

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Avis relatif à l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages-femmes, signée le 11 octobre 2007 et tacitement renouvelée

NOR : SSAS1822073V

A fait l'objet d'une approbation, en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages-femmes, conclu le 29 mai 2018, entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et, d'autre part, l'Organisation nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF) et l'Union nationale et syndicale des sages-femmes (UNSSF).

AVENANT N°4

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES SAGES-FEMMES ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-9, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 1434-4 ;

Vu la convention nationale des sages-femmes libérales signée le 11 octobre 2007, publiée au *Journal officiel* du 19 décembre 2007, ses avenants et ses annexes.

Il est convenu ce qui suit entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)

Et :

L'Organisation nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF) ;

L'Union nationale et syndicale des sages-femmes (UNSSF).

Les parties signataires du présent avenant conviennent que la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et les caisses d'assurance maladie, signée le 11 octobre 2007, approuvée par arrêté du 10 décembre 2007, publiée au *Journal officiel* du 19 décembre 2007, ainsi que ses avenants de 1 à 3 sont remplacés par les dispositions qui suivent.

PLAN DE L'AVENANT

Préambule

TITRE PRÉLIMINAIRE – PORTÉE DE LA CONVENTION NATIONALE

Article 1^{er} **Objet de la convention**

Article 2 **Champ d'application de la convention**

TITRE I^{er} – CONFORTER L'ACCÈS AUX SOINS

Article 3 **Dispositif démographique applicable aux sages-femmes**

Article 3.1 *Zonage démographique des sages-femmes*

Article 3.2 *Dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées »*

Article 3.3 *Conventionnement en zone « sur-dotée »*

Article 4 **Suivi du rééquilibrage de l'offre de soins en sage-femme sur le territoire et accompagnement du dispositif**

Article 4.1 *Suivi du dispositif démographique*

Article 4.2 *Accompagnement du dispositif*

TITRE II – PRÉVENTION, COORDINATION ET VALORISATION DE L'ACTIVITÉ DES SAGES-FEMMES

Article 5 **Implication des sages-femmes dans les programmes de prévention et promotion de la santé**

Article 6 Coordination des soins et programmes d'accompagnement après le retour à domicile

Article 6.1 *L'accompagnement à domicile après l'accouchement*

Article 6.2 *L'accompagnement à domicile après l'accouchement en cas de sortie précoce*

Article 7 Valorisation du rôle des sages-femmes

Article 7.1 *Valorisation des évolutions de l'activité des sages-femmes libérales*

Article 7.2 *Valorisation de l'activité des sages-femmes en matière de prévention*

Article 7.3 *Valorisations tarifaires*

TITRE III – MODALITÉS D'EXERCICE CONVENTIONNEL

Article 8 **Démarche de la sage-femme auprès de la caisse lors de l'installation en libéral**

Article 9 **Démarche de la sage-femme auprès de la caisse lors de la cessation d'activité en libéral**

Article 10 **Modalités d'exercice**

Article 11 **Situation des sages-femmes exerçant au sein des sociétés d'exercice**

Article 12 **Situation du remplaçant**

Article 13 **De la qualité et du bon usage des soins**

Article 14 **Le respect du libre choix**

Article 15 **Les documents ouvrant droit au remboursement des prestations**

Article 16 **Rédaction des ordonnances**

Article 17 **Facturation des honoraires**

Article 17.1 *Document de facturation*

Article 17.2 *Dispositions particulières liées à la réalisation d'actes en série*

Article 17.3 *Dispositions particulières liées à la réalisation d'un acte dans un établissement de santé*

Article 18 **Mode de fixation des honoraires**

Article 19 **Mise en œuvre de la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux**

Article 19.1 *Tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS*

Article 19.2 *Tiers payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d'une affection de longue durée (ALD)*

Article 19.3 *Autres Tiers payants*

TITRE IV – MODERNISER LES RELATIONS ENTRE LES SAGES-FEMMES ET L'ASSURANCE MALADIE

Article 20 **Les engagements de l'assurance maladie sur la gestion de la facturation des actes**

Article 21 **Modalités des échanges relatifs à la facturation à l'assurance maladie**

Article 21.1 *Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques*

Article 21.2 *L'utilisation de la carte de professionnel de santé*

Article 21.3 *L'utilisation de la carte Vitale*

Article 21.4 *Les règles de télétransmission de la facturation*

Article 21.5 *Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques*

Article 21.6 *Principe de numérisation et de télétransmission des ordonnances (dispositif SCOR)*

Article 21.7 *Tri et transmission des ordonnances en cas de non recours au dispositif SCOR*

Article 22 **Aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel**

Article 23 **Les autres procédures de facturation**

Article 23.1 *La feuille de soins SESAM « dégradé »*

Article 23.2 *La facturation via la feuille de soins sur support papier*

Article 23.3 *La simplification des échanges entre les sages-femmes et l'assurance maladie*

TITRE V - DISPOSITIONS SOCIALES ET FISCALES

Article 24 **Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés**

Article 25 **Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse**

Article 26 **Modalités de versement**

TITRE VI – VIE CONVENTIONNELLE

Article 27 **Durée de la convention**

Article 28 **La signature de la convention par une nouvelle partie**

Article 29 **Résiliation de la convention**

Article 30 **Notification de la convention**

Article 31 **Modalités d'adhésion**

Article 32 **Modalités de rupture d'adhésion**

Article 33 **Instances conventionnelles**

Article 33.1 *La Commission paritaire nationale*

Article 33.2 *Les commissions paritaires régionales*

Article 33.3 *Comité départemental de concertation et d'échange*

Article 33.4 *Observatoire conventionnel national des sages-femmes*

Article 34 **Procédures conventionnelles**

Article 34.1 *Non-respect des règles conventionnelles constaté par une caisse*

Article 34.2 *La procédure*

Article 34.3 *Les sanctions susceptibles d'être prononcées*

Article 34.4 *Procédure exceptionnelle de déconventionnement*

Article 34.5 *Condamnation par une instance ordinaire ou judiciaire*

Article 34.6 *Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur du présent accord*

ANNEXE I – TARIFS

ANNEXE II – MÉTHODOLOGIE DE CLASSIFICATION DES ZONES RELATIVES AUX SAGES-FEMMES LIBÉRALES

ANNEXE III – CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE À L'INSTALLATION DES SAGES-FEMMES DANS LES ZONES « TRÈS SOUS-DOTÉES » ET « SOUS-DOTÉES »

ANNEXE IV – CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE À LA PREMIÈRE INSTALLATION DES SAGES-FEMMES DANS LES ZONES « TRÈS SOUS-DOTÉES » ET « SOUS-DOTÉES »

ANNEXE V – CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE AU MAINTIEN DES SAGES-FEMMES DANS LES ZONES « TRÈS SOUS-DOTÉES » ET « SOUS-DOTÉES »

ANNEXE VI – CONTRAT INCITATIF SAGES-FEMMES

ANNEXE VII – MODÈLE DE FORMULAIRE D'ADHÉSION AU CONTRAT INCITATIF SAGE-FEMME

ANNEXE VIII – MODALITÉS DE CALCUL DE LA PARTICIPATION DES CAISSES AUX COTISATIONS SOCIALES DUES AU TITRE DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE, MATERNITÉ, DÉCÈS DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX CONVENTIONNÉS

ANNEXE IX – NUMÉRISATION ET TÉLÉTRANSMISSION DES ORDONNANCES

ANNEXE X – RÈGLEMENT INTÉRIEUR TYPE DES INSTANCES CONVENTIONNELLES

ANNEXE XI – COMMISSION DE HIÉRARCHISATION DES ACTES

Article 1^{er} **Rôle de la commission**

Article 2 **Composition de la commission**

Article 3 **Indemnisation des membres**

Article 4 **Règlement intérieur**

PRÉAMBULE

La sage-femme est un acteur central de la prise en charge de la santé génésique et périnatale des femmes.

Elle exerce son activité médicale en ville, dans les établissements de santé, et dans le secteur médico-social, en coordination avec les autres professionnels de santé.

La présente convention, négociée par l'UNCAM et les syndicats représentatifs des sages-femmes libérales, s'inscrit dans le cadre d'une volonté commune de consolider et de développer une pratique libérale de qualité, mieux valorisée et organisée, contribuant ainsi aux évolutions du système de santé pour renforcer la prise en charge en ambulatoire des femmes et de leurs enfants.

Afin de préserver le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie auquel elles sont attachées, les parties signataires entendent contribuer, chacune pour leur part, à la qualité des soins et au bon usage des ressources qui lui sont consacrées par la collectivité.

Les partenaires conventionnels s'accordent sur l'importance de garantir à tous les assurés sur l'ensemble du territoire l'accès aux soins de sages-femmes en préservant et en améliorant l'offre de soins. A ce titre, ils conviennent de renforcer les mesures démographiques mises en place pour favoriser l'exercice des sages-femmes dans les zones déficitaires et maintenir un dispositif de régulation de l'offre en zone excédentaire, en tenant compte des spécificités de la profession.

L'amélioration de l'état de santé de la population passe également par une politique volontariste axée sur la prévention. Les partenaires conventionnels conviennent ainsi de la nécessité de valoriser l'investissement des sages-femmes dans la prévention et la promotion de la santé auprès des femmes tout au long de leur vie.

Les partenaires conventionnels reconnaissent le rôle significatif des sages-femmes dans le virage ambulatoire qu'il convient de poursuivre et de renforcer par la valorisation des actes répondant à des enjeux de santé publique, de prévention et de qualité de prise en charge.

Les partenaires conventionnels souhaitent également réaffirmer la place essentielle des sages-femmes dans l'accompagnement des futures mères tout au long de la grossesse et après la naissance.

Afin de répondre aux attentes des patients pour un accès aux soins de qualité et d'une prise en charge en ambulatoire, l'assurance maladie et les représentants des sages-femmes libérales conviennent de la nécessité de

poursuivre dans la convention l'accompagnement des évolutions de la profession, le soutien aux pratiques de coopération efficaces et de conforter la place des sages-femmes dans la prise en charge coordonnée des femmes avec les autres professionnels de santé.

Dans ce cadre, ils souhaitent favoriser les outils, les systèmes d'information et les conditions de travail permettant aux sages-femmes libérales d'échanger avec les autres acteurs du système de santé pour assurer de manière efficace la prise en charge coordonnée des patients.

Au regard de l'évolution de la profession, les partenaires conventionnels s'attachent à poursuivre la convergence tarifaire pour les actes à compétence partagée entre les médecins et les sages-femmes.

Le présent accord s'attache enfin à actualiser les conditions d'exercice des sages-femmes libérales, simplifier les processus et les échanges entre ces professionnelles et l'assurance maladie. Ce cadre négocié est un levier important d'accompagnement et de soutien, dans la durée, à la transformation des organisations et des pratiques.

Les dispositions du présent texte trouveront leur adaptation au fur et à mesure de l'évolution des textes régissant l'exercice professionnel.

TITRE PRÉLIMINAIRE

PORTÉE DE LA CONVENTION NATIONALE

Article 1^{er}

Objet de la convention

La présente convention a pour objet :

- de rassembler les principes, modalités et procédures appelés à régir les relations entre l'assurance maladie et les sages-femmes libérales ayant adhéré à la présente convention ;
- d'améliorer l'accès aux soins en sage-femme par le renforcement des mesures incitatives à l'installation dans les zones déficitaires ;
- de renforcer et développer la prévention et l'éducation sanitaire et l'éducation à la santé sexuelle autour de la jeune fille, des femmes tout au long de leur vie, des femmes enceintes, des accouchées, des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants, des hommes de l'entourage ;
- de valoriser à cet effet l'activité de prévention des sages-femmes et leur rôle d'acteur de la santé génésique et de la parentalité ;
- de valoriser l'activité des sages-femmes notamment par des adaptations de la nomenclature ;
- de développer et assurer la coordination des soins ;
- de rénover la vie conventionnelle ;
- de renforcer le développement du programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) tout en améliorant la sécurité du dispositif par l'incitation au contact anténatal ;
- de déterminer les modalités de facturation et de règlement des prestations remboursables par l'assurance maladie.

Article 2

Champ d'application de la convention

Les sages-femmes bénéficiaires des dispositions conventionnelles

La convention et ses avenants entrent en vigueur le lendemain de la publication de leurs arrêtés d'approbation.

Les sages-femmes placées sous le régime de la présente convention bénéficient des droits inscrits dans la convention et s'engagent à en respecter toutes les dispositions ainsi que celles des textes régissant l'exercice de la profession.

La présente convention s'applique aux sages-femmes exerçant à titre libéral, en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer, qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel, pour les soins dispensés au cabinet, au domicile du patient et, le cas échéant, dans les structures de soins, dès lors que celles-ci facturent à l'acte.

Sont exclues du champ d'application de la convention :

- les sages-femmes dispensant des actes au sein de locaux à finalité commerciale ou partagés avec des personnes exerçant une activité commerciale ;
- les sages-femmes salariées exclusives exerçant dans un établissement public ou privé d'hospitalisation, dans un établissement social ou médico-social ou dans un centre de santé.

La présente convention s'applique également aux organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire.

Sont désignés dans la présente convention comme les « caisses » et « l'assurance maladie », les organismes chargés de la gestion d'un régime d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique. Lorsque la seule caisse primaire ou caisse générale de sécurité sociale est visée, elle est réputée agir pour son compte et pour le compte de tous les organismes d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique.

Les engagements conventionnels s'imposent également aux sages-femmes qui exercent à la place d'une sage-femme conventionnée dans le cadre d'un remplacement. Dans ce cas, la sage-femme conventionnée informe les intéressés de l'obligation qui leur incombe de respecter les dispositions conventionnelles.

Les caisses d'assurance maladie s'engagent à respecter toutes les dispositions prévues par la présente convention et les textes réglementaires régissant l'exercice de la profession.

Les patients bénéficiaires des dispositions conventionnelles

Les dispositions conventionnelles bénéficient à l'ensemble des ressortissants relevant des risques garantis par les régimes d'assurance maladie obligatoire, y compris le régime de la couverture maladie universelle, et celui des accidents du travail et des maladies professionnelles.

TITRE I^{er}

CONFORTER L'ACCÈS AUX SOINS

Article 3

Dispositif démographique applicable aux sages-femmes

Les parties signataires confirment leur souhait de lutter contre les inégalités d'accès aux soins et d'apporter une réponse adaptée aux besoins en soins de la population sur l'ensemble du territoire.

Les parties signataires constatent qu'il existe encore des disparités géographiques d'offre de soins en sages-femmes, qui peuvent conduire, dans les zones à faible densité, à des difficultés d'accès aux soins pour les patients.

Dès lors, les parties signataires s'engagent à poursuivre la réduction progressive de ces disparités en renforçant de manière significative le dispositif incitatif proposé aux sages-femmes pour les encourager à s'installer dans les zones très sous-dotées et sous-dotées définies ci-après.

Les parties signataires conviennent également de poursuivre les mesures de régulation démographique sur l'ensemble du territoire en incitant à l'installation et au maintien en zone déficitaire et en régulant l'accès au conventionnement dans les zones excédentaires.

Article 3.1

Zonage démographique des sages-femmes

Les partenaires conventionnels ont mené des travaux afin de rénover la méthodologie de classification des zones dans lesquelles les partenaires conventionnels ont défini des mesures d'incitation en vue d'une meilleure répartition géographique de l'offre de soins en sage-femme. Ils s'engagent également à suivre annuellement l'évolution du zonage en fonction de la mise à jour des données et proposer des mesures d'adaptations du zonage si nécessaire, dans le cadre de l'observatoire conventionnel national.

L'objectif poursuivi par les partenaires conventionnels est d'utiliser la méthodologie de l'Accessibilité potentielle localisée (APL) développée par la DREES.

Ils proposent donc de retenir la méthode suivante et complétée en annexe 2 pour déterminer les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins en sages-femmes ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, définies à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Les nouveaux zonages entreront en vigueur sous réserve de la publication des arrêtés prévus par l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Article 3.1.1

Délimitation des zones

Le territoire national est divisé en bassins de vie pseudo-cantons classés en cinq catégories de zones définies par la méthode figurant en annexe 2.

Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique sont les « zones sur-dotées » et « zones très-dotées ».

Les « zones sur-dotées » correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent 12,5 % de la population féminine française totale pour lesquels l'indicateur APL est le plus élevé.

Les « zones très-dotées » correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons qui recouvrent 9,4 % de la population féminine française totale pour lesquels l'indicateur APL est inférieur à celui des zones « sur-dotées ».

Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, sont divisées en deux catégories : les « zones très sous-dotées » et les « zones sous-dotées ».

Les « zones très sous-dotées » et « sous-dotées » correspondent aux bassins de vie pseudo-cantons pour lesquels l'indicateur APL est le plus bas, soit ceux qui recouvrent 17,5 % de la population féminine française totale.

Les autres bassins de vie ou pseudo-cantons sont classés en zones « intermédiaires ».

Article 3.1.2

Modulations des zones à l'échelon régional

Si les caractéristiques d'une zone le justifient, l'arrêté de l'agence régionale de santé définissant le zonage peut modifier le classement en zones « sous-dotées » et « sur-dotées » selon les dispositions suivantes et après concertation prévue à l'article R. 1434-42 du code de la santé publique et avis de la commission paritaire régionale prévue à la convention nationale des sages-femmes.

A. – Modulation régionale des « zones sur-dotées »

L'arrêté de l'ARS définissant le zonage peut modifier les bassins de vie ou pseudo-cantons qualifiés de « zones sur-dotées » en les sélectionnant parmi les bassins de vie ou pseudo-cantons pour lesquels l'indicateur APL est le plus élevé.

Le reclassement de bassins de vie ou pseudo-cantons en « zone sur-dotée » engendre le basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons initialement classés en « zone sur-dotée » vers un classement en « zone très-dotée ».

Les bassins de vie ou pseudo-cantons ainsi qualifiés par l'ARS de « zones sur-dotées » doivent recouvrir la même part de la population régionale que les zones initialement classées en « zones sur-dotées » avant intervention de l'ARS.

B. – Modulation régionale des « zones sous-dotées »

L'arrêté de l'ARS définissant le zonage peut modifier les bassins de vie ou pseudo-cantons qualifiés de « zones sous-dotées » en les sélectionnant parmi les bassins de vie ou pseudo-cantons qualifiés de « zones intermédiaires ».

Le reclassement de bassins de vie ou pseudo-cantons en « zones sous-dotées » engendre le basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons initialement classés en « zones sous-dotées » vers un classement en « zones intermédiaires ».

Les bassins de vie ou pseudo-cantons ainsi qualifiés par l'ARS de « zones sous-dotées » doivent recouvrir la même part de la population régionale que les zones initialement classées

« zones sous-dotées » avant intervention de l'ARS.

Article 3.2

Dispositifs d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées »

Les parties signataires souhaitent parvenir à une meilleure offre de soins en sages-femmes sur le territoire afin de garantir une réponse adaptée aux besoins de soins de la population.

Les parties signataires estiment nécessaire, par des mesures structurantes, de privilégier l'implantation des sages-femmes libérales dans les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées » et de favoriser le maintien de l'activité des sages-femmes qui y sont d'ores et déjà installées.

Article 3.2.1

Contrats incitatifs sage-femme (CISF)

Article 3.2.1.1

Contrat type national d'aide à l'installation des sages-femmes dans les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées »

Le contrat type national d'aide à l'installation des sages-femmes dans les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées » est défini en annexe 3 du présent texte.

a) Objet du contrat

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des sages-femmes libérales en zones « très sous-dotées » et « sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire pour les accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc.).

b) Bénéficiaires du contrat

Ce contrat est proposé aux sages-femmes libérales conventionnées s'installant dans une zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Pour une même sage-femme, le contrat d'aide à l'installation n'est cumulable ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.2.1.3 du présent texte, ni avec le contrat d'aide à la première installation défini à l'article 3.2.1.2. Au terme du contrat d'aide à l'installation, la sage-femme pourra demander à bénéficier du contrat d'aide au maintien.

Ce contrat est d'une durée de cinq ans. Une sage-femme ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation.

A titre dérogatoire, en cas de déménagement de la sage-femme dans une autre zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée », le contrat est maintenu dans la nouvelle zone pour la durée restant à courir.

c) Engagements de la sage-femme

En adhérant au contrat, la sage-femme s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévu au présent texte ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans la zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
- à réaliser un minimum de deux jours d'activité libérale par semaine la première année et trois jours par semaine les années suivantes, pour obtenir le montant maximal de l'aide ;
- en cas d'exercice individuel, à recourir, autant que possible, à des sages-femmes remplaçantes, assurant la continuité des soins en son absence.

d) Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

La sage-femme adhérant au contrat bénéficie d'une aide forfaitaire de l'assurance maladie à l'installation d'un montant de 28 000 euros au maximum.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- au titre de la première année, 9 500 euros, versés à la date de signature du contrat, pour une activité libérale d'au moins deux jours par semaine à titre libéral ; pour la sage-femme exerçant entre un à deux jours par semaine à titre libéral, le montant est proratisé sur la base de 100 % versé pour une activité libérale de deux jours par semaine, soit 4 750 € pour une activité libérale d'un jour par semaine ;
- au titre de la deuxième année, 9 500 euros versés à la date anniversaire du contrat, pour une activité d'au moins trois jours par semaine à titre libéral ; pour la sage-femme exerçant une activité libérale entre un jour et demi à trois jours par semaine, le montant est proratisé sur la base de 100 % versé pour une activité libérale de trois jours par semaine, soit 4 750 € pour 1,5 jour d'activité libérale par semaine, 6 333 € pour une activité libérale de 2 jours par semaine ;
- et ensuite les trois années suivantes, 3 000 euros par année, versés avant le 30 avril de l'année civile suivante, sans proratisation en fonction de l'activité.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

e) Résiliation du contrat

La sage-femme peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par la sage-femme.

En cas d'absence de respect par la sage-femme de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

La sage-femme dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à la sage-femme la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 3.2.1.2

Contrat type national d'aide à la première installation des sages-femmes dans les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées »

Le contrat type national d'aide à la première installation des sages-femmes dans les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées » est défini en annexe 4 du présent texte.

a) Objet du contrat

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des sages-femmes libérales débutant leur exercice professionnel en zones « très sous-dotées » ou « sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire majorée visant à les accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc.).

b) Bénéficiaires du contrat

Ce contrat est proposé aux sages-femmes libérales s'installant dans une zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » telle que définie en application du 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique et sollicitant pour la première fois leur conventionnement auprès de l'assurance maladie.

Pour une même sage-femme, le contrat d'aide à la première installation n'est cumulable ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.2.1.3 du présent texte, ni avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 3.2.1.1. Au terme du contrat d'aide à la première installation, la sage-femme pourra demander à bénéficier du contrat d'aide au maintien, si elle continue à exercer dans la zone.

Ce contrat est d'une durée de cinq ans. Une sage-femme ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à la première installation.

c) Engagements de la sage-femme

En adhérant au contrat, la sage-femme s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévu au présent texte ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans la zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
- à réaliser un minimum de deux jours d'activité libérale par semaine la première année et trois jours par semaine les années suivantes pour obtenir le montant maximal de l'aide ;
- en cas d'exercice individuel, à recourir, autant que possible, à des sages-femmes remplaçantes, assurant la continuité des soins en son absence.

d) Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

La sage-femme adhérant au contrat bénéficie :

- d'une aide forfaitaire de l'assurance maladie à l'installation d'un montant de 38 000 euros au maximum.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- au titre de la première année, 14 500 euros versés à la date de signature du contrat, pour une activité libérale d'au moins deux jours par semaine à titre libéral ; pour la sage-femme exerçant entre un à deux jours par semaine à titre libéral, le montant est proratisé sur la base de 100 % versé pour une activité libérale de deux jours par semaine, soit 7 250 € pour une activité libérale d'un jour par semaine ;
- au titre de la deuxième année, 14 500 euros versés à la date anniversaire du contrat, pour une activité d'au moins trois jours par semaine à titre libéral ; pour la sage-femme exerçant une activité libérale entre un jour et demi à trois jours par semaine, le montant est proratisé sur la base de 100 % versé pour une activité libérale de trois jours par semaine, soit 7 250 € pour 1,5 jour d'activité libérale par semaine, 9 666 € pour une activité libérale de 2 jours par semaine ;
- et ensuite les trois années suivantes 3 000 euros par année, versés avant le 30 avril de l'année civile suivante, sans proratisation en fonction de l'activité.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

e) Résiliation du contrat

La sage-femme peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par la sage-femme.

En cas d'absence de respect par la sage-femme de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

La sage-femme dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à la sage-femme la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 3.2.1.3

Contrat type national d'aide au maintien des sages-femmes dans les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées »

Le contrat type national d'aide au maintien des sages-femmes dans les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées » est défini à l'annexe 5 du présent texte.

a) Objet du contrat

Le contrat a pour objet de favoriser le maintien des sages-femmes libérales en zones « très sous-dotées » et « sous-dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire.

b) Bénéficiaires du contrat

Ce contrat est proposé aux sages-femmes libérales conventionnées installées dans une zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » telle que définie au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Pour une même sage-femme, le contrat d'aide au maintien n'est pas cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 3.2.1.1 du présent texte, ni avec le contrat d'aide à la première installation défini à l'article 3.2.1.2. Au terme du contrat d'aide à l'installation et du contrat d'aide à la première installation, la sage-femme pourra demander à bénéficier du contrat d'aide au maintien.

Ce contrat est d'une durée de trois ans et renouvelable par tacite reconduction.

c) Engagements de la sage-femme

En adhérant au contrat, la sage-femme s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévu au présent texte ;
- à exercer pendant une durée minimale de trois ans dans la zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
- à percevoir des honoraires minimum équivalent à 5 % des honoraires moyens de la profession en France ;
- en cas d'exercice individuel, à recourir, autant que possible, à des sages-femmes remplaçantes, assurant la continuité des soins en son absence.

d) Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

La sage-femme bénéficie d'une aide forfaitaire de 3 000 euros par an au titre du maintien. Elle est versée au titre de chaque année avant le 30 avril de l'année civile suivante.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

e) Résiliation du contrat

La sage-femme peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par la sage-femme.

En cas d'absence de respect par la sage-femme de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

La sage-femme dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à la sage-femme la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 3.2.2

Dispositifs communs aux contrats incitatifs sages-femmes

a) Modulation possible par l'agence régionale de santé du contrat type régional

L'agence régionale de santé peut décider de majorer les aides forfaitaires à l'installation, à la première installation ainsi qu'au maintien pour les sages-femmes adhérant aux contrats incitatifs sages-femmes exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en sages-femmes parmi les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées » telles que prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20 % des zones « très sous-dotées » ou « sous-dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20 % du montant des aides définies dans les différents contrats types annexés au présent texte.

b) Articulation du contrat type national avec les contrats types régionaux

Les contrats incitatifs sages-femmes types nationaux sont définis aux annexes 3 à 5 du présent texte conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS après appréciation des éventuelles aides existantes dans la région pour soutenir cette activité conformément aux dispositions des contrats types nationaux. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale prévue dans les contrats types nationaux sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre la sage-femme, la caisse d'assurance maladie et l'ARS, conforme aux contrats types régionaux est proposé aux sages-femmes éligibles.

c) Dispositions transitoires

Contrats incitatifs sage-femme conclus dans le cadre de l'avenant n° 1

A compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs sages-femmes conclus dans le cadre de l'avenant n° 1 à la convention nationale et repris en annexe 6 du présent texte.

Les contrats incitatifs sages-femmes en cours, conclus dans le cadre de l'avenant n° 1 de la convention nationale et repris en annexe 6 perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance.

Afin d'assurer une neutralité financière aux sages-femmes dans le cadre des réformes en cours sur les cotisations sociales et également pour garantir aux professionnels une meilleure lisibilité des aides versées, l'aide versée au titre de la participation aux cotisations sociales est convertie en un montant forfaitaire, conformément au point 4 de l'annexe 6. Un avenant aux contrats incitatifs sages-femmes en cours est conclu pour acter cette modification applicable à compter du 1^{er} janvier 2018.

Nouveaux contrats incitatifs sages-femmes issus du présent texte

A titre dérogatoire, les partenaires conventionnels conviennent qu'une sage-femme qui s'installe en libéral, dans l'année précédant l'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux, peut bénéficier de l'adhésion aux contrats d'aide à l'installation et d'aide à la première installation définis en annexes 3 et 4 du présent texte.

d) Conséquences d'une modification des zones éligibles aux contrats incitatifs

Par dérogation, les contrats conclus sur la base des modèles de contrats définis dans le présent texte par des sages-femmes ne se trouvant plus dans les zones éligibles aux contrats incitatifs à la suite de la publication de l'arrêté du directeur général de l'ARS, se poursuivent jusqu'à leur terme.

Article 3.3

Conventionnement en zone « sur-dotée »

Article 3.3.1

Conventionnement de la sage-femme échographiste en zone sur-dotée

Est considérée comme une sage-femme échographiste, une sage-femme qui a une activité quasi-exclusive en échographie.

Le dossier de la sage-femme échographiste est examiné dans les mêmes conditions qu'un dossier de demande de conventionnement dans les zones définies comme non « sur-dotées ». Ces sages-femmes ne sont pas soumises aux règles de conventionnement en zone sur-dotée.

Article 3.3.2

Modalités de gestion des demandes de conventionnement des sages-femmes en « zone sur-dotée »

Le principe de régulation du conventionnement s'applique uniquement dans les « zones sur-dotées ».

Le conventionnement est accordé par un organisme d'assurance maladie à une sage-femme dans une « zone sur dotée » uniquement si une autre sage-femme a préalablement mis fin à son activité conventionnée dans cette même zone.

a) Formalités de demande de conventionnement en « zone sur-dotée »

La sage-femme envoie sa demande de conventionnement à l'organisme d'assurance maladie compétent, par lettre recommandée avec accusé de réception. Dans ce courrier, l'auteur de la demande précise ses nom et prénom, le lieu et les conditions d'installation projetées.

La sage-femme peut apporter toute pièce qu'elle estime utile pour étayer sa demande.

Si la sage-femme reprend l'activité d'une ou d'un confrère, qui la désigne nommément comme son successeur, le demandeur produit une attestation rédigée par ce confrère.

Dans l'hypothèse où le demandeur souhaite s'installer dans le cadre d'une activité de groupe, il peut produire une attestation de ses potentiels associés attestant de leur souhait de s'associer avec lui.

b) Décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie notifie à la sage-femme concernée sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande.

A défaut de réponse dans ce délai, la décision du directeur est réputée acceptée.

La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

c) Effet du conventionnement

Le conventionnement ne peut être accordé par un organisme d'assurance maladie à une sage-femme dans une « zone sur-dotée » que si une autre sage-femme a préalablement mis fin à son activité conventionnée dans cette même zone.

Article 3.3.3

Dérogations au principe de régulation du conventionnement en « zones sur dotées »

a) Dérogations au principe de régulation liée à la vie personnelle de la sage-femme et effet de ce conventionnement

En l'absence de départ préalable d'un(e) confrère conventionné(e) dans la zone « sur dotée », le conventionnement peut être accordé à titre exceptionnel dans les cas suivants liés à la vie personnelle de la sage-femme, dûment attestés :

- situation médicale grave du conjoint, d'un enfant ou d'un ascendant direct ;
- mutation professionnelle du conjoint ;
- situation juridique personnelle (exemple : divorce, garde d'enfant partagée...) entraînant un changement d'adresse professionnelle ;
- nécessité pour des raisons personnelles, familiales ou professionnelles pour une sage-femme libérale exerçant dans une zone sur-dotée de réduire significativement et durablement son activité d'au moins 50 % par rapport à son activité observée au cours des deux années précédentes. Cette réduction d'activité doit durer au moins deux ans. Ainsi, dans ce contexte, elle pourra faire appel à une collaboratrice ou une associée pour prendre en charge la patientèle restante et permettre la continuité des soins au sein du cabinet existant, pour au minimum la durée de réduction d'activité de la sage-femme titulaire du cabinet.

b) Effet du conventionnement

Lorsqu'un conventionnement est accordé dans une « zone sur-dotée » au titre d'une des dérogations prévues ci-dessus, la cessation d'activité conventionnée suivante d'une sage-femme dans la zone concernée n'ouvre pas droit à un nouveau conventionnement dans cette zone.

Cette dernière disposition ne s'applique pas dans le cas d'une sage-femme cessant définitivement son activité et ayant désigné nommément son successeur.

Enfin, le conventionnement à titre dérogatoire est valable uniquement dans la zone « sur-dotée » dans laquelle le conventionnement a été accordé. Le conventionnement est maintenu en cas de déménagement dans la même zone.

c) Dérogation au principe de régulation liée à une offre insuffisante de soins spécifiques et effet de ce conventionnement

En l'absence de départ préalable d'un(e) confrère conventionné(e) dans la zone « sur dotée », le conventionnement peut aussi être accordé à titre exceptionnel, à une sage-femme qui justifie d'une activité spécifique d'accompagnement global de la grossesse, incluant le suivi de la grossesse, l'accouchement, et la prise en charge après la naissance.

Pour en bénéficier, la sage-femme demandeur s'engage à réaliser, dans le cadre de cet exercice particulier, 50 % d'actes correspondant à l'activité spécifique pour laquelle le conventionnement lui a été accordé à titre dérogatoire dans la zone « sur-dotée ». Seront considérés comme actes entrant dans le cadre de cet exercice particulier les actes suivants : le suivi de grossesse, la préparation à la naissance et à la parentalité, l'accouchement, la consultation post-natale, le suivi du post-partum...

La caisse procédera annuellement à l'analyse de l'activité de la sage-femme afin de vérifier le respect de cet engagement.

En cas de constat par la caisse du non-respect par la sage-femme des modalités d'exercice ayant permis le conventionnement à titre dérogatoire, cette dernière pourra engager une procédure afin de suspendre son conventionnement dans la zone « sur-dotée », conformément aux dispositions de la présente convention.

Par décision de la CPN votée à la majorité des deux-tiers, d'autres activités pourront être ajoutées ultérieurement à la liste des activités spécifiques permettant une dérogation au principe de régulation.

d) Effet du conventionnement

Lorsqu'un conventionnement est accordé dans une zone sur-dotée au titre de la présente dérogation, la cessation d'activité conventionnée suivante d'une sage-femme dans la zone concernée ouvre droit à un nouveau conventionnement dans cette zone.

Article 3.3.4

Modalités de gestion des demandes de conventionnement
à titre dérogatoire en zone sur-dotée

Seuls les dossiers portant sur la dérogation de réduction d'activité définie à l'alinéa 4 du a) de l'article 3.3.3 du présent texte sont examinés en CPR pour avis.

Les autres demandes de conventionnements entrant dans les cas de dérogations prévus à l'article 3.3.3 du présent texte ne sont pas soumises à l'avis de la CPR, et suivent la procédure décrite à l'article 3.3.2 du présent texte.

a) Formalités de demande de conventionnement

La sage-femme envoie sa demande de conventionnement à l'organisme d'assurance maladie compétent, par lettre recommandée avec accusé de réception. Dans ce courrier, l'auteur de la demande précise ses nom et prénom, le lieu et les conditions d'installation projetées.

La sage-femme peut apporter toute pièce qu'elle estime utile pour étayer sa demande.

Si la sage-femme reprend l'activité d'une ou d'un confrère, qui la désigne nommément comme son successeur, le demandeur produit une attestation rédigée par ce confrère.

Dans l'hypothèse où le demandeur souhaite s'installer dans le cadre d'une activité de groupe, il peut produire une attestation de ses potentiels associés attestant de leur souhait de s'associer avec lui.

b) Avis de la commission paritaire régionale

Dans un délai maximal de trente jours à compter de la réception du dossier complet, le directeur de l'organisme d'assurance maladie saisit la commission paritaire régionale (CPR) pour avis et informe la sage-femme de cette saisine. Il transmet à la CPR les éléments du dossier de demande de conventionnement.

La CPR rend alors un avis dans un délai de trente jours suivant sa saisine. Elle peut demander des compléments d'information et à entendre la sage-femme. La sage-femme peut également être entendue si elle en exprime le souhait.

Cet avis est rendu à la majorité des deux-tiers des membres de la CPR.

A défaut d'avis rendu dans le délai suivant la saisine, celui-ci est réputé rendu favorablement.

c) Décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie notifie à la sage-femme concernée sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement, lorsqu'elle est conforme à l'avis de la CPR, dans un délai de quinze jours suivant l'avis.

La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette décision ainsi que les différents avis rendus sont fondés sur des critères objectifs tenant compte des conditions d'installation projetées (reprise d'un cabinet, intégration dans un cabinet de groupe, diminution d'activité...) dans un objectif de continuité de la prise en charge de l'activité assurée par la sage-femme diminuant son activité et d'intégration avec les autres professionnels dans la zone considérée.

d) Procédure en cas de différence entre le projet de décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie et l'avis rendu par la CPR

Quand le projet de décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) est différent de l'avis rendu par la CPR, la commission paritaire nationale (CPN) est saisie de ce projet sous quinze jours suivant la décision du directeur par la caisse primaire d'assurance maladie. La sage-femme et la CPR sont tenus informés de cette saisine.

La CPN dispose alors d'un délai de trente jours pour rendre un avis, par un vote à la majorité des deux tiers des voix des membres de la commission. En l'absence d'avis rendu par la CPN dans ce délai, un avis conforme à la décision du directeur de la CPAM est réputé rendu favorable.

Si la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de la CPAM, elle le transmet au directeur de la CPAM dans un délai d'un mois à compter de la saisine.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de la caisse primaire, le secrétariat de la CPN sollicite dans les trente jours le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) pour décision. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, dans les quinze jours, au directeur de la CPAM la décision du directeur général de l'UNCAM, accompagnée de l'avis de la CPN.

Le directeur de la CPAM notifie alors à la sage-femme, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de quinze jours suivant la transmission du ou des avis. Il en adresse une copie aux membres de la CPR.

Article 4

Suivi du rééquilibrage de l'offre de soins en sage-femme sur le territoire et accompagnement du dispositif

Article 4.1

Suivi du dispositif démographique

Un suivi du dispositif démographique sera réalisé, au moins une fois par an, en Commission paritaire nationale et en Commission paritaire régionale.

Un bilan annuel des refus de conventionnement et des conventionnements accordés en zone sur-dotée sera présenté par département chaque année au cours du 1^{er} trimestre de l'année suivante en CPN.

Une évaluation de la portée du dispositif conventionnel de régulation démographique en termes d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des sages-femmes libérales exerçant dans les zones déficitaires et surdotées sera réalisée dans le cadre de l'observatoire conventionnel.

D'autre part, l'UNCAM s'engage à transmettre aux représentants de la section professionnelle les mises à jour annuelles du zonage réalisées par la DREES.

Article 4.2

Accompagnement du dispositif

Les parties signataires conviennent de poursuivre les actions d'information sur le thème de la répartition démographique de la profession auprès des sages-femmes souhaitant s'installer en libéral sous convention ainsi qu'auprès des étudiants sage-femme dans le cadre de la formation initiale.

Les parties signataires s'entendent ainsi pour diffuser largement les constats réalisés au niveau régional en matière de répartition démographique des sages-femmes libérales, notamment le classement des bassins de vie, ainsi que les différents types d'aides disponibles pour l'installation, émanant aussi bien de l'Etat, des collectivités territoriales que de l'assurance maladie.

TITRE II

**PRÉVENTION, COORDINATION ET VALORISATION
DE L'ACTIVITÉ DES SAGES-FEMMES**

La convention doit permettre de garantir l'accès de tous à des soins de qualité. Du fait de leurs compétences médicales élargies, les sages-femmes ont vu l'accentuation de leur rôle, tant dans le suivi gynécologique de prévention qu'au cours de la grossesse, et dans le suivi postnatal de la mère et de l'enfant, permettant ainsi une optimisation de la prise en charge des patients dans le cadre d'un parcours défini et coordonné.

La loi de santé de 2004, de 2009, et plus récemment la loi de modernisation de notre système de santé sont venues par ailleurs renforcer le rôle des sages-femmes dans les actions de prévention (vaccination de la femme enceinte et de l'enfant élargie à l'entourage familial, prévention du tabagisme, des conduites addictives en général, prévention des cancers gynécologiques...).

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels s'accordent pour poursuivre le développement de dispositifs s'attachant à promouvoir et valoriser l'amélioration de la qualité des soins tout en favorisant le juste soin. Ils réaffirment la place essentielle des sages-femmes auprès des femmes, des nourrissons, des futures mères durant toute la grossesse, et de la santé génésique en lien avec les autres professionnels de santé. Et, pour améliorer la prise en charge globale de la maternité par les sages-femmes, un accompagnement dès le début de la grossesse est mis en place. Ce suivi permet de préparer la naissance, d'anticiper l'accueil du nouveau-né et le retour à la maison après l'accouchement.

Article 5

Implication des sages-femmes dans les programmes de prévention et promotion de la santé

Afin que les assurés sociaux puissent bénéficier d'actions de prévention et de promotion de la santé, les partenaires conventionnels entendent maintenir et renforcer l'engagement des sages-femmes dans les programmes de prévention, en cohérence avec la politique nationale de santé (lois de santé publique, plans de santé publique).

Il s'agit notamment des programmes de :

- dépistage des cancers (notamment sein et col de l'utérus) ;
- prévention des pathologies infectieuses aiguës (ex : vaccination) ;
- programmes dédiés à certaines populations (incitation à la prévention bucco-dentaire chez les femmes enceintes à partir du 4^e mois de grossesse, sevrage tabagique, facteurs de risque liés à la grossesse, accès à la contraception,...).

L'assurance maladie s'engage à communiquer largement sur les compétences des sages-femmes dans les programmes de prévention nationaux et territoriaux en lien avec leur champ de compétence.

Des actions permettant une amélioration de l'accès à la contraception et à la contraception d'urgence des mineures d'au moins quinze ans sont mises en place, conformément aux dispositions de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015, avec l'information des jeunes filles et des professionnels de santé :

- sur les évolutions en matière de secret des données de remboursement, et
- sur la suppression de la participation financière de l'assuré pour certains actes liés à la prescription contraceptive.

Dans ce cadre, et afin de répondre à certains enjeux de santé publique, les partenaires conventionnels souhaitent valoriser le rôle des sages-femmes en matière de prévention et de contraception auprès des jeunes filles.

Les comportements et situations à risques pendant la grossesse étant nombreux, les partenaires conventionnels conviennent de renforcer l'action des sages-femmes en début de grossesse pour prévenir certaines complications.

Article 6

Coordination des soins et programmes d'accompagnement après le retour à domicile

Article 6.1

L'accompagnement à domicile après l'accouchement

Les partenaires conventionnels, conscients de l'évolution des besoins des patientes, notamment du fait de la diminution des durées de séjour en maternité, réaffirment la nécessité de renforcer l'accompagnement des femmes et des nourrissons par une surveillance appropriée à leur domicile.

En 2010, avait été mis en place un dispositif d'accompagnement offrant aux femmes le souhaitant et à leur nouveau-né, un suivi à domicile renforcé et adapté en sortie d'hospitalisation par les sages-femmes libérales. Aujourd'hui, ce dispositif peut être proposé à tous les couples mère-enfant que l'équipe médicale de la maternité juge éligibles, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) de mars 2014.

Afin d'améliorer la fluidité du parcours et la qualité de la prise en charge, les besoins de la mère et du nouveau-né sont anticipés par la mise en relation de la patiente avec une sage-femme pour un suivi à domicile, dans le respect du principe du libre choix des patientes. Ainsi, lorsque la patiente a été suivie en anténatal par une sage-femme libérale, il convient, en accord avec la patiente, de l'orienter prioritairement vers cette professionnelle, sauf si cette dernière s'est déclarée indisponible.

La sage-femme qui accepte la prise en charge assure le suivi à domicile de la mère et du nouveau-né dans la semaine après la sortie d'hospitalisation et si possible dans les 48 heures suivant cette sortie conformément aux recommandations de la HAS.

Article 6.2.

L'accompagnement à domicile après l'accouchement en cas de sortie précoce

Les partenaires conventionnels ont mis en place, en 2015, une expérimentation du dispositif d'accompagnement à domicile après l'accouchement en cas de sortie précoce. Ils conviennent désormais d'étendre le dispositif à l'ensemble du territoire.

Ils rappellent par ailleurs la nécessité de préparer en amont la sortie de la maternité.

Ce dispositif est proposé aux couples mère-enfant que l'équipe médicale de la maternité juge éligibles, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) de mars 2014.

Afin d'assurer une prise en charge pertinente, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de développer un contact en anténatal entre la patiente et une sage-femme libérale de son choix. Ce contact anténatal permettra à la sage-femme d'expliquer les modalités de suivi à domicile afin d'anticiper le retour à domicile après l'accouchement. Il peut être réalisé dans le cadre du « bilan prénatal » ou de tout autre examen pendant la grossesse ou lors de séance de préparation à l'accouchement. Un rappel dans ce sens sera fait par l'assurance maladie dans les conventions signées avec les établissements. En outre, l'assurance maladie sensibilisera les assurées à ce nouvel acte via ses canaux de communication habituels. En particulier, elle s'attachera à :

- créer, sur son site ameli.fr, une rubrique dédiée à la sortie précoce avec une information sur le bilan prénatal ;
- informer les assurées de l'existence du bilan prénatal et de son contenu dans les différents descriptifs du parcours maternité émanant de l'assurance maladie (Mon compte assuré, guide maternité, calendrier de la grossesse, newsletter).

Lors de son hospitalisation, la mise en relation de la mère avec la sage-femme est assurée dans le respect du principe du libre choix des patientes. Lorsque la patiente a été suivie en anténatal par une sage-femme libérale, il convient, en accord avec la patiente, de l'orienter prioritairement vers cette professionnelle, sauf si cette dernière s'est déclarée indisponible.

La sage-femme libérale qui accepte la prise en charge assure le suivi à domicile de la mère et du nouveau-né, dans les 24 heures suivant la sortie d'hospitalisation, conformément aux recommandations de la HAS.

Dans l'attente de la mise en œuvre effective de la valorisation tarifaire des séances à domicile après sortie précoce, les rémunérations prévues dans le cadre de l'expérimentation perdurent, conformément aux dispositions du protocole signé le 4 mars 2015.

La mise en œuvre de ce suivi à domicile fera l'objet d'une communication adaptée auprès des assurés et des professionnels de santé (mise à jour du guide maternité, site internet « ameli.fr », newsletter...) afin de valoriser notamment le rôle des sages-femmes dans ce dispositif.

Cette communication fera l'objet d'une concertation préalable entre les partenaires conventionnels signataires.

Article 7

Valorisation du rôle des sages-femmes

Compte tenu de l'évolution des compétences des sages-femmes et de leur implication dans le système de soins, notamment auprès des femmes enceintes, les partenaires conventionnels s'accordent pour valoriser les pratiques et les actes répondant à des enjeux de santé publique et de qualité de la prise en charge. Ces nouvelles mesures de nomenclature permettront par ailleurs une meilleure identification des actes en NGAP des sages-femmes.

Article 7.1

Valorisation des évolutions de l'activité des sages-femmes libérales

Les partenaires conventionnels s'attachent à poursuivre la convergence tarifaire pour les actes à compétence partagée entre les médecins et les sages-femmes. Dans ce cadre, ils valorisent les échographies gynécologiques figurant en annexe 2 selon les tarifs associés. Ces tarifs seront applicables après intégration à la CCAM de l'activité des sages-femmes portant sur ces échographies sous réserve de l'adoption par l'UNCAM d'une décision modifiant la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie précisée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels s'accordent pour proposer d'adapter le contenu des actes suivants à l'évolution des pratiques et répondre ainsi aux besoins des patientes :

- le contenu et le libellé de l'examen défini jusque-là comme l'examen de fin de grossesse serait modifié et réalisable à partir de la 24^e SA (avec un maximum de deux, sauf en cas d'urgence dûment justifiée dans le compte rendu). Par ailleurs, il sera ouvert à la période entre 41SA et 41SA +6J, pendant laquelle il pourra être renouvelé autant que de besoin, selon les recommandations en vigueur. Une revalorisation de cet acte est proposée à hauteur de SF12,5 pour une grossesse simple et SF19,5 pour une grossesse multiple ;
- le contenu et le libellé de l'acte de préparation à la naissance et à la parentalité avec la suppression du terme « vulnérabilité ».

Ces nouvelles dispositions entreraient en vigueur, à l'expiration du délai fixé à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, et sous réserve de la modification de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale par décision UNCAM.

Enfin, les partenaires conventionnels s'accordent pour étudier les modalités de valorisation de l'accompagnement global dans le cadre d'un groupe de travail qui sera mis en place en 2018, en tenant compte notamment des premières évaluations réalisées sur l'expérimentation des maisons de naissance.

Article 7.2

Valorisation de l'activité des sages-femmes en matière de prévention

Les partenaires conventionnels conviennent d'ouvrir aux sages-femmes la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, dénommée CCP (Consultation de contraception et prévention), réalisée à tarif opposable et valorisée à hauteur de 46 euros.

Les partenaires conventionnels souhaitent également renforcer le rôle des sages-femmes en matière de prévention et de coordination au cours de la grossesse. Il s'agit d'informer précocement les patientes des changements dans les comportements à risque, de prévenir certains risques, notamment infectieux, de sensibiliser aux effets du tabagisme et de la consommation d'alcool...

Les partenaires conventionnels proposent de créer un nouvel acte à réaliser à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24^e semaine d'aménorrhée. Il intégrerait notamment une information sur la vaccination, sur toutes mesures de santé publique (conduites addictives...) ainsi que sur le bilan bucco-dentaire du 4^e mois et l'organisation du parcours de soins de la femme enceinte en pré, per et post-partum. A cette occasion, le contact anténatal pourra être établi. La sage-femme sensibilisera notamment la future mère sur les modalités de suivi à domicile afin d'anticiper le retour à domicile après l'accouchement. Il est proposé une valorisation à hauteur de SF12,6.

Ces nouvelles dispositions entreraient en vigueur, à l'expiration du délai fixé à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, et sous réserve de la modification de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale par décision UNCAM.

Article 7.3

Valorisations tarifaires

Afin d'accompagner l'engagement des sages-femmes dans le parcours de soins des femmes, en dehors de la grossesse comme pendant la grossesse, les partenaires conventionnels proposent de créer :

- une majoration conventionnelle (MSF) de 2 € applicable aux consultations (C) et aux visites (V) ;
- une majoration forfaitaire conventionnelle (DSP) de 25 € dans le cadre d'une sortie précoce après l'accouchement, facturable une fois en sus. Cette majoration prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire sera appliquée au premier forfait journalier de surveillance mère-enfant à domicile, lorsque celui-ci est réalisé dans les 24 h après une sortie précoce (< 72 h pour un accouchement par voie basse, < 96 h pour un accouchement par césarienne) et conforme aux recommandations HAS de 2014.

Ces mesures tarifaires entreraient en vigueur à l'expiration des délais fixés à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité d'offrir un suivi adapté au couple mère/enfant après l'accouchement en prolongeant à J12 le forfait journalier de surveillance à domicile pour la mère et l'(les) enfant(s). Cette mesure entrerait en vigueur à l'expiration des délais fixés à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, et sous réserve de la modification de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale par décision UNCAM.

En outre les partenaires conventionnels proposent de revaloriser :

- l'acte de rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback à hauteur de SF7,5.

Cette mesure tarifaire entrerait en vigueur au 1^{er} septembre 2019.

- l'observation et traitement d'une grossesse pathologique à hauteur de SF15,6 pour une grossesse simple et SF22,6 pour une grossesse multiple. Les deux actes de suivi de grossesse pathologique existants seraient fusionnés en un seul acte (suppression de la distinction « cabinet » et « domicile ») ;
- les partenaires conventionnels proposent d'ouvrir la majoration forfait modulable pour les actes d'accouchements (modificateur K) aux sages-femmes ;
- enfin, les partenaires conventionnels proposent un alignement sur la valeur des modificateurs d'urgences de la CCAM des gynécologues-obstétriciens pour les actes d'accouchement et de surveillance du travail (code CCAM « JQQP099 ») soient :
 - dimanche et jours fériés, le modificateur serait valorisé à hauteur de 40 € ;
 - entre 20 H et 00 H, le modificateur serait valorisé à hauteur de 50 € ;
 - entre 00 H et 08 H, le modificateur serait valorisé à hauteur de 80 €.

Ces nouvelles dispositions entreraient en vigueur à l'expiration des délais fixés à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, et sous réserve de la modification de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale par décision UNCAM.

TITRE III

MODALITÉS D'EXERCICE CONVENTIONNEL

Article 8

Démarche de la sage-femme auprès de la caisse lors de l'installation en libéral

Les sages-femmes qui souhaitent exercer leur activité sous forme libérale et facturer à l'assurance maladie les actes réalisés dans ce cadre effectuent les démarches nécessaires auprès de leur caisse de rattachement pour se faire enregistrer et obtenir un identifiant leur permettant d'effectuer cette facturation.

Il peut s'agir, soit d'un cabinet personnel, soit d'un cabinet de groupe, soit d'une société quelle que soit la forme juridique retenue. Les sages-femmes doivent faire connaître aux caisses les modifications intervenues dans leur mode d'exercice dans un délai de deux mois au maximum à compter de cette modification.

Les sages-femmes conventionnées qui souhaitent facturer à l'assurance maladie les actes réalisés dans le cadre d'un lieu d'exercice distinct du lieu d'exercice principal effectuent les démarches nécessaires auprès de la caisse du ressort du lieu d'exercice distinct, si elle est différente de celle du lieu d'exercice principal, afin d'obtenir un identifiant leur permettant d'effectuer cette facturation.

Article 9

**Démarche de la sage-femme auprès de la caisse
lors de la cessation d'activité en libéral**

La sage-femme qui cesse son activité libérale doit impérativement informer sa caisse de rattachement dans un délai de deux mois.

Lorsque la caisse constate que depuis au moins douze mois, la sage-femme n'a facturé aucun acte à l'assurance maladie, elle l'informe qu'elle suspend l'application de l'ensemble des dispositions conventionnelles. Cette disposition n'est pas applicable lorsque la sage-femme justifie cette cessation d'activité par un motif indépendant de sa volonté (ex : maladie, congé parental, congé de formation, etc.) dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du courrier de la caisse. La suspension prend fin par simple déclaration de reprise d'activité par le professionnel.

Article 10

Modalités d'exercice

Les sages-femmes placées sous le régime de la présente convention s'engagent à s'abstenir de tout moyen direct ou indirect de publicité.

Les sages-femmes salariées et leurs employeurs sont soumis, en matière de publicité, aux mêmes règles que celles applicables aux sages-femmes libérales.

Pour donner lieu à remboursement sur la base des tarifs conventionnels, les soins dispensés doivent être effectués, en dehors des cas de traitement à domicile, au sein de locaux distincts de tout local à finalité commerciale ou partagé avec des personnes exerçant une activité commerciale.

Article 11

Situation des sages-femmes exerçant au sein des sociétés d'exercice

Conformément aux dispositions réglementaires, dans les cabinets regroupant plusieurs professionnels exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique (SEL, SCM, etc.), l'exercice de la profession doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle.

Au sein des sociétés d'exercice, les sages-femmes, quel que soit leur statut, adhèrent individuellement à la convention et conservent individuellement le choix et le bénéfice des éventuelles options conventionnelles prévues par la présente convention.

L'exercice de la profession au sein de ces sociétés d'exercice y compris pour les salariés de ces sociétés est assimilé à de l'exercice libéral au sens de la présente convention sans préjudice des dispositions applicables en matière fiscale et sociale.

Article 12

Situation du remplaçant

La sage-femme, qui souhaite effectuer une activité de remplacement d'une sage-femme exerçant dans le cadre de la présente convention, effectue ses démarches auprès de la caisse de rattachement de son domicile pour se faire enregistrer.

Durant la période effective de son remplacement, la sage-femme remplacée s'interdit toute activité libérale rémunérée dans le cadre conventionnel.

La sage-femme remplacée vérifie que la sage-femme remplaçante remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention. Elle s'engage à porter à la connaissance de son remplaçant les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

Le remplaçant prend la situation conventionnelle du remplacé. En conséquence, la sage-femme remplaçante ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, une sage-femme déconventionnée.

Par ailleurs, une sage-femme interdite d'exercice ou de donner des soins aux assurés sociaux ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction.

L'activité du remplaçant est assimilée à celle du remplacé au regard de la facturation à l'assurance maladie.

A noter que la sage-femme remplaçante peut disposer de sa propre carte de professionnel de santé (CPS) pour facturer les soins. Dans ce cas, elle est identifiée comme l'exécutante des soins facturés sous le numéro de facturation assurance maladie de la sage-femme remplacée. Les parties signataires conviennent de la nécessité de mettre en œuvre les moyens permettant d'identifier et de suivre l'activité des remplaçants.

Article 13

De la qualité et du bon usage des soins

Les sages-femmes libérales ou salariées (en société d'exercice), placées sous le régime de la présente convention, s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession et à maintenir leur activité dans des limites telles que les patients bénéficient de soins suivis, consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science.

La sage-femme, conformément à ses compétences inscrites au code de la santé publique et sous réserve de respecter la réglementation en vigueur et les dispositions de la nomenclature (NGAP et CCAM), demeure libre du choix de la technique employée. Celle-ci ne peut donner lieu à un tarif supérieur au tarif conventionnel ou à un dépassement tarifaire (à l'exception des cas de dépassements tel que défini à la présente convention).

Les sages-femmes conventionnées participent, pour ce qui relève de leur exercice professionnel sous convention, à la politique de maîtrise médicalisée et de qualité des soins.

Article 14

Le respect du libre choix

Les assurés et leurs ayants droit ont le libre choix entre toutes les sages-femmes légalement autorisées à exercer en France et placées sous le régime de la présente convention.

Les caisses s'engagent à ne pas faire de discrimination entre les sages-femmes conventionnées et les autres praticiens ou professionnels conventionnés légalement habilités à dispenser les mêmes actes.

Les caisses s'engagent à donner à leurs ressortissants toute information utile sur la situation des sages-femmes de leur circonscription au regard de la présente convention.

Article 15

Les documents ouvrant droit au remboursement des prestations

Les sages-femmes s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents conformes aux modèles définis par la réglementation qu'ils soient transmis par voie électronique ou sur support papier.

L'assurance maladie adresse aux sages-femmes les différents imprimés et documents nécessaires à la facturation.

Lorsque ces documents ne sont pas pré-identifiés, les sages-femmes doivent y reporter leur identification personnelle et, le cas échéant, l'identifiant de la structure d'activité dans laquelle elles exercent. Ils doivent être correctement renseignés et comporter toutes les informations nécessaires prévues par la réglementation.

Seuls permettent un remboursement, les actes inscrits sur les listes citées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale dont les sages-femmes attestent qu'ils ont été dispensés et honorés.

Lorsqu'elle réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, la sage-femme est tenue de mentionner ces actes sur la feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu.

L'UNCAM s'engage à consulter les organisations syndicales nationales représentatives signataires préalablement à toute création ou modification d'imprimés nécessaires à l'application de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale.

Article 16

Rédaction des ordonnances

L'ensemble des mentions prévues par la réglementation en vigueur doivent apparaître lisiblement sur l'ordonnance.

L'ordonnance doit permettre l'identification de son auteur et contenir les informations suivantes :

- nom, adresse du prescripteur ;
- l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer ;
- l'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle est établie l'ordonnance ;
- le nom et le prénom du bénéficiaire ;
- la date de prescription ;
- la signature du prescripteur.

Les ordonnances sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision nécessaire. Elles doivent être conformes à la réglementation en vigueur.

La sage-femme formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions :

- de médicaments ;
- de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ;
- d'exams de laboratoire ;
- d'exams complémentaires strictement nécessaires à sa pratique.

En application de l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale, lorsqu'elle prescrit un dispositif médical non remboursable, la sage-femme en informe son patient et porte la mention « NR » sur l'ordonnance, en face du dispositif médical concerné.

Article 17

Facturation des honoraires

Seuls donnent lieu à un remboursement par l'assurance maladie les actes pour lesquels la sage-femme atteste qu'ils ont été dispensés et rémunérés, conformément à la réglementation en vigueur.

Lorsque les soins sont dispensés à titre gracieux, la sage-femme peut porter sur la feuille de soins la mention « acte gratuit ».

Article 17.1

Document de facturation

Lors de chaque acte, la sage-femme porte sur la feuille de soins ou le document de facturation toutes les indications prévues par la réglementation en vigueur.

Lorsqu'elle réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, la sage-femme est tenue de mentionner ces actes sur une feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu.

Lorsque la sage-femme réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, actes dits « hors nomenclature », elle n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support en tenant lieu, conformément à l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale.

Dans les situations où la sage-femme réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, elle porte les premiers sur la feuille de soins et les seconds sur un support différent.

La sage-femme est tenue d'inscrire, sur la feuille de soins ou le document de facturation, l'intégralité du montant des honoraires (y compris le DE défini au présent texte) qu'elle a perçu au titre des actes remboursables et en donne l'acquit par sa signature.

Elle ne donne l'acquit que pour les actes qu'elle a accomplis personnellement, et pour lesquels elle a perçu l'intégralité des honoraires dus, réserve faite dans ce dernier cas des dispositions relatives à la dispense d'avance des frais.

Article 17.2

Dispositions particulières liées à la réalisation d'actes en série

La prestation des soins, y compris lorsqu'il s'agit d'actes en série, doit être mentionnée au jour le jour, en utilisant la cotation prévue à la Nomenclature générale des actes professionnels ou le code de l'acte CCAM inscrit à la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

En cas d'actes en série, sous réserve de respecter les dispositions prévues au présent article, la sage-femme peut éventuellement donner l'acquit des honoraires lorsque la série des séances est achevée.

Article 17.3

Dispositions particulières liées à la réalisation d'un acte dans un établissement de santé

Pour les actes médicaux effectués en établissement de santé visé au *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans le cadre d'une hospitalisation avec ou sans hébergement, l'ensemble des actes dispensés ainsi que le montant correspondant des honoraires sont inscrits sur un support dit « bordereau de facturation » (bordereau S3404). Ce bordereau de facturation mentionne l'identifiant assurance maladie personnel de la sage-femme (numéro AM) pour permettre d'intégrer les actes réalisés au titre de l'activité libérale conventionnée.

Lorsque la sage-femme opte pour la dispense d'avance des frais, la part garantie par la caisse peut être versée selon son choix :

- soit globalement à un praticien ou à une société de praticiens ou à un groupement de praticiens exerçant dans l'établissement, désigné par l'ensemble des dispensateurs de soins ;
- soit individuellement à chaque praticien (par défaut).

Article 18

Mode de fixation des honoraires

L'assurance maladie et les représentants nationaux des sages-femmes ont entrepris une refonte de la nomenclature des actes techniques des sages-femmes à compétence partagée avec les médecins, pour permettre de disposer d'une classification commune des actes médicaux. Seuls les actes de soins infirmiers pouvant être réalisés par les sages-femmes, et les actes techniques spécifiques à l'activité de ces professionnelles demeurent inscrits à la NGAP.

La sage-femme établit ses honoraires conformément aux dispositions de la présente convention et aux tarifs en vigueur au jour de la réalisation de l'acte.

Les tarifs d'honoraires, frais accessoires, forfaits et les majorations correspondant aux soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés à l'annexe 1 du présent texte.

Les caisses s'engagent à rembourser les honoraires et frais de déplacement correspondant aux soins dispensés par les sages-femmes placées sous le régime de la présente convention, dans les conditions et sur la base des tarifs de la présente convention.

La sage-femme s'interdit tout dépassement en dehors des cas ci-après :

- circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient non liée à un motif médical (DE) ;
- déplacement non médicalement justifié en matière de soins de maternité et infirmiers (DD).

Dans ces cas, la sage-femme fixe ses honoraires avec tact et mesure et indique sur la feuille de soins le montant perçu ainsi que le motif du dépassement (DE ou DD).

La sage-femme fournit à l'assuré toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'assurance maladie et lui en indique notamment le montant et le motif.

Article 19

Mise en œuvre de la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux

Le législateur a fixé le cadre juridique dans lequel la dispense d'avance de frais bénéficie aux assurés, ainsi que les règles de garantie et de délais de paiement apportées à la sage-femme par les caisses d'assurance maladie, définies par l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale, et qui s'appliquent à l'ensemble des paiements réalisés en tiers payant, y compris dans les cas particuliers décrits ci-après.

Article 19.1

Tiers payant pour les bénéficiaires de l'ACS

Tiers payant intégral pour les patients disposant d'un contrat complémentaire sélectionné

Conformément à la réglementation, le tiers payant intégral (sur la part obligatoire et la part complémentaire) est proposé aux patients disposant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils ont souscrit un contrat complémentaire sélectionné par le ministère de la santé. Cette information figure dans la carte d'assurance maladie et dans l'attestation « tiers payant intégral » remise aux assurés.

Le règlement des dossiers s'effectue directement par la caisse à la sage-femme.

Tiers payant sur la part obligatoire pour les patients n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire sélectionné

Au-delà de ce cadre réglementaire, la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire est également accordée par la sage-femme aux personnes bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, mais qui n'ont pas encore souscrit de contrat complémentaire sélectionné par le ministère de la santé.

Le règlement des dossiers s'effectue directement par la caisse à la sage-femme.

Article 19.2

Tiers payant pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d'une affection de longue durée (ALD)

Conformément à la réglementation, la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire est également accordée par la sage-femme aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité.

La sage-femme ne peut, lorsqu'elle utilise cette procédure, appliquer les dispositions de la convention concernant le dépassement (DE ou DD).

Le règlement des dossiers s'effectue directement par la Caisse à la sage-femme.

Article 19.3

Autres tiers payants

La sage-femme peut pratiquer le tiers payant dans les cas de situations sociales particulières ou dans les cas de non-paiement direct par le patient même pour des patients ne relevant pas des cas ci-dessus.

TITRE IV

MODERNISER LES RELATIONS ENTRE LES SAGES-FEMMES ET L'ASSURANCE MALADIE

La simplification administrative, facteur de gain de temps pour les professionnels de santé dans leur exercice quotidien, réside notamment dans l'amélioration des relations directes qu'ils entretiennent avec leur caisse d'assurance maladie.

L'assurance maladie s'engage dans une démarche globale d'amélioration de sa qualité de service qui se décline au travers de différents axes :

- un engagement de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour harmoniser leurs procédures et faciliter la facturation des actes : garantie de paiement, délai de paiement, réduction des motifs de rejets de facturation, suivi de la facturation ;
- une évolution des outils proposés en matière de téléservices ;
- un accompagnement personnalisé avec des correspondants identifiés sur les différents sujets et une meilleure coordination et réactivité des différents interlocuteurs.

Article 20

Les engagements de l'assurance maladie sur la gestion de la facturation des actes

L'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie s'engagent à harmoniser leurs procédures pour faciliter la facturation des actes.

Les engagements de l'assurance maladie en matière de paiement et de suivi de facturation sont les suivants :

- la garantie de paiement sur la base des informations inscrites dans la carte Vitale du patient et ce, même si ce dernier n'a pas mis sa carte à jour ;
- les rejets liés aux droits des patients sont supprimés ; pour toute FSE réalisée avec une carte Vitale, les rejets liés aux droits des patients sont supprimés, quels que soient les changements de situation du patient : changement de régime ou de situation familiale, déménagement, etc ;
- en l'absence de carte Vitale, le service ADRi permet d'obtenir une situation de droit à jour pour le patient lors de l'établissement de la FSE, en accédant aux droits du patient figurant dans les bases de l'assurance maladie. Grâce à la protection universelle maladie pour l'ensemble des travailleurs et résidents en France, les patients bénéficient de droits continus à l'assurance maladie obligatoire ;
- la garantie d'être payé sous cinq jours ouvrés en cas de facturation en FSE. Si le délai de paiement des FSE (en mode sécurisé Vitale ou SESAM sans Vitale uniquement) excède sept jours ouvrés, une indemnité est versée par l'assurance maladie dans les conditions définies réglementairement. Chaque trimestre, les régimes obligatoires d'assurance maladie publient sur leur site internet les délais de paiement des FSE en tiers payant ;
- un meilleur suivi de la facturation avec un logiciel SESAM-Vitale à jour agréé « suivi des factures à partir de la norme NOEMIE 580 ». Le suivi des paiements est amélioré et les rapprochements comptables sont facilités. De même, les libellés de rejets de factures sont plus explicites et harmonisés entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article 21

Modalités des échanges relatifs à la facturation à l'assurance maladie

Article 21.1

Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques

La facturation des actes et prestations s'effectue par principe sous format électronique dit « système SESAM-Vitale » selon les conditions définies ci-après. En cas d'impossibilité, la facturation peut s'effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » ou de la feuille de soins sur support papier.

Les sages-femmes adhérant à la présente convention utilisent le service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale).

La facturation à l'assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions de la présente convention ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM Vitale et en utilisant une solution agréée CNDA ou homologuée GIE SESAM-Vitale.

Article 21.2

L'utilisation de la carte de professionnel de santé

La réalisation et l'émission de FSE conformément aux spécifications SESAM-Vitale nécessitent l'utilisation d'une carte de professionnel de santé (CPS).

Le coût des cartes de professionnel de santé délivrées dans ce cadre est pris en charge par les caisses, pour la durée de la présente convention. Il en va de même pour les cartes dites « de personnel d'établissement » (CPE) attribuées aux sages-femmes salariées, dans la limite d'une CPE par sage-femme.

Article 21.3

L'utilisation de la carte Vitale

La sage-femme consulte des informations sur l'assuré ou ses ayants droit au vu de la carte d'assurance maladie dite « Vitale ».

Dans le cas où l'assuré n'est pas en capacité de présenter sa carte Vitale, la sage-femme peut utiliser le service ADRi (Acquisition des Droits intégrée) pour obtenir une situation de droits à jour de son patient lors de l'établissement de la FSE, en accédant aux droits figurant dans les bases des organismes de l'assurance maladie.

L'appréciation du niveau de prise en charge par la caisse d'assurance maladie s'effectue à la date de soins.

Article 21.4

Les règles de télétransmission de la facturation

Article 21.4.1

L'équipement informatique des caisses d'assurance maladie

Les caisses s'engagent à maintenir un niveau et une qualité de service informatique afin d'assurer le règlement des FSE dans les conditions prévues par la présente convention.

Article 21.4.2

Equipement informatique de la sage-femme

La sage-femme met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour disposer des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur ;
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques et des pièces justificatives.

Article 21.4.3

Liberté de choix du réseau

La sage-femme a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel elle effectue la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE), sous réserve que la solution informatique soit agréée par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'assurance maladie, ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant un protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale.

La sage-femme a le libre choix de son fournisseur d'accès internet ou de tout service informatique dès lors qu'il est conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale, et compatible avec la configuration de son équipement. Les parties signataires mettent en œuvre les moyens nécessaires pour faire en sorte que les logiciels agréés SESAM-Vitale intègrent au minimum une interface qui les rende compatibles avec le plus grand nombre des fournisseurs d'accès internet.

Elle peut aussi recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et relatives à la confidentialité et l'intégrité des flux de FSE.

Cet organisme tiers, dont la sage-femme a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité de la sage-femme avec laquelle il conclut un contrat à cet effet.

Lorsqu'elle souhaite utiliser les services d'un OCT, la sage-femme doit impérativement s'assurer que les procédures mises en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de feuilles de soins électroniques, pour la part régime obligatoire.

Article 21.4.4

Respect des règles applicables aux informations électroniques

La sage-femme doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données notamment en matière de déclaration de fichiers.

Les dispositions de la présente convention ne font pas obstacle à des transmissions directes par la sage-femme à des organismes complémentaires. Un éclatement de FSE vers des organismes d'assurance maladie complémentaire peut être effectué, selon des modalités prévues par le cahier des charges SESAM-Vitale, par un OCT mandaté par la sage-femme.

Article 21.5

Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

Article 21.5.1

Etablissement des FSE

La télétransmission des FSE s'applique à l'ensemble des sages-femmes et des organismes d'assurance maladie du territoire national selon les règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions de la présente convention.

Article 21.5.2

Délai de transmission des FSE

La sage-femme s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés (article R.161-47 du code de la sécurité sociale), que le paiement s'effectue en paiement direct ou en dispense d'avance des frais.

Article 21.5.3

Délai de paiement en cas de dispense d'avance des frais

La caisse d'assurance maladie obligatoire traite les FSE et émet l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de cinq jours ouvrés, à compter du jour de la réception de l'accusé de réception logique (ARL positif). Si le délai de paiement excède sept jours ouvrés, une indemnité est versée aux sages-femmes dans les conditions définies réglementairement.

Article 21.5.4

Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais

Les organismes d'assurance maladie obligatoire s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés par la FSE, sur la base des informations relatives à la couverture maladie contenues dans la carte d'assurance maladie à la date des soins y compris lorsque les droits figurant en carte ne sont pas à jour.

Lorsque la caisse assume la responsabilité du règlement de la part relevant du régime complémentaire, elle supporte également, sur cette part, les obligations résultant de la garantie de paiement.

Utilisation du service ADRI (Acquisition des droits intégrée)

Pour fiabiliser la facturation, l'assurance maladie met à disposition un service intégré, service ADRI (Acquisition des droits intégrée au logiciel SESAM Vitale). Il permet de connaître la situation à jour des droits d'un patient grâce à un accès direct aux bases des organismes d'assurance maladie.

Article 21.5.5

Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique

En cas d'échec d'émission d'une FSE, la sage-femme fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus (article R.161-47 du code de la sécurité sociale).

En cas de nouvel échec de la télétransmission de la FSE et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, la sage-femme établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la feuille de soins électronique non transmise (numéros de FSE et de lot).

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais à l'assuré, la sage-femme signe le duplicata et le remet à l'assuré, ou l'adresse elle-même à la caisse d'affiliation de l'assuré en indiquant que l'assuré n'a pas pu signer la feuille de soins.

En cas de duplicata avec dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, la sage-femme adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré, le duplicata de la feuille de soins signé par elle-même et, si possible, par l'assuré ; à défaut, elle indique que l'assuré n'a pas pu signer.

Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, la sage-femme remplit une feuille de soins papier.

Article 21.6

Principe de numérisation et de télétransmission des ordonnances (dispositif SCOR)

Les parties signataires ont convenu de la nécessité de renforcer la télétransmission des échanges entre professionnels et assurance maladie, notamment en mettant en œuvre une dématérialisation des pièces justificatives

liées à la facturation, en cas de prescription émanant d'un autre praticien, afin de simplifier et de sécuriser les échanges entre professionnels de santé, caisses et service médical et d'optimiser la gestion du cabinet.

Les modalités du dispositif SCOR comprenant la numérisation des pièces justificatives, quel que soit le destinataire du règlement, pour les ordonnances originales exécutées par les sages-femmes quand elles émanent d'un autre praticien, et de leur transfert vers les organismes d'assurance maladie sont décrites en annexe 9.

Les parties signataires conviennent, dans l'attente de la mise en œuvre de la prescription électronique, de remplacer l'envoi du duplicata de l'ordonnance papier par l'envoi d'une ordonnance numérisée, télétransmise vers un serveur informatique dédié, conformément aux modalités définies à l'annexe 9 de la présente convention.

Les parties signataires s'accordent sur le fait que le respect des obligations décrites à l'annexe 9 de la convention nationale permet de reconnaître la même valeur juridique à l'ordonnance numérisée qu'au duplicata ou à la copie de l'ordonnance papier.

En tout état de cause, les parties reconnaissent cependant la nécessité de conserver des modalités de transmissions alternatives et ponctuelles du duplicata de l'ordonnance sur support papier.

Article 21.7

Tri et transmission des ordonnances en cas de non recours au dispositif SCOR

Dans l'hypothèse où la sage-femme n'utilise pas le dispositif SCOR défini par le présent texte en cas de dispense d'avance des frais, elle s'engage à transmettre les ordonnances sur support papier à l'organisme d'assurance maladie du régime de l'assuré et de la circonscription du professionnel de santé dans les mêmes délais que ceux réglementairement prévus pour la transmission des feuilles de soins électroniques.

Si l'ordonnance a déjà été transmise à la caisse à l'appui d'une feuille de soins antérieure, aucune copie n'est exigée par la caisse.

Article 22

Aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel

Afin d'accompagner les professionnels qui s'engagent dans des investissements permettant de moderniser et informatiser leur cabinet, l'assurance maladie s'engage à refondre les aides initialement versées (aide à la télétransmission, à la maintenance, aide SCOR) en instaurant une aide forfaitaire dénommée : « forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel » versée annuellement au plus tard au 30 avril de l'année suivant l'année au titre de laquelle l'aide est versée, sous respect d'un certain nombre de critères vérifiés par l'assurance maladie au titre de l'année civile précédente (N - 1).

L'aide est versée par la CPAM du lieu d'installation principal de la sage-femme pour le compte de l'ensemble des régimes.

Ces critères sont les suivants :

- être doté d'une version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les derniers avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N - 1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération ;
- utiliser la solution SCOR pour la transmission à l'assurance maladie des pièces justificatives numérisées si besoin ;
- atteindre un taux de télétransmission en flux sécurisé supérieur ou égal à 70 %, la télétransmission des données fiabilisant la facture et permettant de garantir des délais de paiement très courts ;
- disposer d'une adresse de messagerie sécurisée de santé.

A terme, lorsque les sages-femmes seront en capacité de répondre au critère « *utiliser un logiciel métier, compatible DMP pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée* », ce dernier sera ajouté aux critères présentés ci-dessus.

- dès lors que ces critères sont respectés, la sage-femme bénéficie d'une aide forfaitaire annuelle de 490 €.

Le critère portant sur l'utilisation de la solution SCOR est optionnel, car il dépend de l'activité prescrite de la sage-femme celle-ci étant généralement faible.

Les partenaires conventionnels s'entendent pour faire un suivi régulier de cette mesure notamment quant à la possibilité pour les sages-femmes de répondre à l'ensemble des critères précités. Un premier point d'étape sera réalisé en Commission paritaire nationale (CPN) à l'issue du premier semestre 2019. A l'occasion de ce premier point d'étape, les membres de la CPN pourront décider, le cas échéant, de l'exclusion de certains critères pour le versement annuel de l'aide qui interviendra en 2020 au titre de 2019 et pour les exercices suivants le cas échéant.

La sage-femme impliquée dans la prise en charge coordonnée des patients peut, à compter de l'année 2020 au titre de 2019, bénéficier d'une aide complémentaire de 100 € (soit un total de 590 €/an) notamment pour l'aide à l'équipement informatique, si celle-ci participe à une équipe de soins primaires ou maison de santé pluri-professionnelle partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé.

Article 23

Les autres procédures de facturation

Article 23.1

La feuille de soins SESAM « dégradé »

Article 23.1.1

Procédure exceptionnelle

En cas d'impossibilité de produire des FSE du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte d'assurance maladie, la sage-femme réalise une feuille de soins SESAM « dégradé ».

Les parties s'engagent à en limiter l'utilisation au profit de la seule transmission de FSE et à en suivre l'évolution du volume dans le cadre des commissions paritaires régionales.

Article 23.1.2

Transmission des feuilles de soins SESAM « dégradé »

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé », y compris hors département, la sage-femme réalise parallèlement aux flux une feuille de soins papier.

La sage-femme adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré le cas échéant les pièces justificatives de la transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (feuille de soins sous forme papier). Les feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement prévue à l'article 21 et ne rentrent pas dans le calcul du taux de télétransmission défini à l'article 22 de la convention nationale.

En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement à la sage-femme les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Article 23.2

La facturation via la feuille de soins sur support papier

En cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins électroniques ou SESAM « dégradé », la facturation est effectuée via la feuille de soins papier.

En cas de dispense d'avance des frais, la sage-femme facture directement la part obligatoire des actes et prestations à la caisse d'affiliation de l'assuré.

Elle se charge de l'envoi à cette même caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais qui lui sont impartis par la réglementation.

En cas de paiement direct, l'envoi des feuilles de soins papier est effectué sous la responsabilité de l'assuré.

En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement à la sage-femme les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Article 23.3

La simplification des échanges entre les sages-femmes et l'assurance maladie

Article 23.3.1

Le déploiement de la norme NOEMIE 580

Equipée d'un logiciel de facturation agréé « suivi des factures sur la base de la norme NOEMIE 580 », la sage-femme bénéficie d'un retour d'information amélioré permettant :

- un meilleur suivi des paiements, rejets et régularisations de factures :
 - identification de la facture de façon unique (indication du numéro et type de facture, date de facturation et lieu d'exécution) ;
 - information au niveau de la facture : payée, rejetée ou différée, avec le détail de la part obligatoire et de la part complémentaire pour chaque facture ;
 - motifs des rejets clairement identifiés avec l'indication :
 - de la part concernée par le rejet (part obligatoire ou part complémentaire) ;
 - du niveau de rejet (facture, prestation, code affiné) ;
 - de la nature de la prestation ;
 - du libellé de rejet.
- un rapprochement facilité entre les factures et les virements bancaires, avec l'indication de la référence du virement bancaire et des factures concernées par ce dernier ;

- les retours d'information sur les factures sont regroupés par date comptable et référence de virement, ce qui permet de lister simplement les factures correspondant à un virement donné ;
- une meilleure lisibilité des mouvements financiers avec une distinction des types de retours :
 - liquidation de factures ;
 - régularisation de factures ;
 - paiements ponctuels ou forfaitaires ;
 - retenues ponctuelles après accord formel de la sage-femme.

Article 23.3.1

Mise à disposition de téléservices par l'assurance maladie obligatoire

L'assurance maladie obligatoire met à disposition des sages-femmes un ensemble de services simplifiant leurs tâches administratives et facilitant la prise en charge de leurs patients.

Ces services seront accessibles au travers des logiciels utilisés dans leur pratique quotidienne. Les téléservices suivants en support des tâches et démarches administratives sont d'ores et déjà disponibles sur le portail Espace pro et permettent à la sage-femme d'accéder à des informations administratives concernant leur activité : informations concernant les paiements effectués par l'assurance maladie, leur relevé d'activité (RIAP), l'accès aux droits des patients, la Déclaration simplifiée de grossesse.

L'assurance maladie s'engage à développer cette offre de téléservices afin de continuer à faciliter les échanges entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé.

Article 23.3.2

Des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés

L'assurance maladie s'engage à mettre en œuvre une offre de service dédiée et personnalisée auprès des professionnels de santé pour faciliter les échanges avec l'assurance maladie dès le moment de l'installation. Elle met notamment en place une offre optimisée de la relation téléphonique, en proposant un numéro d'appel dédié aux professionnels.

Par ailleurs, l'assurance maladie s'engage à mettre en place par messagerie sécurisée, des échanges sécurisés pour les informations à caractère confidentiel entre les sages-femmes et les praticiens conseils. Plus largement, elle développe les échanges électroniques avec les interlocuteurs identifiés de l'assurance maladie à même de traiter les différentes demandes des sages-femmes.

De leur côté, les professionnels et notamment les sages-femmes adhérant à la présente convention qui souhaitent bénéficier de ces modalités d'échange privilégié communiquent leurs coordonnées téléphoniques et électroniques professionnelles à l'assurance maladie pour faciliter la communication d'informations.

Article 23.3.3

Un accompagnement des sages-femmes dans leur pratique

Chaque caisse dispose de délégués de l'assurance maladie (DAM) et de conseillers informatique service (CIS) chargés d'accompagner les professionnels en leur communiquant notamment des informations actualisées pour les aider dans l'exercice de leur pratique, leur informatisation, etc.

TITRE V

DISPOSITIONS SOCIALES ET FISCALES

En application du 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires à la convention conviennent que les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations sociales dues par les sages-femmes libérales conventionnées selon les modalités suivantes :

Article 24

Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Les sages-femmes libérales conventionnées doivent une cotisation prévue à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale.

La participation des caisses dont les modalités de calcul sont détaillées à l'annexe 8 du présent texte est assise :

- d'une part, sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires tiré de l'activité libérale réalisée dans le cadre de la présente convention ;
- d'autre part, sur le montant des revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des sages-femmes, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables fixés par la présente convention, attesté par la production de documents fixant les règles de rémunération entre les sages-femmes et ces structures.

La hauteur de la participation de l'assurance maladie est fixée de telle manière que le reste à charge pour les sages-femmes soit de 0,1 % de l'assiette de participation définie au présent article.

Article 25

Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse

La participation des caisses au financement de la cotisation forfaitaire annuelle obligatoire, prévue à l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale et due par les sages-femmes libérales conventionnées est fixée aux deux tiers du montant de la dite cotisation, tel que fixé par le décret n° 2008-1044 du 10 octobre 2008 publié au *Journal officiel* du 11 octobre 2008.

Article 26

Modalités de versement

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement sur leur appel.

Le montant annuel de la participation des caisses aux cotisations sociales des sages-femmes libérales est réparti entre les régimes d'assurance maladie selon la part de chacun de ces régimes dans les dépenses d'assurance maladie obligatoire.

TITRE VI

VIE CONVENTIONNELLE

Article 27

Durée de la convention

Conformément à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, la présente convention nationale est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation.

La convention est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires dans les conditions définies dans le code de la sécurité sociale.

Article 28

La signature de la convention par une nouvelle partie

Toute organisation syndicale représentative peut signer la présente convention par un acte adressé à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). L'UNCAM informe alors les autres signataires. Cette nouvelle signature entraîne une modification de la composition des instances paritaires dans les conditions définies à l'article 33.

Article 29

Résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée par les partenaires conventionnels, soit par décision de l'UNCAM, soit par décision de la ou des organisations syndicales représentatives des sages-femmes libérales signataires de la convention au plus tard six mois avant la date d'expiration, dans les cas suivants :

- non-respect grave et répété des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les sages-femmes libérales.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception adressée à tous les signataires de la convention et prend effet à l'échéance d'un délai de six mois. Durant ce délai, l'UNCAM ouvre des négociations en vue de la conclusion d'une nouvelle convention dans les conditions prévues par la réglementation.

Article 30

Notification de la convention

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, l'assurance maladie met à disposition des professionnels de santé concernés sur son site internet, la présente convention, ses annexes et, le cas échéant, les avenants à la présente convention, dans un délai d'un mois suivant leur publication au *Journal officiel* de la République française.

Article 31

Modalités d'adhésion

Les sages-femmes précédemment conventionnées à la date d'entrée en vigueur de la convention sont considérées tacitement comme y adhérant. Dans le cas où elles souhaiteraient être placées en dehors des présentes dispositions conventionnelles, ces professionnels devront adresser à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité un courrier recommandé l'en informant.

Les sages-femmes précédemment placées en dehors de la convention nationale, de même que les professionnels s'installant en exercice libéral au cours de la vie conventionnelle qui souhaitent adhérer à la présente convention en font la demande par courrier recommandé avec avis de réception adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent. Leur adhésion à la convention est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de leur demande.

Article 32

Modalités de rupture d'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, la sage-femme qui ne souhaite plus être placée sous le régime de la présente convention adresse un courrier recommandé avec accusé de réception à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle elle exerce.

Cette décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse primaire d'assurance maladie. La sage-femme reste autorisée à formuler à tout moment une nouvelle demande d'adhésion.

Article 33

Instances conventionnelles

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle et mettent en place pour en faciliter l'exercice :

- une commission paritaire nationale ;
- une commission paritaire régionale dans chaque région administrative.

Article 33.1

La Commission paritaire nationale

Il est institué, entre les parties signataires, une Commission paritaire nationale composée paritairement.

Article 33.1.1

Composition de la Commission paritaire nationale

La CPN est composée pour moitié :

- de représentants de l'UNCAM, qui constituent la section sociale ;
- de représentants de la ou des organisations syndicales représentatives des sages-femmes libérales signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 4 représentants titulaires désignés par les organisations syndicales représentatives des sages-femmes libérales et signataires de la présente convention.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seules les sages-femmes libérales adhérant à la présente convention, en exercice et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives des sages-femmes signataires de la présente convention.

La durée du mandat des sages-femmes est celle conférée par le syndicat qu'elles représentent.

Section sociale

La section sociale est composée de 4 représentants titulaires de l'assurance maladie :

- régime général : 3 représentants ;
- régime agricole : 1 représentant.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Une sage-femme exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

En cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire, la commission constituée de l'ensemble des signataires de la convention, se réunit dans les deux mois à compter de la date de signature du nouveau signataire ou de retrait effectif d'un signataire.

La commission fixe lors de cette réunion la composition de chacune de ses deux sections comportant un nombre égal de membres, de la façon suivante :

- une section professionnelle dont le nombre de sièges et leur répartition sont arrêtés par les organisations syndicales représentatives signataires de la convention ;
- une section sociale dont le nombre de sièges est égal à celui de la section professionnelle et donne lieu à une répartition entre les régimes membres de cette commission.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'annexe 10 de la présente convention.

Article 33.1.2

Mise en place de la Commission paritaire nationale

La CPN se réunit autant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Elle se réunit au siège de l'UNCAM ou en cas d'indisponibilité, dans les locaux d'un des régimes membre de l'UNCAM.

Le secrétariat est assuré par l'UNCAM. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevés de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article 33.1.3

Rôle de la Commission paritaire nationale

Dans le cadre de sa mission générale de suivi de la vie conventionnelle et du respect des engagements respectifs des parties, la commission a une double vocation d'impulsion et de coordination des actions étudiées en CPN menées tant au niveau national que local en application de la convention.

La CPN délibère sur les orientations de la politique conventionnelle et en toute autonomie particulièrement sur :

- le suivi de l'évolution des dépenses d'assurance maladie concernant les soins de sages-femmes ;
- elle contribue à la mise en œuvre du dispositif d'accompagnement des priorités de santé publique et des objectifs de maîtrise médicalisée ;
- le suivi du dispositif démographique en termes d'amélioration de l'offre de soins en sage-femme et des conditions d'exercice des sages-femmes libérales exerçant dans les zones très sous dotées ;
- la préparation des avenants et annexes à la convention ;
- la mise en œuvre de mesures facilitant l'exercice de la profession ;
- les demandes de conventionnement dans les zones « sur dotées » en application de l'article 3.3.1 de la présente convention.

En outre, la CPN :

- veille au respect des dispositions conventionnelles par les sages-femmes et les caisses au niveau local ;
- est informée des modifications intervenant dans la prise en charge des soins impactant les soins dispensés par les sages-femmes ;
- est informée des modifications portant sur la nomenclature ;
- prend toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances régionales ;
- suit la mise en place du forfait d'aide à l'équipement informatique du cabinet professionnel dans les conditions définies à l'article 22 ;
- est informée des programmes d'accompagnement mis en place au service des patients ;
- propose des orientations prioritaires pour le développement professionnel continu dans les conditions définies à l'article L. 4021-2 du code de la santé publique pour accompagner notamment la mise en place des dispositifs conventionnels s'attachant à promouvoir et à valoriser l'amélioration de la qualité des soins et favorisant le juste soin dans toutes ses composantes ;
- étudie, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires ou d'une commission paritaire régionale, tout problème d'ordre général soulevé par les rapports entre les sages-femmes et les caisses ; la CPN propose alors une solution pour régler ces difficultés ;
- recueille les résumés des travaux des CPR. Le secrétariat transmet ces résumés aux membres de la CPN ;
- met en œuvre les simplifications administratives visant à aider la sage-femme dans son travail au quotidien en décidant des actions à mener afin d'en assurer la réussite ;
- examine et émet un avis sur tous les projets de modification et création des documents servant de base aux échanges entre l'assurance maladie et les sages-femmes (formulaires, etc.) ;
- analyse tout dysfonctionnement du système SESAM-Vitale et examine les réponses appropriées dans les meilleurs délais afin de garantir la continuité et l'adaptabilité du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques ;

- formule des observations sur le cahier des charges SESAM-Vitale et des propositions tendant à l'amélioration du système ;
- suit les procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance de frais ou de tout autre dispositif issu de la réglementation ;
- suit les échanges de données dématérialisées entre l'assurance maladie et les sages-femmes adhérant à la présente convention ;
- contribue à l'information des sages-femmes relative à l'application de la convention et toutes nouvelles dispositions qui la modifient.

Article 33.2

Les commissions paritaires régionales

Il est institué dans chaque région, pour l'application de la présente convention, une commission paritaire régionale composée paritairement.

Article 33.2.1

Composition de la commission paritaire régionale

La CPR est composée pour moitié :

- de représentants des caisses d'assurance maladie, qui constituent la section sociale ;
- de représentants de la ou des organisations syndicales représentatives des sages-femmes libérales signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle.

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 4 représentants titulaires désignés par les organisations syndicales représentatives des sages-femmes libérales et signataires de la présente convention.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seules les sages-femmes libérales adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance. Les sages-femmes siégeant en CPR doivent exercer à titre principal dans la région concernée.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives des sages-femmes signataires de la présente convention.

La durée du mandat des sages-femmes est celle conférée par le syndicat qu'ils représentent.

La section sociale est composée de 4 représentants titulaires de l'assurance maladie :

Section sociale

- régime général : 3 représentants ;
- régime agricole : 1 représentant.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Une sage-femme exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'annexe 10 de la présente convention.

Article 33.2.2

Mise en place de la commission paritaire régionale

La CPR se réunit autant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Le secrétariat est assuré par l'organisme désigné par le directeur coordonnateur de la gestion du risque du régime général. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article 33.2.3

Rôle de la commission paritaire régionale

La CPR délibère sur les orientations de politique conventionnelle au niveau régional. La CPR est saisie pour avis :

- sur les projets de contrats types conclus par l'ARS ainsi que sur le projet d'arrêté de zonage régional ;
- des demandes de conventionnement dans les zones « sur dotées » en application de l'article 3.3.1 de la présente convention ;

La CPR est chargée notamment des missions suivantes :

- elle facilite l'application de la convention nationale par une concertation permanente sur le plan local entre les caisses et les représentants des sages-femmes ;
- elle est informée des programmes d'accompagnement mis en place au service des patients ;
- elle assure un suivi de l'évolution régionale des dépenses de santé en rapport avec les actes de sages-femmes et analyse ces dépenses au regard des besoins de santé de la population ;
- elle assure le suivi de la mise en place du contact anténatal ;
- elle suit l'évolution de la démographie des sages-femmes sur le territoire régional, notamment par un suivi régulier des mouvements des sages-femmes sur le territoire régional, à ce titre un état des lieux est présenté régulièrement en commission ;
- elle suit et évalue au niveau régional l'impact des mesures d'incitation à l'installation dans les zones très sous-dotées et sous-dotées ;
- elle développe une offre de service et d'accompagnement pour orienter les sages-femmes dans les zones très sous-dotées et sous-dotées en offre de soins en sage-femme ;
- elle étudie les documents statistiques et économiques permettant de mieux identifier dans la région les besoins de santé de la population, d'évaluer le coût des soins, la répartition de l'offre de soins en sage-femme ;
- elle assure un suivi de la qualité des soins de sage-femme, notamment en comparant l'activité des sages-femmes de chaque département de la région avec la moyenne régionale et nationale ;
- elle met en place des actions d'information et/ou de sensibilisation des professionnels sur leur activité, actions qui seront relayées par les caisses ;
- elle transmet à chaque caisse les décisions prises et informations diffusées en CPR.

Elle rend compte périodiquement de ses travaux à la commission paritaire nationale et lui transmet toute étude et proposition qu'elle juge utile. En cas de désaccord, en particulier, sur l'interprétation des textes de la convention ou de la nomenclature (NGAP ou CCAM), elle interroge la commission paritaire nationale. Elle adresse à la CPN, au cours du dernier trimestre de chaque année, un rapport sur ses activités de l'année en cours.

Article 33.3

Comité départemental de concertation et d'échange

Les partenaires conventionnels s'accordent pour instaurer dans les départements un comité départemental de concertation et d'échange.

Chaque comité est composé de représentants de la caisse, du service médical et de représentants désignés par les organisations syndicales représentatives des sages-femmes libérales et signataires de la présente convention. Pour chacune des parties, sont désignés 4 représentants.

Ce comité se réunit au moins une fois par an.

Il a pour rôle de faciliter l'application de la convention par une bonne coopération des caisses d'assurance maladie et des représentants de la profession. Il vise également à privilégier les échanges au niveau local entre les représentants de la profession, les caisses et le service médical.

Ce comité n'a pas vocation à se substituer à la CPR, cependant, il est compétent pour transmettre à cette dernière les sujets nécessitant une étude de sa part.

Les membres du comité perçoivent une indemnité de vacation par réunion et une indemnité de déplacement similaires à celles des membres des commissions paritaires.

Article 33.4

Observatoire conventionnel national des sages-femmes

Les partenaires conventionnels s'accordent pour mettre en place un observatoire conventionnel national des sages-femmes, afin d'évaluer la portée du dispositif en termes d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des sages-femmes exerçant dans ces zones.

Il a pour mission le suivi et l'évaluation des mesures conventionnelles innovantes dans leurs aspects médico-économiques, juridiques ou financiers.

Il mène des études en fonction des données disponibles et des possibilités offertes par les systèmes d'information.

Il évalue la portée du dispositif conventionnel de régulation démographique en termes d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des sages-femmes libérales exerçant dans les zones déficitaires.

Il s'engage à transmettre les données actualisées du zonage de la DREES.

Il fait un état des lieux chaque année par département des demandes d'installation en zone sur dotées acceptées et refusées, ainsi que des demandes d'installation en zone incitée et des départs en zone incitée.

Il est composé pour moitié de représentants de l'UNCAM et de représentants des organisations syndicales représentatives des sages-femmes libérales et signataires de la présente convention. Sont membres :

- quatre représentants de l'UNCAM ;

- quatre représentants des syndicats représentatifs signataires de la convention nationale. Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Chaque organisation syndicale signataire désigne deux représentants pour siéger à l'observatoire.

Le secrétariat de l'observatoire est assuré par l'UNCAM, qui a la responsabilité de son fonctionnement administratif.

Les représentants des syndicats de sage-femme, membres de l'observatoire, sont indemnisés forfaitairement, dans les conditions prévues par la convention nationale pour les représentants siégeant à la commission paritaire nationale.

Il se réunit au moins une fois par an et au plus tard le 31 décembre de chaque année.

Article 34

Procédures conventionnelles

Les parties signataires sont convenues de définir dans le présent article les situations pour lesquelles une sage-femme qui, dans son exercice, ne respecte pas ses engagements conventionnels, est susceptible de faire l'objet d'un examen de sa situation par les instances paritaires et d'une éventuelle sanction.

Les partenaires conventionnels souhaitent néanmoins que les caisses, les CPR et les professionnels favorisent autant que possible le dialogue et la concertation avant d'entamer une procédure. Ils rappellent que les sanctions conventionnelles visent avant tout à atteindre un changement durable de comportement qui ne serait pas conforme à la convention.

Article 34.1

Non-respect des règles conventionnelles constaté par une caisse

En cas de constatation, par une caisse, du non-respect des dispositions de la présente convention par une sage-femme, notamment sur :

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables ;
- l'utilisation abusive du DE ;
- la facturation d'actes fictifs ;
- la non-utilisation ou la mauvaise utilisation, de façon répétée, des documents ou de la procédure auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ;
- la non-inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de la présente convention et de la réglementation ;
- le non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;
- le non-respect du droit à la dispense d'avance des frais défini dans le cadre de la présente convention ;
- le non-respect des conditions d'exercice spécifique ayant permis le conventionnement à titre dérogatoire en zone « sur-dotée » ainsi que celles prévues à l'article 3.3.3 du présent texte ;
- le non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique à l'assurance maladie, prévue par l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations.

La procédure décrite à l'article 34.2 peut être mise en œuvre.

Article 34.2

La procédure

Article 34.2.1

Procédure préalable d'avertissement

Le directeur de la CPAM du lieu d'implantation du lieu d'exercice principal et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique qui constatent le non-respect par une sage-femme des dispositions de la présente convention lui adressent un avertissement par lettre recommandée avec accusé de réception. Cet avertissement doit comporter l'ensemble des anomalies reprochées au professionnel.

La sage-femme dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de cet avertissement pour modifier sa pratique. Dans le cas de non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, la sage-femme dispose d'un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique.

Article 34.2.2

Relevé de constatation préalable à la convocation de la CPR

Si, à l'issue d'un délai d'au moins trente jours ou de quatre-vingt-dix jours en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation, à compter de la réception

du courrier d'avertissement, il est constaté que la sage-femme n'a pas modifié sa pratique reprochée, le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique, communiquent le relevé des constatations à la sage-femme concerné par lettre recommandée avec accusé de réception, avec copie aux présidents des deux sections de la CPR.

La CPAM procèdera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai de trois ans suivant la réception du courrier d'avertissement non suivi de sanction, la sage-femme a renouvelé les mêmes faits reprochés.

Le relevé des constatations détaille les manquements reprochés à la sage-femme, expose les sanctions encourues et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites prévus aux alinéas suivants.

La sage-femme dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles par lettre recommandée avec accusé de réception et/ou être entendue à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. A cette occasion, la sage-femme peut se faire assister par un avocat et/ou un confrère de son choix exerçant régulièrement sa profession et placée sous le régime de la présente convention.

A l'issue de l'entretien, la caisse dresse un compte-rendu d'entretien signé par le directeur et la sage-femme. La caisse peut décider de mettre fin à la procédure engagée à l'encontre de la sage-femme. Elle doit nécessairement aviser la CPR de l'entretien et l'informer de l'abandon ou de la poursuite de la procédure.

Lorsque les manquements justifient la poursuite de la procédure, la caisse verse aux débats le compte-rendu d'entretien lors de la réunion de la commission paritaire régionale. L'absence de signature de la sage-femme ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

Article 34.2.3

Examen par la commission paritaire régionale

Lorsque les manquements reprochés à la sage-femme sont dûment établis, la caisse demande au président de la commission paritaire régionale de réunir celle-ci. Cette réunion est de droit.

Elle doit se tenir dans un délai maximal de soixante jours à compter de la réception des observations de la sage-femme ou de la tenue de l'entretien ou de l'échéance du délai laissé à la sage-femme pour présenter ses observations et/ou être entendue par le directeur de la caisse ou son représentant comme visé à l'article précédent.

Le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations de la sage-femme, le compte rendu d'entretien, le cas échéant, et tout document utile sont joints à l'ordre du jour. L'ensemble de ces documents doivent être transmis aux membres de la CPR au moins quinze jours avant la réunion. La sage-femme est informée de la date de la réunion de la commission. La commission se prononce en principe sur pièces. Toutefois, la sage-femme peut demander à être entendue par la commission pour fournir les explications qu'elle juge utile.

Elle peut se faire assister, si elle le souhaite, d'une personne de son choix. Elle peut envoyer au secrétariat de la commission un mémoire en défense au plus tard trois jours avant la date de la réunion.

La CPR émet en séance un avis selon les règles de vote définies à l'annexe 10 de la présente convention sur la décision à prendre après avoir entendu l'intéressé le cas échéant.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les quinze jours suivant la réunion au président et au vice-président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les sept jours suivant sa réception. A l'issue de ces délais, l'avis de la CPR est réputé rendu.

L'avis rendu par la CPR est transmis à la sage-femme.

Article 34.2.4

Décision et notification de la sanction

Une fois l'avis de la CPR rendu ou réputé rendu, le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique arrêtent la décision qui s'impose à la sage-femme et sa date d'application.

Le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique notifient au professionnel l'éventuelle mesure prise à son encontre par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette notification, qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose la sage-femme pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après un délai de deux mois à compter de la date de notification.

La décision est alors exécutoire.

La sage-femme dispose des voies de recours devant les tribunaux administratifs conformément à l'article L. 162-34 du code de la sécurité sociale.

Article 34.3

Les sanctions susceptibles d'être prononcées

Lorsqu'une sage-femme ne respecte pas les dispositions de la présente convention, elle peut après mise en œuvre de la procédure prévue à l'article 34.2 de la présente convention, encourir une des sanctions suivantes :

- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel avec ou sans sursis.

Cette suspension peut être temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention), selon l'importance des griefs.

La mise hors champ de la convention de trois mois ou plus entraîne la suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

En cas de sursis, la sanction de mise hors convention peut être rendue exécutoire pendant une période de deux ans à compter de sa notification, dès lors que de nouveaux manquements réalisés postérieurement à la notification de la sanction devenue définitive ont été relevés à l'encontre de la sage-femme par la CPR.

Elle peut, dans ce cadre et le cas échéant, se cumuler, avec la sanction prononcée à l'occasion de l'examen de ces nouveaux manquements.

Le sursis ne s'applique pas en cas de suspension de la participation des caisses à la prise en charge des avantages sociaux inhérente à la procédure de mise hors convention.

- suspension de tout ou partie de la participation des caisses, au financement des cotisations sociales du professionnel pour une durée maximale de douze mois ;
- interdiction temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention), de pratiquer le DE, cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect des règles encadrant la pratique du DE définies dans la présente convention ;
- suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux d'une durée de trois mois en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, conformément au dernier alinéa de l'article 34.1 de la convention nationale. Dans le cas où ce manquement est de nouveau constaté après qu'une sanction, devenue définitive, a déjà été prononcée pour le même motif, cette sanction peut être portée à six mois de suspension de la participation de l'assurance maladie aux avantages sociaux ;
- dans le cas du non-respect des conditions d'exercice spécifiques ayant permis le conventionnement à titre dérogatoire en zone « sur-dotée » ainsi que celles prévues à l'article 3.3.3 du présent texte, suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel dans cette zone.

Lorsqu'une sage-femme est sanctionnée par une mesure de mise hors convention, elle ne peut se faire remplacer pendant toute la durée de la sanction. Elle ne peut pas non plus exercer en tant que remplaçante d'une sage-femme exerçant à titre libéral et régi par la présente convention.

Article 34.4

Procédure exceptionnelle de déconventionnement

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels justifiant le dépôt d'une plainte pénale par l'organisme de sécurité sociale en application du 3^e alinéa de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale et entraînant un préjudice financier dépassant huit plafonds mensuels de la sécurité sociale, le directeur de la caisse du lieu d'exercice de la sage-femme peut décider de suspendre les effets de la convention, après accord du directeur de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet.

Cette suspension provisoire ne peut excéder trois mois.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de la caisse notifie au professionnel, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, les faits reprochés et la suspension envisagée et les voies de recours.

Le professionnel dispose d'un délai de quinze jours à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu, assisté le cas échéant de la personne de son choix, pour présenter ses observations.

Après réception des observations écrites ou après l'audition du professionnel ou à l'issue du délai de quinze jours, le directeur de la caisse dispose d'un délai de quinze jours pour notifier la suspension au professionnel par une décision motivée. A défaut, la procédure est réputée abandonnée.

Simultanément, le directeur de la caisse engage la procédure de déconventionnement dans les conditions définies à l'article 34.2. Le préalable de l'avertissement décrit à l'article 34.2.1 ne s'applique pas à cette procédure.

Le professionnel dont le conventionnement a été suspendu dans ce cadre peut exercer un recours en référé contre la décision du directeur de la Caisse devant le tribunal administratif.

Article 34.5

Condamnation par une instance ordinale ou judiciaire

Lorsque le conseil de l'ordre des sages-femmes ou une juridiction a prononcé, à l'égard d'une sage-femme :

- une sanction devenue définitive d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux ;

- une sanction devenue définitive d'interdiction d'exercer ;
- une peine effective d'emprisonnement.

La sage-femme se trouve placée de fait et simultanément hors de la convention, à partir de la date d'application de la sanction ordinale ou judiciaire ou de la mesure de liquidation judiciaire, et pour la même durée.

Le directeur de la caisse informe le professionnel de sa situation par rapport à la convention. Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituent en outre une infraction au regard des règles conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du professionnel l'une des mesures prévues à l'article 34.3 de la présente convention en application de la procédure décrite aux articles 34 et suivants.

Article 34.6

Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur du présent accord

Les procédures conventionnelles en cours à la date d'entrée en vigueur du présent texte sont examinées au regard des dispositions dudit texte. Les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur du présent texte s'appliquent jusqu'à leur terme.

Fait à Paris, le 2018.

Pour l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie :

Le directeur général,

N. REVEL

La présidente

*de l'Organisation nationale
syndicale des sages-femmes,*

C. DUMORTIER

La présidente

*de l'Union nationale et syndicale
des sages-femmes,*

M.-A. POUAER

ANNEXES

ANNEXE I

TARIFS

Article 1^{er}

Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des sages-femmes

Les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés comme suit :

Tarifs en euros	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer
Consultation	23,00	25,30
Visite	23,00	25,30
Séances de suivi postnatal SP	18,55	18,55
Actes en SF	2,80	2,80
Majoration de dimanche et jour férié (*)	21,00	21,00
Majoration de nuit :		
- de 20 h à 0 h et de 6 h à 8 h	35,00	35,00
- de 0 h à 6 h	40,00	40,00
Indemnité Kilométrique :		
- plaine	0,45	0,59
- montagne	0,73	0,80
- à pied ou à ski	3,95	4,35
Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)	4,00	4,40

Tarifs en euros	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer
Soins infirmiers :		
Actes en SFI	2,18	2,18
Majoration de dimanche	7,62	7,62
Majoration de nuit	9,15	9,15
Indemnité forfaitaire de déplacement (IFA)	1,19	1,19

(*) Pour la réalisation d'un acte obstétrical, la majoration de dimanche est étendue au samedi 12h00 en cas d'appel d'urgence.

*Tarifs applicables à l'expiration des délais fixés
à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale*

Tarifs en euros	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer
CCP	46,00	55,20
Majoration « MSF » applicable aux consultations (C) et aux visites (V)	2,00	2,00
Majoration forfaitaire « DSP »	25,00	25,00

Article 2

Tarifs des actes des sages-femmes figurant à la CCAM

Code	Activité	Phase	Tarif (€)
JKHD001	1	0	12,46
JKLD001	1	0	38,40
JKKD001	1	0	38,40
ZCQM007	1	0	37,80
ZCQM009	1	0	42,25
JNQM001	1	0	35,65
JQQM010	1	0	61,47
JQQM015	1	0	71,57
JQQM018	1	0	100,20
JQQM016	1	0	100,20
JQQM019	1	0	154,09
JQQM017	1	0	154,09
JQQM002	1	0	92,19
JQQM007	1	0	133,81
JQQM001	1	0	46,15
JQQM003	1	0	75,60
JQQJ037	1	0	33,44
JQGD010	1	0	313,50
JQGD012	1	0	313,50
JQGD004	1	0	385,44
JQGD001	1	0	316,94

Code	Activité	Phase	Tarif (€)
JQGD003	1	0	426,96
JQGD008	1	0	353,60
JQGD002	1	0	472,64
JQGD007	1	0	418,00
JQQP099	1	0	112,00
OZLA004	1	0	17,99
OZGA002	1	0	41,80
OZRB001	1	0	18,00
YYYY123	1	0	23,00
P			35,00
S			40,00
F			19,06
M			26,88
T (**)			+11,50 %
U (***)			50,00

(**) Applicable jusqu'à l'expiration des délais fixés à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

(***) Applicable pour les actes d'accouchement et de surveillance du travail (JQQP099) sous réserve de la publication de la décision UNCAM

A compter de l'expiration des délais fixés à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale sous réserve de la publication de la décision UNCAM :

K			+20 %
ZCQJ001	1	0	69,93
ZCQJ002	1	0	69,93
ZCQJ003	1	0	52,45
ZCQJ006	1	0	56,70
ZCQM003	1	0	52,45

Tarifs des modificateurs d'urgence pour les actes d'accouchement et de surveillance du travail sous réserve de la publication de la décision UNCAM

Modificateur	Tarif en euros
Dimanche et jours fériés	40,00
20 h-00 h	50,00
00 h-08 h	80,00

ANNEXE II

MÉTHODOLOGIE DE CLASSIFICATION DES ZONES RELATIVES AUX SAGES-FEMMES LIBÉRALES

Les partenaires conventionnels ont mené des travaux en lien avec la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des solidarités et de la santé afin de rénover la méthodologie de classification des zones dans lesquelles les partenaires conventionnels ont défini des mesures d'incitation ou de régulation en vue d'une meilleure répartition géographique de l'offre de sages-femmes.

Ils proposent de retenir la méthode suivante pour déterminer, d'une part, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins en sages-femmes visées au 1° de l'article L. 1434-4

du code de la santé publique et, d'autre part, celles dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, zones qui sont définies au 2° de ce même article.

1. Unité territoriale

Le territoire français est découpé en zones ; chacune d'entre elles est classée selon son niveau de dotation en sages-femmes libérales selon 5 niveaux de dotation : zones « très sous-dotées », zones « sous-dotées », zones « intermédiaires », zones « très-dotées » et zones « sur-dotées ».

L'unité territoriale retenue par défaut pour construire ces zones est le bassin de vie (plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services de la vie courante). Toutefois, dans le cas où l'unité urbaine du bassin de vie compte plus de 30 000 habitants, celui-ci est découpé en unités plus petites, le pseudo-canton.

2. Source des données

– Découpage en bassin de vie/pseudo canton

Les communes qui font partie d'un bassin de vie dont le pôle est d'une unité urbaine de plus de 30 000 habitants sont regroupées en pseudo cantons (définis par l'INSEE, année 2016), les autres sont regroupées au niveau du bassin de vie (défini par l'INSEE, année 2012).

– Variables d'activité

Les informations sur l'activité et les honoraires des sages-femmes libérales, quel que soit le régime d'affiliation de leurs patients, sont issues des données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie pour l'année 2016.

– Variables administratives

Les variables administratives par cabinet des sages-femmes libérales sont issues du fichier national des professionnels de santé de l'assurance maladie de décembre 2016.

La population résidente étudiée est issue des estimations annuelles de population et des enquêtes annuelles de données du recensement INSEE de 2014.

3. Méthodologie

La méthodologie employée s'appuie sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) qui a notamment l'avantage, par rapport aux méthodologies classiques de densité standardisée, de prendre en compte, pour une zone donnée, l'offre et la demande issue des zones environnantes (cf. source : <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>).

L'indicateur d'APL est d'abord calculé pour chaque commune. Il est ensuite agrégé au niveau du bassin de vie ou du pseudo-canton en faisant la moyenne des indicateurs d'APL des communes constituant ce bassin de vie (ou pseudo canton), pondérée par la population standardisée (cf. définition infra) de chaque commune. Chaque bassin de vie ou pseudo-canton est ensuite classé en fonction de la valeur de son indicateur d'APL.

3.1. Descriptif des variables utilisées dans le calcul de l'indicateur APL

3.1.1. Le nombre de sages-femmes en Equivalent Temps Plein

Le nombre de sages-femmes en Equivalent Temps Plein est calculé en fonction des honoraires remboursables par professionnel de santé dans l'année. L'activité de chaque sage-femme est rapportée à la médiane et ne peut excéder les honoraires du 85° percentile.

Seule l'activité libérale des sages-femmes est prise en compte.

Les sages-femmes âgées de 65 ans et plus ne sont pas prises en compte, ni celles avec une activité très faible (honoraires remboursables dans l'année inférieurs aux honoraires du 5° percentile).

Les sages-femmes installées dans l'année sont comptabilisées pour un ETP.

Les activités spécifiques des sages-femmes échographistes (ADE/KE) et des sages-femmes avec une activité en SFI ne sont pas prises en compte.

3.1.2. La population résidente standardisée par l'âge par commune

Afin de tenir compte de la structure par âge de la population de chaque commune et d'une demande en soins différente selon l'âge, la population résidente a été standardisée à partir du montant d'honoraires consommés pour le suivi gynécologique, le suivi de la grossesse et le suivi post-natal réalisé par les sages-femmes et les gynécologues par tranche d'âge de 5 ans.

3.1.3. Les distances entre communes

Le temps de trajet nécessaire pour parcourir la distance entre 2 communes a été mesuré en minutes ; il s'agit du temps de parcours estimé entre les mairies de ces deux communes. Les temps de parcours utilisés sont issus du

distancier Metric produit par l'Insee. Ce distancier tient compte notamment du réseau routier existant, des différents types de route, de la sinuosité et de l'altimétrie.

L'accessibilité a été considérée comme parfaite (coefficient = 1) entre 2 communes éloignées de moins de 10 minutes. L'accessibilité est réduite à 2/3 pour 2 communes éloignées de plus de 10 minutes et de moins de 20 minutes, et à 1/3 pour 2 communes éloignées de plus de 20 minutes et de moins de 30 minutes. Entre 2 communes éloignées de plus de 30 minutes, l'accessibilité est considérée comme nulle.

3.2. Classement des bassins de vie et pseudo-cantons

Les bassins de vie ou pseudo-cantons sont classés par ordre croissant de leur niveau d'APL.

- Les premiers bassins de vie ou pseudo-cantons avec l'APL le plus faible et représentant 7,3 % de la population féminine française totale sont classés en zones « très sous-dotées » ;
- Les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants qui représentent 10,2 % de la population féminine française sont classés en zones « sous-dotées » ;
- Les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants qui représentent 60,6 % de la population féminine française sont classés en zones « intermédiaires » ;
- Les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants qui représentent 9,4 % de la population féminine française sont classés en zones « très-dotées » ;
- Enfin, les derniers bassins de vie ou pseudo-cantons avec l'APL le plus élevé et représentant 12,5 % de la population féminine française sont classés en zones « sur-dotées ».

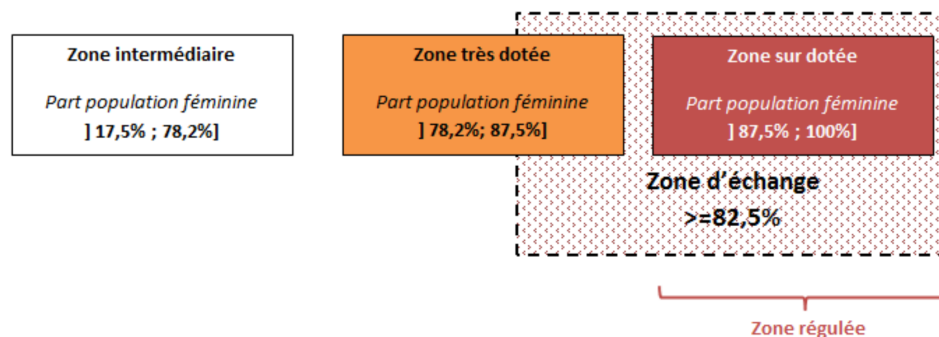
4. Adaptation régionale avant publication des arrêtés par les agences régionales de santé

Si les caractéristiques d'une zone tenant par exemple à sa géographie ou à ses infrastructures de transports le justifient, les agences régionales de santé peuvent modifier le classement en zones « sous-dotées » et « sur-dotées » selon les dispositions suivantes et après concertation prévue à l'article R. 1434-42 du code de la santé publique et avis de la Commission paritaire régionale prévue à la convention nationale des sages-femmes.

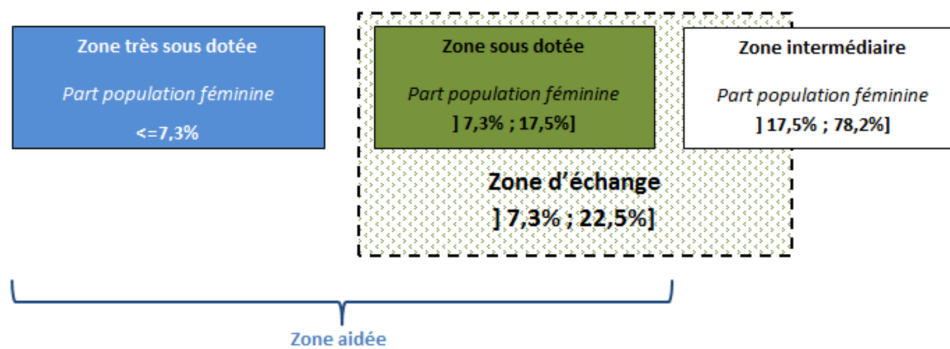
Avant publication des arrêtés régionaux définissant les zones, si un bassin de vie ou un pseudo-canton « très-doté » fait partie des zones couvrant les 17,5 % de la population féminine française au niveau national pour lesquelles la densité APL est la plus élevée, il peut être reclassé comme zone « sur-dotée ».

La part de la population régionale des zones qualifiées de zones « sur-dotées » doit rester stable au niveau régional. Ainsi, le reclassement de bassins de vie ou pseudo-cantons en zones « sur-dotées » doit engendrer le basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons initialement classés en zone « sur-dotée » vers un classement en zone « très-dotée », pour une population de taille équivalente au niveau régional.

Après modulation au niveau régional, la répartition au niveau national conserve ainsi une part de 12,5 % de la population féminine française totale classée en zones « sur-dotées ».



De même, un reclassement des bassins de vie ou pseudo-cantons en zones « sous-dotées », au sens de l'article précédent, est possible pour les bassins de vie ou pseudo-cantons « intermédiaires » s'ils font partie des zones qui recouvrent les 22,5 % de la population féminine française pour lesquelles la densité APL est la plus faible, à l'exclusion des « zones très sous-dotées ».



La part de la population régionale dans les zones qualifiées de zones « sous-dotées » devra rester stable au niveau régional. Ainsi, le reclassement de bassins de vie ou pseudo-cantons en zones « sous-dotées » devra engendrer le basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons initialement classés en zones « sous-dotées » vers un classement en zone « intermédiaire », pour une population de taille équivalente au niveau régional.

Après modulation au niveau régional, la répartition au niveau national conserve ainsi une part de 10,2 % de la population féminine française totale classée en zones « sous-dotées ».

ANNEXE III

CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE À L'INSTALLATION DES SAGES-FEMMES DANS LES ZONES « TRÈS SOUS-DOTÉES » ET « SOUS-DOTÉES »

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;

Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des sages-femmes en zones très sous-dotées et sous-dotées pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.2.1.1 et à l'annexe 3 de l'avenant n° 4 à la convention nationale ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées et sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

Représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

L'Agence régionale de santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

Représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

Et, d'autre part, la sage-femme :

Nom, prénom :

Numéro RPPS :

Numéro AM :

Adresse professionnelle :

Un contrat d'aide à l'installation des sages-femmes dans les zones très sous-dotées et sous-dotées.

Article 1^{er}

Champ du contrat d'installation

Article 1.1

Objet du contrat d'installation

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des sages-femmes libérales, en zones « très sous-dotées » et « sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire pour les accompagner dans cette période de fort

investissement généré par leur installation à titre libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

Cette option vise à inciter les sages-femmes libérales à s'installer en zone « très sous-dotée » et « sous-dotées » individuellement ou dans le cadre d'un exercice regroupé (cabinet de groupe ou en maisons de santé pluri-professionnelle).

Article 1.2

Bénéficiaires du contrat d'installation

Le contrat d'installation est réservé aux sages-femmes libérales conventionnées s'installant dans une zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque sage-femme d'un cabinet de groupe devra accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, elle joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

Pour une même sage-femme, le contrat d'aide à l'installation n'est cumulable ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.2.1.3 de la convention nationale, ni avec le contrat d'aide à la première installation défini à l'article 3.2.1.2 de la convention nationale.

Une sage-femme ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation.

A titre dérogatoire, en cas de déménagement de la sage-femme dans une autre zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée », le contrat est maintenu dans la nouvelle zone pour la durée restant à courir.

Article 2

Engagements des parties dans le contrat d'installation

Article 2.1

Engagements de la sage-femme

La sage-femme s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévu au présent texte ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans la zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
- à réaliser un minimum de deux jours d'activité libérale par semaine la première année et trois jours par semaine les années suivantes ;
- en cas d'exercice individuel, à recourir, autant que possible, à des sages-femmes remplaçantes, assurant la continuité des soins en son absence.

Article 2.2

Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie des engagements de la sage-femme définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire de l'assurance maladie au titre de l'installation d'un montant de 28 000 euros maximum.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- au titre de la première année, 9 500 euros versés à la date de signature du contrat, pour une activité libérale d'au moins deux jours par semaine à titre libéral ; pour la sage-femme exerçant entre un à deux jours par semaine à titre libéral, le montant est proratisé sur la base de 100 % versé pour une activité libérale de deux jours par semaine, soit 4 750 € pour une activité libérale d'un jour par semaine ;
- au titre de la deuxième année, 9 500 euros à la date anniversaire du contrat, pour une activité d'au moins trois jours par semaine à titre libéral ; pour la sage-femme exerçant une activité libérale entre un jour et demi à trois jours par semaine, le montant est proratisé sur la base de 100 % versé pour une activité libérale de trois jours par semaine, soit 4 750 € pour 1,5 jours d'activité libérale par semaine, 6 333 € pour une activité libérale de 2 jours par semaine ;
- et ensuite les trois années suivantes, 3 000 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante, sans proratisation en fonction de l'activité.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Modulation régionale par l'agence régionale de santé du montant de l'aide à l'installation dans les zones très sous-dotées et sous-dotées.

L'Agence régionale de santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire à l'installation pour les sages-femmes adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en sage-femme parmi les zones très sous-dotées et sous-dotées telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20 % des zones « très sous-dotées » ou « sous-dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20 % de l'aide forfaitaire à l'installation.

Pour les sages-femmes faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3

Durée du contrat d'installation

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

Article 4

Résiliation du contrat d'installation

Article 4.1

Rupture d'adhésion à l'initiative de la sage-femme

La sage-femme peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par la sage-femme.

Article 4.2

Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

En cas d'absence de respect par la sage-femme de tout ou partie de ses engagements (sage-femme ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1), la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

La sage-femme dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à la sage-femme la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 5

Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées et sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées et sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice de la sage-femme adhérant de la liste des zones très sous-dotées et sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par la sage-femme.

La sage-femme :

Nom, prénom

La caisse d'assurance maladie :

Nom, prénom

L'Agence régionale de santé :

Nom, prénom

ANNEXE IV

CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE À LA PREMIÈRE INSTALLATION DES SAGES-FEMMES
DANS LES ZONES « TRÈS SOUS-DOTÉES » ET « SOUS-DOTÉES »

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;

Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des sages-femmes en zones très sous-dotées et sous-dotées pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.2.1.2 et à l'annexe 4 de l'avenant n° 4 à la convention nationale ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées et sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

Représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

L'Agence régionale de santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

Représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

Et, d'autre part, la sage-femme :

Nom, prénom :

Numéro RPPS :

Numéro AM :

Adresse professionnelle :

Un contrat d'aide à la première installation des sages-femmes dans les zones très sous-dotées et sous-dotées.

Article 1^{er}**Champ du contrat d'aide à la première installation**

Article 1.1

Objet du contrat d'aide à la première installation

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des sages-femmes libérales débutant leur exercice professionnel en zones « très sous-dotées » ou « sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire visant à les accompagner dans cette période de fort investissement généré par leur installation à titre libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses, etc).

Cette option vise à inciter les sages-femmes libérales à s'installer en zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » individuellement ou dans le cadre d'un exercice regroupé (cabinet de groupe ou en maisons de santé pluri-professionnelle).

Article 1.2

Bénéficiaires du contrat d'aide à la première installation

Ce contrat est proposé aux sages-femmes libérales s'installant dans une zone

« très sous-dotée » ou « sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique et sollicitant pour la première fois leur conventionnement avec l'assurance maladie.

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque sage-femme d'un cabinet de groupe devra accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, elle joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

Pour une même sage-femme, le contrat d'aide à la première installation n'est cumulable ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.2.1.3 de la convention nationale, ni avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 3.2.1.1 de la convention nationale.

Une sage-femme ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à la première installation.

Article 2

Engagements des parties dans le contrat d'aide à la première installation

Article 2.1

Engagements de la sage-femme

La sage-femme s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévu au présent texte ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans la zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
- à réaliser un minimum de deux jours d'activité libérale par semaine la première année et trois jours par semaine les années suivantes ;
- en cas d'exercice individuel, à recourir, autant que possible, à des sages-femmes remplaçantes, assurant la continuité des soins en son absence.

Article 2.2

Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie des engagements de la sage-femme définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire au titre de l'installation d'un montant de 38 000 euros au maximum.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- au titre de la première année, 14 500 euros versés à la date de signature du contrat, pour une activité libérale d'au moins deux jours par semaine à titre libéral ; pour la sage-femme exerçant entre un à deux jours par semaine à titre libéral, le montant est proratisé sur la base de 100 % versé pour une activité libérale de deux jours par semaine, soit 7 250 € pour une activité libérale d'un jour par semaine ;
- au titre de la deuxième année, 14 500 euros à la date anniversaire du contrat, pour une activité d'au moins trois jours par semaine à titre libéral ; pour la sage-femme exerçant une activité libérale entre un jour et demi à trois jours par semaine, le montant est proratisé sur la base de 100 % versé pour une activité libérale de trois jours par semaine, soit 7 250 € pour 1,5 jours d'activité libérale par semaine, 9 666 € pour une activité libérale de 2 jours par semaine ;
- et ensuite les trois années suivantes 3 000 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante, sans proratisation en fonction de l'activité.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Modulation régionale par l'agence régionale de santé du montant de l'aide à la première installation dans les zones très sous-dotées et sous-dotées.

L'agence régionale de santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire à la première installation pour les sages-femmes adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en sage-femme parmi les zones très sous-dotées telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20 % des zones « très sous-dotées » ou « sous-dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20 % de l'aide forfaitaire à l'installation.

Pour les sages-femmes faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3

Durée du contrat d'installation

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

Article 4

Résiliation du contrat d'installation

Article 4.1

Rupture d'adhésion à l'initiative de la sage-femme

La sage-femme peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par la sage-femme

Article 4.2

Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

En cas d'absence de respect par la sage-femme de tout ou partie de ses engagements (sage-femme ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1), la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

La sage-femme dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à la sage-femme la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 5

Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées et sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées et sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice de la sage-femme adhérent de la liste des zones très sous-dotées et sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par la sage-femme.

La sage-femme :

Nom, prénom

La caisse d'assurance maladie :

Nom, prénom

L'Agence régionale de santé :

Nom, prénom

ANNEXE V

**CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE AU MAINTIEN DES SAGES-FEMMES
DANS LES ZONES « TRÈS SOUS-DOTÉES » ET « SOUS-DOTÉES »**

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;

Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des sages-femmes en zones très sous-dotées et sous-dotées pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.2.1.3 et à l'annexe 5 de l'avenant n° 4 à la convention nationale.

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées et sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

Représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

L'Agence régionale de santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

Représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

Et, d'autre part, la sage-femme :

Nom, prénom :

Numéro RPPS :

Numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'aide au maintien des sages-femmes dans les zones très sous-dotées et sous-dotées.

Article 1^{er}

Champ du contrat de maintien

Article 1.1

Objet du contrat de maintien

Le contrat a pour objet de favoriser le maintien des sages-femmes libérales en zones « très sous-dotées » et « sous-dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire.

Cette option vise à inciter les sages-femmes libérales à maintenir leur exercice en zone « très sous-dotée » ou « sous-dotées » individuellement ou dans le cadre d'un exercice regroupé (cabinet de groupe ou en maisons de santé pluri-professionnelle).

Article 1.2

Bénéficiaires du contrat de maintien

Ce contrat est proposé aux sages-femmes libérales conventionnées installées dans une zone « très sous-dotée » ou « sous-dotées » telle que définie au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque sage-femme d'un cabinet de groupe devra accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, elle joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

Pour une même sage-femme, le contrat de maintien n'est pas cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 3.2.1.1 de la convention nationale, ni avec le contrat d'aide à la première installation défini à l'article 3.2.1.2 de la convention nationale.

Article 2

Engagements des parties dans le contrat de maintien

Article 2.1

Engagement de la sage-femme

La sage-femme s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévu au présent texte ;
- à exercer pendant une durée minimale de trois ans dans la zone « très sous-dotée » ou « sous-dotées » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
- à percevoir des honoraires minimum équivalent à 5 % des honoraires moyens de la profession en France ;
- en cas d'exercice individuel, à recourir, autant que possible, à des sages-femmes remplaçantes, assurant la continuité des soins en son absence.

Article 2.2

Engagement de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

La sage-femme bénéficie d'une aide forfaitaire de 3 000 euros par an au titre du maintien.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Modulation régionale par l'agence régionale de santé du montant de l'aide au maintien dans les zones très sous-dotées.

L'Agence régionale de santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire au maintien pour les sages-femmes adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en sage-femme parmi les zones très sous-dotées telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20 % des zones « très sous dotées » ou « sous-dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20 % de l'aide forfaitaire au maintien.

Pour les sages-femmes faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3

Durée du contrat de maintien

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction.

Article 4

Résiliation du contrat de maintien

Article 4.1

Rupture d'adhésion à l'initiative de la sage-femme

La sage-femme peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par la sage-femme.

Article 4.2

Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

En cas d'absence de respect par la sage-femme de tout ou partie de ses engagements (sage-femme ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1), la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

La sage-femme dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à la sage-femme la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 5

Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées et sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées et sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice de la sage-femme adhérant de la liste des zones très sous-dotées et sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par la sage-femme.

La sage-femme :

Nom, prénom

La caisse d'assurance maladie :

Nom, prénom

L'Agence régionale de santé :

Nom, prénom

ANNEXE VI

CONTRAT INCITATIF SAGES-FEMMES

Option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des sages-femmes libérales conventionnées en zones « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées »

(Dispositions transitoires)

Conformément aux dispositions de l'article 3.2.2 du présent texte, les contrats incitatifs sages-femmes issus de l'avenant n°1, en cours à la date d'entrée en vigueur du présent avenant s'appliquent selon les dispositions figurant à la présente annexe jusqu'à l'adoption par le directeur général de l'agence régionale de santé des contrats types régionaux définis à l'article 3.2.1.

A compter de la date d'entrée en vigueur des contrats types régionaux, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs sages-femmes issus de l'avenant n°1 à la convention nationale et définis à la présente annexe. Il est proposé aux sages-femmes de souscrire un nouveau contrat incitatif défini aux annexes 3 à 5 du présent texte.

Les contrats incitatifs sages-femmes en cours, issus de l'avenant n°1 à la convention nationale et repris dans la présente annexe, perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance.

Les parties signataires considèrent nécessaire, par des mesures structurantes favorisant le regroupement et la continuité des soins, de favoriser l'implantation des sages-femmes libérales dans les zones en zones « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées » et le maintien de l'activité des sages-femmes qui y sont d'ores et déjà installées. Les parties signataires souhaitent ainsi permettre à chaque sage-femme de rompre son isolement, de limiter ses contraintes, de se former, et, de cette manière contribuer à la qualité des soins délivrés sur l'ensemble du territoire.

A cette fin, elles créent une option conventionnelle à adhésion individuelle intitulée « contrat incitatif sage-femme », destinée à favoriser l'installation et le maintien des sages-femmes libérales en zones « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées » dans le cadre de laquelle une participation aux équipements en lien direct avec l'exercice professionnel est allouée.

1. Objet de l'option

Le « contrat incitatif sage-femme » est une option conventionnelle, signée entre les caisses primaires d'Assurance maladie et les sages-femmes libérales conventionnées, pendant une durée de trois ans, et destinée à favoriser l'installation et le maintien en zones « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées ».

Cette option vise à inciter les sages-femmes libérales à s'installer ou exercer en zones « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées » individuellement ou par le regroupement (cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires).

L'exercice regroupé ou coordonné peut favoriser les échanges professionnels, et participe à la qualité des soins et à leur continuité.

2. Champ de l'option

Cette option est proposée aux sages-femmes libérales conventionnées s'installant ou installées dans en zones « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées » telle que définie en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

3. Conditions générales d'adhésion

Toute sage-femme désirant s'installer, ainsi que celles déjà installées dans en zones « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées » sont éligibles à l'option sous réserve qu'elles soient conventionnées.

4. Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Si la sage-femme est déjà installée en zones « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées » au jour d'entrée en vigueur de la mesure ou si la sage-femme demande son conventionnement en zones « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées » postérieurement à l'entrée en vigueur de la mesure, elle bénéficie d'une participation forfaitaire de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) dans la limite de 4 000 euros par an, versés à terme échu pendant 3 ans.

5. Engagements de la sage-femme libérale

En contrepartie de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet, la sage-femme contractante s'engage à :

- Avoir un taux de télétransmission en SESAM-Vitale supérieur ou égal à 75 % ;
- Exercer pendant une durée minimale de 3 ans en zones « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées » ;

- Justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée aux deux tiers de son activité en zones « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées » et percevoir des honoraires minimum équivalent à 5 % des honoraires moyens de la profession en France.

6. Adhésion à l'option

6.1. Modalités d'adhésion

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque sage-femme d'un cabinet de groupe devra accomplir à titre personnelle les démarches d'adhésion.

La sage-femme formalise, auprès de sa CPAM de rattachement, son adhésion suivant un modèle formalisé à l'annexe 7 du présent texte.

6.2 Durée de l'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat, soit pour une durée de 3 ans.

6.3. Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Le versement de l'aide est conditionné au respect des conditions d'exécution de l'option.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

6.4. Rupture de l'option

En cas de non-respect par la sage-femme de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

La sage-femme dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à la sage-femme qu'elle ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues.

La sage-femme peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Elle en informe la caisse par courrier. La décision de la sage-femme prend effet dès réception par la caisse du courrier. Elle ne pourra pas bénéficier des aides prévues pour l'année où elle résilie l'option.

ANNEXE VII

MODÈLE DE FORMULAIRE D'ADHÉSION AU CONTRAT INCITATIF SAGE-FEMME

(Dispositions transitoires)

Acte d'adhésion au « Contrat incitatif sage-femme » (1)

Identification de la sage-femme :

Je, soussigné(e),

Nom :

Prénom : Numéro d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

Déclare exercer :

En individuel

Déclare exercer en groupe formalisé selon le mode suivant (copie du/des contrats à annexer à l'acte d'adhésion) :

Collaboration libérale

SCP

SEL

Autres contrats de société

Cabinet pluridisciplinaire ou maison de santé

Déclare exercer son activité :

à temps plein

à temps partiel (2)

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l'option conventionnelle telles qu'indiquées à l'annexe 6 du présent texte ;

2° Adhérer à l'option destinée à favoriser l'installation et le maintien des sages-femmes libérales conventionnées en en zones « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées » et m'engager à en respecter les dispositions ;

Cachet de la sage-femme

Fait à

Le

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée (3)

Adhésion non enregistrée et motif du rejet (4) :

(1) Document à remplir par la sage-femme, en double exemplaire, et à envoyer à la caisse primaire d'Assurance maladie du lieu de son exercice principal. Un exemplaire signé par la caisse est ensuite renvoyé à la professionnelle signataire.

(2) L'activité ne devant pas excéder plus de 50 % de l'activité moyenne des sages-femmes dans la zone considérée

(3) Rayer les mentions inutiles.

(4) Rayer les mentions inutiles.

ANNEXE VIII

MODALITÉS DE CALCUL DE LA PARTICIPATION DES CAISSES AUX COTISATIONS SOCIALES DUES AU TITRE DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE, MATERNITÉ, DÉCÈS DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX CONVENTIONNÉS

La participation des caisses mentionnée aux articles 24 et suivants du présent texte est calculée de la manière suivante.

1. Calcul du montant de la participation sur les revenus conventionnés

Un taux d'honoraires sans dépassement est calculé pour chaque professionnel en rapportant le montant total des honoraires liés à l'activité conventionnée, déduction faite des dépassements d'honoraires au montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée.

Le montant de la participation de l'assurance maladie sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires correspond au montant total des revenus tirés de l'activité conventionnée, multiplié par le taux d'honoraires sans dépassements et par le taux de prise en charge.

2. Calcul du montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées pour des structures dont le financement inclut la rémunération des sages-femmes

Le montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des sages-femmes correspond à l'ensemble de ces revenus, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables, multiplié par le taux de prise en charge.

3. Calcul du montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès

Le montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés correspond à la somme des deux montants calculés précédemment.

ANNEXE IX

NUMÉRISATION ET TÉLÉTRANSMISSION DES ORDONNANCES

Article 1^{er}

Principe de numérisation et de télétransmission des pièces justificatives

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt de simplifier les modalités de transmission des pièces justificatives de la facturation et notamment des ordonnances, de faciliter leur réception et leur archivage par la caisse et par voie de conséquence de parvenir à leur numérisation et à la dématérialisation de leur transfert, dans l'attente de la prescription électronique.

A cette fin, les parties signataires conviennent d'organiser un dispositif comprenant la numérisation des pièces justificatives de la facturation, quel que soit le destinataire du règlement, pour les ordonnances originales exécutées par les sages-femmes quand elles émanent d'un autre praticien, et leur transfert vers les organismes d'assurance maladie. Toutefois le recours à la numérisation et à la transmission des ordonnances reste optionnel, car il dépend de l'activité prescrite de la sage-femme, celle-ci étant généralement faible.

Les parties signataires conviennent que la transmission des pièces justificatives numérisées s'effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié dans le respect des dispositions de la présente annexe et du cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

En vue de la télétransmission des pièces justificatives numérisées, la sage-femme s'engage à s'équiper d'un logiciel agréé par le CNDA lorsque ceux-ci seront disponibles. Elle s'engage, pour les actes prescrits par un autre

praticien, à télétransmettre les pièces justificatives numérisées vers le serveur dédié, dès lors que les moyens techniques mis à sa disposition le lui permettent.

En cas d'absence de transmission dématérialisée en raison de l'échec de la transmission électronique de la pièce justificative numérisée ou d'absence d'équipement adapté, la transmission des pièces justificatives de la facturation par la sage-femme et ce quel que soit le destinataire de règlement, se fait selon les modalités décrites à l'article 21.7 de la convention nationale.

La sage-femme s'engage à transmettre la pièce justificative selon un seul et même mode de transmission, hormis les cas de dysfonctionnement de la numérisation. Elle s'interdit ainsi, pour une même pièce justificative, de la transmettre simultanément selon plusieurs modes de transmission.

Article 2

La pièce numérique

Les parties conviennent que la pièce justificative correspondant au duplicata ou à la copie de l'ordonnance originale sur support papier et portant les mentions obligatoires fixées réglementairement et par la dernière version du cahier des charges SESAM Vitale est remplacée par une copie numérique fidèle et durable de l'ordonnance originale.

L'ordonnance ainsi numérisée et transmise à l'organisme d'assurance maladie est désignée ci-après « la pièce numérique ».

La pièce numérique est considérée comme la « pièce justificative » ouvrant droit au remboursement et à la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur.

Dès lors que le processus d'envoi et de réception de la pièce numérique est réalisé selon les principes définis à la présente annexe, la sage-femme se trouve dispensée d'adresser à l'organisme de prise en charge le duplicata ou la copie de l'ordonnance originale sur support papier.

La sage-femme est responsable de l'établissement de la pièce numérique, de sa fidélité à la pièce justificative papier.

La modification du mode de transmission de la pièce justificative est sans effet sur les responsabilités respectives de la sage-femme et de l'assurance maladie concernant les pièces justificatives, telles qu'elles résultent des textes en vigueur.

La sage-femme s'engage à transmettre une pièce justificative conforme, c'est-à-dire d'une qualité de numérisation permettant l'atteinte d'un taux d'exploitabilité des pièces numériques de 99 %.

La liste des anomalies rendant inexploitables les pièces numériques est fixée à la présente annexe.

La résolution de l'image constituant la pièce numérique doit être a minima de 200 DPI pour assurer une qualité d'image suffisante.

Le format de l'image constituant la pièce numérique de type pdf doit être a minima A5 et doit être visualisable sur un écran de taille référence 800X600 ou une résolution supérieure après accord des parties.

Article 3

La numérisation des pièces justificatives

La sage-femme s'engage à numériser les pièces justificatives par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité de la pièce numérique à la pièce justificative sur support papier, et ce dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges publié par le GIE SESAM-Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

La sage-femme s'engage à effectuer l'opération de numérisation de la pièce justificative lors de la prise de contact avec son patient pour une transmission de ces pièces tant lors de la transmission d'une éventuelle demande d'accord préalable que lors de la facturation (par le biais d'une feuille de soins électronique).

Dans les situations où la pièce justificative aurait déjà été transmise lors d'une précédente facturation par voie électronique pour la même série d'acte, la sage-femme transmet alors les informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative, l'ordonnance initiale ou, le cas échéant, les informations d'identification permettant de retrouver la pièce déjà transmise, selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Dans le cadre d'un soin réalisé après une demande d'accord préalable, la sage-femme transmet de nouveau l'ordonnance numérisée à l'appui de la facturation du soin.

Article 4

Délai de transmission des pièces justificatives

La sage-femme s'engage à procéder à la télétransmission des pièces justificatives numérisées après transmission du lot de facturation, que la facturation ait lieu en mode sécurisé ou en mode SESAM dégradé. Cette opération est effectuée automatiquement par son logiciel.

Article 5

La facturation des actes en série ou réalisés dans un cabinet de groupe

Les parties signataires conviennent qu'en cas de transmission d'une feuille de soins électronique correspondant à la facturation d'un acte en série ou d'un acte réalisé dans un cabinet de groupe, la transmission de la pièce justificative numérisée, soit l'ordonnance, ou des informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative initiale, soit l'ordonnance initiale, est requise selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Article 6

Des cas d'échec de la transmission des pièces justificatives numérisées

Des cas de dysfonctionnement :

En cas d'impossibilité technique de numériser la pièce justificative de facturation, ou d'impossibilité technique de télétransmission ou d'absence de réception de l'accusé réception, lié à un échec de la télétransmission de la pièce justificative, la sage-femme met tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de cinq jours à compter de la première tentative de numérisation. En cas de nouvel échec à l'issue du délai imparti, la sage-femme transmet la pièce justificative sous format papier (duplicata ou copie papier), sauf si l'ordonnance a déjà été transmise à la caisse de l'assuré à l'appui d'une demande d'accord préalable ou si l'ordonnance a été transmise à l'appui d'une feuille de soins antérieure. Dans ce cas, aucune copie ne sera exigée.

De la non-réception des pièces numérisées :

A défaut de réception des pièces numérisées, l'organisme de prise en charge prend contact avec la sage-femme par tout moyen, afin de déterminer la cause de cette absence de réception. La sage-femme transmet à nouveau les pièces numériques qu'elle a conservées, dans les conditions définies ci-dessus (cas de dysfonctionnement).

De la vérification des pièces numérisées :

La liste des anomalies rendant inexploitable les images numérisées est la suivante :

- image numérisée trop blanche ;
- image numérisée trop noire ;
- problème de contraste rendant l'image numérisée illisible ;
- ordonnance tronquée : une seule page numérisée pour une ordonnance de plusieurs pages ; décalage à la numérisation droite/gauche, bas/haut.

Il est entendu que ces anomalies potentielles sont inhérentes au processus de numérisation et par conséquent inexistantes dans le processus papier.

Par ailleurs, ne doivent pas être entendues comme motifs d'inexploitabilité les anomalies suivantes :

- date de soins erronée ou absente sur la feuille de soins ;
- falsification par le prescripteur ou l'assuré ;
- prescription médicale imprécise ;
- rajout, surcharge ou rature de la prescription médicale ;
- utilisation de prescription type présignée ;
- identification absente ;
- duplicata, feuille de soins ou volet de facturation absent ;
- prescription médicale absente.

Une période de vérification initiale des pièces numérisées est mise en place par l'organisme de prise en charge pendant un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception des premières pièces justificatives numérisées. Pendant cette période, l'organisme de prise en charge signalera à la sage-femme les éventuelles anomalies constatées et l'aidera à procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Ulérieurement, si l'organisme de prise en charge observe une dégradation de la qualité de la numérisation des pièces justificatives, il se réserve la possibilité de renouveler ce contrôle sur une période maximum de quatre-vingt-dix jours. Dans, ce cadre, il en avise la sage-femme dans un délai minimum de sept jours avant la mise en place du contrôle.

La sage-femme s'engage à trouver des solutions techniques permettant de procéder au contrôle de la qualité des images numérisées en amont de leur transmission aux organismes de prise en charge.

Article 7

La valeur probante des pièces justificatives numérisées

Les parties signataires conviennent que la pièce numérique transmise par la sage-femme dans les conditions définies dans la présente annexe, a la même valeur juridique et comptable que la pièce justificative sur support papier.

La copie numérique de l'ordonnance originale a la même valeur que lorsque l'apposition de la signature et des mentions obligatoires est réalisée sur le support papier.

L'inscription, par la sage-femme, de son identifiant, sur l'ordonnance vaut signature au sens de l'article R. 161-45 du code de la sécurité sociale.

Article 8

La conservation des preuves et de la protection des données

La sage-femme conserve les pièces numériques sur le support de son choix et dans les conditions permettant de les copier et les imprimer si nécessaire, et ce pendant quatre-vingt-dix jours à compter du jour de la télétransmission.

En outre, durant les périodes de vérifications des pièces numérisées définies à la présente annexe, la sage-femme conserve également, sous forme papier, les copies d'ordonnances.

L'organisme de prise en charge conserve les pièces numériques pendant la durée légale de conservation des pièces justificatives, conformément à la réglementation en vigueur.

L'organisme de prise en charge et la sage-femme s'assurent respectivement que les pièces numériques qu'ils ont archivées ne sont accessibles qu'aux seuls utilisateurs habilités.

Les mesures de conservation ci-dessus décrites ne se substituent pas et ne sauraient éluder les autres obligations de droit commun qui pèsent habituellement sur la sage-femme ou sur les organismes de prise en charge au regard des textes qui leur sont applicables en matière de conservation d'éléments de preuve pour d'autres finalités.

La sage-femme et l'organisme de prise en charge s'engagent à respecter les obligations imposées par la législation sur la protection des données à caractère personnel, notamment celles relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à celles relatives à l'accès aux documents administratifs et à celles relatives aux archives.

ANNEXE X

RÈGLEMENT INTÉRIEUR TYPE DES INSTANCES CONVENTIONNELLES

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale et aux commissions paritaires régionales visées aux articles 33 et suivants du présent texte.

Article 1^{er}

Organisation des commissions paritaires conventionnelles

Article 1.1

Secrétariat de la commission

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'UNCAM pour la CPN, par le représentant régional auprès du régime général (coordonnateur) ou par une caisse de la région pour la CPR.

Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance.

Article 1.2

Organisation des réunions des commissions

La commission se réunit autant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Les convocations sont adressées, par mail, par le secrétariat aux membres de la commission au moins quinze jours avant la date de la réunion, sauf urgence acceptée par le président et le vice-président.

Elles sont accompagnées de l'ordre du jour établi après accord de ces derniers ainsi que des documents utiles, le cas échéant, à l'examen des sujets qui y sont inscrits.

Chaque caisse ou organisation syndicale peut convier en séance des conseillers techniques. Le nombre de ces conseillers est limité à trois par section.

Chaque caisse ou organisation syndicale peut convier en séance des experts au nombre maximal de deux. Les membres de la commission sont informés, au moins sept jours avant la date de la séance, de la qualité des personnes concernées et des sujets de l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise. En séance, ces experts n'interviennent que sur ces sujets.

Lorsque la commission se réunit pour instruire une procédure de sanction conventionnelle à l'encontre d'une sage-femme, les conseillers techniques et les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

Lorsque la commission se réunit pour une procédure conventionnelle à l'encontre de l'un des membres de la section professionnelle, celui-ci ne peut siéger lors de l'examen de son dossier.

A titre exceptionnel, pour tenir compte des difficultés d'organisation rencontrées (éloignement des représentants de la section professionnelle du lieu d'implantation de l'instance paritaire), les membres de la commission peuvent décider, après accord du président et du vice-président, de se réunir par visio-conférence ou de solliciter l'avis de la commission par courriel.

Article 1.3

Commissions électroniques

La Commission peut se réunir et délibérer par voie électronique, avec l'accord de son président et de son vice-président, sous réserve de la conservation des échanges et des décisions prises.

Il est également possible de valider, par voie électronique, le compte-rendu des réunions et d'arrêter par ce biais l'ordre du jour des réunions d'instances paritaires conventionnelles, sous réserve de la conservation des échanges.

Le secrétariat de l'instance conventionnelle envoie un message pour indiquer la tenue de cette délibération par voie électronique, de la date et de l'heure de son début ainsi que de la date et de l'heure à laquelle interviendra au plus tôt sa clôture, au moins 15 jours à l'avance.

La commission est ouverte par un message du secrétariat de l'instance à l'ensemble des membres, qui rappelle la date et l'heure limite pour la présentation des contributions et prend fin par un message de ce même secrétariat.

La commission électronique et les décisions prises dans ce cadre sont valides à la condition que l'ensemble des participants disposent des moyens techniques permettant leur participation effective pendant la durée de la délibération.

Article 1.4

Présidence des sections et des commissions

Lors de la première réunion de la commission, la section professionnelle de la commission désigne son président.

La section sociale de chacune des instances désigne son président parmi les conseillers membres de cette instance.

La présidence de la commission sera assurée la première année du présent texte par le président de la section professionnelle. Le président de la section professionnelle et le président de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'une année, la présidence et la vice-présidence de la commission.

Pour ce faire, à la date anniversaire de la publication au *Journal officiel* du présent texte, il est procédé automatiquement à l'alternance de la présidence, sans qu'il soit nécessaire que l'instance se réunisse au préalable.

La présidence de plusieurs commissions ne peut être assurée simultanément par la même personne.

Article 2

Délibérations

Article 2.1

Vérification des règles de quorum et de parité

La commission ne peut valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum correspond à un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections.

La parité nécessite un nombre égal de membres présents ou représentés dans la section professionnelle et dans la section sociale.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section. Aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

En l'absence de quorum, un constat de carence est établi pour prendre acte de l'absence de quorum et une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours.

La commission de nouveau réunie délibère alors valablement sur tous les sujets, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés, sous réserve que la parité soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi et les dispositions de l'article 3 du présent règlement intérieur sont applicables.

Article 2.2

Règles de vote

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées, sauf dans les cas prévus par la convention nationale où les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des abstentions.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. Le vote s'établit alors à bulletin secret. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs, nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix lors d'un second tour de vote portant sur un avis requis en matière de sanction conventionnelle, l'absence d'accord qui vaut avis de la commission est actée dans le procès-verbal.

Le secrétariat de la commission est chargé de transmettre au président de chaque section un relevé de décision de chaque réunion de la commission, par mail, dans les quarante jours suivant la date de réunion de celle-ci. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section dans un délai de quinze jours à compter de sa date de transmission. Il est ensuite adressé à chaque membre de la commission.

Ces délais ne sont pas applicables lorsque sont mises en œuvre les procédures conventionnelles prévues à l'article 34.2 de la présente convention.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations dans les conditions prévues par le code pénal.

Article 3

Situation de carence de la commission

Les partenaires conventionnels reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai imparti ;
- défaut de parité au sein de la commission ;
- impossibilité pour le président et le vice-président de la commission soit de fixer une date, soit d'arrêter un ordre du jour en commun malgré deux tentatives successives ;
- refus par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour malgré deux tentatives successives.

Dans le premier cas, la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission.

Dans les trois autres cas, un constat de carence est dressé. La section à l'origine de la situation de carence, est invitée par le président ou le vice-président de la commission à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

Article 4

Groupe de travail pour la CPN et les CPR

La commission met en place les groupes de travail paritaires qu'elle juge nécessaire.

Article 5

Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent une indemnité de vacation de 13C par séance et une indemnité de déplacement, pour leur participation aux réunions de la commission.

L'indemnité de déplacement et de séjour est fixée, lors de la première réunion de la commission, conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux sages-femmes qui participent aux sous-commissions et aux groupes de travail créés par la commission ainsi qu'à la commission chargée de déterminer les règles de hiérarchisation des actes et prestations.

Les sages-femmes perçoivent également l'indemnité de vacation de 13C en cas de réunion

« dématérialisée ».

Les indemnisations des sages-femmes pour leur participation aux instances conventionnelles sont assimilées à des honoraires d'actes conventionnés.

ANNEXE XI

COMMISSION DE HIÉRARCHISATION DES ACTES

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, une commission de hiérarchisation des actes et prestations pour les sages-femmes est mise en place.

Article 1^{er}

Rôle de la commission

Cette commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des prestations et des actes pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie et de valider la hiérarchisation qui en résulte.

Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts des sociétés savantes ou des experts économistes.

La Commission adopte un règlement intérieur.

Article 2

Composition de la commission

La commission est composée de représentants des syndicats représentatifs des sages-femmes libérales et de représentants de l'UNCAM. Un représentant de l'Etat assiste à ses travaux.

Sont membres avec voix délibérative :

Deux collèges comprenant autant de membres chacun :

- le collège professionnel, composé de deux représentants pour chaque syndicat représentatif, avec, pour chacun d'entre eux, un titulaire et un suppléant ;
- le collège de l'UNCAM comprenant autant de membres (titulaires et suppléants) que le collège professionnel ;
- un président désigné d'un commun accord par les membres de la commission.

Peuvent assister aux travaux :

- un représentant de l'Etat et son suppléant ;
- un représentant de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DGOS)
- un représentant de la Haute Autorité de santé (HAS). Le secrétariat de cette commission est assuré par l'UNCAM.

Article 3

Indemnisation des membres

Le président et les membres titulaires du collège professionnel de la commission, ou, en leur absence, les membres suppléants, perçoivent une indemnité pour perte de ressources dont le montant est établi selon les règles d'indemnisation définies par la convention nationale des sages-femmes pour la commission paritaire nationale.

Les frais de déplacement du président, des membres titulaires du collège professionnel de la commission (ou, en leur absence, des membres suppléants) et des personnalités ou experts désignés par le président après avis de la commission, sont pris en charge par la Cnam dans les conditions applicables aux agents de direction de la Cnam.

Des honoraires peuvent être versés aux personnalités ou experts désignés par le président après avis de la commission. Le montant de ces honoraires est fixé au cas par cas par le président, en fonction de l'importance des travaux demandés.

Article 4

Règlement intérieur

La commission élabore et adopte un règlement intérieur, qui précise notamment les règles de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et de vote.