

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Arrêté du 10 décembre 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et les caisses d'assurance maladie

NOR : SJSS0770946A

Le ministre de la santé, de la jeunesse et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique,

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

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvée la convention nationale des sages-femmes annexée au présent arrêté et conclue le 11 octobre 2007 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, l'Union nationale des syndicats de sages-femmes françaises et l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes.

Art. 2. – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et au ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 10 décembre 2007.

*La ministre de la santé,
de la jeunesse et des sports,*
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

*Le ministre du budget, des comptes publics
et de la fonction publique,*
ERIC WOERTH

A N N E X E

CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES ET L'ASSURANCE MALADIE

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par Frédéric Van Roekeghem, directeur général,

Et

L'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes, représentée par Christelle Gerber-Montaigu, présidente ;

L'Union nationale des syndicats de sages-femmes françaises, représentée par Jacqueline Lavillonnière, présidente,

en application des articles L. 162-9 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, sont convenues des termes de la convention qui suit :

PLAN DE LA CONVENTION

Préambule

TITRE 1^{er}

PRÉVENTION ET ÉDUCATION SANITAIRE

1.1. Examens médicaux du suivi de la grossesse.

- 1.2. Accroissement de l'efficacité des séances de préparation à l'accouchement.
- 1.3. Mise en place des séances de suivi postnatal.

TITRE 2

MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES, SUIVI ET ÉVALUATION

- 2.1. Maîtrise médicalisée.
- 2.2. Suivi et évaluation : partage des informations.

TITRE 3

MODALITÉS D'EXERCICE CONVENTIONNEL

- 3.1. Champ d'application de la convention.
- 3.2. Modalités d'exercice professionnel :
 - 3.2.1. Principes.
 - 3.2.2. Coordination des soins.
 - 3.2.3. Démographie des sages-femmes.
- 3.3. Délivrance des soins aux assurés :
 - 3.3.1. Libre choix du praticien par le patient.
 - 3.3.2. Documents ouvrant droit à remboursement.
 - 3.3.3. Rédaction des ordonnances.
 - 3.3.4. Situation de la remplaçante.
 - 3.3.5. Actes effectués par une sage-femme salariée.
- 3.4. Honoraires :
 - 3.4.1. Fixation des honoraires.
 - 3.4.2. Acquit des honoraires.
 - 3.4.3. Dépassements.
 - 3.4.4. Actes produits et prestations remboursables et non remboursables.
 - 3.4.5. Modalités de paiement des honoraires.
- 3.5. Télétransmission des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge :
 - 3.5.1. Engagement à la télétransmission.
 - 3.5.2. Equipement informatique des sages-femmes.
 - 3.5.3. Modalités de fonctionnement de la télétransmission SESAM-Vitale.
 - 3.5.4. Traitement des incidents.
 - 3.5.5. Aides à la télétransmission.

TITRE 4

DISPOSITIONS SOCIALES

- 4.1. Assurance maladie maternité décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.
- 4.2. Avantages complémentaires de vieillesse.
- 4.3. Modalités d'application.

TITRE 5

VIE CONVENTIONNELLE

- 5.1. Durée et conditions d'application de la convention :
 - 5.1.1. Durée de la convention.
 - 5.1.2. Résiliation de la convention.
 - 5.1.3. Modalités de notification et d'adhésion des sages-femmes.
- 5.2. Instances conventionnelles :
 - 5.2.1. Commission paritaire nationale (CPN).
 - 5.2.2. Commissions paritaires régionales (CPR).
 - 5.2.3. Dispositions communes à la CPN et aux CPR.

- 5.2.4. Comité technique paritaire permanent chargé du suivi de la télétransmission (CTP).
- 5.3. Mesures conventionnelles :
- 5.3.1. Non-respect des dispositions de la présente convention.
- 5.3.2. Condamnation par une instance ordinale ou judiciaire.

TITRE 6

FORMATION CONVENTIONNELLE CONTINUE

- 6.1. Principes.
- 6.2. Instances de la FCC.
- 6.3. Modalités de gestion et de mise en œuvre de la formation continue conventionnelle :
- 6.3.1. Thèmes de formation.
- 6.3.2. Choix des formations.
- 6.3.3. Financement des formations relevant de la FCC.
- 6.3.4. Indemnisation pour perte de ressources de la sage-femme formée dans le cadre du dispositif de la FCC.
- 6.3.5. Actions de formation conventionnelle interprofessionnelle.
- 6.3.6. Gestion des actions de formation.
- 6.3.7. Evaluation de la formation continue conventionnelle.

A N N E X E S

- Annexe 1. Tarifs des honoraires et frais accessoires.
- Annexe 2. Règlement intérieur type des instances conventionnelles (CPN et CPR).

Préambule

Afin de préserver le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie auquel elles sont attachées et garantir l'exercice libéral, 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.

Conscientes de la situation financière de l'assurance maladie, les parties signataires ont pour objectif d'accroître l'efficacité du système de soins de manière à participer à son équilibre économique tout en dégageant les ressources nécessaires à la juste rémunération des actes réalisés par les sages-femmes.

L'UNCAM et les syndicats représentatifs des sages-femmes libérales sont convenus, dans le cadre d'un protocole d'accord conclu le 6 avril 2007, de négocier une nouvelle convention nationale.

Les parties signataires se sont engagées à concrétiser cette démarche par la conclusion d'une convention nationale innovante, poursuivant notamment les objectifs suivants :

- préserver et améliorer l'accès aux soins ;
- renforcer et développer la prévention et l'éducation sanitaire autour des femmes enceintes, des accouchées, des nouveau-nés et des nourrissons ;
- développer la coordination des soins ;
- valoriser la profession de sages-femmes au travers de la nomenclature des actes et de la formation continue conventionnelle ;
- rénover la vie conventionnelle.

Les parties signataires conviennent de la nécessité d'accompagner cette démarche par une communication forte en direction des assurés, dans l'année qui suit la publication de la convention, en vue notamment de préciser le rôle et les interventions de la sage-femme libérale dans le système de périnatalité. Elles s'accordent pour poursuivre et actualiser régulièrement cette communication.

Elles s'engagent en outre à suivre et à évaluer régulièrement les actions définies dans le cadre de la présente convention, parvenant ainsi à des relations régulières, apaisées et transparentes.

TITRE 1^{er}

PRÉVENTION ET ÉDUCATION SANITAIRE

Le développement de la prévention autour de la femme enceinte est l'une des priorités fixées par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

Les partenaires conventionnels entendent inscrire leur démarche dans le cadre de ces priorités de santé publique et poursuivre une politique de prévention active en améliorant la prise en charge de la femme avant, pendant et après l'accouchement par les sages-femmes libérales.

Dans ses recommandations de novembre 2005 (1), la Haute Autorité de santé préconise notamment une approche plus précoce de la préparation à l'accouchement et un ajustement des dispositifs d'aide et d'accompagnement aux besoins des femmes en période postnatale.

Les partenaires conventionnels sont par ailleurs conscients de la nécessité de reconnaître pleinement et de valoriser comme telles les fonctions de la sage-femme libérale dans le système de périnatalité.

(1) Recommandations professionnelles de la Haute Autorité de santé « Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) », HAS, novembre 2005.

1.1. *Examens médicaux du suivi de la grossesse*

Partant du constat que les sages-femmes ont un rôle prépondérant dans le suivi de la grossesse physiologique, les partenaires conventionnels s'accordent pour promouvoir et valoriser leur intervention dans ce cadre.

Les examens concernés sont :

- d'une part, les examens médicaux mentionnés aux articles R. 2122-1 à R. 2122-3 du code de la santé publique et dont les contenus ont été précisés dans les recommandations de la Haute Autorité de santé d'avril 2005 (2), à savoir :
 - les sept examens médicaux prénataux obligatoires ;
 - l'examen médical postnatal réalisé dans les huit semaines qui suivent l'accouchement ;
- et, d'autre part, les éventuels examens médicaux intercurrents au cours de la grossesse (de la déclaration de grossesse jusqu'à l'examen médical postnatal réalisé dans les huit semaines suivant l'accouchement) et rendus nécessaires par l'état de santé de la mère, du fœtus ou du nouveau-né, ou par l'existence d'un risque particulier décelé lors d'une grossesse physiologique et exigeant une surveillance supplémentaire.

Ces examens médicaux ont pour objectif principal d'assurer la surveillance médicale de la mère, du fœtus ou du nouveau-né. Ils supposent la réalisation d'un examen clinique, l'identification d'un éventuel besoin de suivi complémentaire et l'orientation, le cas échéant, de la patiente vers une filière de soins spécifique.

Ils supposent également la délivrance de conseils d'éducation sanitaire ainsi qu'une écoute attentive de la patiente, et plus généralement du couple.

Les partenaires conventionnels conviennent de proposer la création d'un nouveau libellé à la nomenclature avec une lettre-clé spécifique. Le tarif de cet examen est fixé à 19 €.

Cette mesure s'appliquera sous réserve, et, le cas échéant, de la publication de la modification de la liste citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Les partenaires conventionnels conviennent de poursuivre par ailleurs la revalorisation de la rémunération des examens médicaux du suivi de la grossesse. Une nouvelle étape interviendra le cas échéant en 2008, en fonction des marges prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et du suivi de l'activité de la profession dans le cadre de l'observatoire défini au titre 2 de la présente convention.

(2) Recommandations pour les professionnels de santé « Comment mieux informer les femmes enceintes ? », HAS, avril 2005.

1.2. *Accroissement de l'efficiencia des séances de préparation à l'accouchement*

La préparation à l'accouchement est une démarche structurée de prévention, d'éducation de la famille et d'orientation de la femme enceinte et du couple qui s'organise en plusieurs temps.

Les partenaires conventionnels reconnaissent toute l'importance de la première séance de préparation à l'accouchement. Celle-ci permet de structurer l'ensemble de la préparation. Elle doit être obligatoirement individuelle (ou en couple) et permettre notamment de détecter les situations de vulnérabilité de façon précoce et d'orienter au mieux les patientes vers les dispositifs d'aide et d'accompagnement adéquats.

Les partenaires conventionnels conviennent des mesures suivantes :

1.2.1. **Remplacer la lettre-clé C par la lettre-clé SF dans le cadre de la préparation à l'accouchement**

Dans l'objectif d'avoir une meilleure visibilité de l'activité de préparation à l'accouchement, les partenaires conventionnels conviennent de modifier la nomenclature en remplaçant la lettre-clé « C » utilisée par les sages-femmes pour coter les séances de préparation à l'accouchement par la lettre-clé « SF ».

1.2.2. **Adapter les séances de préparation à l'accouchement aux besoins et attentes des femmes enceintes**

Les partenaires conventionnels entendent réserver les séances individuelles aux situations à risque. Ils proposeront dans les meilleurs délais les modifications de nomenclature suivantes :

- adapter le libellé de nomenclature de la première séance de préparation à l'accouchement pour le mettre en cohérence avec le contenu décrit dans les recommandations de la Haute Autorité de santé de novembre 2005 ;

– remplacer les catégories de séances existantes, comme suit :

LIBELLÉ DE L'ACTE selon la nomenclature	COEFFICIENT ACTUEL
1 ^{re} séance.	C 2,5
Séances suivantes dispensées jusqu'à trois personnes simultanément (par patiente).	C 2
Séances suivantes dispensées à plus de trois personnes simultanément et jusqu'à un maximum de six personnes (par patiente)	C 0,9

NOUVEAU LIBELLÉ DE L'ACTE	COEFFICIENT PROPOSÉ
1 ^{re} séance.	SF 15
Séances suivantes dispensées à une seule femme (ou couple).	SF 12
Séances suivantes dispensées à deux ou trois femmes (ou couples) simultanément (par patiente).	SF 11,6
Séances suivantes dispensées à plus de trois femmes (ou couples) simultanément et jusqu'à un maximum de six personnes (par patiente).	SF 6

Ces mesures s'appliqueront sous réserve, et le cas échéant, de la publication de la modification de la liste citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Les parties signataires engageront une réflexion sur l'évolution de la lettre clé SF, au regard de l'évaluation des actions mises en place dans le cadre de la présente convention.

1.3. *Mise en place des séances de suivi postnatal*

Conscients de l'importance du suivi de la femme et de l'enfant comme moyen de prévention, notamment des risques liés au *post-partum*, les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place des séances de suivi postnatal réalisées par les sages-femmes libérales.

Conformément aux recommandations professionnelles relatives à la préparation à la naissance et à la parentalité publiées par la Haute Autorité de santé en novembre 2005, ces séances permettent de rompre l'isolement de la jeune mère, de s'assurer de l'existence de liens mère-enfant satisfaisants et du bon développement de la parentalité, de soutenir l'allaitement et de rechercher notamment des signes de dépression du *post-partum* chez la mère.

Il est complété de conseils d'éducation sanitaire destinés à accompagner les soins aux nouveau-nés, à compléter les connaissances et à améliorer le bien-être de l'enfant et de la mère, notamment la réappropriation du schéma corporel de cette dernière. Ce suivi est ajusté en fonction de leurs besoins à tous les deux.

C'est pourquoi les partenaires conventionnels estiment tout particulièrement nécessaire de promouvoir cet accompagnement auprès des femmes les plus vulnérables.

Ils proposent donc de mettre en place des séances de suivi postnatal (au maximum deux), à réaliser au domicile de la patiente ou au cabinet de la sage-femme, dans une période allant de huit jours après la naissance jusqu'à la consultation postnatale prévue entre la sixième ou huitième semaine suivant l'accouchement. Les séances de suivi postnatal sont indépendantes des consultations médicales dont la mère ou l'enfant pourraient avoir besoin par ailleurs. Suite à ces séances, la sage-femme procédera à un retour d'informations vers le médecin traitant et, lorsque nécessaire, réorientera la femme et l'enfant vers les différents acteurs de la périnatalité.

Les partenaires conventionnels conviennent donc de proposer la création d'un nouveau libellé pour ces séances de suivi postnatal, affecté d'une lettre-clé spécifique. Le tarif de la séance de suivi postnatal sera fixé à 18,55 €.

Cette mesure s'appliquera sous réserve, et le cas échéant, de la publication de la modification de la liste citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

TITRE 2

**MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES,
SUIVI ET ÉVALUATION****2.1. *Maîtrise médicalisée***

Les parties signataires conviennent de la nécessité de favoriser le bon usage des soins et le respect des règles de prise en charge collective. Au côté des autres dispositifs structurants pour l'activité des sages-femmes, tels que le respect de la liste des actes et prestations citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, ou le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles, elles souhaitent développer une démarche de maîtrise médicalisée conventionnelle dont l'objectif est de garantir l'efficacité des soins.

Cette démarche s'appuie notamment sur :

- une amélioration de la connaissance des besoins de la population ;
- le respect des recommandations de la Haute Autorité de santé ;
- le développement de l'information des professionnels et des patients sur les règles de prise en charge collective.

Dans le cadre de l'exercice de leur profession sous champ conventionnel, et conformément à la réglementation en vigueur, les sages-femmes observent dans leurs actes et prescriptions la plus stricte économie compatible avec la réalisation de soins de qualité.

Le thème retenu pour la mise en œuvre de la démarche de maîtrise médicalisée est l'activité de préparation à la naissance.

Les parties signataires ont souhaité modifier la nomenclature afin d'adapter les séances de préparation à l'accouchement aux besoins et attentes des femmes enceintes. Elles entendent ainsi privilégier les séances collectives de préparation à l'accouchement, de manière à réserver les séances individuelles aux femmes qui le nécessitent et d'adapter le déroulement de la préparation à la naissance en fonction de l'évolution de la grossesse.

En particulier, les parties signataires ont convenu de réserver les séances individuelles aux situations de vulnérabilité.

L'indicateur retenu devra permettre de mesurer la part des séances individuelles dans l'activité totale de préparation à la naissance. Suite à la première année de mise en œuvre des modifications de nomenclature, un état des lieux sera réalisé. Un objectif d'évolution pour l'année suivante pourra alors être fixé. L'objectif fixé devra intégrer les critères médicaux et sociaux de la population prise en charge.

De nouveaux thèmes pourront être retenus dans la démarche de maîtrise médicalisée, au regard de l'évolution de l'activité des sages-femmes, à travers les résultats des travaux de l'observatoire, des besoins de la population et des recommandations de la Haute Autorité de santé.

2.2. *Suivi et évaluation : partage des informations*

Les parties signataires s'accordent pour suivre et évaluer de façon régulière l'évolution de l'activité et des dépenses de la profession. Ce suivi et cette évaluation permettront notamment de s'assurer de l'efficacité des mesures inscrites dans la présente convention et de définir, le cas échéant, de nouveaux thèmes de maîtrise médicalisée pertinents.

Les parties signataires décident à cette fin de mettre en place un observatoire qui assurera cette mission tout en permettant un véritable partage des informations. Ses missions, sa composition et ses modalités de fonctionnement seront définies dans un règlement intérieur validé par la commission paritaire nationale.

Les parties signataires décident que les thèmes de travail de l'observatoire porteront en priorité sur les dispositifs inscrits dans la présente convention, à savoir : le suivi médical de la grossesse, la préparation à la naissance et le suivi postnatal.

Concernant plus particulièrement l'évaluation des séances de suivi postnatal telles que définies dans la convention, les parties signataires s'entendent pour analyser leur efficacité. Un réajustement de ces séances pourrait être envisagé à terme sous la forme de séances collectives afin de privilégier un lieu d'échanges plus adapté aux attentes des jeunes mères et de développer certains sujets liés à l'éducation sanitaire, en particulier l'allaitement. Cette réflexion d'ensemble est à mener dans le cadre de l'organisation des soins postnataux entre hôpital et ville.

Elles s'accordent également pour étudier dans ce cadre l'impact du transfert de la prise en charge de la grossesse physiologique de l'hôpital vers la ville, en s'appuyant sur les recommandations de la Haute Autorité de santé relatives au suivi de la grossesse physiologique de mai 2007.

Conformément à ces recommandations également, elles réfléchiront à la réalisation d'études médico-économiques visant à comparer les différents types de suivi de la grossesse non pathologique.

Ces études seront menées en fonction des données disponibles et des possibilités actuelles des systèmes d'information. L'assurance maladie s'engage à transmettre aux organisations syndicales signataires de la convention toutes les données utiles en la matière.

TITRE 3

MODALITÉS D'EXERCICE CONVENTIONNEL

3.1. *Champ d'application de la convention*

La présente convention s'applique, d'une part, aux caisses primaires d'assurance maladie, aux caisses de mutualité sociale agricole et aux caisses du régime social des indépendants et, d'autre part, aux sages-femmes inscrites au tableau de l'ordre des sages-femmes et ayant légalement le droit d'exercer en France, exerçant à titre libéral, pour les soins dispensés au cabinet ou au domicile de l'assuré ou, le cas échéant, dans des structures de soins publiques ou privées dès lors que ceux-ci sont tarifés à l'acte.

Sont exclues du champ d'application de la convention les sages-femmes exerçant :

- en qualité d'employée dans un établissement de santé, public ou privé ;
- dans un centre de santé.

Les sages-femmes placées sous le régime de la présente convention s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession, notamment l'interdiction d'exercer dans des locaux commerciaux ou leurs dépendances.

3.2. *Modalités d'exercice professionnel*3.2.1. **Principes**

Les sages-femmes sont tenues de faire connaître aux caisses :

- leur numéro d'inscription au tableau de l'ordre du département de leur lieu d'exercice ;
- l'adresse de leur lieu d'exercice professionnel principal et/ou secondaire.

Elles précisent leurs modalités d'exercice. Celui-ci peut être individuel ou en groupe, avec ou sans création de personne morale.

Elles doivent, le cas échéant, transmettre aux caisses l'attestation de la ou des formations nécessaires pour l'exercice de certains soins infirmiers tels que prévus à la liste des actes et prestations citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Les sages-femmes doivent faire connaître aux caisses toutes les modifications intervenues dans les conditions d'exercice de leur profession, dans un délai de deux mois maximum à compter de cette modification.

Les sages-femmes placées sous le régime de la présente convention s'engagent à s'abstenir de tout moyen direct ou indirect de publicité (3) et s'obligent à ne pas utiliser comme moyen de publicité auprès du public la prise en charge, par les caisses d'assurance maladie, des soins qu'elles dispensent.

Pour donner lieu à remboursement sur la base des tarifs conventionnels, les soins dispensés doivent être effectués au lieu d'exercice professionnel, au domicile du patient ou au substitut du domicile du patient.

(3) La publicité s'entend de tout procédé visant par son contenu, sa forme, sa répétition à attirer la clientèle vers un cabinet ou un établissement de soins déterminé.

3.2.2. **Coordination des soins**

Les partenaires conventionnels estiment que la cohérence et l'efficacité de la prise en charge des femmes dans le domaine de la périnatalité passe nécessairement par la convergence des différentes interventions en la matière, mais également par une clarification du rôle des différents acteurs.

3.2.2.1. *Coordination des soins avec le médecin traitant et autres professionnels intervenant dans le suivi de la grossesse*

Dans le cadre de la coordination avec le médecin traitant, la sage-femme l'informe, avec l'accord de la patiente, de l'évolution de l'état de santé de la femme, lorsque celui-ci le justifie au cours de la grossesse, ainsi qu'à la suite d'une prise en charge en postnatal telle que définie au 1.3.

Elle lui transmet tous les éléments objectifs se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles elle intervient : résultats d'examen complémentaires, constatations, conclusions et éventuelles prescriptions.

Cette transmission d'information pourra avoir pour support, avec l'accord de la patiente, le carnet de maternité dans l'attente de la mise en place de dossiers sécurisés et généralisés.

Elle transmet également ces informations aux autres professionnels de santé intervenant dans le suivi de la grossesse, dans les mêmes conditions.

3.2.2.2. *Parcours de soins et intervention de la sage-femme libérale*

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 instaure un nouveau dispositif reposant sur le choix par chaque assuré ou ayant droit de seize ans ou plus d'un médecin traitant dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés.

Les parties signataires affirment leur volonté de ne pas pénaliser les assurés sociaux dans leur accès aux soins et de ne pas remettre en cause la capacité des sages-femmes. L'UNCAM s'engage donc à réunir début 2008 un groupe de travail interprofessionnel qui aura pour mission de garantir l'accès des patientes sans pénalité aux autres spécialités médicales concernées par la pratique des sages-femmes, dans le cadre du suivi de grossesse physiologique.

3.2.2.3. *Coordination des soins et réseaux de périnatalité*

Les sages-femmes libérales ont particulièrement un rôle dans le suivi des grossesses physiologiques, et dans le suivi à domicile des grossesses pathologiques en pré et postnatal.

Le développement des réseaux de périnatalité qui vise à obtenir un maillage homogène sur l'ensemble du territoire est actuellement en œuvre. Dans ce contexte, la participation des sages-femmes libérales au fonctionnement des réseaux est encouragée.

3.2.3. **Démographie des sages-femmes**

Les partenaires conventionnels constatent que la profession connaît une évolution démographique croissante mais qu'il existe de fortes disparités dans sa répartition géographique pouvant être sources de difficultés d'accès aux soins pour les patientes.

Ils conviennent d'engager une démarche visant à favoriser une répartition des sages-femmes libérales sur le territoire, cohérente avec les autres formes d'offre de soins périnataux.

A partir des outils d'aide à l'installation en cours de développement (inst@lsanté...), l'assurance maladie mettra progressivement en place une information destinée à accompagner les professionnels lors de leur installation ou au cours de leur exercice.

Cette information permettra, entre autres, à partir d'un état des lieux des ressources en présence sur chaque territoire (qu'elles soient hospitalières ou libérales), d'inciter les professionnels à s'installer dans les zones présentant des difficultés d'accès aux soins.

Dans ce cadre, et en cohérence avec les mesures du plan périnatalité 2005-2007, les professionnels seront plus particulièrement encouragés à s'intégrer aux réseaux de périnatalité : les caisses délivreront une information sur les entités existantes ou en projet, ainsi que sur les modalités d'organisation et de fonctionnement définies par le cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

Par ailleurs, au regard de l'évolution de la répartition des sages-femmes libérales sur le territoire, et en s'appuyant sur les résultats du bilan du plan périnatalité (dès lors qu'il aura été réalisé), une réflexion complémentaire pourra être engagée par les parties conventionnelles. Elle se fera en lien avec les travaux de la Commission nationale de la naissance.

3.3. **Délivrance des soins aux assurés**

Les parties signataires s'engagent à garantir à tous les assurés l'accès à des soins de qualité et à optimiser leur prise en charge.

Les conditions suivantes doivent être obligatoirement remplies pour que les actes dispensés par les sages-femmes donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie :

3.3.1. **Libre choix du praticien par le patient**

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.

Dans ce cadre, les caisses s'engagent à ne faire aucune discrimination entre les sages-femmes ayant légalement le droit d'exercer en France et placées sous le régime de la présente convention.

Sauf cas de refus formel d'intervention de la sage-femme la plus proche et dans l'attente d'une modification de la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, si l'assuré fait appel, sans motif justifié, à une sage-femme qui n'exerce pas dans la même agglomération ou, à défaut, dans l'agglomération la plus proche, les caisses ne participent pas aux dépenses supplémentaires qui peuvent résulter de ce choix.

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

Pour leur part, les sages-femmes assurent cette information auprès de leurs patientes, suivant les modalités qui leur paraissent les plus appropriées, en conformité avec la réglementation.

3.3.2. **Documents ouvrant droit à remboursement**

Les sages-femmes s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents sur support papier ou électronique conformes aux modèles prévus par les lois et les règlements en vigueur.

Elles s'engagent à porter toutes les informations rendues nécessaires par la réglementation en vigueur sur les documents papier et/ou électroniques ouvrant droit aux prestations d'assurance maladie maternité et accident du travail.

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

A. – *Constatation des soins*

Lors de chaque acte, la sage-femme porte sur la feuille de soins toutes les indications utiles prévues par les articles R. 161-42 à R. 161-44 du code de la sécurité sociale.

Elle doit mentionner la prestation des soins au jour le jour, y compris s'il s'agit d'actes en série, en utilisant la cotation prévue à la liste des actes et prestations citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Elle ne peut attester que les actes qu'elle a effectués personnellement.

B. – *Cotation et hiérarchisation des actes*

Cotation et codage des actes

Les sages-femmes s'engagent à respecter les dispositions prévues à la liste des actes et prestations citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et à en utiliser les cotations.

Commission des sages-femmes chargée de déterminer les règles de hiérarchisation des actes de la profession

Il est créé une commission chargée de déterminer les règles de hiérarchisation des actes et prestations pour les sages-femmes, conformément aux dispositions de l'article L. 162-1-7 et du 6° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

1. Rôle de la commission :

Cette commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des actes et des prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie. Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts des sociétés savantes ou des experts économistes.

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.

Membres avec voix délibérative :

- deux collègues 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 un nombre de membres équivalent, avec pour chacun d'eux un titulaire et un suppléant ;
- 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 (DHOS) ;
- un représentant de la Haute Autorité de santé.

Le secrétariat de cette commission est assuré par l'UNCAM.

3. Indemnisation des membres de la commission :

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 CNAMTS dans les conditions applicables aux agents de direction de la CNAMTS.

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.

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.

3.3.3. Rédaction des ordonnances

Les prescriptions de la sage-femme sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision possible, notamment en ce qui concerne la durée du traitement, dans la limite fixée par la réglementation en vigueur et le code de déontologie des sages-femmes.

La sage-femme porte lisiblement sur l'ordonnance ses nom, adresse et numéro d'identification, ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire des soins.

3.3.4. Situation de la remplaçante

La remplaçante d'une sage-femme placée sous le régime de la présente convention est tenue de se conformer aux règles suivantes :

- être titulaire des diplômes requis pour exercer la profession de sage-femme, ou d'une autorisation de remplacement en cours de validité, et être inscrite sur le tableau établi par le conseil départemental de l'ordre des sages-femmes ;
- ne remplacer au maximum que deux sages-femmes simultanément ;
- conclure un contrat avec la sage-femme remplacée conformément aux obligations déontologiques applicables à la profession.

La sage-femme remplacée vérifie que sa ou son remplaçant a bien effectué toutes les démarches nécessaires à l'exercice du remplacement sous convention. Elle s'interdit toute activité professionnelle dans le cadre conventionnel au moment effectif de son remplacement.

Les caisses peuvent demander, en tant que de besoin, la communication de l'attestation de remplacement.

La sage-femme remplaçante prend la situation conventionnelle de la sage-femme qu'elle remplace. A ce titre, elle utilise les feuilles de soins de la sage-femme remplacée, sur lesquelles elle appose son nom, sa qualité et atteste de l'exécution des actes et du paiement.

En conséquence, une sage-femme remplaçante ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, une sage-femme interdite d'exercice ou de donner des soins aux assurés sociaux pendant la durée de la sanction.

Les caisses rechercheront les moyens permettant une meilleure identification des sages-femmes remplaçantes au travers, notamment, de l'attribution de CPS de remplaçant.

3.4. Honoraires

3.4.1. Fixation des honoraires

Les tarifs d'honoraires doivent être fixés conformément aux dispositions de l'annexe I de la présente convention.

3.4.2. Acquit des honoraires

Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale, la sage-femme est tenue d'inscrire, sur la feuille de soins, l'intégralité du montant des honoraires qu'elle a perçus et en donne l'acquit par une signature portée dans une case prévue à cet effet.

Elle ne peut donner l'acquit que pour des actes qu'elle a accomplis personnellement et pour lesquels elle a perçu l'intégralité des honoraires, réserve faite des dispositions du B de l'article 3.4.5 de la présente convention.

S'il s'agit d'actes en série, la sage-femme peut ne donner l'acquit des soins que lorsque la série de séances est achevée.

Par exception aux alinéas ci-dessus, si, dans le cas d'une série d'actes, un ou plusieurs actes sont exécutés par une sage-femme autre que celle exécutant habituellement les actes, les honoraires peuvent être encaissés par la sage-femme exécutant habituellement les actes ; la sage-femme remplaçante doit toutefois apposer sa signature dans la colonne réservée à l'attestation de l'exécution des actes qu'elle a effectués personnellement.

3.4.3. Dépassements

Les tarifs d'honoraires et frais accessoires correspondant aux soins dispensés aux assurés et à leurs ayants droit sont mentionnés en annexe 1.

- La sage-femme ne peut appliquer un dépassement d'honoraires, que dans les deux situations suivantes :
- circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient (DE) ;
 - déplacement non médicalement justifié en matière de soins de maternité et infirmiers (DD).

Elle indique le motif et le montant du dépassement sur la feuille de soins (DE ou DD) et en avertit l'assuré dès le début des soins.

Dans les cas prévus ci-dessus, la sage-femme fixe ses honoraires avec tact et mesure et indique le montant total perçu sur la feuille de soins.

3.4.4. Actes, produits et prestations remboursables et non remboursables

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.

Lorsque la sage-femme réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, elle n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support en tenant lieu, conformément aux articles L. 162-4 et 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 uniquement les premiers sur la feuille de soins.

3.4.5. Modalités de paiement des honoraires

A. – Principe du paiement direct

Le patient règle directement à la sage-femme ses honoraires. Seuls donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie les actes pour lesquels la sage-femme atteste qu'ils ont été dispensés et rémunérés.

Pour les assurés bénéficiaires d'actes dispensés à titre gratuit, la sage-femme porte sur la feuille de soins la mention : « acte gratuit ».

B. – Modalités particulières

Dispense d'avance des frais

En dehors des cas de dispenses d'avance des frais légales (aide médicale d'Etat, CMU...), la sage-femme libérale peut accepter, dans des cas exceptionnels justifiés par des situations sociales particulières, le paiement différé de ses honoraires.

La procédure de dispense d'avance des frais permet le versement direct à la sage-femme, par l'organisme d'assurance maladie, de la part des honoraires pris en charge.

La feuille de soins, ou son support électronique, est alors transmise par la sage-femme à la caisse d'affiliation du patient.

La procédure de paiement différé des honoraires s'applique pour les dépenses relevant des risques maladie et maternité, au sens du code de la sécurité sociale.

Tout assuré peut, sur présentation de sa carte vitale ou de son attestation d'ouverture de droit, bénéficier de la procédure de dispense d'avance des frais pour les honoraires dus à la sage-femme.

En l'absence d'ouverture des droits aux prestations, l'organisme d'assurance maladie en avise la sage-femme et l'assuré. Il restitue le dossier de l'assuré concerné à la sage-femme.

En l'absence d'exonération du ticket modérateur constatée lors de la liquidation, l'organisme d'assurance maladie règle la part due par l'assurance maladie à la sage-femme. Le recouvrement de la participation de l'assuré est laissé à la diligence de la sage-femme.

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

Le règlement des dossiers s'effectuera directement par la caisse à la sage-femme, pour la part obligatoire, dans un délai qui ne saurait excéder quinze jours en cas de feuille de soins papier et cinq jours en cas de feuille de soins électronique.

Actes réalisés dans un établissement privé conventionné ne participant pas au service public hospitalier

Pour les actes effectués dans un établissement de santé privé ne participant pas au service public hospitalier, lorsque ce type de structure fait appel à des professionnels de santé exerçant à titre libéral, à l'exclusion des soins externes, l'ensemble des actes réalisés ainsi que le montant correspondant aux honoraires sont inscrits sur un support papier ou électronique dit « bordereau de facturation ».

Lorsque la sage-femme opte pour la dispense d'avance des frais, la part garantie par la caisse peut, dans les conditions prévues par la législation en vigueur, être versée, selon son choix :

- soit globalement à un praticien ou un groupement de praticiens exerçant dans l'établissement, désignés par l'ensemble des dispensateurs de soins ;
- soit individuellement à la sage-femme.

3.5. Télétransmission des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge

3.5.1. Engagement à la télétransmission

Toute sage-femme adhérant à la convention nationale s'engage à offrir le service de la télétransmission des feuilles de soins aux assurés sociaux.

Les parties signataires s'accordent pour considérer que c'est par l'incitation des sages-femmes à télétransmettre et non par des sanctions conventionnelles que la profession doit s'engager dans la télétransmission.

3.5.2. Equipement informatique des sages-femmes

Les feuilles de soins électroniques sont élaborées et émises par la sage-femme et reçues par la caisse conformément aux spécifications du cahier des charges SESAM-Vitale.

A. – Liberté de choix du matériel informatique

Les sages-femmes ont la liberté de choix du micro-ordinateur et du modem de télécommunication qui composent en partie l'équipement informatique grâce auquel elles effectuent la télétransmission des feuilles de soins électroniques.

Pour la mise en œuvre de la télétransmission des feuilles de soins électroniques sécurisées, les sages-femmes ont le libre choix de leur équipement entre les trois solutions suivantes :

1. Un lecteur bi-fente conforme aux référentiels en vigueur publiés par le GIE SESAM-Vitale et connecté au micro-ordinateur de la sage-femme, lui-même équipé d'un logiciel conforme au cahier des charges en vigueur publié par le GIE SESAM-Vitale pour la télétransmission des feuilles de soins électroniques.

2. Un matériel conforme aux référentiels et au cahier des charges en vigueur publiés par le GIE SESAM-Vitale, spécialement dédié à la télétransmission, capable d'élaborer et d'émettre des feuilles de soins électroniques.

3. Toute autre solution reposant sur un dispositif de sécurisation et d'authentification des feuilles de soins électroniques intégré dans le micro-ordinateur de la sage-femme, sous réserve que les conditions de sécurisation soient de même niveau que celles des solutions 1 et 2 et que cette solution soit conforme aux référentiels publiés par le GIE SESAM-Vitale.

B. – Obligations de la sage-femme

Pour assurer la télétransmission des feuilles de soins électroniques, les sages-femmes ont l'obligation de :

- se doter auprès du GIP « CPS » de la carte de professionnel de santé (CPS) prévue à l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale ;
- se doter d'un module logiciel d'élaboration et de transmission des feuilles de soins électroniques conforme au cahier des charges des spécifications externes des modules SESAM-Vitale en vigueur publié par le GIE SESAM-Vitale ;
- s'assurer auprès de l'organisme compétent que le matériel utilisé pour télétransmettre répond globalement aux exigences de conformité requises pour la sécurisation de la télétransmission, et notamment aux spécifications SESAM-Vitale.

Le cahier des charges des spécifications externes des modules SESAM-Vitale faisant référence est celui publié par le GIE SESAM-Vitale, créé conformément à l'article L. 115-5 du code de la sécurité sociale.

C. – Obligation de maintenance

Dans le cadre de leurs échanges informatiques avec l'assurance maladie, les sages-femmes, conscientes de la nécessité d'assurer une télétransmission de qualité au service des assurés sociaux et de maintenir cette qualité dans le temps, assurent la couverture de l'ensemble des composants de leur équipement informatique concourant à la création et à la télétransmission de FSE, y compris du dispositif de lecture, par un contrat de maintenance couvrant les dysfonctionnements et les mises à jour. Ce contrat de maintenance permet à la sage-femme notamment de respecter les délais réglementaires de transmission des FSE. Une aide forfaitaire visée au B de l'article 3.5.5 du présent texte apporte une contribution à ce surcoût pour l'exercice en cours. Cette aide sera versée selon la même périodicité que l'aide pérenne à la télétransmission des FSE. Le principe de cette aide ainsi que son montant et ses modalités seront en tout état de cause revus en fonction des évolutions des spécifications de SESAM-Vitale.

D. – Liberté de choix du réseau

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant le protocole internet. Les sages-femmes ont le libre choix de leur fournisseur d'accès internet dès lors que ce fournisseur est compatible avec leur logiciel agréé SESAM-Vitale. Sous cette réserve, les sages-femmes ont la liberté de transmettre les feuilles de soins électroniques en se connectant à tout réseau pouvant communiquer avec le réseau SESAM-Vitale.

Elles ont également la possibilité de 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 à l'intégrité des feuilles de soins électroniques. 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.

Lorsque la sage-femme souhaite utiliser les services d'un OCT, elle doit impérativement s'assurer que les procédures mises en œuvre par chaque organisme concentrateur technique sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit organisme concentrateur technique et les organismes destinataires de flux électroniques.

3.5.3. Modalités de fonctionnement de la télétransmission SESAM-Vitale

A. – Principe

La télétransmission des feuilles de soins électroniques s'applique à l'ensemble des sages-femmes, des assurés sociaux et des caisses d'assurance maladie du territoire national selon des règles identiques contenues dans les textes législatifs et réglementaires, dans le cahier des charges des spécifications externes des modules SESAM-Vitale en vigueur publié par le GIE SESAM-Vitale, notamment complétées des dispositions du présent accord.

B. – Transmission des ordonnances

La sage-femme transmet les ordonnances conformément aux dispositions des articles R. 161-45 et R. 161-48 du code de la sécurité sociale.

En application de l'article R. 161-48 du code de la sécurité sociale, la sage-femme adressera les ordonnances papier à la caisse locale (régime de l'assuré, mais circonscription du professionnel de santé). La sage-femme constituera pour chaque régime, s'il y a lieu, un lot d'ordonnances concernant les assurés relevant de l'organisme dans la circonscription où elle exerce et un autre lot d'ordonnances concernant les assurés relevant des organismes hors circonscription le cas échéant.

Les caisses, après avis de la CPR, ont la possibilité d'organiser au niveau local un dispositif adapté aux besoins de la profession et des services.

Dans le cas où l'ordonnance aurait déjà été transmise à la caisse de l'assuré avec une demande d'entente préalable, aucune transmission de la photocopie de l'ordonnance ne sera exigée de la sage-femme. Aucune photocopie ne sera non plus exigée si l'ordonnance a déjà été transmise à l'appui d'une feuille de soins antérieure.

Pour les assurés relevant du régime social des professions indépendantes, l'envoi s'effectue en distinguant les assurés relevant de chacun des organismes conventionnés compétents de la circonscription.

C. – Garantie de paiement

Les caisses d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement aux sages-femmes de la part obligatoire des prestations facturées dans la feuille de soins électronique, sur la base des informations relatives à la couverture maladie obligatoire contenues dans la carte d'assurance maladie au jour de sa présentation.

La garantie de paiement intervient sous réserve que la carte ne figure pas sur la liste d'opposition, laquelle fera l'objet, dès qu'elle sera disponible, d'une consultation en ligne en temps réel.

3.5.4. Traitement des incidents

Information réciproque

Dans le but de garantir la continuité du service de télétransmission des feuilles de soins électroniques, les partenaires conventionnels s'engagent à s'informer réciproquement de tout dysfonctionnement du système et à collaborer pour y apporter une réponse appropriée dans les meilleurs délais.

Absence ou dysfonctionnement de la carte lors de l'élaboration de la feuille de soins électronique

Dans l'hypothèse où une des deux cartes à microprocesseur – carte d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale ou carte de professionnel de santé mentionnée à l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale – est absente ou ne fonctionne pas au moment de l'élaboration de la feuille de soins électronique, ou en cas de dysfonctionnement du lecteur de cartes, une feuille de soins électronique ne peut pas être constituée.

Dans ce cas, la sage-femme peut :

- soit élaborer une feuille de soins sur support papier ;
- soit élaborer une feuille de soins non sécurisée et la télétransmettre, via le réseau de télécommunication qu'elle utilise habituellement pour les télétransmissions de feuilles de soins électroniques, à la caisse gestionnaire de l'assuré, selon la procédure de télétransmission IRIS au format B2, en lui adressant parallèlement la feuille de soins papier correspondante.

En l'absence du matériel nécessaire homologué par le GIE SESAM-Vitale, cette procédure peut également être utilisée par la sage-femme dans le cas de soins à domicile.

Dysfonctionnement lors de la transmission des feuilles de soins électroniques

En cas d'échec de la réémission d'une feuille de soins électronique dans les conditions décrites à l'article R. 161-47-I du code de la sécurité sociale ou si la sage-femme n'est pas en mesure, pour des raisons indépendantes de sa volonté, de transmettre une feuille de soins électronique, elle établit de sa propre initiative un duplicata sous forme papier de la feuille de soins électronique.

Pour cela, elle utilise une feuille de soins papier conforme au modèle établi à l'article R. 161-41 du code de la sécurité sociale clairement signalée comme un duplicata.

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais consentie à l'assuré, le duplicata est remis à l'assuré par la sage-femme après avoir été signé par elle.

En cas de dispense d'avance des frais consentie à l'assuré, la sage-femme adresse à la caisse gestionnaire un duplicata de feuille de soins signé par elle-même et si possible par l'assuré. Ce duplicata devra mentionner expressément le motif de sa délivrance.

Dans ces deux hypothèses, et à défaut de cosignature par l'assuré du duplicata, les caisses d'assurance maladie se réservent la possibilité de faire attester par l'assuré la réalité des informations portées sur le duplicata.

3.5.5. Aides à la télétransmission

A. – Aide pérenne

Les sages-femmes reçoivent une aide forfaitaire annuelle d'un montant de 300 € au titre de l'exercice 2006 et des exercices suivants, pour toute la durée de la convention.

Cette aide est octroyée pour les FSE élaborées, émises par la sage-femme et reçues par la caisse conformément aux spécifications SESAM-Vitale, lorsque la part d'activité télétransmise correspond au moins à 70 %. Pour les sages-femmes dont le taux de télétransmission se situe entre 60 % et 70 %, la commission paritaire régionale examinera les situations individuelles et, en fonction des motifs de non-atteinte du taux de 70 %, pourra décider, à titre dérogatoire, du versement de l'aide pérenne.

Le taux de télétransmission est égal au ratio entre le nombre d'actes télétransmis et le nombre d'actes total établi selon les données issues du système national informationnel de l'assurance maladie. Le calcul s'effectue sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année considérée ou, lorsque le professionnel a démarré la télétransmission au cours de l'année, à compter du premier jour du mois qui suit sa date de première feuille de soins électronique sécurisée.

La télétransmission d'une feuille de soins non sécurisée ne peut faire l'objet d'une aide à la télétransmission.

B. – Aide à la maintenance

L'aide forfaitaire à la maintenance est versée à la condition d'avoir transmis au moins une feuille de soins électronique sécurisée au cours de l'année considérée.

L'aide à la maintenance est pérenne.

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour spécifier et organiser au mieux les évolutions du système SESAM-Vitale imposées par la réglementation, contraintes par des changements techniques ou demandées par les usagers du système ;
- pour faciliter à la sage-femme les opérations de mise à jour du système qui la concerne.

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 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, y compris en cas de dysfonctionnement de son équipement.

Le montant de l'aide forfaitaire à la maintenance définie ci-dessus est fixé à 100 €.

C. – Aide CPS et CPE

Les cartes de professionnel de santé (CPS) et, s'il y a lieu, les cartes dites de personnel d'établissement (CPE) sont prises en charge par les caisses pour la durée de la convention.

D. – Modalités de versement

L'aide est versée annuellement par les caisses d'assurance maladie, au plus tard au mois de mars de chaque année au titre de l'année civile précédente.

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

E. – *Difficultés d'application*

Les éventuelles difficultés d'application qui ne pourraient pas être résolues par les CPR seront soumises par ces dernières au CTP.

TITRE 4

DISPOSITIONS SOCIALES

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

4.1. Assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les sages-femmes conventionnées doivent une cotisation prévue à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale.

La participation des caisses est assise sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires. Cette participation correspond à 9,7 % de ce montant.

4.2. Avantages complémentaires de vieillesse

Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse prévu à l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale, la participation des caisses à la cotisation due par les sages-femmes conventionnées est fixée au double de la cotisation des sages-femmes bénéficiaires.

4.3. Modalités d'application

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel, par :
– la CPAM du lieu d'installation des sages-femmes pour la cotisation due au titre du régime d'assurance maladie, maternité et décès ;
– chacun des organismes participant au financement pour la cotisation due au titre du régime des avantages vieillesse.

Le montant annuel de la participation des caisses aux cotisations sociales des sages-femmes est réparti entre les régimes d'assurance maladie selon les clés fixées par arrêté interministériel pour les répartitions de la contribution prévue à l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale et des remises prévues à l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale.

TITRE 5

VIE CONVENTIONNELLE

5.1. Durée et conditions d'application de la convention

5.1.1. Durée de la convention

La convention est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur du texte.

5.1.2. Résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée soit par une décision de l'UNCAM, soit par décision conjointe des organisations syndicales représentatives signataires de la convention, dans les cas suivants :

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

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception adressée à tous les signataires de la convention.

L'UNCAM invite alors les organisations syndicales représentatives à engager de nouvelles négociations conventionnelles dans le délai de six mois.

5.1.3. Modalités de notification et d'adhésion des sages-femmes

Notification

Conformément à l'article R. 162-54-7 du code de la sécurité sociale, les URCAM notifient par courrier aux sages-femmes le présent texte conventionnel, ainsi que ses avenants, dans le mois qui suit leur publication.

Modalités d'adhésion

Conformément à l'article R. 162-54-7 du code de la sécurité sociale :

- les sages-femmes précédemment conventionnées sont considérées tacitement comme adhérant à la présente convention. Dans le cas où ils souhaiteraient être placés 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 sages-femmes qui s'installent pour la première fois en exercice libéral au cours de la vie conventionnelle, et qui souhaitent adhérer à la présente convention en font la demande par courrier adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle elles exercent leur activité. Leur adhésion à la convention est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de leur demande ;
- la sage-femme qui souhaite ne plus être régie par les dispositions de la convention en informe la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'installation par lettre recommandée avec avis de réception. Sa décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse.

5.2. Instances conventionnelles

Les parties signataires réaffirment leur profond attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle et mettent en place, à cet effet, les instances suivantes :

- une commission paritaire nationale (CPN) ;
- des commissions paritaires régionales (CPR) ;
- un comité paritaire permanent chargé du suivi de la télétransmission (CTP).

5.2.1. Commission paritaire nationale (CPN)

Il est institué une commission paritaire nationale composée paritairement.

1. Missions

La CPN a un rôle d'orientation et de coordination et décide des actions à mener afin de garantir la réussite de la politique conventionnelle sur l'ensemble de son champ de compétence.

Elle assure ainsi le suivi régulier des différents aspects de la vie conventionnelle et décide de la conduite des études nécessaires aux adaptations à lui apporter.

Ses missions portent sur l'ensemble du champ conventionnel, et en particulier sur :

- le pilotage, le suivi et l'évaluation de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé telle que déclinée dans les dispositions de la présente convention ;
- la préparation des avenants et annexes à la convention ;
- enfin, la CPN :
 - se réunit en formation FCC et assure les missions décrites au titre 6 de la présente convention ;
 - installe et suit les travaux du comité technique paritaire permanent chargé du suivi de la télétransmission (CTP) décrit au point 5.2.4 ;
 - prend toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances locales.

Pour remplir ces missions, la CPN peut faire appel à des experts ou constituer tous les groupes de travail qu'elle jugera nécessaires.

2. Composition

La CPN est composée pour moitié :

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

Membres titulaires

Section professionnelle :

La section professionnelle comprend 4 représentants de la ou des organisations syndicales nationales signataires représentatives des sages-femmes.

Les représentants des sages-femmes sont désignés parmi leurs adhérents placés sous le régime de la présente convention. Seules des sages-femmes conventionnées libérales en exercice peuvent siéger dans cette instance.

En l'absence de signature d'un des syndicats visés ci-dessus ou à défaut de représentants d'un des syndicats signataires, la totalité des sièges est attribuée aux représentants du syndicat national signataire présent.

Section sociale :

La section sociale comprend un nombre de sièges équivalent afin d'établir la parité, répartis comme suit :

- 2 représentants du régime général, dont un praticien-conseil ;
- 1 représentant du régime agricole ;
- 1 représentant du régime social des indépendants.

Membres suppléants

Un nombre identique de suppléants est désigné dans les mêmes conditions que les membres titulaires afin de siéger en leur absence.

Composition en « formation sages-femmes »

En « formation sages-femmes », la CPN est composée :

- de la section professionnelle telle que décrite *supra* ;
- des praticiens de la section sociale.

Afin d'assurer la parité, les praticiens de la section sociale se répartissent le même nombre de voix que les praticiens de la section professionnelle.

5.2.2. Les commissions paritaires régionales (CPR)

Il est institué dans chaque région une commission paritaire régionale.

1. Missions

Celle-ci est chargée notamment :

- de faciliter l'application de la convention par une concertation permanente sur le plan local entre les caisses et les représentantes des sages-femmes de la région. En cas de désaccord entre les parties, l'une ou l'autre peut soumettre le dossier à la commission paritaire nationale ;
- de mener, en lien avec les URCAM, les études relatives à la démographie des sages-femmes libérales ;
- de suivre l'évolution des dépenses régionales en rapport avec les actes de sages-femmes ;
- d'étudier 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 obstétricaux dans sa globalité, la morbidité régionale et de procéder à toute autre étude dont elle peut se saisir ;
- de connaître des réclamations relatives au non-respect des dispositions de la présente convention ;
- d'informer régulièrement la CPN de ses travaux.

Les décisions prises dans le cadre de la CPR s'appliquent à l'ensemble des caisses relevant de cette commission.

La CPR adresse à la CPN au cours du dernier trimestre de chaque année un rapport sur ses activités de l'année en cours.

2. Composition

Membres titulaires

La CPR est composée pour moitié :

- de représentants des organisations régionales des syndicats signataires de la présente convention, qui constituent la section professionnelle ;
- de représentants de l'assurance maladie, qui constituent la section sociale.

Section professionnelle :

La section professionnelle comprend 4 représentants de la ou des organisations syndicales régionales signataires représentatives des sages-femmes.

Les représentants régionaux des syndicats de sages-femmes signataires sont désignés parmi leurs adhérents libéraux conventionnés et exerçant à titre principal dans la région du ressort de la CPR.

Section sociale :

La section sociale comprend un nombre de sièges équivalent afin d'établir la parité, répartis comme suit :

- 2 représentants du régime général, dont un praticien-conseil ;
- 1 représentant du régime agricole ;
- 1 représentant du régime social des indépendants.

Membres suppléants

Un nombre identique de suppléants est désigné dans les mêmes conditions que les membres titulaires afin de siéger en leur absence.

Composition en « formation sages-femmes »

En « formation sages-femmes », la CPR est composée :

- de la section professionnelle telle que décrite *supra* ;
- des praticiens de la section sociale.

Afin d'assurer la parité, les praticiens de la section sociale se répartissent le même nombre de voix que les praticiens de la section professionnelle.

5.2.3. Dispositions communes à la CPN et aux CPR

Les instances sont mises en place dans un délai de trois mois suivant la date d'entrée en vigueur de la convention.

Elles se réunissent autant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Elles adoptent un règlement intérieur reprenant *a minima* le règlement type défini en annexe, qui précise les règles de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et les procédures de vote. Dans le cas où un règlement intérieur ne serait pas adopté par la commission, le règlement type annexé à la convention s'appliquera en l'état.

Le ou la présidente de chacune des sections assume par alternance annuelle la présidence et la vice-présidence de l'instance conventionnelle.

Les sections professionnelles et sociales s'engagent à être toujours représentées dans des conditions permettant le fonctionnement des commissions.

Chaque instance peut se réunir en « formation sages-femmes », c'est-à-dire en sous-commission paritaire composée de représentants de la section professionnelle et de représentants des services du contrôle médical, notamment lorsqu'il s'avère nécessaire d'entendre une sage-femme sur sa pratique ou d'examiner des documents à caractère médical concernant des assurés.

Chaque instance conventionnelle met en place les groupes de travail qu'elle juge nécessaires.

Chaque section peut se faire assister d'un conseiller technique dans la limite de trois par section. Les conseillers techniques n'interviennent que sur les points de l'ordre du jour où leur compétence a été requise.

Les représentants des syndicats signataires, membres de la section professionnelle, perçoivent une indemnité de vacation égale à 12 C par réunion ainsi qu'une indemnité de déplacement dans les conditions prévues par le règlement intérieur de l'instance à laquelle ils appartiennent.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux sages-femmes qui participent aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles.

5.2.4. Comité technique paritaire permanent chargé du suivi de la télétransmission (CTP)

L'informatisation des procédures, la dématérialisation des documents, le développement des échanges électroniques, la mise en place des services en ligne s'inscrivent dans le cadre des échanges entre les sages-femmes et les caisses d'assurance maladie.

Ces échanges doivent permettre à chacune des parties d'évaluer et d'harmoniser leurs propres besoins par une réponse technique appropriée.

Un comité technique paritaire permanent sera donc instauré près la CPN.

Les attributions de ce comité seront spécifiques aux sages-femmes dans le cadre de leurs engagements conventionnels de télétransmission SESAM-Vitale. Les échanges de données dématérialisées entre l'assurance maladie et les sages-femmes conventionnées font partie de ces attributions.

Ce comité est saisi de tout dysfonctionnement, évolution et modification du système et examine les réponses appropriées à apporter dans les meilleurs délais afin de garantir la continuité du service de la télétransmission des FSE.

Il peut formuler des avis sur le cahier des charges SESAM-Vitale ainsi que des propositions tendant à l'amélioration du dispositif.

Dans ce domaine, la mission du comité technique paritaire comprend notamment le suivi des procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance des frais, que celle-ci soit relative à la CMU ou à tout autre dispositif issu de la réglementation.

5.3. Mesures conventionnelles

Le respect des engagements conventionnels des parties est un des éléments essentiels de l'équilibre conventionnel.

5.3.1. Non-respect des dispositions de la présente convention

Les parties signataires sont convenues de définir dans le présent paragraphe les situations pour lesquelles un professionnel qui ne respecte pas ses engagements conventionnels dans le cadre de son exercice 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.

Une circulaire précisera les modalités d'articulation entre les différents dispositifs de sanctions, notamment ceux prévus respectivement par la loi et par la convention.

A. – *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 libérale, notamment sur :

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables ;
- l'utilisation abusive du DE ;
- 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 l'article 3.4.1 de la présente convention ;
- le non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, la procédure décrite ci-après peut être mise en œuvre.

B. – *Procédure*

1. La CPAM qui constate le non-respect par une sage-femme des dispositions de la présente convention lui adresse un avertissement par lettre recommandée avec accusé de réception. L'avertissement doit comporter l'ensemble des faits qui sont reprochés au professionnel.

La sage-femme dispose d'un délai d'un mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique.

Si, à l'issue de ce délai, la sage-femme n'a pas modifié la pratique reprochée, la CPAM, pour le compte de l'ensemble des caisses, communique le relevé des constatations à la sage-femme concernée par lettre recommandée avec avis de réception, avec copie aux membres titulaires des deux sections de la CPR.

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

2. La sage-femme dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de communication du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles et/ou être entendue à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. La sage-femme peut se faire assister par un avocat ou un confrère de son choix.

La CPR, pour donner son avis, peut inviter le praticien à lui faire connaître ses observations écrites ou demander à l'entendre dans un délai qu'elle lui fixe. Dans le même temps, la sage-femme peut être entendue à sa demande par la CPR, elle peut se faire assister par un avocat ou un confrère de son choix.

Lorsque la CPR juge nécessaire de recueillir, auprès de la sage-femme, les éléments d'information relatifs à sa pratique médicale, le relevé de constatations est transmis à la « formation sages-femmes » de la CPR.

La commission, dans la formation retenue pour donner son avis, peut inviter la sage-femme à lui faire connaître ses observations dans un délai qu'elle lui fixe. Elle peut également demander à l'entendre dans ce même délai.

Durant cette période, la sage-femme peut être entendue à sa demande par la formation concernée de la CPR. Elle peut se faire assister par un confrère de son choix.

L'avis de la CPR est rendu dans les soixante jours à compter de sa saisine. A l'issue de ce délai, l'avis est réputé rendu.

A l'issue de ce délai, les caisses décident de l'éventuelle sanction.

Le directeur de la CPAM, pour le compte des autres régimes, notifie au professionnel la mesure prise à son encontre, par lettre recommandée avec accusé de réception. La caisse communique également la décision aux membres de la CPR en leur envoyant la copie de la lettre adressée au professionnel.

Cette notification précise la date d'effet de la décision et les voies de recours ; cette décision doit être motivée.

Lorsque le directeur de la CPAM prend à l'encontre d'un professionnel une mesure :

- de suspension de tout ou partie de la participation des caisses au financement des cotisations sociales supérieure ou égale à six mois ;
- ou de suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel supérieure ou égale à trois mois,

et que cette mesure est supérieure à celle proposée par la CPR dans son avis, il en informe par courrier le secrétariat de la CPN, qui inscrit ce point à l'ordre du jour de la réunion suivante. L'application de la décision du directeur de la CPAM est dans ce cas suspendue jusqu'à l'avis de la CPN.

C. – Mesures encourues

Lorsqu'une sage-femme ne respecte pas les dispositions de la présente convention, elle peut, après mise en œuvre de la procédure prévue au paragraphe ci-dessus, encourir une ou plusieurs des mesures suivantes :

- interdiction temporaire ou définitive de pratiquer le DE ;
- suspension de tout ou partie de la participation des caisses au financement des cotisations sociales du professionnel. Cette suspension est de un, trois, six, neuf ou douze mois ;
- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel. Cette suspension peut être temporaire (une semaine, un, trois, six, neuf ou douze mois) ou prononcée pour la durée d'application de la convention, selon l'importance des griefs. La mise hors convention de trois mois ou plus entraîne la suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

5.3.2. Condamnation par une instance ordinale ou judiciaire

Lorsque la section disciplinaire du conseil interrégional (en première instance) ou du conseil national (en appel) de l'ordre des sages-femmes a prononcé à l'égard d'une sage-femme une sanction devenue définitive d'interdiction temporaire ou permanente de donner des soins aux assurés sociaux ou d'interdiction temporaire ou permanente d'exercer ou, lorsqu'une juridiction a prononcé à l'égard d'une sage-femme une peine effective d'emprisonnement, le professionnel se trouve placé de ce seul fait et simultanément hors convention, à partir de la date d'application de la sanction ordinale ou judiciaire et pour une durée équivalente.

Le directeur de la CPAM informe le professionnel de sa situation par rapport à la convention. Une copie de cette lettre est adressée aux membres de la CPR.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituent en outre une infraction au regard des règles et/ou des pratiques conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du professionnel concerné l'une des mesures prévues au C de l'article 5.3.1, en application de la procédure décrite au B du même article.

TITRE 6

FORMATION CONVENTIONNELLE CONTINUE

6.1. Principes

Les partenaires conventionnels rappellent l'intérêt commun qu'ils attachent au développement et à la promotion de la formation continue, qui doit permettre à la sage-femme d'entretenir et de perfectionner ses connaissances et lui garantir une adaptation permanente et nécessaire aux évolutions des pratiques et des soins.

Dans un souci d'amélioration de la qualité des soins et d'optimisation des dépenses de santé, les partenaires conventionnels s'entendent pour promouvoir la formation continue conventionnelle comme modalité de formation offerte aux sages-femmes conventionnées. Le dispositif de la FCC accompagne les orientations de la convention et notamment les engagements de maîtrise médicalisée.

Les partenaires conventionnels définissent les orientations et les thèmes de formation continue qu'ils souhaitent soutenir dans le cadre conventionnel. Ils entendent notamment développer la prévention et l'éducation à la santé et élargir les formations dans une approche interprofessionnelle, conduite avec les syndicats signataires des conventions nationales des différentes professions de santé.

Les partenaires conventionnels définissent les modalités de financement et de gestion de la formation continue conventionnelle.

Les caisses nationales, chacune en ce qui la concerne, participent au financement de la formation continue conventionnelle des sages-femmes exerçant sous le régime de la présente convention, par le versement :

- d'indemnités quotidiennes de formation, compensatrices de perte de ressources ;
- d'une dotation à l'organisme gestionnaire (OG), comprenant la prise en charge des formations titulaires de l'agrément conventionnel et la prise en charge des frais de structure de l'organisme gestionnaire.

6.2.1. Instances de la FCC

La CPN, réunie en formation « FCC » :

- désigne les représentants qui siègeront en commission des marchés et en commission des agréments ;
- arrête chaque année les thèmes de formation qui doivent être en rapport avec les thèmes conventionnels de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et avec les objectifs de la loi de santé publique ;
- prépare les appels d'offres destinés aux organismes de formation ;

- rédige les cahiers des charges ;
- définit les critères d'agrément des organismes et des formations ;
- agréé les actions de formation ;
- évalue le dispositif de FCC mis en place.

Le responsable de l'organisme gestionnaire assiste aux séances de la CPN réunie en formation « FCC ».

Un organisme gestionnaire (OG) est mandaté par les partenaires conventionnels pour mettre en œuvre la formation continue conventionnelle des sages-femmes et gérer la dotation allouée par la CNAMTS pour le compte des caisses nationales d'assurance maladie. En particulier, l'organisme gestionnaire assure le lancement et la gestion des appels d'offres et transmet, après les avoir enregistrés, les projets présentés par les organismes de formation à la CPN. Un protocole de financement est signé entre l'organisme gestionnaire et la CNAMTS pour détailler ses missions et les modalités de versement de la dotation allouée.

6.2.2. Modalités de gestion et de mise en œuvre de la formation continue conventionnelle

Les partenaires conventionnels définissent la politique qu'ils entendent mener pour favoriser le développement de la formation continue conventionnelle et en arrêtent les modalités de financement et de gestion.

6.2.3. Thèmes de formation

La commission paritaire nationale arrête annuellement, avant le 31 mars, la liste des thèmes d'actions de formation qu'elle entend promouvoir pour l'année suivante ainsi que le calendrier prévisionnel de l'appel d'offres FCC.

L'ensemble de ces thèmes constitue le « programme annuel » de la FCC.

Les partenaires conventionnels mandatent l'organisme gestionnaire pour assurer la diffusion de ce programme auprès des organismes de formation continue selon le cahier des charges en vigueur.

6.2.4. Choix des formations

Pour la réalisation de ce programme annuel de formation, les partenaires conventionnels confient à l'organisme gestionnaire le lancement et la gestion d'un appel d'offres auprès des organismes de formation continue.

Le cahier des charges relatif à cet appel d'offres est élaboré par la CPN.

En vue de l'agrément des projets déposés en réponse à l'appel d'offres, se tiennent :

- une commission d'ouverture des plis, constituée paritairement d'au moins un représentant de chacune des sections de la CPN et du représentant de l'OG ;
- une commission des marchés, constituée paritairement d'au moins trois représentants de chacune des sections de la CPN et du représentant de l'OG, qui examine la qualité pédagogique et vérifie la conformité budgétaire des projets de formation. Elle émet un avis sur chacun des projets de formation ;
- une commission des agréments, constituée paritairement d'au moins trois représentants de chacune des sections de la CPN et du représentant de l'OG, qui agréé les formations qui lui paraissent les mieux appropriées dans le respect des thèmes retenus pour l'année et des critères définis dans le cahier des charges. Les agréments sont délivrés dans la limite de la dotation attribuée annuellement par la CNAMTS, pour le compte des caisses nationales d'assurance maladie.

La CPN confie le suivi et la gestion des formations agréées à l'OG.

6.2.5. Financement des formations relevant de la FCC

Le financement de la FCC est effectué par la CNAMTS, pour le compte des caisses nationales d'assurance maladie, sous la forme d'une dotation annuelle destinée à financer au cours de chaque année civile les actions de formation continue conventionnelle ainsi que les frais de structure de l'OG. Le financement de ces actions de formation prend la forme d'une prise en charge plafonnée du coût de la formation, par participant, dans les conditions fixées par le cahier des charges de la FCC transmis aux organismes de formation.

Chaque caisse nationale participe au financement de la FCC à hauteur de la part respective que son régime représente dans les dépenses d'assurance maladie.

La dotation est arrêtée en CPN au cours de l'année qui précède l'année de réalisation des actions de formation conventionnelle, et sous réserve de disposer des crédits suffisants sur le fonds de financement prévu à cet effet par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Un protocole de financement est conclu entre la CNAMTS et l'OG pour la durée de la convention nationale, qui fixe les conditions et les modalités de versement de la dotation.

La CPN peut procéder à tout contrôle sur pièce ou sur place de l'OG, notamment au moyen d'audits.

6.2.6. Indemnisation pour perte de ressources de la sage-femme formée dans le cadre du dispositif de la FCC

Les caisses nationales s'engagent à favoriser la participation des sages-femmes exerçant à titre libéral sous le régime de la convention aux actions de la FCC, en prévoyant pour ces professionnels le versement d'une indemnité de formation compensatrice de perte de ressources.

Chaque caisse nationale participe au financement des indemnisations à hauteur de la part respective que son régime représente dans les dépenses d'assurance maladie.

Cette dotation annuelle est arrêtée en CPN au cours de l'année qui précède l'année de réalisation des actions de formation conventionnelle, et sous réserve de disposer des crédits suffisants sur le fonds prévu à cet effet par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

La dotation annuelle couvre l'indemnisation de l'ensemble des participants prévus aux formations agréées de l'année civile d'exercice.

A. – Champ d'application

Les sages-femmes peuvent prétendre au versement d'une indemnité quotidienne pour perte de ressources, sous réserve de remplir les conditions suivantes :

- exercer à titre libéral dans le champ conventionnel ;
- suivre, dans son intégralité, une action de formation titulaire de l'agrément conventionnel, et d'une durée :
 - soit égale à une journée entière, entendue comme sept heures de formation effective hors temps de pause et de repas ;
 - soit au moins égale à deux journées entières consécutives ;
 - soit au moins égale à trois journées entières consécutives ou non, pour un cursus de formation selon les modalités du cahier des charges défini par la CPN ;
- ne pas avoir exercé pendant la durée effective de la formation ;
- ne pas avoir perçu, dans l'année civile au cours de laquelle s'est tenue l'action de formation conventionnelle, le nombre maximum d'indemnités quotidiennes pour perte de ressources précisé ci-après.

Seules sont indemnisables les journées ouvrables.

B. – Montant de l'indemnité pour perte de ressources

A compter de l'exercice 2008, le montant de l'indemnité pour perte de ressources est fixé à 15 C par jour par participant.

A compter de l'exercice 2008, le montant total des indemnités quotidiennes versées à une sage-femme participante s'inscrit dans la limite de huit journées par année civile.

C. – Modalités de versement de l'indemnité pour perte de ressources

L'indemnité quotidienne est versée à la sage-femme formée par la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'exercice, qui agit pour le compte des autres régimes, sous réserve de modifications législatives et/ou réglementaires en la matière.

Le versement de l'indemnité pour perte de ressources est effectué sur production d'une attestation de participation dûment complétée par l'organisme de formation et la sage-femme formée. Elle est visée par l'organisme gestionnaire.

L'attestation de participation comprend notamment les informations suivantes :

- identification de la sage-femme ;
- numéro d'agrément conventionnel de la formation suivie ;
- thème, lieu, dates de la formation suivie, etc.

Le modèle de l'attestation de participation est arrêté entre les partenaires conventionnels et figure dans le cahier des charges.

L'indemnité pour perte de ressources est versée à la sage-femme dans un délai de deux mois à compter de la réception par la caisse primaire d'assurance maladie de l'attestation de participation.

6.2.7. Actions de formation conventionnelle interprofessionnelle

Afin de contribuer à l'amélioration de la coordination des soins, la commission paritaire nationale peut déterminer, en concertation avec les instances conventionnelles des autres professions de santé conventionnées, des thèmes réservés à des actions de formation interprofessionnelle.

Ces formations font l'objet de cahiers des charges spécifiques, déterminés en commun par les instances conventionnelles des différentes professions concernées.

Ces actions sont financées, pour la part concernant les sages-femmes libérales, sous réserve qu'elles remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- agréées par la CPN ;
- d'une durée maximale de deux jours ;
- se tenant sur des jours ouvrables.

L'indemnisation versée à une sage-femme dans le cadre d'une formation interprofessionnelle ne pourra ainsi excéder le montant de deux journées par an. Ces journées s'ajoutent aux journées visées au point B de l'article 6.3.4.

Les autres dispositions prévues dans le cadre de la FCC concernant l'agrément des actions de formation, les modalités d'indemnisation des sages-femmes participantes et l'évaluation des actions de formation s'appliquent à la formation conventionnelle interprofessionnelle.

6.2.8. Gestion des actions de formation

En cas de résiliation du protocole de financement par l'une ou l'autre des parties, la CNAMTS, pour le compte des caisses nationales d'assurance maladie, garantit la prise en charge des actions de formation prévues au cours de l'année civile de sorte qu'elles puissent se réaliser. Les formations concernées sont les formations agréées pour lesquelles des frais ont été avancés par l'organisme de formation à la date où il est informé par l'OG de la résiliation du protocole.

6.2.9. Evaluation de la formation continue conventionnelle

Au vu des résultats du bilan du programme annuel et de l'évaluation des actions FCC, la CPN met en œuvre toutes les mesures pertinentes destinées à améliorer la qualité et l'efficacité de la FCC.

A. – Evaluation de l'impact des formations sur les pratiques

La CPN est chargée de définir les orientations de l'évaluation pédagogique des formations dispensées dans le cadre du programme annuel de formation conventionnelle et visant à apprécier l'impact des formations sur les pratiques des sages-femmes formées.

B. – Bilan du programme annuel de FCC

Dans le cadre de son rapport annuel d'activité, l'OG réalise un bilan du programme annuel de FCC permettant aux parties signataires d'apprécier notamment le coût et les conditions de réalisation des formations agréées.

L'OG transmet le bilan du programme annuel de formation à la CPN sous forme de rapport d'activité.

Fait à Paris, le 11 octobre 2007.

Pour l'UNCAM :
Le directeur général,
F. VAN ROEKEGHEM

Pour l'ONSSF :
La présidente,
C. GERBER-MONTAIGU

Pour l'UNSSF :
La présidente,
J. LAVILLONNIÈRE

A N N E X E S

A N N E X E 1

Tarifs des honoraires et frais accessoires

Soucieux de rémunérer plus justement l'activité des sages-femmes tout en préservant l'équilibre financier de l'assurance maladie, les partenaires conventionnels souhaitent s'inscrire dans une démarche progressive de revalorisation de la rémunération de la consultation, au regard de l'évaluation des actions mises en place.

Dans un premier temps, les partenaires conventionnels conviennent de porter le tarif des lettres-clés C et V des sages-femmes à 17 €.

En fonction des marges de manœuvre dégagées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et de l'évolution des dépenses de la profession observée dans le cadre de l'observatoire défini au titre 2 de la présente convention, les partenaires conventionnels se réuniront d'ici la fin du premier semestre 2008 pour envisager d'éventuelles évolutions tarifaires.

L'ensemble des mesures tarifaires figurant à la présente annexe s'appliquera à compter de la publication de la décision modifiant la liste citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

DÉSIGNATION	TARIFS EN EUROS Départements métropolitains	TARIFS EN EUROS Départements d'outre-mer
<i>Actes obstétricaux</i>		
Consultation.....	17	17
Visite	17	17
Examens médicaux du suivi de la grossesse : CG.....	19	19
Séances de suivi postnatal SP	18,55	18,55
Accouchement simple : SF 118.....	312,70	312,70
Accouchement gémellaire : SF 130	344,50	344,50
Actes en SF.....	2,65	2,65
Majoration de dimanche (*) et jour férié	21,00	21,00
Majoration de nuit : de 20 heures à 0 heure et de 6 heures à 8 heures – de 0 heure à 6 heures.....	35,00 – 40,00	35,00 – 40,00
Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD).....	3,81	3,81
<i>Soins infirmiers</i>		
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
<i>Indemnité kilométrique</i>		
Plaine	0,38	0,38
Montagne	0,61	0,61
A pied ou à ski	3,35	3,66
(*) Pour la réalisation d'un acte obstétrical, la majoration de dimanche est étendue au samedi 12 heures en cas d'appel d'urgence.		

Les partenaires conventionnels s'accordent pour fixer dans les meilleurs délais la valeur de la lettre-clé KE, applicable par les sages-femmes depuis l'arrêté du 11 octobre 2004 paru au *Journal officiel* du 21 novembre 2004.

A N N E X E 2

Règlement intérieur type des instances conventionnelles (CPN, CPR)

Les instances sont mises en place dans les trois mois suivant la date d'entrée en vigueur de la convention.

Réunions et tenue du secrétariat

La commission se réunit en tant que de besoin et au moins deux fois par an.

La réunion est de droit lorsqu'elle est demandée par le président ou par le vice-président.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la commission quinze jours avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour, établi par le secrétariat en accord avec le président, et le vice-président, et, le cas échéant, de la documentation nécessaire.

Les moyens nécessaires à la tenue du secrétariat et au fonctionnement de l'instance sont mis en place par la caisse primaire du chef-lieu de région pour ce qui concerne les instances régionales et par l'UNCAM en ce qui concerne les instances nationales. Le secrétariat assure toutes les tâches administratives de l'instance (convocations, relevés de décisions, constat de carence...).

Délibérations

La commission ne peut délibérer valablement que si le quorum est atteint.

Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents ou valablement représentés au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections.

En l'absence de quorum, une nouvelle commission est convoquée dans un délai de quinze jours. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve que la parité soit respectée.

En l'absence du titulaire ou du suppléant, une délégation de vote est donnée à un représentant présent de la même section.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations.

Conditions de vote

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls.

En cas de partage égal des voix et s'il n'est pas présenté de proposition transactionnelle, la délibération sur le point litigieux est reportée à une réunion ultérieure de l'instance intervenant au plus tard dans le mois qui suit.

Il est alors procédé à un second vote. La décision est adoptée à la majorité simple des voix exprimées. En cas de maintien du partage égal des voix lors de cette deuxième réunion, la voix du président est prépondérante.

Les délibérations font l'objet d'un relevé de décisions signé par le président et par le vice-président. Ce document, conservé par le secrétariat, est adressé à chaque membre, titulaire ou suppléant, de la commission, puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante.

Les instances régionales adressent, après approbation et signature, leurs relevés de décisions à l'UNCAM.

La constitution de groupes de travail

Chaque instance conventionnelle met en place les groupes de travail qu'elle juge nécessaires.

Indemnité de vacation

Les représentants des organisations syndicales signataires des sages-femmes, membres de la commission, ont droit à une indemnité de vacation égale à 12 C et à une indemnité de déplacement pour leur participation aux réunions de la commission.

Carence

Il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut d'installation dans le délai imparti : dans ce cas, la section valablement constituée constate la carence et adresse, le cas échéant, ce constat à la CPN, qui assure alors ses missions ;
- dysfonctionnement : non-tenu de réunion résultant de l'incapacité répétée (deux fois consécutives) des sections soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section ;
- absence répétée de quorum (deux fois consécutives) à des réunions ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre des sections ;
- refus répété (deux fois consécutives), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour.

Dans tous les cas, un constat de carence est dressé. Le cas échéant, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation dans les meilleurs délais. Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.