CIRCULAIRE

CIR-30/2024

à Mesdames et Messieurs les :

Directeurs ☒ | Cnam ☒ CPAM ☒ CGSS ☒ CSS Mayotte ☒

Directeur Comptable et Financier ☒ | Cnam ☒ CPAM ☒ CGSS ☒ CSS Mayotte ☒

Médecins conseil ☒ | Régionaux ☒ Chef de service ☒

Date :
26/11/2024

Domaine(s) :
Gestion des prestations en nature
Gestion du risque

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐
Provisoire	☐

Pour mise en œuvre immédiate

Objet :
NGAP IDEL - Clarifications des règles de gestion en cas de prescriptions médicales imprécises et clarifications sur les conditions de facturation

Liens:

Liens externes :

Plan de classement :
P06-010101 REMBOURSEMENTS FSE

P10-02 ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET DES ETABLISSEMENTS

Emetteur(s) :
DDAFF / DDGOS / DDO

Pièces jointes : 0

Résumé :
A l'issue de travaux d'un groupe technique rassemblant les organisations syndicales représentatives de la profession et la CNAM, des règles de gestion en cas de prescriptions médicales imprécises et des conditions de facturation des actes infirmiers ont été clarifiées (13 points) afin d'harmoniser les pratiques.

Mots clés :
NGAP ; infirmier ; AMI ; BSI ; pansement ; majoration

La Directrice Déléguée à la Gestion et à l'Organisation des Soins

Marguerite CAZENEUVE

La Directrice Déléguée aux Opérations

Aurélie COMBAS-RICHARD

Le Directeur Comptable et Financier

Marc SCHOLLER

Objet : NGAP IDEL - Clarifications des règles de gestion en cas de prescriptions médicales imprécises et clarifications sur les conditions de facturation

Affaire suivie par :

- **Facturation des actes :** Département des actes médicaux (DDGOS/DOS/DACT) : dact.ddgosdos.cnam@assurance-maladie.fr
- **Réglementation et dispositions conventionnelles :** Département des professions de santé (DDGOS/DOS/DPROF) : dprof-idel-orthopho.cnam@assurance-maladie.fr
- **Gestion du risque :** Direction de la gestion du risque (DDGOS/DGDR)

SOMMAIRE DE LA CIRCULAIRE

A. Préambule

B. Clarification des règles de gestion avec des prescriptions médicales imprécises

C. Clarifications sur les conditions de facturation

A. PREAMBULE

Entre mai et juillet 2024, un cycle de travail a été mené entre l'Assurance Maladie et les organisations syndicales représentatives des infirmiers libéraux afin de répondre à la fois aux difficultés vécues sur le terrain par les infirmiers et de clarifier également certaines incompréhensions entre les infirmiers et l'Assurance Maladie.

Les travaux se sont structurés autour de six réunions de travail et trois réunions transverses afin de recueillir les principales observations des infirmiers libéraux sur leurs préoccupations quotidiennes, notamment sur « les indus ». Les travaux ont par ailleurs porté sur l'attractivité du métier, le BSI, la compétence métier, l'accès territorial et la lutte contre le gaspillage.
Le premier cycle de travail a été clôturé par une réunion transverse le 10 juillet 2024 au cours de laquelle de premières propositions concrètes ont été formulées visant à répondre aux préoccupations exprimées par la profession sur sa relation administrative avec l'Assurance Maladie.

En raison des divergences d'interprétation de la NGAP selon les territoires, source d'incompréhension entre les IDEL et les CPAM, il est proposé de clarifier sans attendre certaines règles pouvant aujourd'hui donner lieu à des rejets de facturation évitables ; c'est l'objet de cette circulaire.

Les organisations syndicales représentatives de la profession et la CNAM ont identifié un besoin de clarification et d'harmonisation de pratiques concernant, d'une part, certains cas de prescriptions de soins infirmiers imprécises, d'autre part, certaines conditions de facturation d'actes infirmiers (au total 13 points repris dans cette circulaire en deux chapitres).

Un second cycle de travaux est programmé depuis la rentrée 2024 avec les organisations syndicales pour avancer sur les autres chantiers identifiés, notamment les cotations des perfusions et les cumuls d'actes avec les forfaits BSI. L'enjeu est de faire émerger au plus vite des solutions aux problèmes identifiés ; la plupart nécessiteront toutefois des modifications de niveaux conventionnel, réglementaire, voire législatif, pour entrer en vigueur. Ces évolutions ne dépendant pas de la seule Assurance Maladie.

B. CLARIFICATIONS DES REGLES DE GESTION AVEC DES PRESCRIPTIONS MEDICALES IMPRECISES

Une part non négligeable des sources d'indus vient des prestations exécutées par les IDEL avec une prescription médicale imparfaite sans que la gestion de ces écarts soit uniforme sur le territoire. Un outil d'aide à la prescription des soins infirmiers destiné aux médecins sera généralisé début 2025 et 6 modèles d'ordonnances sont d'ores et déjà disponibles sur ameli.fr (https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/soins-infirmiers).

Dès à présent, certaines règles sont clarifiées :

1er point : La possibilité de facturer un prélèvement veineux (PV) à domicile sans mention de l'IDE ou de l'acte de prélèvement

Au sujet du chapitre 1 « soins de pratique courante », article 1er « Prélèvements et injections » :

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

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

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

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

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

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

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

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

L'acte « Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques ou cognitifs (maladies neurodégénératives ou apparentées) avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage. » est coté en AMI 1,2. Il n'est pas nécessaire que la notion de troubles psychiatriques ou troubles cognitifs soit précisée sur la prescription. De même, l'administration d'une thérapeutique orale par sonde naso-gastrique ou stomie digestive pour les patients présentant les mêmes troubles est prise en charge dans les mêmes conditions. Pour rappel, une demande d'accord préalable est nécessaire au-delà du premier mois. La mention des troubles psychiatriques ou cognitifs est à renseigner dans la partie confidentielle destinée au médecin-conseil.

5ème point : AMI 1.2 et BSI

Les AIS 4 « Séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, par séance d'une demi-heure », sont remplacés par la facturation d'un forfait BSI hebdomadaire. L'acte cité au 4ème point coté AMI 1,2 est facturable selon la prescription médicale en dehors du jour de facturation du forfait BSI.

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

6ème point : L'article 7 — Soins postopératoires à domicile selon protocole

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

C. CLARIFICATIONS SUR LES CONDITIONS DE FACTURATION

Certaines règles de facturation justifient d'être précisées en raison de divergence d'interprétation ou d'évolution des pratiques de soins.

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

L'article 14 des dispositions générales de la NGAP relatif aux actes effectués la nuit ou le dimanche, indique que :

« Lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes sont effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, ils donnent lieu, en plus des honoraires normaux et, le cas échéant, de l'indemnité de déplacement, à une majoration. »

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

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

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

Par extension, la majoration « F » est facturable lorsque des pansements, des injections ou des perfusions sont réalisés sur la base d'une prescription mentionnant que ces actes doivent

être réalisés « *tous les jours* » mais ne précisent pas « *y compris dimanches et jours fériés* ». Pour rappel, la majoration de dimanche ou jour férié n'est pas facturable pour les actes suivants :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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