

GUIDE PRATIQUE INFIRMIER N°4

L'avenant 11 en 2026

ce qui s'applique cette année

Dates, cotations, conditions et points de vigilance : les seules mesures de l'avenant n° 11 applicables en 2026.

- ► — Préambule — Quatre dates, trois verrous
- I — 6 mai : exercer, remplacer, s'installer
- II — 6 mai : contrôles, sanctions, simplifications
- III — 21 juin : la première vague NGAP
- IV — 1er juillet : le salariat plafonné
- V — 6 novembre : AMI à 3,35 € et nouvelles cotations
- VI — 6 novembre : soins non programmés (PDSA / SAS)
- VII — Équilibres : se préparer en 2026
- VIII — IPA : aides et nouvelle grille
- IX — Chantiers 2026, horizon 2027, vigilance FNI
- ◇ — Annexe I — Calendrier 2026 récapitulatif
- ◇ — Annexe II — Grille tarifaire 2026
- ◇ — Annexe III — Conformité de la décision UNCAM du 8 septembre
- ◇ — Annexe IV — Textes officiels et sources



Avenant n° 11 · Arrêté du 5 mai 2026 · Décisions UNCAM des 2 juin et 8 septembre 2026

Article L. 162-14-1-1 CSS · À jour au 22 octobre 2026

Quatre dates, trois verrous



L'avenant n° 11, signé le 31 mars 2026 par l'UNCAM, l'UNOCAM, la FNI, le Sniil et Convergence infirmière, a été approuvé par l'arrêté du 5 mai 2026 publié au Journal officiel du 6 mai 2026. Son calendrier s'étale jusqu'en 2028. Ce guide N°4 fait un choix assumé : **ne traiter que ce qui s'applique en 2026**. Ce qui relève de 2027 et au-delà est seulement signalé. 2026 est une année de démarrage : les mesures les plus structurantes (accès direct plaies, consultations, nouveaux actes de surveillance) arrivent en 2027 et 2028 même si la CIA est prévue en novembre sous couvert de l'avis de la HAS

LES TROIS VEROUS D'UNE MESURE CONVENTIONNELLE

Verrou	Ce que cela signifie	Exemples 2026
① Publication de l'avenant	Les règles d'exercice, d'installation et de vie conventionnelle s'appliquent dès l'entrée en vigueur de l'avenant, le 6 mai 2026.	IDER, remplaçants, zone sur-dotée, sanctions, fin des LRAR.
② Délai de six mois (art. L. 162-14-1-1 CSS)	Une mesure de revalorisation tarifaire ne peut entrer en vigueur qu'à l'expiration d'un délai de six mois après l'approbation de l'avenant.	AMI/AMX à 3,35 €, CIA, RKD, PDSA, forfaits IPA : 6 novembre 2026.
③ Inscription à la NGAP (art. L. 162-1-7 CSS)	Un acte n'est facturable que lorsqu'il figure dans la liste des actes et prestations, modifiée par décision de l'UNCAM.	Décisions UNCAM du 2 juin (effet 21 juin) et du 8 septembre 2026 (JO du 22 octobre, effet 6 novembre).

⚠ Point clé — Une date « au Journal officiel » n'est pas toujours une date « en caisse ». Une cotation prévue par l'avenant n'est facturable que lorsque ses trois verrous sont levés. Vérifiez que votre logiciel a reçu la mise à jour avant de modifier vos cotations.

LA FRISE 2026

6 MAI 2026	21 JUIN 2026	1er JUILLET 2026	6 NOVEMBRE 2026
Entrée en vigueur de l'avenant : IDER, remplacement, installation, suppression de l'AIS, sanctions, simplifications.	Décision UNCAM : 2 pansements AMI 2,02, « jusqu'à cicatrisation » 3 mois, AMI 1,2 élargi, MIE en NGAP, fin de l'AIS.	Plafond de 2 infirmiers salariés par libéral (ou par associé) en zone sur-dotée.	AMI/AMX 3,35 €, RKD, règles de cumul BSI, IPA, MIR, levée de doute, CIA (sous réserve avis HAS), H0 E0 M0.

i Pourquoi le 6 novembre ? — L'arrêté d'approbation est daté du 5 mai 2026 et publié le 6 mai. La circulaire de l'Assurance maladie retient le **6 novembre 2026** pour les mesures soumises au délai de six mois, date désormais confirmée par l'article 5 de la décision UNCAM du 8 septembre 2026 (JO du 22 octobre). Les mentions du 7 novembre chez certains éditeurs sont donc à écarter.

À RETENIR AVANT DE POURSUIVRE

- 2026 est une année de démarrage : les mesures les plus structurantes (accès direct plaies, consultations, nouveaux actes de surveillance) arrivent en 2027 et 2028.
- Quatre dates à connaître : 6 mai, 21 juin, 1er juillet et 6 novembre 2026.
- Pas de nouvelle cotation sans inscription à la NGAP, ni de revalorisation avant l'expiration du délai de six mois.

Exercer, remplacer, s'installer



Depuis le 6 mai 2026, l'avenant s'applique pour toutes les dispositions qui ne relèvent ni d'une revalorisation tarifaire ni d'une modification de la NGAP. Elles touchent directement l'organisation du cabinet.

1. L'INFIRMIER RÉFÉRENT (IDER) : DÉCLARABLE DEPUIS LE 6 MAI

- **Patients concernés** : assurés ou ayants droit de 16 ans et plus en ALD exonérante (liste de l'article D. 322-1 CSS).
- **Choix libre**, avec l'accord de l'infirmier ;
- **Formulaire** « Déclaration de choix d'infirmier(s) référent(s) » complété lors d'un contact en présentiel, signé des deux parties, en 3 exemplaires (patient, infirmier, CPAM) ; l'exemplaire CPAM est envoyé par courrier. Une télédéclaration est prévue à terme.
- **Suppléance** : les infirmiers du cabinet peuvent se suppléer en cas d'absence de l'IDER.
- **Aucune rémunération spécifique** de la déclaration en 2026, mais valorisation de parcours de suivi renforcés en juillet 2027.

I Pour aller plus loin — Le Guide pratique N°3 « L'infirmier référent » détaille le cadre légal, la procédure de désignation et les missions. Le parcours de suivi renforcé, avec visites mensuelles rémunérées, ne démarre qu'au 1er juillet 2027.

2. REMPLACEMENT : DES RÈGLES CLARIFIÉES (NOUVEL ARTICLE 11 DE LA CONVENTION)

Côté remplacé	Côté remplaçant
Vérifie que le remplaçant détient l'autorisation annuelle de remplacement délivrée par l'Ordre, en cours de validité.	Détient cette autorisation, la renouvelle chaque année et se déclare à la caisse de son domicile avant le remplacement.
S'interdit toute activité de soins rémunérée sur les mêmes plages horaires que son remplaçant (art. R. 4312-84 CSP).	Facture avec sa propre CPS ; reste indépendant, sans lien de subordination.
Deux remplaçants au maximum pour une même période, jamais sur les mêmes plages horaires.	Remplace au maximum deux infirmiers simultanément (art. R. 4312-83 CSP).
Informe le remplaçant des droits et obligations conventionnels.	Contrat écrit dès que le remplacement dépasse 24 heures ou s'il est répété (art. R. 4312-85 CSP), transmis à l'Ordre.
Reste responsable des facturations faites pour son compte (art. 17).	Solidairement responsable de la facturation pendant le remplacement, chacun pour sa propre activité.

PIÈCES À TRANSMETTRE À LA CAISSE LORS DU PREMIER REMPLACEMENT

- Copie de l'autorisation de remplacement de l'Ordre en cours de validité et copie de la CPS personnelle.
- Nom de l'infirmier remplacé, période précise (de date à date) et adresse du lieu d'exercice.
- Caractère isolé ou non du cabinet. Pour les remplacements suivants, seules les informations nouvelles sont transmises (circulaire CNAM).

Pour les remplacements suivants, et dès lors que le remplaçant est connu par la caisse, le remplaçant ne sera tenu de communiquer que son contrat de remplacement, contenant l'adresse du lieu d'exercice et la période (ainsi que toute mise à jour éventuelle de document).

Un délai de transmission du dossier de remplaçant sera toléré en cas de situation d'urgence ou de force majeure.

⚠ Point de vigilance — Sans autorisation de remplacement valide, les cotisations sociales du remplaçant ne sont pas prises en charge par l'Assurance maladie (circulaire CNAM). Le plafond d'activité des remplaçants (40 % des honoraires du remplacé, Honoraires N-1) ne s'appliquera qu'au 1er janvier 2028, après une année d'observation en 2027 : **rien ne change sur ce point en 2026. Par dérogation, ce taux est porté à 50 % (honoraires N-1) pour les infirmiers exerçant en pratique isolée (seul sans associé ni collaborateur).**

3. INSTALLATION EN ZONE SUR-DOTÉE : UNE PROCÉDURE ALLÉGÉE

- **Succession conforme** à toutes les conditions de conventionnement : la caisse enregistre la demande et en informe la CPD, le cas échéant par voie électronique. Plus besoin d'attendre la réunion de la commission ; seules les demandes dérogatoires lui restent soumises.
- **Six mois maximum** pour céder son activité et désigner un successeur ; au-delà, la patientèle est réputée redistribuée.
- **Aucune place réattribuée** si le cédant n'a suivi aucun patient sur la zone dans les deux ans précédant sa cessation d'activité.
- **Force majeure** : en cas d'arrêt brutal et définitif, la caisse sollicite les héritiers ou, à défaut, les membres du cabinet pour désigner un successeur (circulaire CNAM).

4. BSI : UNE SEMAINE POUR OBSERVER

L'annexe XI modifiée laisse à l'infirmier **une semaine de soins** avant la saisie du BSI initial, pour évaluer précisément les besoins du patient. Les soins de cette première semaine sont facturables, mais uniquement une fois le BSI clôturé (circulaire CNAM).

- **Décès avant la saisie** : la circulaire prévoit la facturation d'un forfait BSB pour 7 jours au maximum, dans le mois suivant le décès.
- **Patient sans médecin traitant** : renseigner le numéro générique 291991495, nom « GÉNÉRIQUES DIFFICULTÉS MT ».

5. AUTRES MESURES EN VIGUEUR DEPUIS LE 6 MAI

- **Champ de la convention élargi** aux infirmiers salariés d'un membre d'une profession à compétence médicale ou d'un directeur de laboratoire, dès lors que les soins sont tarifés à l'acte.
- **Aides IPA** (formation, maîtrise de stage, démarrage) transférées aux articles 3.3.3 à 3.3.5 : les contrats en cours restent valables sans avenant (voir chapitre VIII).
- **Articulation SSIAD-IDEL** : un groupe de travail dédié est prévu ; la convention ne vise que les SSIAD (voir chapitre IX).

À RETENIR

1. L'IDEL est déclarable depuis le 6 mai 2026 pour les patients en ALD de 16 ans et plus, sans rémunération spécifique cette année. Une rémunération est prévue dans le cadre du parcours de suivi renforcé, à compter du 1er juillet 2027.
2. Remplacement : autorisation de l'Ordre à jour, CPS du remplaçant, pas d'activité concomitante, deux remplaçants maximum.
3. En zone sur-dotée, la succession conforme n'attend plus la CPD.
4. BSI : une semaine d'observation avant la saisie du bilan initial.

Contrôles, sanctions, simplifications



L'avenant 11 accélère la réponse aux abus avérés — la fraude d'une minorité pèse sur toute la profession — tout en simplifiant les échanges avec les caisses. Ces règles s'appliquent depuis le 6 mai 2026.

CE QUI CHANGE DANS LA PROCÉDURE CONVENTIONNELLE (ART. 34 DE LA CONVENTION)

Avant l'avenant 11	Depuis le 6 mai 2026
Avertissement préalable systématique.	Pas d'avertissement en cas de facturation d'actes non réalisés, de fraude (art. R. 147-11 CSS), de non-respect répété de la NGAP ou de faits graves sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire.
Procédure poursuivie après l'avertissement.	Si l'infirmier modifie sa pratique dans les 30 jours, le directeur de caisse peut classer la procédure, tout en maintenant un suivi.
Délai de 2 mois entre la notification et l'application de la sanction.	Délai supprimé lorsque les faits ont donné lieu à la procédure exceptionnelle de déconventionnement (art. 34.4).
Suspension limitée à la durée restante de la convention.	Suspension possible jusqu'à 5 ans , quelle que soit la durée restante de la convention.
Hors convention : interdiction de se faire remplacer et de remplacer.	S'y ajoute l'interdiction d'exercer comme salarié d'un infirmier conventionné ou d'une société d'exercice relevant de la convention.

NOUVEAUX MANQUEMENTS INSCRITS À L'ARTICLE 34.1

- Non-respect des règles du remplacement (article 11), notamment l'interdiction d'exercice concomitant.
- Fraudes au sens de l'article R. 147-11 CSS et non-respect répété de la NGAP.
- Facturation répétée d'actes non médicalement justifiés constatés par le service du contrôle médical.
- Usage détourné des cartes professionnelles (CPS) et des cartes Vitale.

FIABILISATION DE LA FACTURATION

L'avenant rappelle que **le titulaire reste responsable de la régularité des facturations**, même lorsqu'elles sont réalisées par un tiers (remplaçant, infirmier salarié, société de facturation). Les nouveaux paliers du forfait d'aide à la modernisation (FAMI) liés au taux de télétransmission ne jouent qu'à partir de 2027.

COMMISSIONS PARITAIRES : DÉPORT EN CAS DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Avant chaque vote, le membre qui estime se trouver en conflit d'intérêts avec un dossier se déclare au président, s'abstient, se fait remplacer par son suppléant et, le cas échéant, quitte la salle. Mention en est faite au procès-verbal.

DEUX SIMPLIFICATIONS CONCRÈTES

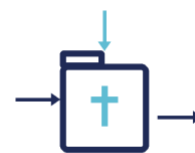
- **Fin de la lettre recommandée** : dans toute la convention, la LRAR est remplacée par une « lettre envoyée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception » (art. 20). Les échanges dématérialisés deviennent possibles.
- **Téléconsultation et téléexpertise** : l'indication du numéro du téléconsultant ou du professionnel requis dans la zone prescripteur de la feuille de soins devient facultative.

🗳️ Position FNI — Sanctionner vite la fraude avérée, oui ; transformer chaque erreur de cotation en suspicion, non. Les élus FNI en commission paritaire veillent au respect du contradictoire et du droit à l'erreur. La FNI a obtenu un groupe de travail permanent sur les indus et l'interprétation de la NGAP, dont la première réunion est prévue en 2027.

À RETENIR

1. Plus d'avertissement préalable pour les actes non réalisés, la fraude ou le non-respect répété de la NGAP.
2. Sanction de suspension possible jusqu'à 5 ans ; l'infirmier hors convention ne peut plus être salarié d'un confrère conventionné.
3. Le titulaire répond des facturations faites pour son compte.
4. Les courriers avec preuve de réception, y compris dématérialisés, remplacent la LRAR.

Plaies, médicaments, MIE, AIS



La décision de l'UNCAM du 2 juin 2026, publiée au Journal officiel du 20 juin 2026, est entrée en vigueur le 21 juin 2026. Elle inscrit à la NGAP les premières mesures non soumises au délai de six mois.

CE QUE LA NGAP INTÈGRE DEPUIS LE 21 JUIN 2026

Mesure	Ce qui change	Cotation
« Autre pansement » de l'Art 2 de la NGAP (soins courants) scindé	Deux actes distincts : pansement de plaie(s) non chirurgicale(s) (ulcère, escarre, plaie chronique ou aiguë non chirurgicale) et pansement de plaie(s) chirurgicale(s) simple(s).	AMI 2,02 chacun
Mention « jusqu'à cicatrisation »	Acceptée sur une prescription de pansement pour une durée de soins de 3 mois au maximum (dérogation à l'article 5 des dispositions générales). Le médecin peut préciser une durée, qui s'impose alors.	—
Administration et surveillance de la prise médicamenteuse	Étendue aux patients présentant des troubles neurologiques, psychiatriques, cognitifs, sensoriels ou moteurs rendant impossible l'auto-administration, avec fiche de surveillance. Cet acte est élargi à toutes les voies d'administration.	AMI 1,2 par passage
Majoration MIE (enfant de moins de 7 ans)	Inscrite dans les dispositions générales de la NGAP (article 23.5).	3,15 €
Lettre-clé AIS	Fermée : la prise en charge de la dépendance relève du BSI (forfaits BSA, BSB, BSC).	—

LES RÈGLES DE FACTURATION À APPLIQUER

- **AMI 1,2** : voies orale, ophtalmique, auriculaire, nasale, cutanée, vaginale et rectale ; facturable **une seule fois par passage**, quel que soit le nombre de médicaments ou de voies ; au moins un médicament remboursable.
- **Actes de surveillance de l'article 10** : non cumulables entre eux lorsqu'ils sont réalisés au cours d'une même séance.
- **MIE** : cumulable avec les forfaits BSA, BSB et BSC selon la circulaire CNAM — lecture favorable que la FNI demande de sécuriser dans le texte conventionnel ; non facturable avec les forfaits IPA (ni avec la MIP).

⚠ Point clé — En 2026, les deux pansements AMI 2,02 restent **sur prescription médicale**. L'accès direct pour les plaies non chirurgicales et le bilan de plaie annuel n'entrent en vigueur qu'au 1er janvier 2027. Une cotation en accès direct avant cette date exposerait à un indu.

📌 Exemple — Pansement d'ulcère prescrit, hors BSI : AMI 2,02 = **6,36 €** jusqu'au 5 novembre 2026, puis **6,77 €** à partir du 6 novembre 2026 (AMI à 3,35 €), auxquels s'ajoutent les frais de déplacement.

À RETENIR

1. Deux actes de pansement AMI 2,02, toujours sur prescription en 2026.
2. « Jusqu'à cicatrisation » vaut 3 mois maximum.
3. AMI 1,2 élargi à tous les troubles empêchant l'auto-administration, une fois par passage.
4. Fin de la lettre-clé AIS ; la MIE entre dans la NGAP.

Le salariat plafonné



Dans les zones où l'offre de soins est particulièrement élevée (2° de l'article L. 1434-4 CSP, dites « sur-dotées »), le salariat ne doit plus avoir pour effet d'augmenter l'offre de soins et de contourner la régulation de l'installation. La règle s'applique aux contrats de travail prenant effet à compter du 1er juillet 2026.

LA RÈGLE, SITUATION PAR SITUATION

Situation	Règle à compter du 1er juillet 2026
Infirmier libéral conventionné employeur	2 infirmiers salariés au maximum , simultanément.
Société d'exercice (SEL...)	Prise en charge de l'activité limitée à 2 infirmiers salariés (au sens du code du travail) par associé ou dirigeant .
Associé ou dirigeant ayant opté pour le statut social de salarié	Considéré comme libéral : conventionné individuellement, soumis à la régulation du conventionnement, enregistré au FNPS.
Contrat conclu avant le 1er juillet 2026	Reste valable dans ses conditions initiales, mais ne peut être ni tacitement reconduit ni renouvelé, sauf s'il respecte le plafond.
Contrôle	Par la CPAM : refus de prise en charge de l'activité des salariés au-delà du plafond ; tout manquement expose l'employeur à la procédure de l'article 34.

⚠ Point de pratique — Avant tout renouvellement de contrat ou toute nouvelle embauche, vérifiez le classement de votre commune dans l'arrêté de zonage de votre ARS et le nombre d'infirmiers déjà salariés. **Hors zones sur-dotées, le plafond ne s'applique pas.**

ℹ Bon à savoir — La règle figure à deux endroits de la convention (article 10 pour les sociétés d'exercice, article 12 pour l'infirmier libéral employeur). La FNI veille à une application homogène par toutes les caisses, sans extension au-delà du texte signé.

À RETENIR

1. Le plafond ne concerne que les zones sur-dotées.
2. 2 salariés par infirmier libéral, ou par associé ou dirigeant de société d'exercice.
3. Les contrats antérieurs restent valables mais ne se renouvellent que s'ils sont conformes.

AMI à 3,35 € et nouvelles cotations



C'est le cœur économique de 2026 : la première revalorisation de la lettre-clé AMI depuis 2009. Elle s'applique, comme les autres mesures tarifaires de l'avenant, à l'expiration du délai de six mois — le 6 novembre 2026 selon la circulaire CNAM.

VALEUR DES LETTRES-CLÉS

Lettre-clé	Jusqu'au 5 nov. 2026	À partir du 6 nov. 2026	Rappel : 1er nov. 2027
AMI et AMX — métropole	3,15 €	3,35 €	3,45 €
AMI et AMX — DOM et Mayotte	3,30 €	3,51 €	3,62 €

IMPACT SUR QUELQUES COTATIONS COURANTES (MÉTROPOLE)

Cotation	Avant	À partir du 6 nov. 2026	Gain par acte
AMI 1 (ex. injection)	3,15 €	3,35 €	+0,20 €
AMI 1,2 (administration et surveillance médicamenteuse)	3,78 €	4,02 €	+0,24 €
AMI 1,5 (prise de sang)	4,72 €	5,02 €	+0,30 €
AMI 2,02 (pansement de plaie)	6,36 €	6,77 €	+0,41 €
AMI 4 (ex. pansement lourd et complexe)	12,60 €	13,40 €	+0,80 €
AMI 15 (perfusion)	47,25 €	50,25 €	+ 3,00 €

Montants arrondis au centime, hors majorations et frais de déplacement. Les autres valeurs restent inchangées : DI 10 €, BSA 13 €, BSB 18,20 €, BSC 28,70 €, IFD 2,75 €, IK, MAU 1,35 €, MCI 5 €, MIE 3,15 €.

⚠ Point de vigilance — L'avenant maintient la lettre-clé **TMI (télésoin) à 3,15 €** (3,30 € dans les DOM et à Mayotte) : elle ne suit pas la hausse de l'AMI. C'est un point que nous porterons en commission paritaire nationale.

LA CONSULTATION CIA : DIABÈTE DE TYPE 2 ET INSTAURATION DE L'INSULINE

Élément	Règle
Patients	Diabétiques de type 2 lors de l'instauration d'un traitement initial par insuline, dans les six premiers mois suivant le début du traitement.
Contenu	Éducation thérapeutique, gestion de l'insulinothérapie, appropriation du protocole prescrit, prévention des complications, mesures hygiéno-diététiques.
Nombre et tarif	4 consultations au maximum par patient ; 20 € (21 € DOM). Sans prescription médicale (circulaire CNAM).
Cumul	Non associable à d'autres actes ; seuls les frais de déplacement s'y ajoutent. Non facturable pour un patient en forfait de soins infirmiers (BSI).

Élément	Règle
Conditions	Inscrite à la NGAP par la décision UNCAM du 8 septembre 2026 (effet 6 novembre), mais « sous réserve d'un avis de la HAS » : ne pas facturer avant cet avis et la confirmation de l'Assurance maladie.

REMISE DU KIT DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL (RKD)

- **Patients** de 50 à 74 ans éligibles au dépistage organisé, sans examen récent ni risque élevé (auto-questionnaire INCa) ; en cas de risque élevé, orientation vers le médecin.
- **Rôle infirmier** : expliquer l'utilisation du kit, compléter la fiche d'identification, informer le médecin par messagerie sécurisée (sauf opposition) et enregistrer la remise dans le DMP grâce à la note de dépistage.
- **Rémunération** : 3 € par kit remis (code RKD, prise en charge à 100 %), plus 2 € par test effectivement réalisé, versés au deuxième trimestre de l'année suivante ; coefficient 1,05 en outre-mer.
- **Commande gratuite** sur Amelipro : 2 coffrets de 20 kits au maximum par commande. En cas de rupture : monkit.depistage-colorectal.fr.

BSI : RÈGLES DE CUMUL ET PATIENTS H0 E0 M0

- Le forfait BSI est toujours considéré comme **le premier acte de chaque passage**, et seuls les **actes AMX** sont facturables les jours de forfait (avenant, art. 5.7 B). Exception dès le 6 novembre : l'AMI réalisé lors d'une intervention demandée par la régulation (chapitre VI).
- **Calendrier à clarifier** : la circulaire CNAM annonçait ces clarifications au 6 novembre 2026, mais l'article 5 de la décision UNCAM du 8 septembre ne les inscrit dans la NGAP qu'au **1er janvier 2028**, avec le taux plein des actes de l'article 5 bis en deuxième acte après un BSI.
- **Patients classés H0 E0 M0** : selon la décision UNCAM (art. 4, non cité parmi les exceptions de son article 5), ils n'ouvrent plus droit à un forfait BSI **dès le 6 novembre 2026** ; seuls le BSI initial (DI 2,5) et, si l'état du patient le justifie, deux BSI intermédiaires par an restent facturables. L'avenant fixait cette règle au **1er janvier 2028** (voir l'encadré ci-dessous et l'annexe III).

⚠ **H0 E0 M0 : une anticipation de quatorze mois** — L'article 17 de l'avenant prévoit la suppression du forfait H0 E0 M0 au 1er janvier 2028, date à laquelle arrivent aussi les actes de surveillance destinés à ces patients (AMI 3,77, 1,49 et 1,48). L'article 5 de la décision UNCAM reporte bien ces actes au 1er janvier 2028, mais pas la règle H0 E0 M0 : applicable dès le 6 novembre 2026, elle laisse ces patients sans forfait et sans les actes de remplacement prévus. **Avant toute nouvelle saisie de BSI, vérifiez le classement obtenu et faites remonter chaque situation à votre syndicat départemental FNI.**

📌 **Infirmiers en pratique avancée** — La nouvelle grille IPA (forfait d'initiation à 70 €, consultation IPA à 21 €, suivi rapproché, accès direct) entre aussi en vigueur le 6 novembre 2026 : elle est détaillée au chapitre VIII.

À RETENIR

1. AMI et AMX à 3,35 € (3,51 € DOM) à partir du 6 novembre 2026 : c'est la date des soins qui compte.
2. CIA 20 € : inscrite à la NGAP, mais facturable seulement après avis favorable de la HAS.
3. RKD : 3 € par kit remis + 2 € par test réalisé.
4. H0 E0 M0 : plus de forfait BSI dès le 6 novembre selon la décision UNCAM, contre 2028 dans l'avenant.

PDSA et SAS : l'infirmier régulé



Pour la première fois, la convention reconnaît et rémunère la participation des infirmiers libéraux aux soins non programmés. Deux principes ne souffrent aucune exception : **le volontariat** et **la régulation médicale préalable**. La participation s'exerce en marge de l'activité principale, sans concomitance avec un remplacement.

DEUX DISPOSITIFS À NE PAS CONFONDRE

Critère	PDSA (permanence des soins)	SAS (service d'accès aux soins)
Horaires	Tous les jours de 20 h à 8 h ; dimanches et jours fériés de 8 h à 20 h ; selon les besoins : samedi après-midi et « ponts ».	Du lundi au vendredi de 8 h à 20 h ; le samedi de 8 h à 12 h.
Organisation	Tableau de garde infirmier prévu par le cahier des charges régional de l'ARS, coordonné avec celui des médecins ; rotation obligatoire.	Plateforme numérique du SAS ou agenda en ligne compatible ; cas d'usage en cours de définition.
Astreinte	52 € par période de 4 h , versée seulement de 20 h à 0 h en semaine, de 12 h à 0 h le samedi, de 8 h à 0 h le dimanche et les jours fériés.	Aucune.
Païement de l'astreinte	Bordereau (mis à disposition sur ameli.fr) visé par le centre de régulation : condition impérative .	—
Patient	Dispense d'avance de frais pour les actes de la permanence des soins régulée.	Règles habituelles.

COMBIEN PEUT RAPPORTER UNE ASTREINTE PDSA ?

Jour	Plage indemnisée	Périodes de 4 h	Montant maximal
Lundi au vendredi	20 h – 0 h	1	52 €
Samedi	12 h – 0 h	3	156 €
Dimanche et jour férié	8 h – 0 h	4	208 €

Montants théoriques maximaux, sous réserve des lignes de garde effectivement ouvertes par l'ARS.

FACTURER UNE INTERVENTION DEMANDÉE PAR LA RÉGULATION (PDSA OU SAS)

Situation	Cotation	Règles particulières
Au moins un acte NGAP réalisé	Acte(s) + MIR 15 € + déplacement	Par dérogation, l'AMI est facturable le même jour qu'un forfait BSI.
Aucun acte NGAP réalisé	Levée de doute AMI 1,35 (4,52 €) + MIR 15 € + déplacement	Cumulable seulement avec les déplacements, les majorations de nuit, dimanche et jour férié, et la MIE ; pas de MAU.

- **MIR limitée à 20 par semaine** et par infirmier, et à la seule intervention régulée : les soins ultérieurs du même patient ne la déclenchent plus.

- **IK sans règle du professionnel le plus proche** si le cabinet est à 10 km au plus (zone urbaine) ou 30 km (zone rurale).
- **Retour d'information obligatoire** à la régulation après chaque intervention.

 **Exemples indicatifs (métropole, hors IK et majorations horaires)** — Intervention régulée avec pansement de plaie : AMI 2,02 (6,77 €) + MIR (15 €) + IFD (2,75 €) = **24,52 €**.

Intervention régulée sans acte : levée de doute AMI 1,35 (4,52 €) + MIR (15 €) + IFD (2,75 €) = **22,27 €**.

 **Conditions d'effectivité** — La MIR et la levée de doute sont inscrites à la NGAP (article 23.6) par la décision UNCAM du 8 septembre 2026, publiée au JO du 22 octobre, **avec effet au 6 novembre 2026** ; la dérogation à la règle du professionnel le plus proche pour les IK figure désormais à l'article 13 de la NGAP. La MIR est limitée à 20 par semaine calendaire, du lundi au dimanche. Les modalités opérationnelles (tableaux de garde, visa, retour d'information) relèvent toujours d'un groupe de travail avec le ministère. **Avant toute facturation, vérifiez l'existence d'une ligne de garde infirmière dans votre département.**

 **Position FNI** — La FNI a obtenu que l'infirmier libéral soit reconnu comme effecteur de la PDSA et du SAS. Elle se bat désormais pour que le visa du régulateur ne bloque pas le paiement, pour une répartition équitable des sollicitations entre volontaires, et pour que chaque ARS ouvre des lignes de garde infirmières.

À RETENIR

1. Volontariat et régulation médicale préalable : sans appel du régulateur, pas de MIR.
2. Astreinte de 52 € par 4 h en PDSA uniquement, payée sur bordereau visé.
3. Acte + MIR, ou levée de doute AMI 1,35 + MIR ; 20 MIR par semaine au maximum.
4. Inscription NGAP acquise au 6 novembre ; effectivité subordonnée à l'organisation par l'ARS.

Équilibres : le travail en équipe rémunéré au temps



L'avenant 11 inscrit dans la convention (articles 5.11 et 12 ter) les premières étapes de la généralisation de l'expérimentation « Équilibres » — Équipes d'Infirmières Libres, Responsables et Solidaires — issue de l'article 51 de la LFSS pour 2018. Le texte est publié depuis le 6 mai 2026, mais **les nouvelles équipes n'entrent dans le dispositif qu'à compter du 1er janvier 2027**. 2026 est donc l'année où les cabinets intéressés se forment, s'organisent et préparent leur candidature.

LE MODÈLE EN UNE PAGE

Élément	Ce que prévoit la convention
Principe	Prise en charge en équipe, centrée sur l'autonomisation et la qualité de vie du patient. Mode de rémunération substitutif : il remplace la NGAP, sans cumul possible.
Rémunération horaire	54 € de l'heure en métropole, 57 € dans les DROM, soit 0,90 € la minute en métropole, pour le seul temps réellement passé auprès du patient.
Facturation	Code du « grand ensemble » de soins réalisé, avec en coefficient le nombre de minutes : 16 codes, de EQA à EQR. Nomenclature conventionnelle, absente de la NGAP.
Part variable	Jusqu'à 2 000 € par an au titre de l'année N-1, versés avant le 30 avril de l'année suivante (circulaire CNAM) : 4 objectifs de 500 €.
FAMI	Accessible au titre de l'année 2027, avec un premier versement en 2028.
Cible	200 nouvelles équipes en deux ans, en plus des 35 équipes de la phase expérimentale.

LES 16 GRANDS ENSEMBLES DE SOINS

Code	Grand ensemble	Code	Grand ensemble
EQA	Prélèvement, saignée	EQJ	Thérapeutique orale, sonde nasogastrique ou stomie
EQB	Injection (toutes voies), hors vaccination	EQK	Soins et surveillance de perfusion
EQC	Vaccination, test tuberculinique	EQL	Soins et surveillance du diabète
EQD	Pansements et soins de plaie	EQM	Surveillance PRADO ou RAAC
EQE	Soins sur l'appareil digestif	EQN	Coordination et transmissions
EQF	Soins sur l'appareil génito-urinaire	EQO	Dépistage et prévention
EQI	Soins sur l'appareil respiratoire	EQP	Soins relationnels
		EQQ / EQR	Soins de nursing / autres actes techniques

 **Exemples de facturation (métropole)** — Injection d'une durée de 6 minutes : $EQB6 = 6 \times 0,90 \text{ €} = 5,40 \text{ €}$ (exemple de la circulaire CNAM).

Passage de 30 minutes associant 20 minutes de nursing et 10 minutes de pansement : $EQQ20 + EQD10 = 27,00 \text{ €}$.
Les frais de trajet ne sont pas facturés en temps.

LA PART VARIABLE : QUATRE OBJECTIFS DE 500 €

- File active **supérieure à 400 patients**.
- Part de patients de **plus de 60 ans** supérieure de plus de 15 % à celle des IDEL du même territoire.
- Part de patients en **ALD** supérieure de plus de 15 % à celle des IDEL du même territoire.
- Part de patients **poly-pathologiques** supérieure de plus de 15 % à celle des IDEL du même territoire.

QUI POURRA ENTRER AU 1ER JANVIER 2027 ?

1. Au moins **cinq années continues** d'exercice comme infirmier libéral conventionné.
2. Une équipe d'**au moins trois IDEL titulaires**.
3. Une intervention en **zone intermédiaire à très sous-dotée**.
4. Un exercice en **maison de santé pluriprofessionnelle** (MSP).
5. Deux **formations initiales** suivies auprès d'un organisme agréé : la démarche clinique guidée par le référentiel « OMAHA System » et l'exercice en équipe avec coordination interne.

Ces critères peuvent être ajustés en CPN au vu des candidatures reçues, notamment le critère de zonage. Les remplaçants doivent remplir les mêmes critères que les infirmiers qu'ils remplacent, dont les cinq ans d'expérience libérale.

LES ENGAGEMENTS DE CHAQUE INFIRMIER

- **Exclusivité** : aucune facturation NGAP, ni pour les patients suivis, ni pour un acte ponctuel, y compris pour un patient en BSI.
- **Évaluation OMAHA** dans les cinq jours suivant la prise en charge d'un nouveau patient (sauf acte unique), puis réévaluation au besoin et au minimum tous les trois mois.
- **Un référent par patient** dans le cabinet, garant de la saisie clinique, des transmissions et de l'alimentation du DMP.
- **Concertation** entre infirmiers du cabinet sur les dossiers patients toutes les deux semaines (non rémunérée en tant que telle).
- **Facilitation d'équipe** : une session collective mensuelle la première année, exigible seulement quand ses modalités seront définies (circulaire CNAM).
- **Outils** : messagerie sécurisée vers les médecins traitants, service numérique OMAHA, logiciel de facturation compatible avant toute entrée, transmission des prescriptions via SCOR.
- **Activité** : file active d'au moins 360 patients par an (par infirmier, selon la circulaire) et patientèle comparable à celle des IDEL du territoire (âge, ALD, pathologies).

 **Points de contrôle annoncés** — Seul le temps passé auprès du patient est facturable : trajets, tâches administratives et coordination avec d'autres professionnels en sont exclus. Le constat de **journées continues de soins** vaut inobservation des règles de tarification et peut justifier un recouvrement ; toute **facturation mixte** NGAP/Équilibres est recherchée par les caisses. Une file active nettement plus faible ou une patientèle atypique non justifiée peut conduire à l'exclusion de l'équipe.

LA PROCÉDURE D'INTÉGRATION

Étape	Acteur	Délai
Dépôt du dossier (formulaire « Démarches numériques »)	Équipe candidate → caisse pivot, CPAM de Lille-Douai	—
Dossier incomplet ou transmis à la caisse de rattachement	Assurance maladie	7 jours
Saisine de la commission paritaire départementale (CPD)	Directeur de la caisse de rattachement	45 jours max. après dossier complet
Avis de la CPD	CPD	30 jours après saisine
Notification de la décision à l'équipe (et à la caisse pivot)	Directeur de la caisse	15 jours après l'avis

Deux formulaires sont prévus (candidature ; mise à jour en cas de désengagement ou d'arrivée d'un infirmier), dont les liens restaient « à venir » dans la circulaire CNAM. Une équipe peut se désengager à tout moment et reprendre la NGAP.

ÉQUIPES DÉJÀ ENGAGÉES DANS L'EXPÉRIMENTATION

- Elles restent dans le dispositif conventionnel même sans les critères d'ancienneté, de zonage ou de MSP ; **le seuil de trois infirmiers titulaires reste impératif au 1er janvier 2027.**
- Effectifs gelés : remplacement possible après un départ si l'entrant remplit les critères ; création de poste seulement sur demande exceptionnelle justifiée, arbitrée au national sous 15 jours, dans le respect du zonage.
- En cas d'absence prolongée ou de départ, l'équipe peut fonctionner en sous-effectif six mois au plus ; au-delà, sortie du dispositif et retour à la NGAP.

SE PRÉPARER DÈS 2026 : LA FEUILLE DE ROUTE DU CABINET

- Vérifier le classement de la commune dans l'arrêté de zonage infirmier de l'ARS et l'exercice en MSP.
- Constituer l'équipe : trois titulaires au moins, avec cinq ans d'exercice libéral conventionné continu chacun.
- Programmer les deux formations initiales (OMAHA et travail en équipe) auprès d'un organisme agréé.
- Interroger son éditeur sur la compatibilité du logiciel avec la facturation Équilibres et SCOR.
- Simuler l'activité au temps réel sur quelques semaines types, en comparant avec la facturation NGAP actuelle.
- Suivre l'ouverture des formulaires avec sa CPAM et son syndicat départemental FNI.

🛠️ Position FNI — Le modèle reste « en observation » et ne doit pas créer d'écart de rémunération important avec l'acte (art. 12 ter). L'article 5.11 reconnaît qu'il repose aussi sur la formation et l'accompagnement des équipes, dont le financement se discute avec le ministère : ces fonctions d'appui doivent être sécurisées avant les entrées de 2027, sans quoi la généralisation resterait théorique. La FNI y veillera en CPN.

À RETENIR

- Texte publié le 6 mai 2026, nouvelles entrées à partir du 1er janvier 2027 : 2026 sert à se préparer.
- 54 € de l'heure (57 € DROM) pour le seul temps passé auprès du patient, plus jusqu'à 2 000 € de part variable.
- Exclusivité totale : plus aucune cotation NGAP une fois dans le dispositif.
- Critères : 5 ans d'ancienneté, 3 titulaires, zone intermédiaire à très sous-dotée, MSP, deux formations.

Pratique avancée : aides et nouvelle grille



Pour les infirmiers en pratique avancée (IPA), 2026 se joue en deux temps : depuis le 6 mai, les aides conventionnelles sont regroupées dans la convention ; à partir du 6 novembre, une grille de rémunération entièrement refondue s'applique, organisée selon le parcours du patient — adressage médical ou accès direct.

1. DEPUIS LE 6 MAI 2026 : TROIS AIDES CONVENTIONNELLES

Aide	Bénéficiaires	Montant
Aide à la formation (art. 3.3.3)	IDEL conventionné qui s'engage dans la formation universitaire IPA, avec plus de 15 000 € d'honoraires sans dépassement en N-1. Engagements : suivre les deux années, puis exercer au moins deux ans comme IPA libéral.	15 000 € versés en une fois ; 17 000 € pour un IDEL des DROM formé en métropole
Maître de stage (art. 3.3.4)	IPA accueillant un étudiant IPA ; convention de stage transmise à la caisse.	200 € par mois de stage à temps plein (35 h), proratisés
Aide au démarrage (art. 3.3.5)	IPA conventionné qui s'installe en libéral, ou IDEL libéral qui consacre son activité à la pratique avancée.	40 000 € en ZIP (30 000 + 10 000 €) ; 27 000 € hors ZIP (20 000 + 7 000 €), sur deux ans, non renouvelable

Aides auparavant prévues à l'article 22 de la convention ; contrats en cours valables sans avenant (circulaire CNAM).
Sommes récupérables si les engagements ne sont pas tenus.

2. À PARTIR DU 6 NOVEMBRE 2026 : LA NOUVELLE GRILLE

Prestation	Code	Avant	Dès le 6 nov. 2026
Forfait d'initiation du suivi (adressage médical, 1re consultation en présentiel)	PAI 7	60 € (PAI 6)	70 €
Forfait de suivi (1 fois le 1^{er} semestre puis 2 par semestre au maximum les suivants)	PAI 5	50 €	50 €
Forfait de suivi rapproché (4e et 5e consultations du semestre)	PAI 2,1	—	21 €
Bilan IPA (1 par an, par patient, par IPA et par domaine)	PAI 3	30 €	30 €
Consultation IPA (4 par année civile, un mois d'écart) — remplace la séance PAI 1,6	PAI 2,1	16 € (PAI 1,6)	21 €
Acte traceur (consultation sans forfait applicable)	PAI 0,01	—	0,10 €
Majoration MIP (enfant de moins de 7 ans, patient de 80 ans et plus)	MIP	3,90 €	3,90 €

Lettre-clé PAI : 10 € en métropole, 10,50 € dans les DROM. La nouvelle grille est inscrite à la NGAP par la décision UNCAM du 8 septembre 2026 (JO du 22 octobre), avec effet au 6 novembre 2026 ; la déclaration de chaque déplacement en IFI y est aussi précisée.

3. TROIS PARCOURS, TROIS LOGIQUES DE FACTURATION

Parcours	Entrée	Suite de la prise en charge
Suivi régulier sur adressage médical	PAI 7 à la première consultation, en présentiel.	PAI 5 une seule fois au premier semestre de la première année, puis deux fois par semestre (quatre par an). Au-delà de trois consultations dans le semestre : PAI 2,1 pour les 4e et 5e ; acte traceur ensuite.
Recours ponctuel (adressage médical ou accès direct)	Bilan IPA (PAI 3) ou consultation IPA (PAI 2,1), en présentiel.	Pas le même jour pour un même patient. Compte rendu du bilan au médecin (orienteur ou traitant), versé au DMP.
Suivi en accès direct (exercice coordonné)	Bilan IPA ou consultation IPA ; pas de forfait d'initiation.	Si la première séance est une consultation, un bilan IPA précède le suivi. Puis PAI 5 deux fois par semestre dès la première année , avec les mêmes règles de suivi rapproché et d'acte traceur.

i Accès direct : le cadre — Décret du 20 janvier 2025 (loi Rist 2) : l'IPA en structure d'exercice coordonné peut recevoir des patients en accès direct ; le protocole d'organisation a été supprimé par l'arrêté du 25 avril 2025.

4. RÈGLES COMMUNES

- **MIP 3,90 €** associable aux forfaits d'initiation et de suivi, au bilan et à la consultation IPA ; majorations de nuit, dimanche et jours fériés pour les seules consultations IPA. **MIE, MCI et MAU ne s'appliquent pas.**
- **À distance** : les forfaits de suivi peuvent être réalisés en vidéotransmission ; la première consultation, le bilan et la consultation IPA se font en présentiel, avec au moins une consultation en présentiel par an.
- **Déplacements** facturables à chaque passage au domicile selon la NGAP, sans la règle du professionnel le plus proche (article 13 de la NGAP).

📌 Exemple : patient de 82 ans adressé par son médecin (métropole) — Première consultation : PAI 7 + MIP = **73,90 €** ; puis chaque forfait de suivi : PAI 5 + MIP = **53,90 €**.

Première année (initiation, puis 1 forfait au premier semestre et 2 au second) : 70 € + 3 × 50 € = **220 €**, hors MIP ; les années suivantes, 4 forfaits de suivi = **200 €**, hors MIP et hors suivi rapproché.

⚠ Consultation IPA : écart entre décision UNCAM et avenant — La décision du 8 septembre 2026 rend **MIE, MCI et MAU « associables »** à la consultation IPA, que l'article 5.12 D de l'avenant exclut, et omet le délai d'un mois entre deux consultations. **Par prudence, jusqu'à clarification par la CNAM, appliquez le texte signé : ni MIE, ni MCI, ni MAU, et un mois d'écart.**

🏠 Position FNI — IPA et IDEL relèvent d'une même convention, et la FNI défend cette unité. Le développement de l'IPA libéral, notamment en exercice exclusif, sera suivi en CPN, avec des ajustements possibles en cas de difficulté.

À RETENIR

1. Depuis le 6 mai : aides à la formation (15 000 €), à la maîtrise de stage (200 €/mois) et au démarrage (27 000 ou 40 000 €).
2. Dès le 6 novembre : PAI 7 à 70 €, consultation IPA à 21 €, suivi rapproché à 21 €, acte traceur.
3. Accès direct : pas de forfait d'initiation. MIP 3,90 € ; ni MIE, ni MCI, ni MAU (texte signé).

Chantiers et vigilance



2026 est aussi l'année où se construisent les mesures de 2027 et 2028. Les groupes de travail conventionnels sont autant de lieux où la FNI pèse pour que la mise en œuvre reste fidèle au texte signé.

LES CHANTIERS OUVERTS EN 2026

Chantier	Objet	Échéance
Programme de traçabilité NGAP (art. 2)	Examiner et harmoniser libellés, coefficients et règles de cumul des actes infirmiers.	12 mois à compter de l'entrée en vigueur
Parcours de suivi renforcé IDER	Éligibilité des patients et modalités des visites mensuelles.	Groupe installé sous 2 mois ; démarrage 1er juillet 2027
Consultations infirmières	CIB (Consultation Post Bilan prévention) Contenu des consultations et nouveaux motifs (post-AVC, santé mentale, urgence, plaies).	2 consultations supplémentaires en 2028
Outil BSI	Expérimentation d'un outil ajusté, ateliers médecins-infirmiers.	2nd semestre 2026 ; généralisation au plus tôt S1 2027
Expérimentation « AntiGaspi »	Réduire le gaspillage des produits de santé à domicile.	18 départements en 2026
PDSA / SAS	Tableaux de garde, visa, retour d'information (groupe de travail avec le ministère).	Avant l'entrée en vigueur effective
Articulation SSIAD-IDEL	Complémentarité des offres en zone sur-dotée.	Groupe de travail dédié
Équilibres	Instruction administrative, formulaires de candidature, financement de la formation et de la facilitation d'équipe, groupe UNCAM-UNOCAM sur le co-financement.	Avant les entrées du 1er janvier 2027

CE QUI NE S'APPLIQUE PAS EN 2026

Date	Mesures
1er janvier 2027	Accès direct pour les plaies non chirurgicales ; bilan de plaie annuel ; diabète des enfants scolarisés (2 actes AMI 1 + MSD 7 €) ; entrée des nouvelles équipes « Équilibres » (chapitre VII) ; FAMI ouvert aux infirmiers Équilibres (versé en 2028).
Courant 2027	Formation NGAP des remplaçants ; année d'observation du plafond d'activité des remplaçants ; nouveaux paliers du FAMI.
1er juillet 2027	Consultation de suivi après Mon Bilan Prévention (CIB 20 €) ; parcours de suivi renforcé IDER.
1er novembre 2027	AMI et AMX à 3,45 € (3,62 € DOM).

Date	Mesures
1er janvier 2028	Nouveaux actes de surveillance (AMI 3,77 / 1,49 / 1,48) ; majoration MSG 3,10 € (SEGA ≥ 35) ; règles de cumul BSI inscrites à la NGAP et taux plein après BSI. La règle H0 E0 M0, prévue à cette date par l'avenant, est avancée au 6 novembre 2026 par la décision UNCAM. L'activité du ou des remplaçant(s) ne peut excéder 40 % de l'activité totale, appréciée sur la base des honoraires hors dépassement de l'année civile N-1, facturés par ou pour le compte de l'infirmier remplacé. Ce taux sera applicable à compter de l'année 2028, après une période d'observation pendant l'année 2027.
1er janvier 2029	MSG dès SEGA ≥ 32 ; plafond remplaçants à 30 % (sauf maintien à 40 % décidé en CPN). L'activité du ou des remplaçant(s) ne peut excéder 30 % de l'activité totale, appréciée sur la base des honoraires hors dépassement de l'année civile N-1, facturés par ou pour le compte de l'infirmier remplacé. Il pourra cependant être maintenu à 40 % par les partenaires conventionnels en CPN en fonction des résultats observés concernant cette mesure.

SIX POINTS DE VIGILANCE FNI

- 1. Le 6 novembre en caisse** : date confirmée par la décision UNCAM ; exiger une mise à jour des logiciels à temps, sans perte sur les actes réalisés à partir de cette date.
- 2. La conformité de la décision UNCAM du 8 septembre 2026** : la FNI demande la correction de deux écarts avec l'avenant, la fin du forfait H0 E0 M0 avancée au 6 novembre 2026 et les majorations MIE, MCI et MAU ouvertes à la consultation IPA (annexe III).
- 3. La CIA** : inscrite à la NGAP, son démarrage dépend encore d'un avis de la HAS, à obtenir rapidement.
- 4. La fidélité de la circulaire au texte signé** : extension « par analogie » aux services autonomie à domicile (SAD) de règles visant les seuls SSIAD, initiative de la désignation IDER, cumul MIE/BSI à sécuriser.
- 5. Le comité d'alerte de l'ONDAM** : ce mécanisme peut conduire à différer des revalorisations. Aucune suspension visant l'avenant 11 n'est identifiée à ce jour ; la FNI reste mobilisée.
- 6. La TMI non revalorisée** : à corriger pour ne pas pénaliser le télésoin.

🛑 Notre responsabilité en 2026 — La FNI a signé l'avenant 11 non parce qu'il est parfait, mais parce qu'il ouvre des droits nouveaux. Notre responsabilité cette année : que chaque euro et chaque compétence signés arrivent réellement sur le terrain, à la bonne date. Faites remonter toute difficulté de facturation ou d'interprétation à votre syndicat départemental FNI.

Calendrier 2026 récapitulatif



Date	Mesure	Référence	Statut au 22/10/2026
6 mai 2026	Déclaration de l'infirmier référent (IDER)	Av. art. 3 (conv. 5.10)	En vigueur
6 mai 2026	Règles du remplacement (2 remplaçants max, CPS, solidarité)	Av. art. 10 et 12	En vigueur
6 mai 2026	Succession simplifiée en zone sur-dotée ; réattribution encadrée	Av. art. 6 et 7	En vigueur
6 mai 2026	BSI : une semaine avant la saisie du bilan initial	Av. art. 17 (annexe XI)	En vigueur
6 mai 2026	Procédure conventionnelle, sanctions, conflits d'intérêts	Av. art. 13 à 18	En vigueur
6 mai 2026	Fin de la LRAR ; n° de téléconsultant facultatif	Av. art. 9 et 20	En vigueur
6 mai 2026	Aides IPA : formation, maîtrise de stage, démarrage	Av. art. 8 (conv. 3.3.3 à 3.3.5)	En vigueur
6 mai 2026	Équilibres : cadre conventionnel publié ; préparation des candidatures	Av. art. 3 et 4 (conv. 5.11, 12 ter)	Entrées au 1er janvier 2027
21 juin 2026	2 pansements AMI 2,02 ; « jusqu'à cicatrisation » 3 mois	Décision UNCAM 2/06/2026	En vigueur
21 juin 2026	AMI 1,2 élargi ; MIE en NGAP ; fermeture de l'AIS	Décision UNCAM 2/06/2026	En vigueur
1er juillet 2026	Plafond de 2 salariés en zone sur-dotée	Av. art. 11	En vigueur
6 novembre 2026	AMI/AMX 3,35 € (DOM 3,51 €)	Av. art. 1 et 21	À venir
6 novembre 2026	RKD (remise du kit de dépistage)	Av. art. 3 (conv. 5.8)	À venir
6 novembre 2026	IPA : PAI 7 à 70 € ; consultation IPA et suivi rapproché à 21 € ; acte traceur ; accès direct	Av. art. 3 (conv. 5.12) ; décision UNCAM 8/09/2026	Inscrit NGAP — écart MIE/MCI/MAU
6 novembre 2026	CIA 20 €	Av. art. 3 (conv. 5.1 B) ; décision UNCAM 8/09/2026	Inscrite NGAP — avis HAS attendu
6 novembre 2026	PDSA : astreinte 52 € ; MIR 15 € ; levée de doute AMI 1,35	Av. art. 3 (conv. 5.6) ; décision UNCAM 8/09/2026	Inscrit NGAP — organisation ARS
6 novembre 2026	H0 E0 M0 : plus de forfait BSI (BSI initial et intermédiaires seuls)	Décision UNCAM 8/09/2026, art. 4 (avenant : 1er janvier 2028)	Non conforme — correction demandée

Grille tarifaire 2026



Valeurs de l'annexe I de la convention et de l'article 2 de l'avenant. Seules les lignes modifiées en 2026 évoluent au 6 novembre.

Code	Libellé	Métropole jusqu'au 5/11	Métropole dès le 6/11	DOM et Mayotte dès le 6/11
AMI	Actes médico-infirmiers	3,15 €	3,35 €	3,51 €
AMX	Actes infirmiers (patients en BSI)	3,15 €	3,35 €	3,51 €
CIA	Consultation patient nouvellement insulino-traité	—	20,00 € (avis HAS)	21,00 €
RKD	Remise du kit de dépistage colorectal	—	3,00 € (+2 € si test)	3,15 €
MIR	Majoration demande issue de la régulation	—	15,00 €	15,00 €
—	Astreinte PDSA (période de 4 h)	—	52,00 € (lignes ARS)	52,00 €*
PAI	Lettre-clé IPA	10,00 €	10,00 €	10,50 €
PAI 7 / PAI 2,1	Forfait d'initiation IPA / consultation IPA	60 € (PAI 6) / 16 € (PAI 1,6)	70 € / 21 €	73,50 € / 22,05 €
DI	Démarche de soins / bilans	10,00 €	10,00 €	10,00 €
BSA / BSB / BSC	Forfaits journaliers dépendance	13,00 / 18,20 / 28,70 €	inchangés	13,25 / 18,55 / 29,25 €
IFD / IFI	Indemnités forfaitaires de déplacement	2,75 €	2,75 €	2,75 €
MAU / MCI / MIE	Majorations	1,35 / 5,00 / 3,15 €	inchangées	1,35 / 5,00 / 3,15 €
TMI	Télésoin	3,15 €	3,15 €	3,30 €

Source : avenant n° 11, article 2 (nouveaux tarifs) et article 21 (annexe I « Tarifs en vigueur »). * L'avenant fixe l'astreinte à 52 € sans distinguer les DOM. Les cotations nouvelles sont inscrites à la NGAP par la décision UNCAM du 8 septembre 2026 (effet 6 novembre 2026) ; la CIA reste subordonnée à l'avis de la HAS et l'astreinte à l'ouverture de lignes de garde par l'ARS.

Conformité de la décision UNCAM

du 8 septembre 2026



La décision UNCAM du 8 septembre 2026 relative à la liste des actes et prestations (NOR SFHU2627886S), publiée au Journal officiel du 22 octobre 2026 (texte 33), inscrit dans la NGAP les mesures de l'avenant 11 qui en dépendaient. La FNI l'a comparée, disposition par disposition, au texte de l'avenant publié au JO du 6 mai 2026.

ENTRÉE EN VIGUEUR (ARTICLE 5 DE LA DÉCISION)

Date	Dispositions visées	Contenu
6 novembre 2026 (règle générale)	Art. 1er II ; art. 2 VI à IX ; art. 3 II ; art. 4	MIR et levée de doute (art. 23.6), y compris l'AMI facturable le jour d'un forfait BSI ; CIA, sous réserve d'un avis de la HAS ; grille IPA ; IK sans règle du plus proche en PDSA et SAS ; IFI des IPA ; H0 E0 M0 sans forfait BSI.
1er janvier 2027	Art. 1er III ; art. 2 I, II et III	MSD (art. 23.7) ; accès direct aux pansements de plaies non chirurgicales et bilan annuel de plaie AMI 3,48 ; bilan de plaie complexe ; actes du diabète des enfants scolarisés et cumul des actes de l'article 5 bis entre eux.
1er janvier 2028	Art. 1er I ; art. 2 IV et V ; art. 3 I	Art. 23.3 et MSG ; actes de surveillance AMI 3,77, 1,49 et 1,48 ; règles de cumul avec le forfait BSI (art. 12 du titre XVI et art. 11 B).

Lecture : l'article 4 (H0 E0 M0) n'est pas cité parmi les exceptions de l'article 5 ; il relève donc de la règle générale du 6 novembre 2026. Les dates de 2027 et de 2028 fixées par l'avenant sont, elles, respectées.

TABEAU DE CONFORMITÉ

Mesure	Avenant (JO du 6 mai 2026)	Décision UNCAM (JO du 22 octobre 2026)	Verdict
Forfait BSI H0 E0 M0	Plus de forfait ; BSI initial et intermédiaires facturables. Entrée en vigueur le 1er janvier 2028 (art. 17).	Même règle (art. 4), en vigueur le 6 novembre 2026 : l'art. 5 reporte à 2028 les actes de surveillance (art. 2 IV), mais pas l'art. 4.	Non conforme (date)
Consultation IPA : majorations	MIE, MCI et MAU non applicables aux actes, consultations et forfaits IPA (art. 5.12 D).	« Les majorations de nuit, dimanche et jour férié, MIE, MCI et MAU sont associables aux séances ».	Non conforme
Consultation IPA : conditions	En présentiel ; 4 par année civile ; un mois minimum entre deux consultations ; pas le même jour qu'un bilan.	4 par année civile ; pas le même jour qu'un bilan ; délai d'un mois et présentiel non repris.	Incomplète
Règles de cumul BSI	Rappel sans date propre (BSI premier acte, AMX seuls), soit le 6 novembre 2026 selon la circulaire CNAM ; taux plein des actes 5 bis en deuxième acte : 2028.	Art. 2 V et 3 I reportés au 1er janvier 2028 par l'art. 5 ; la dérogation MIR (art. 23.6) s'applique dès le 6 novembre.	Calendrier à clarifier
MIR et levée de doute	MIR 15 €, 20 par semaine ; AMI 1,35 cumulable avec déplacement, nuit/dimanche, MIE ; pas de MAU ; retour d'information obligatoire.	Règles identiques ; précision « semaine calendaire, du lundi au dimanche ».	Conforme

Mesure	Avenant (JO du 6 mai 2026)	Décision UNCAM (JO du 22 octobre 2026)	Verdict
IK en PDSA / SAS	Sans règle du plus proche, dans la limite de 10 km en ville et 30 km en zone rurale.	Dérogation inscrite à l'article 13 C, par renvoi aux « conditions fixées par la convention ».	Conforme (par renvoi)
CIA	20 € ; DT2 en ALD ; 4 consultations dans les 6 mois ; seuls les déplacements s'y ajoutent ; avis favorable HAS.	Règles identiques ; « sous réserve d'un avis de la HAS ».	Conforme
Forfaits de suivi IPA	PAI 7, PAI 5 (1 puis 2 par semestre ; 4 dès l'an 1 en accès direct), PAI 2,1 rapproché, acte traceur.	Règles identiques ; plafonds annuels explicités (8 forfaits en adressage, 9 en accès direct la 1re année).	Conforme
Déplacements IPA	À chaque passage, sans règle du professionnel le plus proche (art. 5.12 D).	IFI à chaque déplacement ; la dérogation à la règle du plus proche n'est pas reprise dans cette décision.	À vérifier
Actes de surveillance et MSG	1er janvier 2028 ; AMI 3,77 et 1,49 non facturables en forfait de soins ; non-cumul des actes de surveillance d'une même séance.	1er janvier 2028 (art. 5) ; actes créés sans ces deux précisions.	Date conforme ; contenu incomplet
Plaies, MSD, diabète scolaire	1er janvier 2027 ; AMI 3,48 ; accès direct ; 2 actes AMI 1 ; MSD une fois par déplacement.	1er janvier 2027 (art. 5) ; règles identiques.	Conforme

🔔 Ce que la FNI demande — Une décision rectificative de l'UNCAM avant le 6 novembre 2026 pour **rétablir l'échéance du 1er janvier 2028 pour les patients H0 E0 M0** et **aligner les majorations de la consultation IPA sur l'avenant**, ainsi qu'une instruction de la CNAM sur le calendrier des règles de cumul BSI. En attendant, la FNI appelle chaque infirmier à appliquer les règles du texte signé et à signaler toute difficulté.

Textes officiels et sources



EXTRAITS DES TEXTES PUBLIÉS AU JOURNAL OFFICIEL (6 MAI ET 22 OCTOBRE 2026)

Article 1er — Revalorisation

« Ces deux lettres clés prendront la valeur de 3,35 € à l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, puis la valeur de 3,45 € à compter du 1er novembre 2027. »

Article 5.6 — PDSA

« A compter de l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, la participation repose sur une inscription volontaire des infirmiers sur un tableau de garde couvrant des périodes d'astreinte par périodes de quatre heures, rémunérées forfaitairement à hauteur de 52 €. »

Article 17 — BSI (H0 E0 M0)

« [...] la ligne « H0 E0 M0 - Léger - Léger » est remplacée par : « H0 E0 M0 – pas de forfait pris en charge – pas de forfait pris en charge. ». Cette disposition entre en vigueur le 1er janvier 2028. »

Article 5.12 D — IPA

« Les majorations de MIE, MCI et MAU applicables aux actes infirmiers ne sont pas applicables aux actes, consultation et forfaits IPA. »

Décision UNCAM du 8 septembre 2026, article 5

« La présente décision entre en vigueur le 6 novembre 2026, à l'exception du III de l'article 1er et des I, II et III de l'article 2 qui entrent en vigueur le 1er janvier 2027 et du I de l'article 1, des IV et V de l'article 2 et du I de l'article 3 qui entrent en vigueur le 1er janvier 2028. »

SOURCES ET LIENS

- Arrêté du 5 mai 2026 portant approbation de l'avenant n° 11 (JORF du 6 mai 2026, NOR SFHS2611510A) — Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054037411>
- Texte de l'avenant n° 11 au JORF du 6 mai 2026 (copie PDF) : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/IDEL-avenant11-JORF.pdf>
- Décision UNCAM du 2 juin 2026 relative à la liste des actes et prestations (JORF du 20 juin 2026) : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054280861>
- Décision UNCAM du 8 septembre 2026 relative à la liste des actes et prestations (JORF du 22 octobre 2026, texte 33, NOR SFHU2627886S) — à rechercher par son NOR sur Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr>
- UNOCAM — Avis du 3 septembre 2026 sur la modification de la LAP (NGAP, avenant 11) : <https://unocam.fr/nos-avis/derniers-avis-officiels/>
- Ameli — Convention nationale des infirmiers et avenants : <https://www.ameli.fr/infirmier/textes-reference/convention/avenants>
- FNI — Avenant n° 11 : les principales mesures : <https://fni.fr/avenant-n11-les-principales-mesures/>
- FNI — Journal officiel : l'avenant n° 11 franchit une nouvelle étape : <https://fni.fr/journal-officiel-lavenant-n11-franchit-une-nouvelle-etape/>
- FNI — C'est la rentrée : les échéances à ne pas manquer : <https://fni.fr/cest-la-rentree-les-echeances-a-ne-pas-manquer/>
- Sénat — Question de Mme Marie-Claude Lermytte sur la pérennisation d'Équilibres et réponse du Gouvernement (8 juillet 2026) : <https://www.senat.fr/questions/base/2026/qSEQ26061197S.html>
- Concours pluripro — Équilibres : sécuriser la généralisation du modèle (6 octobre 2026) : <https://www.concourspluripro.fr/parcours-de-soin/article-51/equilibres-le-depute-neuder-demande-rist-de-securiser-la-generalisation>
- Dépistage du cancer colorectal — commande de kit en ligne : <https://monkit.depistage-colorectal.fr>

i Mention — Circulaire CNAM de présentation de l'avenant 11 aux caisses (2026) : document interne de l'Assurance maladie, cité pour les dates d'effet et les modalités pratiques. Ce guide est à jour au 22 octobre 2026 ; il ne se substitue pas aux textes officiels.