisse.(- 6,5%)
- Cette hausse est principalement due à l'augmentation des IFA (+5,20% - 3 161 303€)

Libellé	Montants	Evolutions	Evolutions Région	Evolutions France
Frais de déplacements	3 995 595	13,70%	8,10%	12,10%
IFA	3 161 303	5,20%	0,90%	-14,20%
IFI	649 695	105,70%	86,40%	85,00%
IK	140 413	-6,50%	-1,40%	-2,70%
IKM	44 185	1,70%	-5,10%	-1,20%

Majorations (+3,8%):

- Les montants versés au titre des majorations sont en hausse dans le Territoire de Belfort alors qu'ils sont stables au niveau régional et en légère baisse au niveau national.
- Les évolutions sont plus marquées dans le Territoire de Belfort.

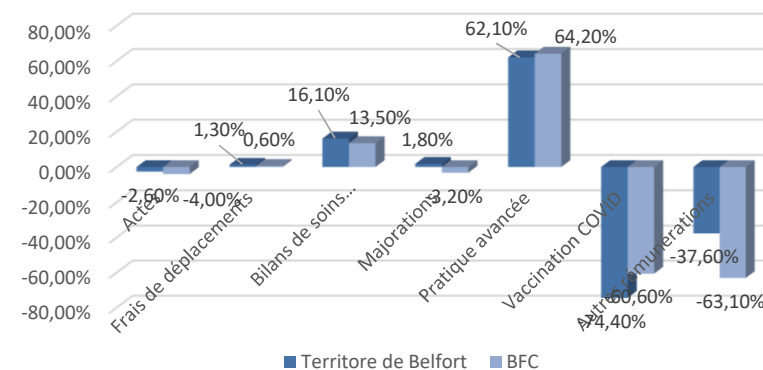
Libellé	Montants €	Evolutions	Evolutions Région	Evolutions France
Majorations	1 183 010	3,8%	0,6%	-0,9%
MAU	836 908 €	2,32%	0,63%	-1,38%
MCI	340 835 €	7,98%	0,56%	-0,44%
MIE	5 267 €	-10,71%	-4,53%	-1,88%

STATISTIQUES DE DÉPENSES: TENDANCES À FIN MARS 2025

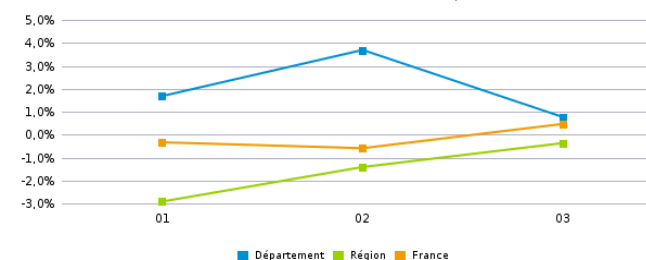
Montants des prestations en base de remboursement 01/01/2025 au 31/03/2025

Postes de dépenses	Montants €	Évolutions	Évolutions Région	Évolutions France
Actes	2560831	-2,60%	-4,00%	-8,60%
AIS	983	-92,20%	-89,90%	-89,70%
AMI	2505577	-1,80%	-2,30%	-7,60%
AMX	53928	13,20%	3,70%	13,40%
DI - Hors BSI		-100,00%	72,00%	-61,40%
Téléconsultations	344	56,40%	110,30%	91,00%
Frais de déplacements	975775	1,30%	0,60%	1,10%
Bilans de soins infirmiers	554029	16,10%	13,50%	13,30%
BSI - DI 1,2 et DI 2,5	5059	16,20%	13,50%	12,30%
BSI - Forfait	548970	16,20%	13,80%	13,40%
Majorations	296700	1,80%	-3,20%	-4,20%
MAU	206456	-1,20%	-4,00%	-4,50%
MCI	89110	1,60%	-1,60%	-3,50%
MIE	1134	-13,00%	-6,70%	-5,70%
Pratique avancée	9813	62,10%	64,20%	88,40%
Pratique avancée MIP	281	84,60%	108,40%	
Pratique avancée PAI	9532	61,60%		
Vaccination COVID	1421	-74,40%	-60,60%	-52,30%
Autres rémunérations	490	-37,60%	-63,10%	10,30%
TOTAL	4399058	0,80%	-0,40%	0,50%

Variation de remboursements du 01/01/2025 au 31/03/2025



Evolution des montants (PCAP) - total poste



Principaux éléments: à ce stade une stabilité des dépenses, conforme aux tendances régionales et nationales et une évolution des dépenses en lien avec l'activité IPA.

Une poursuite de l'augmentation des actes AMX, supérieure au niveau régional mais dans la tendance nationale

Un pic atypique à noter en février 2025.

03

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

COMMISSION PARITAIRE NATIONALE DU 6 JUIN- RETOURS

- Circulaire perfusion à venir après transmission et validation par les 3 syndicats.

L'objectif était :

Elaborer une doctrine nationale claire pour les IDEL comme pour les CPAM.

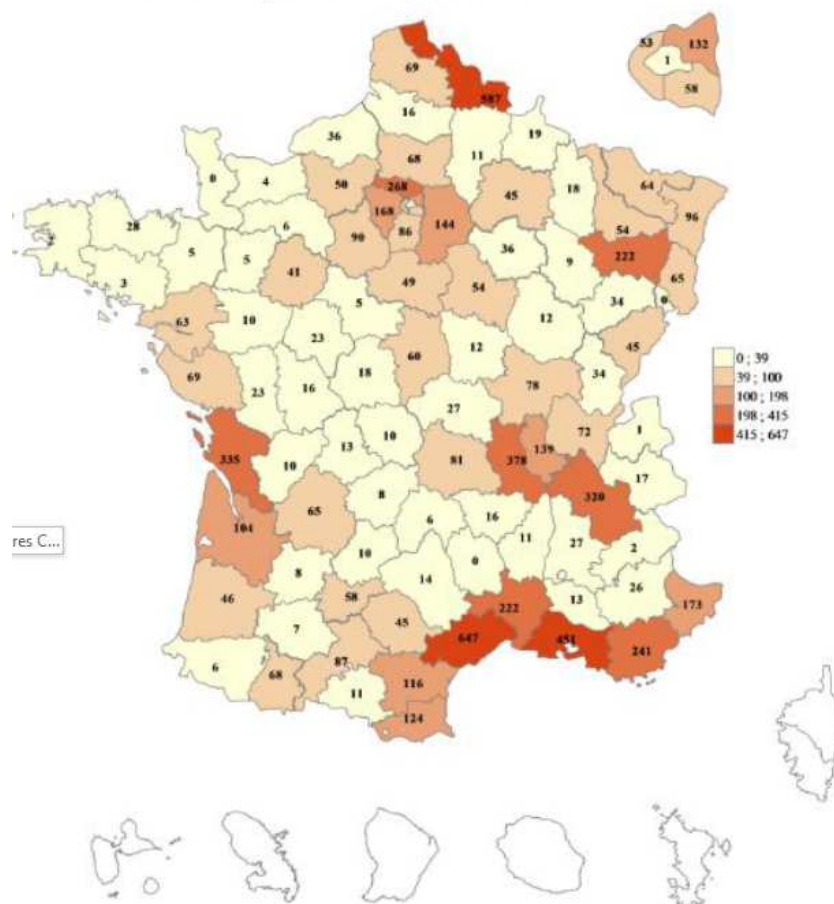
- Permettre une facturation uniforme des perfusions longues sur l'ensemble du territoire national
- Faire cesser les incertitudes d'interprétation

La circulaire clôture le cycle de travail sur les perfusions (sans présager des négociations conventionnelles à venir)

Le logigramme qui complète la circulaire constitue un outil d'aide à la cotation, utile aussi bien pour les CPAM que pour les IDEL.

- Certificats de décès: notre département a été cité du fait qu'aucun certificat n'a été facturé à l'AM dans notre département.

Nombre de certificats de décès délivrés par les IDEL entre avril 2024 et mars 2025
selon le département de résidence des assurés décédés



CIRCULAIRE PERFUSION

➤ Circulaire perfusion CIR 9/2025:

L'interprétation des règles de facturation des séances de perfusion d'une durée supérieure à une heure, avec organisation d'une surveillance, dites perfusions longues, fait l'objet d'importantes divergences d'interprétation et d'une absence d'uniformité des pratiques sur l'ensemble du territoire national.

Les partenaires conventionnels ont convenu ensemble qu'il était nécessaire d'élaborer une doctrine nationale claire pour permettre une facturation uniforme des perfusions longues sur l'ensemble du territoire et faire cesser les incertitudes juridiques.

➤ Résumé des cotations

i. Pour une perfusion sous surveillance continue selon la pathologie du patient, 3 cotations sont possibles :

- AMI 9 + AMI 6 : tous patients (sauf cancéreux ou immunodéprimés). AMI 6 facturable, par heure supplémentaire, sur prescription (maximum 5 heures).
- AMI 10 : patient cancéreux ou immunodéprimé + AMI 6, par heure supplémentaire, sur prescription (maximum 5 heures).
- AMI 15 : perfusion d'antibiotiques chez un patient atteint de mucoviscidose.

ii. Pour une perfusion de plus d'une heure nécessitant l'organisation d'une surveillance, selon la pathologie du patient, 2 cotations sont possibles :

- AMI 14 : tous patients (sauf cancéreux ou immunodéprimés)
- AMI 15 : patients cancéreux ou immunodéprimés.

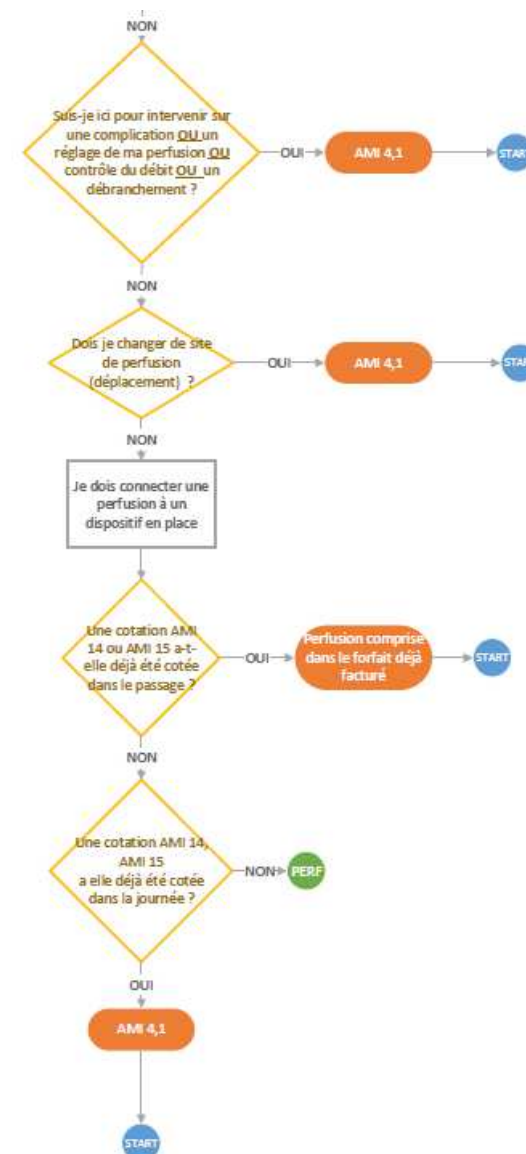
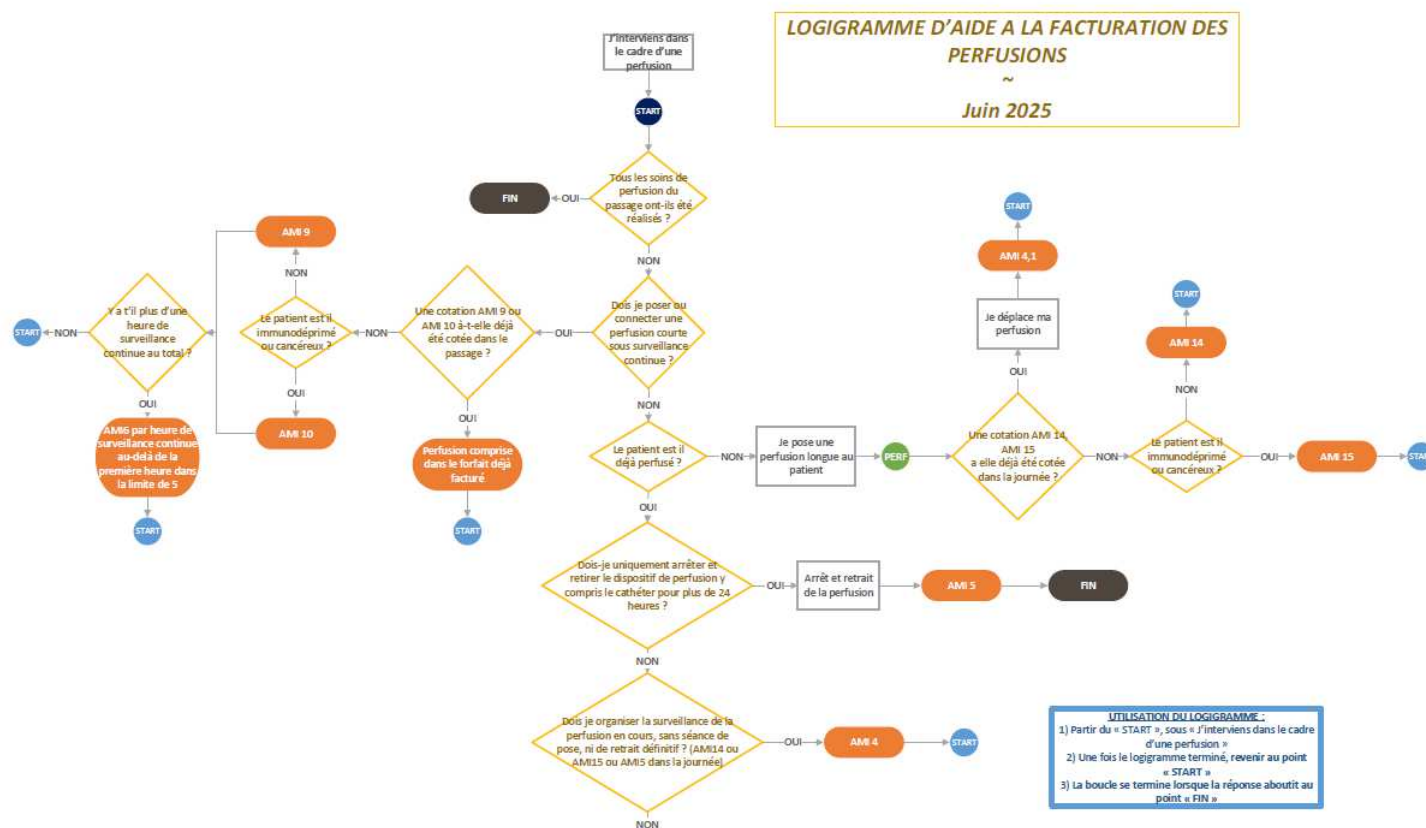
iii. Plus les cotations suivantes :

- AMI 4,1 : pour contrôle du débit ou déplacement de la perfusion ou débranchement ou un acte technique programmé sur la ligne de perfusion ou une complication ; la réalisation de cet acte est cumulable dans le respect de l'article 11B et peut donner lieu le cas échéant, à indemnité de déplacement et majorations. Cette cotation n'est applicable que dans le cadre des perfusions longues nécessitant l'organisation d'une surveillance.
- AMI 4 pour organisation de la surveillance (perfusions longues), hors jour de pose (AMI 14 ou 15) et de retrait de la perfusion (AMI 5)
- AMI 5 pour arrêt et retrait du dispositif pour plus de 24 heures (tel que défini au point 4.v. de la présente circulaire)

iv. Changement d'un flacon d'une perfusion longue et mise en place concomitante d'une perfusion courte sous surveillance :

- AMI 9 + AMI 4,1/2 ou AMI 10 + AMI 4,1/2 en fonction des situations (si le patient est immunodéprimé ou cancéreux, ou non)

CIRCULAIRE PERFUSION (SUITE) LOGIGRAMME



SÉCURISATION DISPENSATION DES MÉDICAMENTS

Une campagne d'information par mail a été adressée à l'ensemble des pharmacies du département afin qu'elles sécurisent la dispensation de certains médicaments avec la carte vitale.

Les médicaments concernés pour lesquels la délivrance sans carte vitale doit être exceptionnelle:

- médicaments onéreux (de plus de 300 € TTC la boîte) ;
- médicaments à fort risque de trafics ou de mésusages tels que :
 - **tous les stupéfiants ;**
 - **certaines antidiabétiques :**
 - **tous les AGLP-1 ;**
 - **l'insuline asparte ;**
 - **l'association fixe sitagliptine + metformine ;**
 - **l'insuline glargine**

Vous êtes parfois amenés à vous rendre dans les pharmacies afin de retirer les médicaments de vos patients. Il convient donc de veiller à avoir systématiquement la carte vitale de votre patient en votre possession afin de ne pas mettre en difficulté les officines, de potentiels contrôles ayant été annoncés par la CNAM pour vérifier la bonne application de ces consignes.

L'Assurance Maladie vous informe

Le message ne s'affiche pas correctement ? [Cliquez ici](#)

 **amelipro**

Docteur,

Afin de limiter les risques de détournements de médicaments et au regard du taux de flux dégradés des officines, particulièrement préoccupant, les dispositifs de dispensation ont été renforcés dans les engagements conventionnels ([article 11 de l'avenant 1 de la convention pharmaceutique](#)). Ainsi, l'utilisation de la carte Vitale (physique ou appli carte Vitale) dans l'exercice du tiers payant doit être systématisée pour sécuriser la délivrance des médicaments. Pour certains d'entre eux, nous souhaitons que vous conditionniez autant que possible le tiers-payant à la présentation de la carte Vitale.

L'usage de la carte Vitale est d'autant plus indispensable pour bénéficier du tiers payant quand il s'agit :

- de médicaments onéreux (plus de 300 euros TTC la boîte),
- de médicaments à fort risque de trafics ou de mésusages tels que tous les stupéfiants ou encore certains antidiabétiques (tous les AGLP 1, insuline asparte, association fixe sitagliptine + metformine, insuline glargine).

À noter :

- Pour ces médicaments, les facturations sans carte Vitale devront être exceptionnelles et clairement limitées à des cas identifiés résiduels (AME, nourrissons de moins de 3 mois, séjour en EHPAD). L'Assurance Maladie engagera des contrôles pour vérifier le respect de ce cadre.
- Pour pouvoir justifier auprès de vos patients le respect de cette règle de bonne gestion, [une affiche de l'Assurance Maladie](#) à destination des assurés est à votre disposition pour votre officine.

Quels sont les avantages de l'utilisation de la carte Vitale ?

Dans toutes situations, le recours au téléservice d'Acquisition des Droits Intégrés (ADRI) pour vérifier la situation médico-administrative des bénéficiaires et la consultation de leur DMP participent à limiter fortement les risques de détournement.

Agir ensemble, protéger chacun

FIN DES MESURES DÉROGATOIRES COVID

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

FIN DES MESURES DÉROGATOIRES COVID

A compter du 01/03/2025, certaines **mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire** sont abrogées, suite à la publication au Journal Officiel du 22 février 2025 (texte 5), de l'**Arrêté du 13/02/2025** portant abrogation de diverses mesures de gestion de la crise sanitaire, et notamment la prise en charge par l'AM 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
2. La cotation « AMI5,8 » 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 ».
4. Les cotations de l'AMI/AMX 1,65 pour les patients recevant des soins infirmiers courant à domicile
5. Les cotations spécifiques pour la réalisation des actes de prélèvement (sans réalisation d'un test) avec ou sans prescription.
6. La réalisation de soins à domicile sans précision de la mention « à domicile » sur l'ordonnance est possible selon les règles d'exception définies dans la **circulaire 30-2024**

DÉLIVRANCE DES PANSEMENTS

Mailing du 28/03/2025:

A partir du 1er avril 2025, les modalités de prescription et délivrance des articles pour pansements inscrits à la Liste des Produits et Prestations {LPP} sont modifiées, afin de réduire le gaspillage des produits de santé.

Prescription des pansements :

Certains éléments doivent impérativement figurer sur l'ordonnance pour garantir le bon usage de ces produits :

- La catégorie de pansements ou de compresses.
- La quantité de produits nécessaires.
- La taille et le cas échéant, tout autre élément que vous jugez nécessaire (tel que le caractère absorbant adhésif pour les pansements)
- La fréquence recommandée de renouvellement.

DÉLIVRANCE DES PANSEMENTS

Délivrance des pansements :

1/ Première délivrance :

- Elle est dorénavant limitée à 7 jours (ce qui correspond à une boîte de 5 pansements dans la plupart des situations, le renouvellement de pansement intervenant généralement tous les 2 à 3 jours)

A noter : En dehors des situations de plaies multiples, une primo-délivrance d'une boîte de 16 pansements ne devrait donc plus avoir lieu.

2/ Renouvellement de la délivrance :

A la demande expresse du patient et en fonction de ses besoins, la délivrance peut être renouvelée :

- à l'issue de la période de traitement couverte par le premier conditionnement,
- dans la limite de la durée de traitement mentionnée sur l'ordonnance.

3/ Adaptation de la délivrance le cas échéant :

Au regard de l'évolution de la plaie et de l'expertise de l'infirmier prenant en charge les pansements ou du médecin, la délivrance de pansement pourra être adaptée via une nouvelle prescription. Ce schéma participe à la lutte contre le gaspillage

INFIRMIÈRE EN PRATIQUE AVANCÉE

Arrêté du 25 avril 2025 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée

Ce texte vise à étendre et clarifier les compétences de prescription des IPA.

- L'annexe VI fixe la liste des prescriptions de produits de santé ou prestations soumis à prescription médicale obligatoire que l'ensemble des IPA est autorisé à prescrire quelle que soit sa spécialité, tel que des programmes d'activité physique adaptée, d'arrêts de travail de moins de 3 jours, de transports sanitaires, d'antalgiques de palier 1...

- L'annexe VII, détermine la liste des prescriptions de produits de santé ou prestations soumis à prescription médicale obligatoire que les IPA en fonction de leur domaine d'intervention sont autorisés à prescrire

- Tous les IPA sont autorisés à prescrire des arrêts de travail, sans qu'un diagnostic médical préalable ne soit requis.
- Ils devront disposer de supports de prescription adaptés, notamment les AAT sécurisés et les formulaires de prescription de transports.
- Les modalités de commande (probablement via Amelipro, comme pour les autres prescripteurs) restent à préciser.
- Une communication à destination des IPA (et des caisses) sera réalisée dès que ces modalités seront stabilisées.

A NOTER : Recours engagé par le CNOM devant le Conseil d'État à l'encontre de l'arrêté du 25 avril 2025

INFIRMIÈRE EN PRATIQUE AVANCÉE

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.

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 :

2a) Conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire ;

INFIRMIÈRE EN PRATIQUE AVANCÉE

Article R.4301-3 (suite)

b) Effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et paraclinique, 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 ;

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 ;

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.

INFIRMIÈRE EN PRATIQUE AVANCÉE

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

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.

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.

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.

GÉNÉRALISATION DE L'APPLICATION CARTE VITALE

La généralisation de l'application Carte Vitale (ApCV) est intervenue en 2 phases:

- Mi mars pour les détenteurs de la nouvelle carte (format carte de crédit)
- Mi mai à l'ensemble de la population

Une campagne de communication grand public est actuellement en cours.

Application carte vitale : <https://www.youtube.com/watch?v=DaPk3srRu6o>

La possibilité d'utilisation du smartphone pour le Q/R code d'une carte vitale existe et est dépendante de l'éditeur de logiciel.

Intégration des données de la complémentaire santé sur l'ApCV à venir.

04

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

CONTRÔLE FACTURATION 2024

Lors de la dernière commission, nous vous avons indiqué que le contrôle national facturation avait été suspendu. Nous avons réalisé environ 50% de l'analyse des factures attendues.

Suite à de nouvelles consignes de la CNAM, il nous a été demandé le 24/01/2025 de procéder à l'envoi des notifications.

3 IDEL ont été concernées par cet envoi pour un montant total d'indus initialement détectés de 11 026,36€.

Une infirmière n'a pas formulé d'observation.

Deux infirmières ont été reçu en entretien.

1 contestation quant à une date de prescription prise en compte.

=> Montant total des indus notifiés après observations: 10 960,12€

Les principales anomalies concernent:

- Des facturations injustifiées de cotations BSI. Le dispositif ne semble pas acquis.
- Facturation en lien avec l'ALD alors que la prescription n'est pas en rapport.
- Absence signature/ identification PS et assuré
- Mauvaise facturation (second acte à 50% et acte)

CONTRÔLE NATIONAL FACTURATION 2025

Le contrôle national 2025 est en cours de déploiement.

Cette analyse de la qualité de la facturation concerne 4 infirmiers du département.

Planning prévisionnel:

- Les notifications d'anomalies seront adressées vers la fin septembre avec ouverture d'une période d'observation de 15 jours.
- Envoi des notifications définitives d'indu pour la fin novembre.

Un point sur les principales anomalies sera réalisé à l'occasion de la prochaine commission de décembre.

FAMI 2024

Le versement du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation a eu lieu le 13/05/2025.

Le FAMI 2024 a été versé à 76 IDEL du département pour un montant total de 46 110€ avec des variables comprises entre 490€ et 1 115€.

Pour rappel, 48 025€ avaient été versés en 2023.

Une contestation réceptionnée à ce jour en lien avec une problématique de lecteur de CV.

ACCOMPAGNEMENT

DAM:

- Mon Bilan de Prévention: afin d'accompagner le plus grand nombre, 2 webinaires ont été proposés à la profession. Ces derniers n'ont pas rencontré un vif succès puisque seuls 5 infirmiers y ont participé.
- Les 2 webinaires se sont déroulés le
 - **12/06/2025 à partir de 12h30: 2 participants**
 - **24/06/2025 à partir de 12h30: 3 participants**

Réunion annuelle BSI/facturation:

Partant de l'analyse des anomalies de facturation observées au sein de notre organisme, nous avons fait le constat qu'il était nécessaire de mettre en place une rencontre avec les infirmiers principalement sur la thématique du BSI.

Aussi, nous vous proposons d'organiser une réunion annuelle auprès des infirmiers.

PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2025

Le plan d'actions régional 2025 définit les actions socles devant être déclinées uniformément par l'ensemble des CPAM de la région BFC.

Les actions ciblent les auxiliaires médicaux et principalement les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes.

Pour cette année, il s'agit d'élargir l'action initiée dans le Territoire de belfort à l'ensemble des départements de BFC à savoir l'envoi régional des courriers de la qualité de la prescription.

Ces courriers seront adressés à l'ensemble des prescripteurs ayant été à l'origine d'un indu vers les infirmiers du fait d'une prescription incomplète.

Le montant de l'indu sera défini en local au sein de chaque organisme.

Un courrier sera également adressé aux établissements de santé, la CPAM du lieu d'implantation de l'établissement étant en charge de regrouper l'ensemble des anomalies détectées dans chaque département.

Les envois devraient avoir lieu vers octobre/ novembre.

NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Données arrêtées au 31/05/2025

- *Taux de télétransmission: 99.77* (-0,03%)
soit 40,89% de FSE (+2,53%) et 58,88% de B2 dégradé (-2,56%) –
- *SCOR: 98,84%* des infirmiers utilisent SCOR (+4,26%) – 95% sur les 12 mois glissants
- *ADRI : taux d'utilisation: 93,60%* (+5,75%)- 96,11% sur les 12 mois glissants
- *Messagerie sécurisée: 93,70%* ont une MSSSANTE (données issues de la dernière CPD- pas de chiffres récents)
- *DMP: 7,56%* d'utilisateurs (+5,44%) sur le mois – 16,67% sur 12 mois glissants
 - *Alimentation : 14,65% sur le mois et sur l'année glissante 11,67%*
 - *Consultation : 7,56% sur le mois et sur l'année glissante 16,67%*
- **BSI PARTAGE :**
 - **18 IDE expérimentateurs dans le 21**
 - **Fin expérimentation BSI Partage le 10/03/2025**
 - **Expérimentation concluante avec une perspective de généralisation aux IDE des départements testeurs**

QUALITÉ FACTURATION (NOVEMBRE 2024 À MAI 2025)



Taux moyen de rejet de 0,81% (+0,1%)

Variables comprises entre 0,68% et 0,9%

Sur un total de
130 951 factures (+44 280)
Top des anomalies

Modulation du ticket modérateur non trouvé en base de donnée: 145 factures soit 0,11%

Un régime local ou un FNS a été télétransmis alors qu'il n'existe plus dans les bases de l'AM. En tiers payant, la garantie de paiement est appliquée pour les flux sécurisés sans indicateur de forçage.

L'exonération du ticket modérateur est absente au référentiel bénéficiaire : 135 factures soit 0,1% ><109 factures

Ce rejet est généré si l'exonération télétransmise n'existe pas au dossier du bénéficiaire des soins à la date des soins.

Modulation du ticket modérateur transmise absente ou différente du référentiel : 85 factures soit 0,06% ><79 factures

Les factures sont recyclées avec paiement de la part complémentaire dans le cas de factures sécurisées sans indicateur de forçage.

Le prescripteur est inconnu au fichier national des professionnels de santé: 129 factures soit 0,10% >< 78 factures

Le numéro de prescripteur mentionné est erroné. Pour rappel : Les factures liées à des prescriptions de médecins salariés sont à télétransmettre avec le numéro de l'établissement. Il s'agit d'erreur de saisie des prescripteurs, en cas de présence de la prescription médicale via SCOR au moment du traitement des factures. Ces dernières sont recyclées et une information sur le numéro de prescripteur à utiliser est envoyée au professionnel – 43 factures centralisées sur 3 infirmiers.

Facture Tiers payant complémentaire incompatible avec le type de contrat: 102 factures soit 0,08% >< 71 factures

Le contrat CMU/C2S ou ACS télétransmis n'existe pas à notre fichier. Soit l'assuré ne bénéficie plus d'une ACS/C2S/CMU soit le numéro de contrat télétransmis est erroné. La garantie de paiement est appliquée pour les factures télétransmises en sécurisé sans indicateur de forçage...

L'exonération du ticket modérateur connue au référentiel n'a pas été transmise: 72 factures soit 0,05% ><61 factures

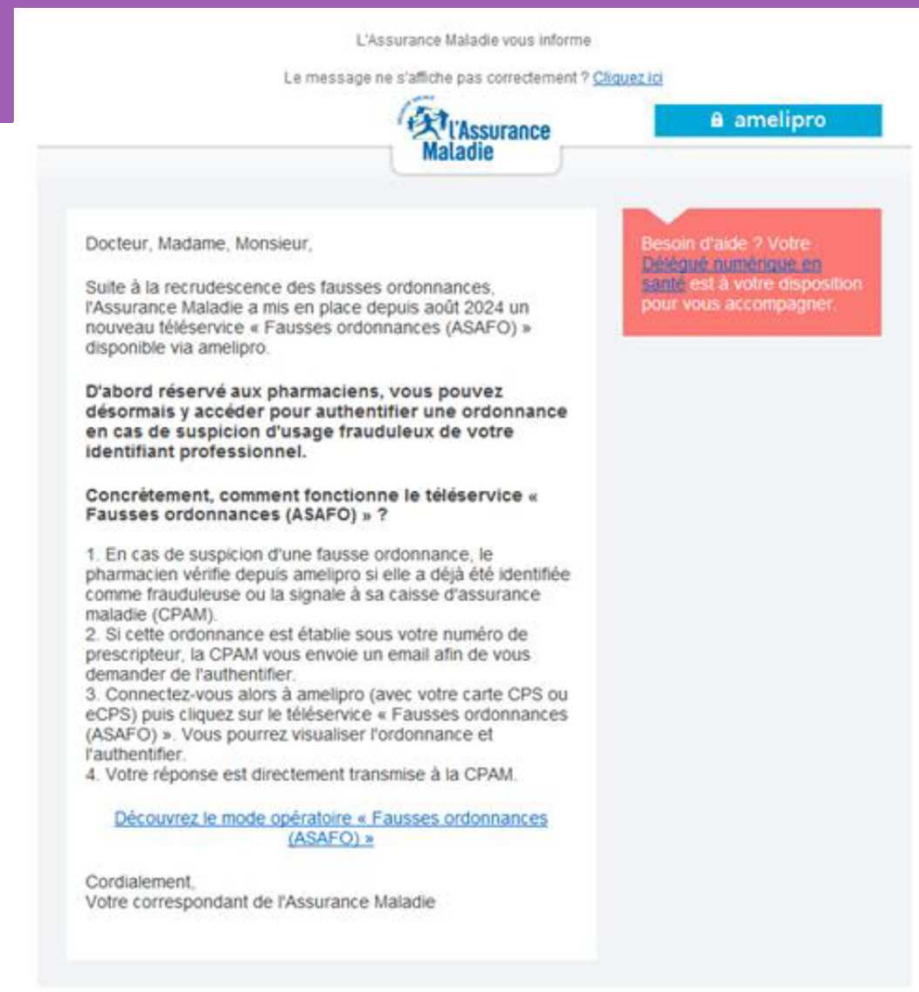
Une exonération est connue au dossier (liée au régime de l'assuré ou Art 115 mais pas en cas d'ALD) mais n'est pas télétransmise. Ces rejets sont générés hors factures sécurisées.

05

POINTS DIVERS

ASAFO

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



**LA PROCHAINE COMMISSION SE TIENDRA LE 09
DÉCEMBRE 2025**

**À 13H30 POUR LA SECTION SOCIALE ET 14H00 POUR LA
SECTION PROFESSIONNELLE**