

NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS (NGAP)
RESTANT EN VIGUEUR DEPUIS LA DECISION UNCAM DU 11 MARS 2005

PRESENTATION

HISTORIQUE

1. Depuis la loi du [13 août 2004](#), les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la Liste des actes et des prestations (art L162-1- 7 du code la Sécurité Sociale).
2. La décision UNCAM du [11 mars 2005 \(JO du 30 mars 2005\)](#), au moment de la mise en œuvre de la CCAM, a distingué deux parties dans cette liste :
 - La CCAM, qui regroupe les actes techniques réalisés par les médecins décrits au Livre II et les dispositions générales et diverses s'y rapportant qui figurent au Livre I et au Livre III aux articles 1, 2 et 3 ;
 - La NGAP, qui reste en vigueur pour les actes cliniques médicaux, les actes des chirurgiens-dentistes, des sage-femmes et des auxiliaires médicaux. Seules les modifications entraînées par la mise en œuvre de la CCAM sont mentionnées au Livre III à l'article III-4 (Modifications des dispositions générales, suppression de titres, de chapitres, d'actes...).

Depuis la décision UNCAM du [11 mars 2005](#), toutes les modifications de la Liste des actes et des prestations font l'objet de décisions UNCAM publiées au Journal officiel. Les évolutions concernant la NGAP pour les actes cliniques, dentaires ou les actes des auxiliaires médicaux, sont signalées à l'article III-4 du Livre III de la Liste.

OBJECTIF DE CETTE PUBLICATION

Présenter les dispositions générales et les actes restant pris en charge selon la NGAP.

Cette présentation s'appuie sur les textes réglementaires parus au Journal officiel depuis l'arrêté du [27 mars 1972](#) (date de création de la NGAP) qui restent seuls opposables. Les références aux textes récents, parus depuis [2005](#), sont mentionnées.

Des notes explicatives ou commentaires ont été insérés pour faciliter la compréhension.

Article 11 - Actes multiples au cours de la même séance (modifié par les décisions UNCAM du 11/03/05, 05/02/08, 08/10/08, 02/10/12, 21/03/13, 15/10/13, 18/04/14, 17/06/15, 18/07/19)

A. Actes effectués dans la même séance qu'une consultation

Les honoraires de la consultation et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance, sauf exception prévue ci-dessous. Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP.

Seul l'acte dont les honoraires sont les plus élevés est noté sur la feuille de maladie.

B. Actes en K, KMB, SF, SP, AMI, AMX, AIS, AMP, BSA, BSB, BSC, TLS, TLD, TLL, AMO, AMY, effectués au cours de la même séance

1. Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre.

Le deuxième acte est ensuite noté à 50% de son coefficient

2. Lorsque plusieurs actes sont accomplis dans la même séance sur un même malade, ils ne peuvent donner lieu à honoraires pour plusieurs praticiens que si ceux-ci sont des spécialistes ou compétents exclusifs ou des auxiliaires médicaux de disciplines différentes.

Pour chaque praticien, les actes sont notés conformément aux 1 et 2 ci-dessus.

3. Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas :
 - a. Aux actes nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes ;
 - b. Aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;
 - c. Aux actes d'accompagnement infirmier à la téléconsultation TLS, TLD et TLL.
4. Les forfaits journaliers infirmiers BSA, BSB, BSC, définis à l'article 23.3, sont toujours facturés à taux plein. Lorsqu'au cours d'une séance de soins en rapport avec la dépendance, un acte en AMX est réalisé, il est noté à 50% de son coefficient, quelle que soit la valeur du coefficient (sauf dérogations listées au Titre XVI, Chapitre I, article 12).

Les conditions de cumul de l'AIS avec un acte en AMI sont limitatives et définies au Titre XVI - chapitre I - article 11 - 2 et 4.
Les actes en AMO ne sont pas cumulables entre eux selon le Titre IV - Chapitre II - article 2.

Article 13. - Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade (modifié par décision UNCAM du 20/03/12, 10/09/15, 18/07/19 ,13/02/20 et du 12/11/20)

Lorsqu'un acte inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du professionnel de santé sont remboursés, en sus de la valeur de l'acte ; ce remboursement est, selon le cas, forfaitaire ou calculé en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le professionnel de santé.

A. Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin généraliste ou spécialiste qualifié, du chirurgien-dentiste omnipraticien ou spécialiste qualifié, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical sont situés dans la même agglomération, ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à deux kilomètres en plaine ou à un kilomètre en montagne, l'indemnité de déplacement est forfaitaire. La valeur de cette indemnité forfaitaire de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

Toutefois, cette indemnité forfaitaire de déplacement ne s'applique pas :

Si au sein du même domicile, l'infirmier intervient au cours du même passage sur un ou plusieurs patients ayant des soins relevant d'une prise en charge définie dans l'article 23.3 des dispositions générales.

B. Indemnité horokilométrique (IK)

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

L'indemnité horokilométrique s'ajoute à la valeur de l'acte ; s'il s'agit d'une visite, cette indemnité s'ajoute au prix de la visite et non à celui de la consultation. Pour les actes en K, Z, SP, SF, AMS, AMK, AMC, AMI, AIS, DI, AMX, BSA, BSB, BSC, TLL, TLD, TLS, PAI, AMP, POD, AMO et AMY de la NGAP ou les actes équivalents inscrits à la CCAM, l'indemnité horokilométrique se cumule avec les indemnités forfaitaires prévues aux paragraphes A et D.

L'indemnité horokilométrique est calculée et remboursée dans les conditions ci-après :

1. L'indemnité due au professionnel de santé est calculée pour chaque déplacement à partir de son domicile professionnel et en fonction de la distance parcourue sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à 2 sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à 1 km en montagne et en haute montagne dont les zones sont définies par la Loi n°85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne.

Donne lieu à l'indemnité de déplacement forfaitaire et, le cas échéant, horokilométrique, calculée comme il est dit ci-dessus.

2. Les indemnités horokilométriques pour les actes en AMI, AIS, DI, AMX, BSA, BSB, BSC, TLL, TLD et TLS et en cumul avec l'IFD ou l'IFI sont soumises à un dispositif de plafonnement journalier du montant facturé.

Cet abattement est déterminé au regard de la distance journalière facturée par l'infirmier (la distance journalière étant définie comme le cumul des kilomètres facturables, après déduction des 1 et 2 km définis à l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature précitée, du premier au dernier patient du début à la fin du jour civil de réalisation des soins).

Les modalités de l'abattement sont les suivantes :

- Jusqu'à 299 kilomètres cumulés inclus, aucun abattement n'est appliqué ;
- À partir de 300 kilomètres et jusqu'à 399 kilomètres cumulés, bornes incluses, un abattement de 50% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturées est appliqué ;
- À partir de 400 kilomètres cumulés inclus, un abattement de 100% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturés.

En parallèle, les infirmiers conservent la possibilité de pouvoir facturer les indemnités kilométriques à partir du cabinet professionnel et, ce même, dans le cadre des tournées journalières au domicile des patients pour lesquels les infirmiers ne reviennent pas systématiquement, entre chaque passage, à leur cabinet.

3. Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un professionnel de santé ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au professionnel de santé de la même discipline, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade.
 - Lorsque les déplacements du professionnel de santé sont effectués dans le cadre des programmes de retour à domicile mis en place par les Caisses d'Assurance Maladie répondant aux objectifs des articles L. 1110-1 du Code de la santé publique, L. 162-1-11 alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, et L. 111-2-1 et L. 111-1 du Code de la sécurité sociale ;
 - Lorsque les déplacements sont effectués dans le cadre de soins en pratique avancée par un infirmier en pratique avancée.

C. IFI – Indemnité forfaitaire infirmier

Lorsque les soins sont réalisés dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant relevant du dispositif défini à l'article 23.3 des Dispositions générales ou de la prise en charge d'un patient par un infirmier de pratique avancée dont les interventions sont inscrites au titre XVI, chapitre III, article 1er, la convention nationale prévoit pour les actes effectués par l'infirmier au domicile du patient des indemnités forfaitaires infirmiers de déplacement cotées IFI avec coefficient défini ci-dessous.

La valeur en unité monétaire de cette indemnité est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

Dans le cadre du dispositif défini à l'article 23. 3 des Dispositions générales de la NGAP, cette indemnité forfaitaire est cotable à chaque déplacement réalisé dans la journée pour des soins liés à la dépendance dès lors qu'un forfait BSA, BSB ou BSC ou DI dans le cadre de l'article 12 du chapitre I de la NGAP, est facturé le même jour au patient. Elle peut être facturée isolément ou avec un acte infirmier coté en AMX. De plus, cette indemnité forfaitaire peut se cumuler avec les IK et les majorations autorisées dans les articles 14 et 23.2 des Dispositions générales de la NGAP.

Au maximum, 4 indemnités forfaitaires de déplacement peuvent être facturées dans la même journée pour un même patient.

Pour chaque déplacement, le coefficient associé à l'IFI dépend du nombre de patients au sein du même domicile, sur lequel l'infirmier intervient pour des soins décrits à l'article 23.3 des dispositions générales :

- L'infirmier facture un acte IFI de coefficient égal à 1, s'il intervient sur un seul patient ;
- Si plusieurs personnes sont concernées par ces types de soins, l'infirmier facture un acte IFI de coefficient égal à 1 pour le premier patient et de coefficient égal à 0,01 pour chacun des autres patients vus au cours du même passage ;
- Si au sein d'un même domicile, l'infirmier intervient également sur des patients ayant des soins autres que ceux relevant d'une prise en charge définie dans l'article 23.3 des dispositions générales, seules les indemnités forfaitaires de déplacement (IFI avec coefficient) sont facturées pour les patients dépendants concernés, de la manière décrite précédemment. Pour les autres patients, l'infirmier ne facture aucun frais de déplacement.

Dans le cadre des soins inscrits au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP, l'acte IFI de coefficient égal à 1 est cotable à chaque déplacement réalisé pour des soins de pratique avancée pendant un trimestre dès lors qu'un forfait initial ou de suivi, décrits au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP, est facturé au préalable sur le trimestre considéré. Cette indemnité peut être facturée isolément. De plus, elle est cotable le jour de la facturation du forfait d'éligibilité.

Article 13.1 - Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées régi par le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin, le chirurgien-dentiste ou l'auxiliaire médical intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées, pour effectuer des actes sur plus d'un patient, les frais de déplacement ne peuvent être facturés, selon les modalités prévues par l'article 13 ci-dessus, qu'une seule fois.

Article 14 - Actes effectués la nuit ou le dimanche (modifié par les décisions UNCAM du 11/03/05, 08/10/08)

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.

Sont considérés comme actes de nuit les actes effectués entre 20 heures et 8 heures, mais ces actes ne donnent lieu à majoration que si l'appel au praticien a été fait entre 19 heures et 7 heures.

Article 14.9.5 - Accompagnement du patient par l'infirmier à la téléconsultation réalisée par un médecin dit « téléconsultant » (créée par décision UNCAM du 18/07/19)

L'infirmier, en tant que professionnel de santé accompagnant, a notamment pour rôle d'assister le médecin dans la réalisation de certains actes participant à l'examen clinique et éventuellement d'accompagner le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée.

Selon la situation, trois codes prestation sont prévus :

- Lorsque l'acte est réalisé au décours d'un soin infirmier, le code prestation est TLS. Dans ce cas, il est cumulable avec les actes réalisés au cours de la même séance, et à taux plein conformément à l'article 11B.4.c ;
- Lorsque l'acte est réalisé isolément, dans un lieu dédié aux téléconsultations, le code prestation est TLL. Dans ce cas, par dérogation à l'article 13 des Dispositions générales, les indemnités de déplacement sont applicables par l'infirmier.
- Elles ne sont applicables qu'une fois lorsque l'infirmier accompagne plusieurs patients au cours de téléconsultations réalisées successivement dans un même lieu dédié.
- Deux déplacements dans un lieu dédié aux téléconsultations, au plus, sont facturables par jour.
- Lorsque l'acte est réalisé isolément à domicile (intervention spécifique programmée non réalisée au décours d'un soin infirmier), le code prestation est TLD. Dans ce cas, les indemnités de déplacement s'appliquent.

La téléconsultation est organisée dans le respect du parcours de soins coordonnés selon les modalités définies à l'article 6.2.1 de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers.

La téléconsultation doit être obligatoirement réalisée par vidéo transmission dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises, la traçabilité des échanges, la confidentialité des échanges et l'intimité des patients. Lorsque la téléconsultation est réalisée dans des conditions définies à l'alinéa 5 de l'article 6.2.1 de la convention nationale des infirmiers, l'infirmier peut être amené à transmettre les données administratives du patient au médecin.

L'infirmier dispose des équipements nécessaires conformément, à l'article 6.2.3 et 6.2.5 de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers.

Par dérogation à l'article 5 des Dispositions Générales de la NGAP, l'acte d'accompagnement à la téléconsultation réalisé par les infirmiers n'a pas à faire l'objet d'une prescription médicale.

Article 14.9.6 – Acte de demande d'une téléexpertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin (créée par décision UNCAM du 13/01/22)

L'acte de demande d'une téléexpertise auprès d'un médecin est ouvert aux médecins et orthophonistes.

Devant une situation clinique, la demande de téléexpertise du professionnel de santé requérant s'inscrit dans le besoin d'obtenir l'avis du médecin requis pour éclairer sa décision diagnostique ou thérapeutique pour la prise en charge de son patient au regard des pratiques recommandées dans les référentiels.

La téléexpertise est réalisée dans les conditions définies à l'article 14.9.4 de la NGAP.

La demande de téléexpertise doit être rapportée dans le dossier médical du patient tenu par le professionnel de santé requérant ainsi que dans le dossier médical partagé (DMP) du patient le cas échéant si celui est ouvert. Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre au médecin requis par moyen sécurisé les données cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation. Il informe le médecin traitant de sa demande de téléexpertise.

Cette demande est facturable par le professionnel de santé requérant par le code RQD dans la limite :

- 4 actes par an et à tarif opposable, par médecin requérant pour un même patient,
- 2 actes par an par orthophoniste requérant, pour un même patient. »

- Met en œuvre un plan de soins en concertation avec le cardiologue correspondant, sur la nécessité de consultations spécialisées complémentaires, sur toute action permettant d'éviter une réhospitalisations en urgence,

- Veille à l'adéquation entre les besoins du patient et les moyens mis en place.

Cette consultation donne lieu à la majoration MIC.

Dans le cas où le cardiologue correspondant et non le médecin traitant réalise cette consultation longue et complexe, la majoration MIC est facturable conformément à l'article 27.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011.

Article 23 – Majorations pour certains actes ou forfaits réalisés par des infirmiers (créée par décision UNCAM du 20/12/11 et modifiée par décision UNCAM du 18/07/19)

Article 23.1 – Majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique (créée par décision UNCAM du 20/12/11 et modifiée le 18/07/19)

Lorsqu'au cours de son intervention, l'infirmier (ère) réalise un acte unique en AMI avec coefficient inférieur ou égal à 1,5 au cabinet ou au domicile du patient, cet acte donne lieu à la majoration d'acte unique (MAU). La MAU peut se cumuler avec la majoration jeune enfant (MIE) créée à l'article 5.3 de l'avenant 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'Assurance maladie. Elle ne se cumule pas avec les forfaits BSA, BSB ou BSC ni avec les actes cotés en AMX ni avec l'IFI.

Cette majoration ne se cumule pas avec le supplément pour vaccination antigrippale du Titre XVI, chapitre I, article 1, ni avec la majoration de coordination infirmière (MCI).

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 23.2 – Majoration de coordination infirmier(ère) (créée par décision UNCAM du 20/12/11)

Lorsque l'infirmier réalise à domicile :

Un pansement lourd et complexe inscrit au chapitre I, article 3 ou chapitre II article 5 bis ou des soins inscrits à un patient en soins palliatifs

Ces prises en charge donnent lieu à la majoration de coordination infirmier(ère) (MCI) du fait du rôle spécifique de l'infirmier(ère) en matière de coordination, de continuité des soins et de gestion des risques liés à l'environnement.

Cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois par intervention.

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. »

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

TITRE XVI. - SOINS INFIRMIERS

CHAPITRE I - SOINS DE PRATIQUE COURANTE

Article 1er - Prélèvements et injections (modifié par décisions UNCAM du 08/10/08, du 18/07/19 et du 13/01/22 et par décret n°2018-805 du 25/09/18)

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé
Prélèvement par ponction veineuse directe. Cet acte est cumulable à taux plein quel que soit le coefficient de l'acte associé par dérogation à l'article 11B des dispositions générales	1,5	AMI ou AMX
Saignée	5	AMI
Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques	1	AMI
Injection intraveineuse directe isolée	2	AMI
Injection intraveineuse directe en série	1,5	AMI
Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de cinq ans	2	AMI
Injection intramusculaire	1	AMI ou AMX
Supplément pour vaccination antigrippale dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale organisée par l'Assurance Maladie	1	AMI ou AMX
Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance	5	AMI
Injection sous-cutanée	1	AMI ou AMX
Injection intradermique	1	AMI ou AMX
Injection d'un ou plusieurs allergènes, poursuivant un traitement d'hypo sensibilisation spécifique, selon le protocole écrit, y compris la surveillance, la tenue du dossier de soins, la transmission des informations au médecin prescripteur	3	AMI
Injection d'un implant sous-cutané	2,5	AMI
Injection en goutte à goutte par voie rectale	2	AMI

Article 2 - Pansements courants (modifié par décision UNCAM du 18/07/19 et du 13/01/22)

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé
Pansement de stomie	3	AMI
Pansement de trachéotomie, y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule ou sonde	3	AMI
Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel	2	AMI
Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel	4	AMI
Pansement de plaies opératoires étendues ou multiples, après abdominoplastie ou chirurgie mammaire. Dans le cadre de la chirurgie mammaire et en cas de bilatéralité, deux actes peuvent être facturés, le deuxième à 50% de son coefficient en application de l'article 11B des Dispositions générales.	3	AMI
Pansement postopératoire d'exérèses multiples de varices et /ou de ligatures multiples de veines perforantes avec ou sans stripping. Quelle que soit la localisation des plaies (sur un même membre ou sur les 2 membres), deux actes au plus peuvent être facturés.	3	AMI
Autre pansement	2	AMI

Article 3 - Pansements lourds et complexes (modifié par décision UNCAM du 18/07/19 et du 13/01/22)

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé
Bilan à la première prise en charge d'une plaie nécessitant un pansement lourd et complexe. Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, la prescription médicale des pansements de plaies comprend aussi la réalisation du bilan dans les conditions citées ci-dessous. Une séance au plus peut être facturée annuellement pour les plaies dont la durée de prise en charge est supérieure à un an ; pour les plaies d'une durée inférieure à un an, un nouveau bilan pourrait être réalisé en cas de récurrence définie par une interruption des soins liés à la plaie d'au moins deux mois. Ce bilan comprend l'évaluation de la situation du patient, l'établissement d'une fiche descriptive de la plaie, l'élaboration d'un projet de soins et la réalisation du pansement. Cet acte n'est pas associable avec la majoration de coordination infirmière définie à l'article 23.2 des Dispositions générales.	11	AMI ou AMX
Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieure à 5 % de la surface corporelle	4	AMI ou AMX
Pansement de brûlure suite à radiothérapie, sur une surface supérieure à 2% de la surface corporelle	4	AMI ou AMX
Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm ²	4	AMI ou AMX
Pansement d'amputation nécessitant détersion, épiluchage et régularisation	4	AMI ou AMX
Pansement de fistule digestive	4	AMI ou AMX
Pansement pour pertes de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses	4	AMI ou AMX

Pansement nécessitant un méchage ou une irrigation	4	AMI ou AMX
Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons	4	AMI ou AMX
Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé	4	AMI ou AMX
Pansement d'ulcère ou de greffe cutanée, avec pose de compression	5,1	AMI ou AMX
<p>Analgesie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre</p> <p>L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgesie la mise en attente.</p> <p>L'analgesie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continu, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation.</p> <p>Lorsque l'analgesie et le pansement sont réalisés au cours de la même séance, les cotations de ces deux actes peuvent se cumuler entre eux à taux plein en dérogation à l'article 11B des Dispositions générales.</p>	1,1	AMI ou AMX
<p>Pose de système de traitement par pression négative (console et pansement) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir</p> <p>Prescription initiale hospitalière pour 30 jours et pouvant être renouvelée une fois au maximum. Suivi hebdomadaire par le prescripteur initial de l'évolution de la plaie et de l'état général du patient.</p> <p>Indications médicales selon les recommandations HAS : traitement de seconde intention des plaies chroniques (ulcères de jambe veineux ou mixtes à prédominance veineuse et plaies du pied diabétique) faiblement à modérément exsudatives, après échec d'un traitement de première intention bien conduit.</p> <p>Un nouveau système de traitement est posé lorsque le système en place est saturé ou après 7 jours de traitement.</p>	4,6	AMI ou AMX
<p>Mise en place de pansement additionnel (sans changement de console) pour traitement par pression négative(TPN) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir.</p> <p>Indications médicales selon les recommandations HAS.</p>	2,1	AMI ou AMX

Article 4 - Pose de sonde et alimentation

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé
Pose de sonde gastrique	3	AMI
Alimentation entérale par gavage ou en déclive ou par nutri-pompe, y compris la surveillance, par séance	3	AMI
Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie, y compris le pansement et la surveillance, par séance	4	AMI

Article 5 - Soins portant sur l'appareil respiratoire

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé
Séance d'aérosol	1,5	AMI
Lavage d'un sinus	2	AMI

Article 6 - Soins portant sur l'appareil génito-urinaire (modifié par décision UNCAM du 29 septembre 2020)

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé
Injection vaginale	1,25	AMI
Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie	1,5	AMI
Cathétérisme urétral chez la femme	3	AMI
Cathétérisme urétral chez l'homme	4	AMI
Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme	3	AMI
Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme	4	AMI
Éducation à l'auto-sondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances	3,5	AMI
Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel	4,5	AMI
Les deux cotations précédentes ne sont pas cumulables avec celles relatives au cathétérisme urétral ou au changement de sonde urinaire		
Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place)	1,25	AMI
Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures	1	AMI
Retrait de sonde urinaire	2	AMI

Article 7 - Soins portant sur l'appareil digestif

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé
Soins de bouche avec application de produits médicamenteux au décours immédiat d'une radiothérapie	1,25	AMI
Lavement évacuateur ou médicamenteux	3	AMI
Extraction de fécalome ou extraction manuelle des selles	3	AMI

Article 8 - Test et soins portant sur l'enveloppe cutanée

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé
Pulvérisation de produit(s) médicamenteux	1,25	AMI
Réalisation de test tuberculinique	0,5	AMI
Lecture d'un timbre tuberculinique et transmission d'informations au médecin prescripteur	1	AMI

Article 9 – Perfusions (supprimé par décision UNCAM du 21/07/14)

Article 10 - Surveillance et observation d'un patient à domicile (modifié par décision UNCAM du 18/07/19 et du 29/09/20)

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé	AP
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.	1,2	AMI	
Au-delà du premier mois, par passage	1,2	AMI	AP
(1) Pour l'application des deux cotations ci-dessus, la notion de domicile n'inclut ni les établissements de santé mentionnés à l'article L 6111-1 du code de la santé publique, ni les établissements d'hébergement de personnes âgées, des adultes handicapés ou inadaptés mentionnés au 5° de l'article 3 de la loi n° 75 - 535 du 30/06/1975 modifiée, à l'exception toutefois des Résidences Autonomie.			
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze passages.	1	AMI	
Accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse, lors de la mise en œuvre ou de la modification d'un traitement ou au cours d'une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique, pour un patient non dépendant, polymédiqué et présentant des critères de fragilité identifiés par le médecin, avec un retour écrit au médecin. Trois séances incluant chacune : <ul style="list-style-type: none"> - Prise de contact, - Mise en œuvre, - Évaluation et compte rendu, Sont à réaliser dans un délai maximal d'un mois, renouvelables sur prescription une fois au cours des 12 mois suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance : relevé d'éléments cliniques objectifs : pouls, TA... - Observation : relevé d'éléments cliniques « subjectifs » : plainte, comportement... - Vérification de la : 	Séance initiale 5,1, 2 ^{ème} et 3 ^{ème} séance 4,6	AMI	

<ul style="list-style-type: none"> • Compréhension de ou des ordonnances par le patient et/ou son entourage, recherche de co-prescripteurs, • Préparation du pilulier selon la ou les prescriptions en cours, • Prise médicamenteuse et selon contrainte horaire, par rapport aux repas, selon aliments..., • Gestion du stock médicamenteux selon le ou les prescripteurs (accumulation de médicaments, recherche d'automédication / médicaments autres), <ul style="list-style-type: none"> - Recherche de motifs de non prise des médicaments ou des modifications de posologie / recherche d'effet secondaire, - Recueil des éléments du contexte social pouvant retentir sur l'observance, - Recherche des éléments explicatifs d'une non-observance en cours de traitement selon demande précise du médecin, - Retour au médecin prescripteur et au médecin traitant s'il n'est pas le prescripteur. Les autres actes inscrits à l'article 10 peuvent faire suite à cet acte d'accompagnement. <p>Au cours de la même séance, l'acte d'accompagnement n'est pas cumulable avec les autres actes de cet article.</p>			
---	--	--	--

Article 11 - Soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente à l'exclusion des soins relevant du périmètre de l'article 12 du même chapitre (modifié par décisions UNCAM du 28/02/17, du 21/07/17, du 18/07/19, du 13/01/22 et du 20/04/22)

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé	AP
<p>I - Séance de soins infirmiers, par séance d'une demi-heure, à raison de 4 au maximum par 24 heures</p> <p>La séance de soins infirmiers comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne</p> <p>La cotation forfaitaire par séance inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la séance, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle.</p> <p>Par dérogation à cette disposition et à l'article 11B des Dispositions générales, la séance de soins infirmiers peut se cumuler avec la cotation à taux plein :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'une perfusion, telle que définie au chapitre II articles 3,4 et 5 du présent titre ; • Ou d'un pansement lourd et complexe (chapitre I article 3 et chapitre II article 5 bis du présent titre); • Ou d'une séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) au chapitre II article 5 ter du présent titre ; • Ou d'un prélèvement par ponction veineuse directe de l'article 1 du chapitre I du présent titre. 	3	AIS	AP

<p>En application de l'article 11B des Dispositions générales, chacun des actes suivants peut se cumuler à 50% de son coefficient, avec la séance de soins infirmiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Injection intra-musculaire, intradermique ou sous cutanée (chapitre I article 1er et chapitre II article 4 du présent titre) ; - Supplément pour vaccination antigrippale dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale organisée par l'Assurance Maladie ; - Injection sous-cutanée d'insuline et acte de surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané (chapitre II article 5 bis du présent titre). <p>La cotation de séances de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmiers jusqu'au 31 mars 2022. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois. A compter du 1er avril 2022, elle est subordonnée à l'élaboration préalable du bilan de soins infirmiers.</p>			
<p>II- Mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie, pendant lequel l'infirmier l'aide à accomplir les actes quotidiens de la vie, éduque son entourage ou organise le relais avec les travailleurs sociaux, par séance d'une demi-heure, à raison de 4 au maximum par 24 heures</p> <p>La cotation des séances d'aide dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée est subordonnée à l'élaboration préalable d'un bilan de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à quinze jours, renouvelable une fois.</p>	3,1	AIS	AP
<p>III- Séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, par séance d'une demi-heure</p>	4	AIS	AP
<p>Cet acte comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le contrôle des principaux paramètres servant à la prévention et à la surveillance de l'état de santé du patient ; - La vérification de l'observance du traitement et de sa planification - Le contrôle des conditions de confort et de sécurité du patient ; - Le contrôle de l'adaptation du programme éventuel d'aide personnalisée - La tenue de la fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant - La tenue de la fiche de liaison et la transmission des informations à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue. <p>Cet acte ne peut être coté qu'une fois par semaine. Il ne peut l'être pendant la période durant laquelle sont dispensées des séances de soins infirmiers, ni pendant la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée, ni avec des actes incluant une surveillance dans leur cotation. Le cumul avec un autre acte médico-infirmier inscrit au présent titre a lieu à 50% de son coefficient conformément à l'article 11 B des dispositions générales, à l'exception de l'acte de prélèvement par ponction veineuse directe inscrit au chapitre I article 1er du présent titre, dont le cumul est à taux plein.</p>			

La cotation des séances de surveillance clinique infirmière et de prévention est subordonnée à l'élaboration préalable du bilan de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois.			
---	--	--	--

Article 12 - Soins infirmiers à domicile pour un patient en situation de dépendance temporaire ou permanente (créé par décision UNCAM du 18/07/19 et modifié par décision UNCAM du 13/01/22)

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé	AP
I. Élaboration du bilan de soins infirmiers (BSI) à domicile nécessaire à la réalisation de soins infirmiers chez un patient dépendant dans le cadre de soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie (forfaits), d'une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, ou de la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie			
Pour un même patient :	2,5	DI	
- Le bilan initial est coté			
- Les bilans de renouvellement réalisés à échéance des 12 mois sont cotés	1,2	DI	
- Les bilans intermédiaires éventuels (2 au maximum dans les 12 mois) en cas de situation clinique évolutive du patient impactant de façon substantielle sa prise en charge infirmière, sont cotés			
Par dérogation à l'article 5 des dispositions générales, la prise en charge d'un BSI intermédiaire ne nécessite pas de nouvelle prescription, sa facturation est rattachée à la dernière prescription médicale datant de moins de 1 an pour réalisation d'un BSI.			
La cotation du bilan de soins infirmiers (BSI) inclut :			
Le BSI comporte 3 volets dématérialisés définis selon les dispositions de la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'Assurance Maladie.			
Un volet administratif : identification de l'infirmier, du médecin prescripteur, du patient, modalités de prise en charge par l'Assurance maladie, type de BSI (initial, de renouvellement ou intermédiaire), date de réalisation du BSI, date de prescription et consentement du patient.			
Un volet médical comprenant notamment :			
- Les indications relatives à l'environnement humain et matériel du patient, à son état et à son comportement ;			
- L'énoncé du ou des diagnostic(s) infirmier(s) en rapport avec la non-satisfaction des besoins fondamentaux, les objectifs et les actions de soins mis en œuvre pour chacun d'eux ;			
- Les autres risques présentés par le patient ;			
- L'objectif global de soins et la prescription des interventions infirmières.			

<p>Un volet facturation : proposition d'un plan de soins infirmiers : nombre de passages par jour, prévu en situation habituelle, fréquence hebdomadaire des soins et leurs modalités de facturation (3 niveaux de forfaits de prise en charge quotidienne des patients dépendants fixés à l'art.23.3 des Dispositions générales).</p> <p>Le BSI fait l'objet d'un échange avec le médecin prescripteur, en lien avec le médecin traitant via le téléservice BSI. Le BSI est automatiquement clôturé dans un délai de 5 jours en l'absence de réponse du médecin prescripteur.</p>			
<p>II. Les soins sont réalisés dans le cadre de forfaits, définis à l'article 23.3 des dispositions générales, différents selon la charge en soins des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « légère » (BSA) ; - Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « intermédiaire » (BSB) ; - Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « lourde » (BSC). <p>La prise en charge de la dépendance comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne.</p> <p>Les forfaits de soins infirmiers comprennent l'ensemble des actes liés à la prise en charge de la dépendance, relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la journée.</p> <p>La cotation forfaitaire inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la ou des séance(s) d'une même journée, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle.</p> <p>Ainsi, la MAU ne peut être facturée dans le cadre des soins liés à la prise en charge du patient dépendant.</p> <p>Par dérogation à cette disposition et à l'article 11B des Dispositions générales, il est possible de coter à taux plein dans le cadre de forfait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une perfusion, telle que définie au chapitre II articles 3, 4 et 5 du présent titre ; - Ou un pansement lourd et complexe (chapitre I article 3 et chapitre II article 5 bis du présent titre) ; - Ou une séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) au chapitre II article 5 ter du présent titre ; - Ou un prélèvement par ponction veineuse directe de l'article 1 du chapitre I du présent titre. 			

<p>En application de l'article 11B des Dispositions générales, chacun des actes suivants peut se cumuler, à 50% de son coefficient, dans le cadre de forfait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Injection intra-musculaire, intradermique ou sous cutanée (chapitre I article 1er et chapitre II article 4 du présent titre) ; - Supplément pour vaccination antigrippale dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale organisée par l'Assurance Maladie ; - Injection sous-cutanée d'insuline et acte de surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané (chapitre II article 5 bis du présent titre). <p>La cotation de forfaits de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable du bilan de soins infirmiers</p>			
---	--	--	--

Article 13 - Garde à domicile (modifié par décision UNCAM du 18/07/19)

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé	AP
Garde d'un malade à domicile, nécessitant une surveillance constante et exclusive et des soins infirmiers répétés, y compris les soins d'hygiène, effectuée selon un protocole écrit			
Par période de six heures :			
- Entre 8 heures et 20 heures	13	AIS	AP
- Entre 20 heures et 8 heures	16	AIS	AP
La même infirmière ne peut noter plus de deux périodes consécutives de six heures de garde			

CHAPITRE II - SOINS SPÉCIALISÉS (modifié par décision UNCAM du 21/07/14)

Soins demandant un protocole thérapeutique, l'élaboration et la tenue des dossiers de soins, la transmission d'informations au médecin prescripteur.

Article 1er - Soins d'entretien des cathéters (modifié par décision UNCAM du 21/07/14)

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé
Séance d'entretien de cathéter(s) en dehors des perfusions, y compris le pansement :		
- Cathéter péritonéal	4	AMI
- Cathéter extériorisé ou site implantable ou cathéter veineux central implanté par voie périphérique	4	AMI

Article 2 - Injections et prélèvements

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé	AP
Injection d'analgésique(s), à l'exclusion de la première par l'intermédiaire d'un cathéter intrathécal ou péridural	5	AMI	AP
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un site implanté, y compris l'héparinisation et le pansement	4	AMI	
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter central, y compris l'héparinisation et le pansement	3	AMI	
Prélèvement sanguin sur cathéter veineux central extériorisé ou chambre implantable	1	AMI	

Article 3 - Perfusions (modifié par décision UNCAM du 21/07/14 et du 18/07/19)

Ces actes sont réalisés soit en application d'une prescription médicale qui sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin.

La séance de perfusion permet d'administrer chez un patient des solutés et/ou des médicaments de façon continue ou discontinue par voie veineuse ou par voie sous cutanée ou par voie endorectale.

Selon le protocole thérapeutique établi par le médecin prescripteur, la perfusion nécessite soit la surveillance continue de l'infirmier, soit l'organisation d'une surveillance pour les perfusions dont la durée est supérieure à une heure.

La séance de perfusion sous surveillance continue comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance et l'arrêt de la perfusion avec le pansement.

La séance de perfusion supérieure à une heure, sans surveillance continue, comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la pose de la perfusion, l'organisation de contrôles et la gestion des complications éventuelles ; ces contrôles et les interventions à domicile pour complications peuvent donner lieu à des frais de déplacement.

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé
Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	9	AMI ou AMX
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6	AMI ou AMX
Forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure, avec organisation d'une surveillance	14	AMI ou AMX
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.	5	AMI ou AMX

Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination avec les autres professionnels de santé, les prestataires et les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacements ou des majorations de nuit ou de dimanche).	4	AMI ou AMX
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.	4,1	AMI ou AMX
Un forfait pour séance de perfusion sous surveillance continue et un forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à 1 heure avec organisation de la surveillance par contrôle, se cumulent le cas échéant à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales.		

Article 4 - Actes du traitement à domicile d'un patient immunodéprimé ou cancéreux (modifié par décision UNCAM du 21/07/14 et du 18/07/2019)

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé
Soins portant sur l'appareil respiratoire		
Séance d'aérosols à visée prophylactique	5	AMI
Injections :		
- Injection intramusculaire ou sous-cutanée	1,5	AMI ou AMX
- Injection intraveineuse	2,5	AMI
- Injection intraveineuse d'un produit de chimiothérapie anticancéreuse	7	AMI
Perfusions, surveillance et planification des soins :		
Ces actes sont réalisés soit en application d'une prescription médicale qui sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin.		
La séance de perfusion permet d'administrer chez un patient des solutés et/ou des médicaments de façon continue ou discontinue par voie veineuse ou par voie sous cutanée ou par voie endorectale.		
Selon le protocole thérapeutique établi par le médecin prescripteur, la perfusion nécessite soit la surveillance continue de l'infirmier, soit l'organisation d'une surveillance pour les perfusions dont la durée est supérieure à une heure.		
La séance de perfusion sous surveillance continue comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance et l'arrêt de la perfusion avec le pansement.		

La séance de perfusion supérieure à une heure, sans surveillance continue, comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la pose de la perfusion, l'organisation de contrôles et la gestion des complications éventuelles ; ces contrôles et les interventions à domicile pour complications peuvent donner lieu à des frais de déplacement.		
Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	10	AMI ou AMX
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6	AMI ou AMX
Forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance	15	AMI ou AMX
Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination avec les autres professionnels de santé, les prestataires et les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacements ou des majorations de nuit ou de dimanche).	4	AMI ou AMX
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.	5	AMI ou AMX
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.	4,1	AMI ou AMX
Un forfait pour séance de perfusion sous surveillance continue et un forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à 1 heure avec organisation de la surveillance par contrôle, se cumulent le cas échéant à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales.		

Article 5 - Traitement à domicile d'un patient atteint de mucoviscidose par perfusions d'antibiotiques sous surveillance continue selon le protocole thérapeutique rédigé par un des médecins de l'équipe soignant le patient (modifié par décision UNCAM du 21/07/14 et du 18/07/2019)

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé
Le protocole doit comporter : <ol style="list-style-type: none"> 1. Le nom des différents produits injectés : 2. Leur mode, durée et horaires d'administration ; 3. Les nombre, durée et horaires des séances par vingt-quatre heures : 4. Le nombre de jours de traitement pour la cure, 5. Les éventuels gestes associés (prélèvements intraveineux, héparinisation...). 		
Séance de perfusion intraveineuse d'antibiotiques, quelle que soit la voie d'abord, sous surveillance continue, chez un patient atteint de mucoviscidose, la séance.	15	AMI ou AMX

<p>Cette cotation est globale ; elle inclut l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte et à la surveillance du patient, ainsi que les autres actes infirmiers éventuels liés au traitement de la mucoviscidose. Une feuille de surveillance détaillée permettant le suivi du malade doit être impérativement tenue au domicile du malade.</p> <p>En l'absence de surveillance continue, le forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance s'applique.</p>		
---	--	--

Article 5 bis - Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité (modifié par décision UNCAM du 18/07/2019 et du 13/01/22)

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé
Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané, y compris la tenue d'une fiche de surveillance, par séance	1	AMI ou AMX
Injection sous-cutanée d'insuline	1	AMI ou AMX
<p>Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d'une durée d'une demi-heure, pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans</p> <p>Cette cotation inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'éducation du patient et/ou de son entourage ; - La vérification de l'observance des traitements et du régime alimentaire, le dépistage du risque d'hypoglycémie ; le contrôle de la pression artérielle ; - La participation au dépistage et le suivi des éventuelles complications, en particulier neurologiques, infectieuses, cutanées ; - La prévention de l'apparition de ces complications, en particulier par le maintien d'une hygiène correcte des pieds - La tenue d'une fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant, qui doit être immédiatement alerté en cas de risque de complications ; - La tenue, si nécessaire, de la fiche de liaison et la transmission des informations utiles à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue. <p>La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une prise en charge dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant prévue au titre XVI, chapitre 1er, article 11 ou article 12.</p>	4	AMI
Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant une détersion avecdédéfibrination	4	AMI ou AMX
<p>Analgésie topique préalable à un pansement</p> <p>L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie topique et la mise en attente.</p>	1,1	AMI ou AMX

L'analgésie topique préalable à un pansement, 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), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation.		
Ces actes peuvent se cumuler entre eux en dérogation de l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.		

Article 5 ter - Prise en charge spécialisée (modifié par décision UNCAM du 18/07/19)

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé
<p>Séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO). Ces séances s'inscrivent dans un programme de suivi infirmier en complément du suivi médical après sortie des patients hospitalisés pour décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'une exacerbation de BPCO. Il est réalisé selon le protocole thérapeutique et de surveillance contenu dans le document de sortie adressé au médecin traitant et aux professionnels de santé désignés par le patient.</p> <p>Selon le protocole thérapeutique et de surveillance, la séance comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'éducation du patient et/ou de son entourage, - La vérification de l'observance des traitements médicamenteux et des mesures hygiéno-diététiques dans la vie quotidienne ainsi que l'adhésion du patient aux traitements, - La surveillance des effets des traitements, de leur tolérance et de leurs effets indésirables, - La vérification de la bonne utilisation des dispositifs d'automesure tensionnelle et de l'oxygénothérapie éventuellement, - Le contrôle des constantes cliniques (poids, œdèmes, pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, cyanose, sueurs, dyspnée...) et de l'état général, - La participation au dépistage des complications de la maladie et des traitements. <p>La séance inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La tenue d'une fiche de surveillance, - La transmission des informations au médecin traitant dans les 48 h par voie électronique sécurisée. <p>Facturation :</p> <p>Le programme du suivi infirmier comprend une visite hebdomadaire pendant au moins deux mois avec une première visite dans les 7 jours après la sortie. Le rythme peut être adapté en fonction du protocole. La durée de prise en charge est de 4 à 6 mois pour l'insuffisance cardiaque et jusqu'à 6 mois pour les formes sévères de bronchopathie chronique obstructive (stade II et suivants).</p>	5,8	AMI ou AMX

<p>Le nombre maximum de séances est de 15. La facturation de cet acte est conditionnée à la formation des IDE à ce suivi post hospitalisation.</p> <p>Des majorations de nuit ou de jours fériés, ne peuvent pas être cotées à l'occasion de cet acte. La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention prévue au Titre XVI chapitre 1 article 11, ni avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pour un patient insulino traité de plus de 75 ans prévue au Titre XVI chapitre II article 5 bis.</p>		
---	--	--

Article 6 - Soins portant sur l'appareil digestif et urinaire

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé
Irrigation colique dans les suites immédiates d'une stomie définitive, incluant le pansement et la surveillance de l'évacuation, avec un maximum de vingt séances, par séance	4	AMI
Dialyse péritonéale, avec un maximum de quatre séances par jour, par séance	4	AMI
Dialyse péritonéale par cycleur :		
- Branchement ou débranchement, par séance	4	AMI
- Organisation de la surveillance, par période de douze heures	4	AMI

Article 7 - Soins postopératoires à domicile selon protocole (modifié par décision UNCAM du 29 septembre 2020 et du 13/01/22)

Les séances de surveillance ci-après sont des actes réalisés avec 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 en postopératoire.

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé
<p>Séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire à domicile pour les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire ou à un parcours de soins de réhabilitation améliorée (RAAC)</p> <p>La séance inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La vérification de la compréhension et de l'observance des consignes et des prescriptions de sortie ; - Le suivi des paramètres de surveillance prescrits ; 	3,9	AMI

<ul style="list-style-type: none"> - Le remplissage de la fiche de suivi postopératoire ou tout autre support où sont collectées les données de surveillance infirmière - En cas d'anomalie, le contact avec l'équipe médicale par le vecteur prévu. <p>Trois séances au plus peuvent être facturées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur une période qui s'étend du jour de l'arrivée du patient à son domicile, dénommé J0, à la veille de la première consultation post opératoire avec le chirurgien lorsqu'elle est programmée avant J+6 inclus, - Ou, en l'absence de rendez-vous de consultation chirurgicale au cours de la première semaine postopératoire, sur une période qui s'étend de J0 à J+6 inclus. 		
<p>Séance de surveillance et/ ou retrait de cathéter périmerveux pour analgésie postopératoire La séance inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La vérification de la compréhension et de l'observance du traitement antalgique ; - L'évaluation de la douleur au repos et à la mobilisation ; - La surveillance des effets secondaires, de l'étanchéité du pansement, si nécessaire du point de ponction ; - L'appel de l'anesthésiste ou de l'équipe ressource douleur en cas d'anomalie ; - Le retrait de cathéter à la date prescrite. 	4,2	AMI
<p>Un acte au plus de surveillance de cathéter périmerveux pour analgésie postopératoire peut être facturé par jour avec présence d'un aidant à domicile ou 2 actes au plus en l'absence d'aidant, 3 jours consécutifs au plus.</p>		
<p>Retrait de sonde urinaire</p>	2	AMI
<p>Surveillance de drain de redon et/ ou retrait postopératoire de drain</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cotation dans la limite de deux séances à partir du retour à domicile. 	2,8	AMI
<p>Les séances de surveillance postopératoire et de surveillance de cathéter périmerveux ne sont pas cumulables entre elles. Le retrait de sonde et la surveillance de drain ainsi qu'une séance de surveillance post-opératoire ou de cathéter périmerveux peuvent être associés sans application de l'article 11B des Dispositions générales</p>		

CHAPITRE III - SOINS DE PRATIQUE AVANCÉE (créé par décision UNCAM du 13/02/20)

Article 1er – Forfaits

Désignation de l'acte	Coef	Lettre clé
<p>1) Forfait d'éligibilité</p> <p>Un premier forfait est facturable, une seule fois par patient lors du premier contact de l'infirmier de pratique avancée avec le patient. Ce forfait valorise le premier entretien et l'anamnèse réalisés par l'infirmier de pratique avancée afin de vérifier l'éligibilité du patient à un suivi en pratique avancée dans l'un des domaines d'intervention prévus par les dispositions du code de la santé publique ainsi que les textes réglementaires de mises en œuvre. Les soins infirmiers ou les activités nécessaires au suivi du patient doivent exclusivement entrer dans le champ de compétence de l'infirmier en pratique avancée. Ce forfait est facturable par l'infirmier en pratique avancée même si après l'entretien réalisé, le patient n'est finalement pas éligible au suivi par un infirmier en pratique avancée.</p>	0,62	PAI
<p>2) Forfait initial</p> <p>Ce forfait est facturable lors du premier contact annuel pour prise en charge du patient pour des soins en pratique avancée.</p> <p>Il comprend toutes les interventions de l'infirmier en pratique avancée au cours du premier trimestre de prise en charge (conformément aux contenus socle et spécifiques défini dans le protocole de suivi établi par le médecin), notamment la surveillance et les conclusions cliniques sur le trimestre de prise en charge ainsi que les actions de coordination et de concertation nécessaires, selon les dispositions en vigueur.</p> <p>L'infirmier en pratique avancée est autorisé à effectuer des actes sans prescription médicale ; les listes d'actes sont définies selon la réglementation en vigueur. Ces actes ne peuvent donner lieu à facturation en dehors du forfait.</p> <p>La prise en charge initiale ou annuelle permet de faire un bilan global, incluant les actions d'éducation, de prévention et de dépistage.</p>	1,8	PAI
<p>3) Forfait de suivi</p> <p>Ce forfait est facturable chaque trimestre de soins à la suite du forfait initial. Il est facturable au premier contact trimestriel avec le patient.</p> <p>Il comprend toutes les interventions de l'infirmier en pratique avancée au cours du trimestre concerné (conformément au contenus socle et spécifiques définis dans le protocole de suivi établi par le médecin), notamment :</p> <ul style="list-style-type: none">- La surveillance et les conclusions cliniques sur le trimestre de prise en charge ;- Les rappels ou compléments apportés sur les messages éducationnels et préventifs ;	1	PAI

<ul style="list-style-type: none"> - L'activité de coordination auprès des différents intervenants médicaux et paramédicaux et autres acteurs de santé amenés à assurer la prise en charge de ces patients ; - Les activités transversales décrites dans le code de la santé publique. <p>L'infirmier en pratique avancée est autorisé à effectuer des actes sans prescription médicale ; les listes d'actes sont définies selon la réglementation en vigueur. Ces actes ne peuvent donner lieu à facturation en dehors du forfait.</p> <p>Quatre forfaits (un initial et trois de suivi) sont facturables au maximum au cours d'une année de soins de pratique avancée. La première année de soins, le forfait pour déterminer l'éligibilité du patient au suivi dans le cadre de la pratique avancée s'ajoute.</p> <p>A l'exception du premier contact déterminant l'éligibilité aux soins de pratique avancée et du premier contact annuel de prise en charge de soins pour les patients éligibles, le suivi par l'infirmier en pratique avancée peut être réalisée à distance par vidéoconférence dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques patients, en alternance avec un suivi du patient en présentiel.</p> <p>Les frais de déplacement sont facturables à chaque passage de l'infirmier de pratique avancée au domicile du patient dans les conditions définies à la nomenclature générale des actes professionnels (IFI et éventuellement IK).</p> <p>Les majorations de nuit, dimanche et jour férié, MIE, MCI et MAU ne sont pas associables à ces rémunérations forfaitaires.</p>		
<p>Une majoration (MIP) dédiée, liée à l'âge du patient (pour les patients de moins de 7 ans et ceux âgés de 80 ans et plus) peut être associée à la facturation de ces différents forfaits.</p> <p>Ces modalités de valorisation pour le suivi des patients s'appliquent également aux centres de santé et aux maisons de santé pluriprofessionnelles salariant des infirmiers en pratique avancée conformément aux dispositions des articles L.4041-2, L.4041-3 et L.4042-1° du code de la santé publique et des articles L.162- 1-7 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale.</p>	1	MIP

ANNEXE 1 : SOINS INFIRMIERS
(Créée par la décision UNCAM du 13/01/22)

Détermination de la facturation des forfaits BSI (article 23.3 des Dispositions générales de la NGAP)

Le forfait journalier à facturer par l'infirmier est déterminé par les interventions réalisées en propre par l'infirmier auprès du patient et cochées dans l'outil BSI. Il existe trois forfaits BSI « léger », « intermédiaire » ou « lourd » dont le tarif diffère selon le niveau de prise en charge en soins infirmiers.

Les 43 interventions du BSI ont été classées, par ordre croissant de charge en soins infirmiers, en 4 groupes homogènes, en accord avec les organisations syndicales représentatives signataires de la convention. Le groupe 1 correspond à la charge en soins la plus faible et le groupe 4 à la plus élevée (voir tableau 1 en fin d'annexe). Parmi les interventions cochées, seules les interventions des domaines Hygiène (H), Élimination (E) et Mobilité (M) sont apparues comme discriminantes pour classer les patients en termes de lourdeur de prise en charge. Il s'avère que les interventions des autres domaines sont corrélées à celles des trois domaines HEM et ne sont donc pas discriminantes.

Pour chaque domaine HEM, on ne garde que la valeur maximale de groupe des interventions cochées pour le patient. Chacun de ces 3 domaines HEM n'a donc qu'un 1 seul indicateur, le plus élevé retrouvé.

Par exemple, la combinaison H4E2M3 veut dire que parmi le(s) intervention(s) cochée(s) dans le domaine « hygiène », le groupe maximal de ces interventions appartient au groupe 4. Le groupe 4 (H4) est donc le niveau retenu pour le domaine « hygiène ». On procède de la même façon pour le domaine « Élimination » et « Mobilité ». Pour chaque combinaison HEM, des règles d'orientation déterminent le niveau de forfait BSI à facturer (voir tableau 2 en fin d'annexe).

Afin de reconnaître la complexité des prises en charge chez la personne très âgée et dépendante, un âge égal ou supérieur à 90 ans constitue un critère supplémentaire.

Tableau 1 : Composition des 4 groupes homogènes d'interventions

Sigles des 9 domaines ou rubriques du BSI :

A/ Alimentation ; R/ Respiratoire et cardio-circulatoire ; E/ Élimination ; H/ Hygiène ; M/ Mobilité ; SR/ Soins Relationnels ; SE/ Soins Éducatifs ; D/ Douleur ; T/ Traitement

Groupe 1 : 10 interventions

A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs)

A/ Surveillance clinique de l'état bucco-dentaire pour adaptation de l'alimentation

R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire

R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers du patient avec un dispositif de pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil

R/ Surveillance clinique de la fonction cardio-circulatoire

E/ Surveillance clinique de l'élimination urinaire et/ou fécale (aspects qualitatifs et quantitatifs)

E/ Surveillance clinique d'une constipation

H/ Surveillance du confort d'installation (lit, régulation température, préparation à l'endormissement, etc...) et de l'intégrité de la peau

H/ Pose, surveillance, entretien, d'appareillage de suppléance, d'orthèses, de prothèses

M/ Surveillance et observation, de la sécurité de l'environnement du patient et de l'utilisation des aides techniques (cannes, déambulateur, attelles...)

Groupe 2 : 20 interventions

A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et de l'observance d'un régime alimentaire prescrit

A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et des mesures thérapeutiques prescrites : (compléments alimentaires...)

A/ Planification des apports alimentaires et hydriques et stimulation à leur prise

A/ Planification d'un régime alimentaire prescrit et contrôle de sa mise en œuvre

A/ Mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'un patient présentant un risque de fausse route ou après fausse route

R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers pour un patient appareillé par un dispositif d'oxygénothérapie

R/ Pose et dépose de contentions vasculaires

E/ Surveillance clinique de l'élimination (aspects qualitatifs et quantitatifs) et soins infirmiers liés à une incontinence occasionnelle urinaire et/ou fécale

E/ Planification des soins personnels et aide à l'élimination urinaire et/ou fécale

E/ Massage colique

M/ Surveillance et mise en place de mesures de prévention des chutes chez une personne à risque

M/ Aide à l'installation (lit, fauteuil) et aux déplacements (avec ou sans aide technique)

D/ Évaluation et suivi par test d'une douleur chronique invalidante avec retentissement important sur la qualité de vie, prise en charge relationnelle infirmière de la douleur, et le cas échéant adaptation du traitement anti-douleur selon protocole prescrit

T/ Surveillance d'un patient à risque de iatrogénie médicamenteuse en lien avec le médecin et/ou le pharmacien : repérer les patient à risque d'événements indésirables médicamenteux, sécuriser la gestion des médicaments, et gérer les situations à risque et les alertes

SR/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant :

- Un déficit sensoriel majeur même appareillé ou un trouble majeur de la compréhension ou de l'expression du langage oral, par communication non verbale
- Des troubles comportementaux importants et chroniques (angoisse, agressivité, apathie ...)
- Un état anxio-dépressif chronique avec souffrance morale et retentissement important sur l'activité

SE/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant :

- Aide éducative d'un patient atteint de pathologie(s) chronique(s) pour acquérir ou maintenir des compétences dont il a besoin dans la vie courante et dans le suivi de son traitement
- Aide à l'apprentissage d'autosoins et de nouveaux comportements nécessaires à la prise en charge et au suivi du traitement de pathologie(s) chronique(s) en phase évolutive (par exemple lors de la mise en œuvre d'un traitement ou de la modification de celui-ci)
- Aide à l'apprentissage de suppléance après perte récente d'une fonction ou d'un organe

Groupe 3 : 9 interventions

R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers d'un patient nécessitant des aspirations bronchiques (avec ou sans trachéotomie)

E/ Surveillance clinique d'un patient porteur d'une sonde urinaire à demeure et soins infirmiers, associée ou non à un trouble de l'élimination fécale

H/ Planification des soins d'hygiène, stimulation et apprentissage visant à maintenir les capacités d'autonomie restantes

H/ Aide du patient pour la réalisation de ses soins d'hygiène, et de son habillage/déshabillage

H/ Surveillance de l'intégrité de la peau et mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'une patient présentant un risque d'escarres

M/ Aide partielle aux transferts (couché/assis/debout), avec lever ergonomique et installation du patient, surveillance et prévention des complications

SR/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant :

- Des troubles démentiels (désorienté, incohérent, perte de l'autonomie sociale, fugueur...)
- Des troubles psychiatriques sévères avec incurie (manque total de soins de soi et d'hygiène avec indifférence aux conséquences)
- Une situation de crise (annonce d'une pathologie grave, d'une perte de fonction/organe avec handicap, fin de vie...)

Groupe 4 : 4 interventions

E/ Surveillance clinique de l'élimination (aspects qualitatifs et quantitatifs) et soins infirmiers liés à une incontinence permanente urinaire et/ou fécale

H/ Réalisation complète des soins d'hygiène et de l'habillage/déshabillage, sans participation du patient

M/ Aide totale aux transferts (couché/assis/debout), avec ou sans lève-malade et installation du patient, surveillance et prévention des complications

M/ Changements de positions fréquents, prévention des attitudes vicieuses, des complications de décubitus (planification et réalisation des soins)

Tableau 2 : Règles de classement des forfaits BSI

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H0 E4 M4	Lourd	Lourd
H1 E4 M4	Lourd	Lourd
H3 E1 M4	Lourd	Lourd
H3 E2 M4	Lourd	Lourd
H3 E3 M3	Lourd	Lourd
H3 E3 M4	Lourd	Lourd
H3 E4 M3	Lourd	Lourd
H3 E4 M4	Lourd	Lourd
H4 E0 M4	Lourd	Lourd
H4 E1 M4	Lourd	Lourd
H4 E2 M3	Lourd	Lourd
H4 E2 M4	Lourd	Lourd
H4 E3 M3	Lourd	Lourd
H4 E3 M4	Lourd	Lourd
H4 E4 M0	Lourd	Lourd
H4 E4 M1	Lourd	Lourd
H4 E4 M2	Lourd	Lourd
H4 E4 M3	Lourd	Lourd
H4 E4 M4	Lourd	Lourd
H0 E1 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E2 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E3 M3	Intermédiaire	Lourd
H0 E3 M4	Intermédiaire	Lourd
H0 E4 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E4 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E4 M3	Intermédiaire	Lourd
H1 E0 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E1 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E2 M3	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E2 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E3 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E3 M3	Intermédiaire	Lourd
H1 E3 M4	Intermédiaire	Lourd

H1 E4 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E0 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E0 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E0 M4	Intermédiaire	Lourd
H3 E1 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E2 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M0	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M1	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M2	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M0	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M1	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M2	Intermédiaire	Lourd
H4 E0 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E0 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E0 M3	Intermédiaire	Lourd
H4 E1 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M3	Intermédiaire	Lourd
H4 E2 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E2 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E2 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E3 M0	Intermédiaire	Lourd
H4 E3 M1	Intermédiaire	Lourd
H4 E3 M2	Intermédiaire	Lourd
H0 E0 M0	Léger	Léger
H0 E0 M1	Léger	Léger

H0 E0 M2	Léger	Léger
H0 E0 M3	Léger	Léger
H0 E0 M4	Léger	Léger
H0 E1 M0	Léger	Léger
H0 E1 M1	Léger	Léger
H0 E1 M2	Léger	Léger
H0 E1 M3	Léger	Léger
H0 E2 M0	Léger	Léger
H0 E2 M1	Léger	Léger
H0 E2 M2	Léger	Intermédiaire
H0 E2 M3	Léger	Intermédiaire
H0 E3 M0	Léger	Léger
H0 E3 M1	Léger	Léger
H0 E3 M2	Léger	Intermédiaire
H0 E4 M0	Léger	Léger
H1 E0 M0	Léger	Léger
H1 E0 M1	Léger	Léger
H1 E0 M2	Léger	Léger
H1 E0 M3	Léger	Léger
H1 E1 M0	Léger	Léger
H1 E1 M1	Léger	Léger
H1 E1 M2	Léger	Léger
H1 E1 M3	Léger	Léger
H1 E2 M0	Léger	Léger
H1 E2 M1	Léger	Léger
H1 E2 M2	Léger	Intermédiaire
H1 E3 M0	Léger	Léger
H1 E3 M1	Léger	Léger
H3 E0 M0	Léger	Léger
H3 E0 M1	Léger	Léger
H4 E0 M0	Léger	Léger