

**CONVENTION NATIONALE
DESTINEE A ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE
LES INFIRMIERES ET INFIRMIERS LIBERAUX ET
L'ASSURANCE MALADIE**

Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmières et infirmiers libéraux et l'Assurance Maladie

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie,
Représentée par Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur Général,

et

Convergence Infirmière,
Représentée par Marcel AFFERGAN, Président,

La Fédération Nationale des Infirmiers,
Représentée par Philippe TISSERAND, Président,

L'Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux,
Représenté par Jean-Michel ELVIRA, Président,

Le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux,
Représenté par Annick TOUBA, 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.

PREAMBULE

Titre 1 – Valorisation de l'activité des infirmières libérales

1.1. Optimisation des compétences des infirmières libérales et développement de nouveaux rôles

1.1.1. L'implication des infirmières libérales dans la prise en charge, la surveillance et le suivi des patients atteints de pathologies chroniques

1.1.2. La participation à des actions d'éducation, de prévention et de promotion de la santé

1.1.3. L'accompagnement de la prescription de dispositifs médicaux par les infirmières et engagements de maîtrise médicalisée

1.2. Valorisation de l'activité

Titre 2 – Accès et qualité des soins infirmiers

2.1. Préserver et améliorer l'accès aux soins infirmiers

2.2. Qualité des soins

Titre 3 – Coordination des soins

3.1. L'infirmière et le parcours coordonné

3.2. L'infirmière libérale et l'offre en structure

Titre 4 – Evaluation et suivi

Titre 5 – Modalités d'exercice conventionnel

5.1. Champ d'application de la convention

5.2. Délivrance des soins aux assurés

5.2.1. Modalités pratiques liées à l'activité du professionnel

5.2.2. Conditions d'installation en exercice libéral sous convention

5.2.3. Conditions d'exercice des remplaçantes

5.2.4. Documents ouvrant droit au remboursement des prestations

5.2.5. Rédaction des ordonnances

5.2.6. Facturation des honoraires

5.2.7 Modalités de paiement des honoraires

5.3. Télétransmission des documents nécessaires au remboursement

5.3.1 Télétransmission des feuilles de soins électroniques par les infirmières et infirmiers libéraux

5.3.2 Maintenance et évolution du système SESAM-Vitale

5.3.3. Aides à la télétransmission

5.3.4. Comité technique paritaire permanent

5.4. Cotation et hiérarchisation des actes

- 5.4.1. Cotation et codage des actes
- 5.4.2. Commission de hiérarchisation des actes infirmiers

5.5. Honoraires

- 5.5.1. Fixation des honoraires
- 5.5.2. Dépassements

Titre 6 – Dispositions sociales

Titre 7 – Vie conventionnelle

7.1. Durée et résiliation de la convention

- 7.1.1. Durée de la convention
- 7.1.2. Résiliation de la convention

7.2. Modalités de notification et d'adhésion des praticiens

- 7.2.1. Notification
- 7.2.2. Modalités d'adhésion

7.3. Instances conventionnelles

- 7.3.1. Commission paritaire nationale (CPN)
- 7.3.2. Commission paritaire régionale (CPR)
- 7.3.3. Commission paritaire départementale (CPD)
- 7.3.4. Dispositions communes aux instances

7.4. Mesures conventionnelles

- 7.4.1. Non-respect des dispositions de la présente convention
- 7.4.2. Condamnation par une instance ordinaire ou judiciaire

Titre 8 – Formation continue conventionnelle

8.1. Principes

8.2. Instances de la formation continue conventionnelle

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

- 8.3.1. Thèmes de formation
- 8.3.2. Choix des formations
- 8.3.3. Financement des formations relevant de la formation continue conventionnelle
- 8.3.4. Indemnisation pour perte de ressources de l'infirmier formé dans le cadre du dispositif de la formation continue conventionnelle
- 8.3.5. Actions de formation conventionnelle interprofessionnelle
- 8.3.6. Gestion des actions de formation
- 8.3.7. Evaluation de la formation continue conventionnelle

9 – Annexes

9.1. Tarifs des honoraires et frais accessoires

9.2. Règlements intérieurs types des instances conventionnelles

9.3. Cas particuliers

9.4. Contrat de santé publique

PREAMBULE

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

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 infirmiers.

L'UNCAM et les syndicats représentatifs des infirmières libérales ont convenu, dans le cadre d'un protocole d'accord conclu le 19 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 :

- reconnaître la place de l'infirmière libérale dans le système de soins ;
- optimiser les compétences de l'infirmière libérale et développer de nouveaux rôles ;
- préserver et améliorer l'accès aux soins sur le territoire;
- valoriser la profession des infirmières libérales ;
- améliorer et moderniser les relations entre les infirmières libérales et les caisses d'assurance maladie
- rénover la vie conventionnelle ;
- favoriser la qualité des soins en améliorant la gestion et l'évaluation de la qualité de la formation continue conventionnelle.

Les parties signataires conviennent en outre d'évaluer régulièrement les actions définies dans le cadre de la présente convention et de poursuivre les travaux entrepris lors de leurs rencontres qui ont conduit à l'élaboration de la présente convention.

Elles se fixent pour objectif de parvenir à une modernisation de l'exercice libéral, au service de la population, grâce à des relations régulières, transparentes et apaisées.

TITRE 1 – VALORISATION DE L'ACTIVITE DES INFIRMIERES LIBERALES

1.1. Optimisation des compétences des infirmières libérales et développement de nouveaux rôles

Les parties signataires souhaitent reconnaître pleinement et valoriser le métier d'infirmier (e) libéral (e). L'exercice de la profession d'infirmier (e) a évolué, allant de la prise en charge des personnes dépendantes aux compétences nouvelles dévolues à l'infirmière libérale, notamment la création d'un droit de prescription de dispositifs médicaux. Les parties signataires entendent répondre à l'ensemble de ces missions qui ont pour vocation d'améliorer la prise en charge des patients dont bon nombre souffrent de maladies chroniques et pour lesquels la garantie d'accessibilité et de proximité avec l'infirmière libérale est essentielle.

Les articles R. 4311-1 et suivants du code de la santé publique, relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, précisent le champ des soins infirmiers, notamment le rôle de l'infirmier dans la protection et le maintien de la santé des personnes.

Au regard des perspectives démographiques des professions de santé et afin d'optimiser les ressources de l'assurance maladie, les partenaires conventionnels souhaitent accompagner le développement de nouveaux rôles pour l'infirmière libérale tant sur son rôle propre que sur celui des compétences partagées avec d'autres professions de santé.

L'émergence de ces nouveaux rôles, quand elle concerne des compétences partagées, ne peut se concevoir sans une participation étroite des différentes professions de santé concernées. C'est la raison pour laquelle les parties signataires souhaitent développer dans ce domaine précis une coopération à travers la signature d'accords conventionnels multiprofessionnels dont le premier thème pourrait être relatif à la prise en charge des pathologies chroniques.

1.1.1. L'implication des infirmières libérales dans la prise en charge, la surveillance et le suivi des patients atteints de pathologies chroniques

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, en créant la Haute Autorité de Santé (HAS) et en mettant en place le parcours coordonné de soins, autour du médecin traitant, a introduit des évolutions législatives importantes dans le domaine des affections de longue durée.

Les partenaires conventionnels conviennent du rôle que peuvent jouer les infirmières libérales dans la prévention et la prise en charge de ces pathologies chroniques.

Les premières recommandations relatives aux affections de longue durée (ALD) ont été publiées fin mai 2006 et portent en particulier sur le diabète. Les partenaires conventionnels s'entendent pour engager les premiers travaux sur ce thème.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, en son article 91-II, légitime notamment l'action de l'assurance maladie en matière d'accompagnement des patients : « *les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques visant à leur apporter des conseils en terme d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé* ».

Un comité scientifique piloté par la CNAMTS, et composé notamment de représentants des médecins, est mis en place afin d'organiser un programme d'accompagnement des patients diabétiques destiné à garantir une meilleure prise en charge de ces patients, et ainsi à améliorer leur état de santé, tout en optimisant les coûts.

Les partenaires conventionnels conviennent de nommer deux représentants de la profession à ce comité.

Dans l'attente de l'aboutissement de ces travaux, prévu pour le mois de septembre 2008 sur certains sites pilotes, les partenaires conventionnels prorogent le contrat de santé publique relatif au suivi des patients insulino-traités de plus de 75 ans, pour une durée d'un an. Les modalités de ce contrat sont définies à l'annexe 9.4. de la présente convention.

Les parties signataires s'attacheront par ailleurs à promouvoir le thème de la délivrance à domicile des soins palliatifs, dès que les textes réglementaires le permettront.

1.1.2. La participation à des actions d'éducation, de prévention et de promotion de la santé

Conscientes de la place des infirmières comme acteurs de santé publique dans leur domaine d'intervention, les parties signataires s'engagent à poursuivre, en 2007, leurs travaux visant à définir et mettre en œuvre des actions de prévention afin de reconnaître l'implication et la compétence de la profession dans ce domaine.

Dans un premier temps, elles initieront cette démarche dans le cadre de la vaccination anti-grippale, hors primo-injection. Dès lors, elles s'engagent à solliciter les autorités compétentes pour permettre la réalisation de ces actes par les infirmières libérales, en coordination avec le médecin traitant, dans le cadre de la prise en charge assurée par l'assurance maladie.

Les parties signataires entendent rendre opérationnel ce dispositif dès la campagne de vaccination 2007, sous réserve des modifications réglementaires. L'assurance maladie et les infirmières libérales délivreront une information adéquate aux patients concernés et les sensibiliseront au besoin de renouvellement de leur vaccin. Lors de la réalisation de ce vaccin, elles s'assureront de l'absence de contre indications afin de garantir une sécurité des soins optimale.

Les partenaires conventionnels s'engagent à promouvoir en direction des assurés, des médecins généralistes et des infirmières libérales, dès la parution du texte modificatif, cette nouvelle compétence.

Ils s'accordent sur une valorisation de la vaccination anti-grippale hors primo-injection à un niveau équivalent à AMI 2.

Ils s'engagent également à développer progressivement, et en fonction des possibilités offertes par les lois de financement de la sécurité sociale, d'autres dispositifs de prévention ou d'éducation thérapeutique.

1.1.3. L'accompagnement de la prescription de dispositifs médicaux par les infirmières et engagements de maîtrise médicalisée

a/ Accompagnement de la prescription de dispositifs médicaux

L'article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 donne désormais le droit aux infirmières libérales de prescrire certains dispositifs médicaux.

Les parties conventionnelles veilleront à promouvoir la mise en œuvre auprès des professionnels libéraux de ce droit de prescription de dispositifs médicaux dont la liste est fixée par un arrêté du 13 avril 2007.

Les parties signataires s'accordent sur la nécessité d'informer les infirmières libérales sur les modalités d'application de ce nouveau droit.

Elles estiment également nécessaire de communiquer auprès des médecins et des assurés sur cette évolution de la compétence des infirmières.

b/ 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. Ils souhaitent développer une démarche de maîtrise médicalisée conventionnelle. Celle-ci s'appuie sur les outils suivants :

- l'extension du champ des recommandations de bonne pratique à l'ensemble des soins faisant l'objet d'une prise en charge collective. A cet effet, les parties étudieront chaque année les thèmes à soumettre à la Haute Autorité de Santé afin d'améliorer l'efficacité de l'intervention de l'infirmière libérale dans le système de soins ;
- le développement de l'information des infirmières et des patients sur les règles de prise en charge collective, dès lors qu'elles touchent au taux de remboursement des prestations.

Un premier thème de maîtrise médicalisée est retenu par les partenaires conventionnels : l'optimisation de la prescription des dispositifs médicaux pouvant être prescrits par les infirmières libérales.

En effet, les partenaires conventionnels, forts de ce nouveau droit de prescription, s'accordent pour dire que les infirmières libérales peuvent favoriser une prescription plus adaptée au soin, en particulier sur le petit matériel, et permettre ainsi une optimisation de la dépense.

En ce sens, elles observeront l'évolution en volume des dépenses de dispositifs médicaux vendus en officine, ainsi que de la part prescrite par les infirmières libérales.

Les partenaires conventionnels évalueront au minimum une fois par an les évolutions en la matière. Au regard des résultats de ces évaluations annuelles et en cas d'optimisation avérée de la dépense, les partenaires conventionnels s'accorderont par voie d'avenant, avant le 31 décembre 2007, sur les modalités de retour à la profession d'une partie des dépenses ainsi évitées.

1.2. Valorisation de l'activité

Afin de mieux rémunérer les contraintes liées à l'activité des infirmières libérales, les parties signataires décident de revaloriser les tarifs des actes de la profession selon le tableau figurant à l'annexe 9.1. de la présente convention.

Elles étudieront pour l'avenir les moyens de mieux corréliser les revalorisations à la charge en soins et à la pénibilité des actes. Dans ce cadre, les parties signataires conviennent d'étudier les conditions de mise en place d'une valorisation de certains actes isolés dont elles définiront le périmètre et la valeur avant le 1^{er} mars 2008.

TITRE 2 – ACCES ET QUALITE DES SOINS INFIRMIERS

Conscientes de la nécessité de dispenser des soins efficaces et de qualité aux assurés sociaux sur l'ensemble du territoire, les parties conventionnelles s'engagent à participer activement à la mise en œuvre d'une politique de santé de qualité qui en garantit l'accès à tous.

2.1. Préserver et améliorer l'accès aux soins infirmiers

Dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins infirmiers de la population, et sous réserve de l'instauration d'un cadre juridique adapté, les parties signataires décident de soutenir conjointement les démarches nécessaires à l'adaptation des dispositions légales et réglementaires permettant un rééquilibrage de l'offre de soins infirmiers. Ces démarches s'inscrivent en cohérence avec les dispositions de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Les parties signataires s'appuieront notamment sur les termes du protocole d'accord relatif à la mise en place d'un dispositif de rationalisation démographique signé le 22 juin 2007.

2.2. Qualité des soins

Les parties signataires conviennent que le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie ne pourra perdurer qu'au prix d'une action volontariste et résolue impliquant l'ensemble des professionnels de santé dans un effort collectif visant à favoriser le bon usage des soins et le respect des règles de prise en charge collective, ainsi que des priorités définies par la loi de santé publique de 2004.

Les infirmières placées sous le régime de la présente convention nationale s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession, à optimiser l'activité en soins infirmiers dans des conditions telles que les patients bénéficient de soins permanents, continus, éclairés, consciencieux et conformes aux données acquises de la science. A ce titre, les infirmières participent activement à l'amélioration de la qualité des soins.

Les recommandations et les références professionnelles élaborées par la Haute Autorité de Santé en matière de soins infirmiers seront prises en compte par les partenaires au fur et à mesure de leur publication, afin de participer à l'amélioration des pratiques professionnelles.

Les partenaires veilleront à ce que la mise en application de ces recommandations et références place le patient au cœur du système de santé, et associeront l'ensemble des acteurs concernés.

Ils considèrent que la formation continue conventionnelle participe à l'amélioration de la qualité et encourageront les actions portant à la fois sur la qualité des soins et sur leur optimisation économique.

TITRE 3 – COORDINATION DES SOINS

Compte tenu du vieillissement de la population, de la réduction des durées d'hospitalisation et du nombre croissant de personnes dépendantes ou fragilisées, les besoins en soins infirmiers vont augmenter de façon importante dans les années à venir. Les parties signataires reconnaissent que, du fait de la multiplicité des structures et des intervenants, l'organisation actuelle des soins en ambulatoire ne permet pas une prise en charge optimale des patients.

Dès lors, il convient de mettre en place une organisation nouvelle qui garantisse la cohérence des interventions des différents acteurs dans le respect du libre choix de la personne soignée.

3.1. L'infirmière et le parcours coordonné

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé le parcours de soins afin que les patients soient pris en charge de façon coordonnée. Dans le respect de ce parcours, les partenaires conventionnels sont conscients du rôle spécifique de l'infirmière libérale dans le système de soins, notamment en matière de prise en charge des patients à domicile au travers notamment de l'exercice de leur rôle propre.

En particulier, les parties signataires entendent améliorer l'organisation du maintien à domicile des personnes dépendantes en favorisant la coordination médecin traitant – infirmière.

Au regard des résultats obtenus par la Démarche de Soins Infirmiers, les parties signataires souhaitent remplacer le dispositif afin de garantir l'efficacité de l'intervention de l'infirmière libérale auprès des personnes dépendantes.

Dans l'attente de son remplacement, les parties conventionnelles s'entendent pour intégrer cette réflexion dans le cadre d'un groupe de simplification administrative dont l'objectif sera de proposer, dès le mois de septembre 2007, des mesures et au plus tard avant le 30 juin 2008 des propositions concernant un dispositif de remplacement de la Démarche de Soins Infirmiers.

Dès sa mise en place, les parties signataires privilégieront ce nouveau dispositif comme moyen de promotion de la qualité des soins.

3.2. L'infirmière libérale et l'offre en structure

L'intervention des infirmières libérales à domicile doit s'articuler avec les réponses apportées par les autres composantes de l'offre de proximité, telles que notamment les structures de Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), d'Hospitalisation A Domicile (HAD), les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et les Centres de Soins Infirmiers (CSI).

Les parties signataires s'engagent à favoriser la complémentarité et la cohérence de l'intervention des différentes composantes de l'offre de soins, en s'appuyant sur les conclusions de la mission confiée à l'Inspection Générale des Affaires Sociales par le Ministre de la Santé et des Solidarités.

TITRE 4 – EVALUATION ET SUIVI

Au regard des modifications introduites dans la présente convention, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de créer un observatoire conventionnel. Celui-ci aura notamment pour missions le suivi et l'évaluation des mesures conventionnelles innovantes, dans leurs aspects médico-économiques, juridiques et financiers.

Les thèmes de travail porteront notamment sur :

- en priorité, l'impact des transferts de charge en soins infirmiers qui s'opèrent de l'hôpital vers la ville avant le 31 mars 2008 ;
- la répartition de l'offre de soins infirmiers sur le territoire, en particulier au travers de l'analyse du dispositif de régulation et du rapport de l'IGAS ;
Les conclusions de l'observatoire sur ce thème seront transmises à l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et au Haut Conseil pour les professions paramédicales ;
- la mise en œuvre du dispositif permettant la vaccination anti-grippale par les infirmières sans prescription (hors primo-injection) ;
- l'impact des nouvelles responsabilités dévolues à l'infirmière libérale, comme dans le cas de la prescription de dispositifs médicaux ;
- l'évolution des dépenses de soins des infirmiers libéraux.

Les études médico-économiques nécessaires seront menées en fonction des données disponibles et des possibilités actuelles des systèmes d'information.

Cet observatoire sera une émanation de la commission paritaire nationale. Un avenant à la présente convention définira précisément ses missions, sa composition et son fonctionnement.

TITRE 5 – MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL

5.1. 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 infirmières exerçant à titre libéral, pour les soins dispensés au cabinet, au domicile du malade ou à son substitut.

Sont exclues du champ d'application de la convention, les infirmières exerçant :

- dans un établissement public ou privé d'hospitalisation,
- dans un centre de santé agréé,
- dans des locaux commerciaux ou leurs dépendances, au sens du droit commercial.

Les infirmières placées sous le régime de la présente convention s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession.

Les infirmières sont tenues de faire connaître aux caisses le numéro d'inscription à l'Ordre des infirmiers de leur département d'exercice, ainsi que l'adresse de leur lieu d'exercice professionnel principal et/ou secondaire. Le cabinet professionnel peut être soit un cabinet personnel, soit un cabinet de groupe. Il doit être réservé à l'exercice de la profession d'infirmière.

Il peut s'agir, soit d'un cabinet personnel, soit d'un cabinet de groupe, soit d'une société. Les infirmières doivent faire connaître aux caisses les modifications intervenues dans leur mode d'exercice, dans un délai de deux mois au maximum à compter de cette modification.

Il appartient aux caisses de s'assurer que les conditions d'activité libérale sont bien respectées pour l'exercice sous convention.

Les partenaires conventionnels conviennent d'étudier dans le cadre d'un groupe de travail la possibilité à terme de conventionner les structures juridiques comme personnes morales.

Les infirmières placées sous le régime de la présente convention s'engagent à s'abstenir de tout moyen direct ou indirect de publicité et s'obligent à ne pas utiliser comme moyen de publicité auprès du public la prise en charge des soins infirmiers par les caisses d'assurance maladie.

5.2. Délivrance des soins aux assurés

5.2.1. Modalités pratiques liées à l'activité du professionnel

a/ Le libre choix du patient

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

Les caisses s'engagent à ne faire aucune discrimination entre les infirmières placées sous le régime de la présente convention et les autres praticiens ou professionnels conventionnés, légalement habilités à dispenser les mêmes actes.

Les caisses s'engagent à donner à leurs ressortissants toutes informations utiles sur la situation des infirmières de leur circonscription au regard de la présente convention. Les syndicats locaux peuvent faire de même à l'égard de leurs adhérents.

b/ Les infirmières exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement et structures de soins accueillant des personnes âgées

Les infirmières libérales intervenant dans les établissements d'hébergement et structures de soins accueillant des personnes âgées sont tenues de respecter des modalités particulières pour que les soins dispensés soient pris en charge par l'assurance maladie.

Paragraphe 1 : Du libre choix

Les deux parties s'engagent à respecter le libre choix de l'infirmière par le malade. A cet effet, la direction de l'établissement demande à l'intéressé de choisir librement parmi la liste des infirmières libérales celle qui lui dispensera, si nécessaire, les soins infirmiers et l'informe des conséquences de son choix pour le cas où il déciderait de faire appel à une infirmière non conventionnée.

A défaut, la direction fait appel à l'infirmière conventionnée la plus proche ou à celle qui assure la réponse à l'urgence. A tout moment, le malade peut modifier son choix.

L'infirmière doit disposer d'un cabinet professionnel et d'une clientèle personnelle en dehors de l'établissement.

Paragraphe 2 : Des soins

L'infirmière dispense les soins de façon attentive, dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires qui lui sont applicables et dans le respect de celles applicables aux établissements.

Elle exerce sous sa propre responsabilité et selon les seules directives des médecins prescripteurs en dehors de toute intervention de l'établissement. Elle utilise son matériel et son véhicule.

L'infirmière organise librement son travail en fonction des besoins des malades, des prescriptions médicales et du plan de prise en charge qu'elle élabore. Elle détermine notamment, dans le respect de la prescription médicale, les heures et le rythme de ses interventions compatibles avec le bon fonctionnement de l'établissement et le respect de la vie privée des résidents.

En cas de remplacement temporaire, l'infirmière communique en temps utile à ses patients et à la direction de l'établissement le nom de la remplaçante qui est investie de ses droits et obligations.

Paragraphe 3 : Des honoraires

L'infirmière établit une feuille de soins dans les conditions prévues par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et par la présente convention.

Le malade, sa famille ou les caisses d'assurance maladie règlent directement à l'infirmière les honoraires qui lui sont dus. Ces honoraires ne peuvent en aucun cas être encaissés par l'établissement.

L'infirmière ne perçoit, au titre de son activité libérale, aucune rémunération de l'établissement, sous quelque forme que ce soit.

L'infirmière s'interdit de concourir à la formation du bénéfice de l'établissement sous quelque forme que ce soit et notamment en versant une participation financière à quelque titre que ce soit, en assurant pour le compte de l'établissement des prestations non rémunérées ou en prenant en charge des prestations incombant à l'établissement ou aux familles.

Paragraphe 4 : Dispositions diverses

Ces modalités sont applicables pendant toute la période d'intervention de l'infirmière dans l'établissement, auprès des résidents (ou malades) qui l'ont choisie. Elles sont formalisées dans une convention d'exercice libéral passée entre l'infirmière et l'établissement ou figurent, le cas échéant, dans le règlement intérieur de l'établissement.

La commission paritaire départementale ou les caisses pourront, le cas échéant, demander communication du contrat ou du règlement intérieur.

En cas de manquements à ses obligations par l'une des parties, l'autre partie peut mettre fin à cette collaboration par lettre recommandée avec accusé de réception, à condition de ne pas porter préjudice à la santé des personnes hébergées dans l'établissement.

5.2.2. Conditions d'installation en exercice libéral sous convention

Les partenaires conventionnels souhaitent affirmer la prééminence du projet professionnel dans les conditions d'installation en exercice libéral sous convention.

Ils s'accordent en outre sur la nécessité de mener une réflexion sur une évolution éventuelle des modalités actuelles d'installation et de remplacement. Ils s'appuieront notamment sur les résultats de l'évaluation de l'expérimentation de tutorat mis en place en Haute-Normandie.

Par ailleurs, les parties signataires encouragent l'installation des infirmières en groupe. Elles souhaitent en particulier favoriser le statut de collaborateur libéral.

a/ Principes

Le diplôme d'Etat d'infirmière garantit la qualification des professionnelles qui en sont titulaires.

Conformément à l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, les parties conventionnelles reconnaissent néanmoins que la spécificité de l'exercice libéral nécessite une expérience professionnelle préalable d'une durée minimum acquise en équipe de soins généraux au sein d'un service organisé.

Est reconnue toute expérience professionnelle acquise dans tout établissement de santé ou structure de soins, ou dans un groupement de coopération sanitaire défini par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé et les procédures de création d'établissement, dès lors qu'elle est acquise en équipe de soins au sein d'un service organisé, où l'infirmière est amenée à dispenser des soins infirmiers effectifs à une population dont l'état de santé justifie des interventions infirmières diversifiées. Ces actes doivent être effectués sous la responsabilité d'un médecin ou d'une infirmière cadre.

Cette expérience doit être acquise à compter de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmière ou de l'autorisation légale d'exercice dans un établissement de soins ou une structure de soins généralisés, installée dans l'un des Etats membres de l'Union Européenne ou en Suisse.

b/ Règle générale

Peuvent s'installer immédiatement en exercice libéral sous convention les infirmières justifiant d'une expérience professionnelle de vingt-quatre mois c'est-à-dire 3200 heures équivalent temps plein en temps de travail effectif, au cours des six années précédant la demande d'installation en libéral sous convention.

Lorsqu'il s'agit d'une première installation en libéral, l'infirmière doit justifier de cette expérience minimale en qualité d'infirmière exerçant dans un établissement de soins ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire, tels que définis au a/ « Principes » de l'article 5.2.2.

Lorsqu'il s'agit d'une réinstallation, cette expérience professionnelle est acquise :

- soit en qualité d'infirmière exerçant en établissement de soins dans les conditions définies définis au a/ « Principes » de l'article 5.2.2. ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire tel que défini dans le même paragraphe ;
- soit en qualité d'infirmière libérale conventionnée sur la période considérée (dès lors qu'elle remplissait les conditions pour ce faire) ;
- soit en qualité de remplaçante d'infirmière libérale conventionnée (dès lors qu'elle remplissait les conditions pour ce faire) ;
- soit pour partie en qualité d'infirmière exerçant en établissement de soins dans les conditions définies définis au a/ « Principes » de l'article 5.2.2. ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire tel que défini dans le même paragraphe et, pour autre partie, en qualité d'infirmière libérale conventionnée ou remplaçante d'infirmière libérale conventionnée.

Cette expérience professionnelle est comptabilisée en heures, soit 3200 heures au total d'expérience.

c/ Cas particuliers

Doivent justifier, dans les six ans qui précèdent la demande d'installation ou de réinstallation, d'une expérience complémentaire de douze mois équivalent temps plein (soit 1 600 heures), dans une équipe de soins généraux au sein d'un service organisé dans un établissement de soins ou dans un groupement de coopération sanitaire visés définis au a/ « Principes » de l'article 5.2.2. :

- les professionnelles qui justifient, dans les six ans précédant la demande d'installation sous convention, de vingt-quatre mois, soit 3200 heures, d'une expérience professionnelle en tant qu'infirmière acquise en dehors d'une équipe de soins généraux au sein d'un service organisé telle que définie au définis au a/ « Principes » de l'article 5.2.2. ;
- les professionnelles qui justifient, dans une période de douze ans précédant la demande d'installation sous convention, d'une expérience professionnelle d'au moins vingt-quatre mois (soit 3200 heures) :

- dans une équipe de soins généraux au sein d'un établissement, d'une structure ou d'un groupement visé(e) au définis au a/ « Principes » de l'article 5.2.2. ;
- et/ou en tant qu'infirmière libérale conventionnée ;
- et/ou en tant que remplaçante d'infirmière libérale conventionnée.

Les infirmières ne justifiant pas d'une expérience de vingt-quatre mois comme définie au a/ « Principes » de l'article 5.2.2. dans les six ans précédant leur demande d'installation doivent compléter leur expérience professionnelle à concurrence des vingt-quatre mois (3200 heures), à moins qu'elles ne relèvent des situations ouvrant droit à dérogation, qui sont définies au d/ de l'article 5.2.2. de la présente convention.

Si l'infirmière n'a pas exercé son activité à quelque titre que ce soit dans les quarante-huit mois précédant sa demande d'installation ou de réinstallation, une infirmière libérale conventionnée a l'obligation de suivre, dans les douze mois suivant son installation ou sa réinstallation, l'intégralité d'une action de formation continue conventionnelle, dont le thème portera sur les conditions et obligations à l'exercice libéral sous convention.

d/ Dérogations exceptionnelles

Dans l'objectif de fournir une réponse aux besoins de soins infirmiers avérés des patients, les parties conventionnelles décident d'ouvrir la possibilité dans tous les départements de mesures dérogatoires pour les demandes d'installation qui ne répondent pas entièrement aux critères définis à l'article 5.2.2. a/ et b/ et pour les demandes de remplacement qui ne répondent pas entièrement aux critères définis à l'article 5.2.1. b/.

Ces dérogations aux conditions d'installation et de remplacement ne peuvent être accordées, à titre exceptionnel, et en respect des dispositions des articles 7.3.3. et 7.3.2. de la présente convention que dans la mesure où sont dûment constatées les situations suivantes :

- une carence démographique dans certaines zones géographiques (ces zones peuvent être *infra* départementales), qui ne permet pas un égal accès de la population aux soins infirmiers, et au moins une des deux situations suivantes :
- une prise en charge de patients dont l'accès aux soins est difficile sur un secteur géographique donné;
- des modifications substantielles des conditions d'exercice d'une infirmière conventionnée ou d'un groupe d'infirmières libérales conventionnées (ex. : maladie ou décès d'un associé, augmentation avérée de l'activité d'un cabinet).

Ces dérogations déterminent le lieu d'exercice principal des infirmières pouvant s'installer ou remplacer à titre dérogatoire.

L'infirmière adresse sa demande de dérogation à la CPAM dans le ressort géographique de laquelle se situe le secteur de l'installation envisagée, sous la forme d'un dossier motivé, envoyé par courrier recommandé avec accusé de réception. L'infirmière peut également être entendue par la commission paritaire départementale avant que celle-ci rende son avis. La CPAM transmet sa demande à la commission paritaire départementale qui dispose d'un délai de trente jours pour étudier le dossier et rendre un avis à la CPAM. Ce dossier doit être exhaustif, argumenté et constitué de données objectives, afin de garantir une égalité de traitement dans les questions de dérogations. Sur avis de la commission paritaire départementale, le directeur de la CPAM, seul compétent, notifie dans les meilleurs délais à l'infirmière sa décision d'accorder ou de refuser la dérogation. Sa décision est motivée. Le directeur de la CPAM agit pour le compte des autres régimes.

En cas de carence de la commission paritaire départementale, la CPAM saisit la commission paritaire régionale dans un délai de trente jours. La commission paritaire régionale dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour rendre un avis. Elle le transmet à la CPAM pour décision. Le directeur de la CPAM, notifie alors à l'infirmière sa décision d'accorder ou de refuser la dérogation. Sa décision est motivée.

Au cours du premier trimestre de chaque année, la CPAM adresse à la commission paritaire nationale, à la commission paritaire régionale et à la commission paritaire départementale un document de synthèse récapitulant la liste de toutes les demandes de dérogation déposées de l'année précédente, leurs motifs et leurs conclusions.

e/ Justificatifs d'activité ou d'expérience

Il appartient aux infirmières concernées de produire, à l'appui de leur demande d'installation ou de remplacement sous convention, la ou les attestations d'activité ou d'expérience validées par le ou les employeurs, permettant de vérifier que les conditions d'acquisition de l'expérience précitée sont bien remplies (date, durée exprimée en heures, lieu, nature de l'expérience, etc.)

Les infirmières libérales qui ont exercé sous convention ou les remplaçantes communiquent les attestations de paiement des cotisations sociales correspondant à leur activité et précisent la durée ainsi que le ou leurs lieux d'exercice.

5.2.3. Conditions d'exercice des remplaçantes

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

- être titulaire d'un diplôme d'Etat d'infirmière et d'une autorisation de remplacement en cours de validité délivrée par le préfet du département de son lieu d'exercice principal ;
- conclure un contrat de remplacement avec l'infirmière libérale remplacée dès lors que le remplacement dépasse une durée de 24 heures ou s'il est d'une durée inférieure mais répétée ;
- ne remplacer au maximum que deux infirmières simultanément ;
- justifier d'une activité professionnelle de dix-huit mois, soit un total de 2400 heures de temps de travail effectif, dans les six années précédant la date de demande de remplacement ;
- avoir réalisé cette activité professionnelle dans un établissement de soins, une structure de soins, ou au sein d'un groupement de coopération sanitaire tels que définis à l'article 5.2.2. de la présente convention.

Le remplaçant d'une infirmière placée sous le régime de la présente convention est tenu de faire connaître aux caisses son numéro d'inscription à l'Ordre des infirmiers ainsi que l'adresse du cabinet professionnel dans lequel il assure son activité de remplaçant.

Durant la période effective de son remplacement, l'infirmière remplacée s'interdit toute activité dans le cadre conventionnel, à l'exception toutefois du suivi d'une formation continue conventionnelle.

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

L'infirmière remplacée vérifie que l'infirmière remplaçante remplit bien les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention. Ainsi, elle s'engage à porter à la connaissance de sa remplaçante les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à elle dans ce cadre.

L'infirmière remplaçante prend la situation conventionnelle de l'infirmière qu'elle remplace. En conséquence, l'infirmier remplaçant ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, une infirmière déconventionnée.

Les points c/ et d/ de l'article 5.2.2. sont également applicables aux remplaçantes.

Concernant les cas particuliers, nécessitant une expérience complémentaire de douze mois en équipe de soins généraux dans les six dernières années, la durée d'exercice dans les six ans précédant la demande de remplacement, réalisée hors équipe de soins généraux ou groupement de coopération sanitaire, est réduite à dix-huit mois. De même, dans les douze ans précédant la demande, la durée d'exercice en équipe de soins généraux ou groupement de coopération sanitaire requise est de dix-huit mois pour les remplaçantes.

Concernant les dérogations exceptionnelles, la procédure et ses conditions sont similaires aux demandes d'installation sous convention telles que prévues par l'article 5.2.2. d/.

Si l'infirmière ne justifie pas d'une expérience de dix-huit mois comme définie au a/ Principes de l'article 5.2.2. dans les six ans précédant sa demande, elle complète sur expérience professionnelle à concurrence des dix-huit mois.

Les caisses s'engagent à identifier les infirmières remplaçantes dans des meilleurs délais dès lors qu'elles seront en possession d'un numéro à l'Ordre des infirmiers. La question de l'identification des remplaçantes sera traitée dans le cadre d'un groupe de simplification administrative.

5.2.4. Documents ouvrant droit au remboursement des prestations

Les infirmières 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 règlements en vigueur.

Pour les actes dispensés dans un établissement ou une structure d'hébergement et non pris en charge par l'assurance maladie à un autre titre (forfait de soins,...), les infirmières doivent noter sur la feuille de soins, à côté du pavé d'identification, l'adresse et la raison sociale de l'établissement (maison de retraite, foyer logement...) ou de la structure où ont été effectués les soins.

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

5.2.5. Rédaction des ordonnances

L'infirmière formule ses prescriptions sur une ordonnance portant, de façon lisible, son nom, son adresse, son numéro d'identification et sa signature ainsi que le nom et le prénom du bénéficiaire. Enfin la date de la prescription doit figurer sur l'ordonnance.

Les ordonnances sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision nécessaire ; elles doivent être conformes à la réglementation en vigueur. Ainsi les infirmières ne peuvent rédiger d'ordonnance que pendant la durée d'une prescription médicale d'actes infirmiers, sauf indication contraire du médecin et sous réserve, pour certains dispositifs médicaux, d'une information du médecin traitant désigné par le patient.

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

Les parties signataires à la présente convention s'engagent à porter à la connaissance des partenaires locaux, toute information utile sur les modalités d'application du droit de prescription des infirmières.

5.2.6. Facturation des honoraires

Lors de chaque acte, l'infirmière porte sur la feuille de soins ou le document de facturation, toutes les indications prévues par la réglementation en vigueur.

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

Lorsque l'infirmière réalise des actes ou prestations non remboursables par l'Assurance Maladie, elle n'établit pas de feuilles 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.

La prestation des soins, y compris lorsqu'il s'agit d'actes en série, doit être mentionnée au jour le jour, en utilisant la cotation prévue à la Nomenclature Générale des Actes

Professionnels.

Pour les assurés bénéficiaires d'actes dispensés à titre gratuit, l'infirmière porte sur la feuille de soins la mention « acte à titre gratuit ».

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

Elle ne donne l'acquit que pour les actes qu'elle a accomplis personnellement, et pour lesquels elle a perçu l'intégralité des honoraires dus, réserve faite des dispositions des articles 5.2.6. et 5.2.7. au point b/.

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

Sous réserve d'une modification éventuelle de la réglementation en vigueur, l'infirmière remplit et signe les imprimés nécessaires aux demandes d'entente préalable dans les conditions prévues à la nomenclature générale des actes professionnels.

En aucun cas, la feuille de soins acquittée ne doit être conservée par l'infirmière, sous réserve des dispositions réglementaires ou contractuelles particulières applicables à certaines catégories d'assurés.

5.2.7. Modalités de paiement des honoraires

a/ Le règlement direct

Le patient règle directement à l'infirmière ses honoraires. Seuls donnent lieu à un remboursement par l'assurance maladie les actes pour lesquels l'infirmière atteste qu'ils ont été dispensés et rémunérés, conformément à la réglementation en vigueur.

Pour les assurés bénéficiaires d'actes dispensés à titre gratuit, l'infirmier peut porter, sur la feuille de soins, la mention "acte gratuit".

b/ Modalité particulière : dispense d'avance des frais

En dehors des cas de dispenses d'avance des frais légales (Aide Médicale d'Etat, CMU, AT...), l'infirmière libérale peut accepter, dans des cas exceptionnels justifiés par des situations sociales particulières, le paiement différé de ses honoraires.

Dans ce cas, l'infirmière coche, sur la feuille de soins la (les) case(s) suivante(s) : "l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire" et/ou "l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire".

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.

La procédure de dispense d'avance des frais est laissée à l'appréciation de l'infirmière.

En l'absence d'ouverture des droits aux prestations, la Caisse en avise l'infirmière et l'assuré. Elle restitue le dossier de l'assuré concerné à l'infirmière.

En cas d'erreur de transmission du dossier, la Caisse précise, s'il y a lieu, l'organisme dont relève l'assuré afin que l'infirmière le lui transmette.

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

L'infirmière ne peut, lorsqu'elle utilise cette procédure, appliquer les dispositions de la convention concernant les dépassements (DE).

Le règlement des dossiers s'effectuera directement par la caisse à l'infirmière, pour la part obligatoire, dans un délai qui ne saurait excéder 15 jours en cas de feuille de soins papier et 5 jours en cas de feuille de soins électronique.

5.3. Télétransmission des documents nécessaires au remboursement

Dans le cadre de la réglementation relative à la télétransmission des feuilles de soins électroniques, les parties signataires ont défini comme suit les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement des actes.

5.3.1 Télétransmission des feuilles de soins électroniques par les infirmières et infirmiers libéraux

Toute infirmière ou infirmier adhérant à la présente convention s'engage à proposer le service de la télétransmission des feuilles de soins aux assurés sociaux.

Il met en œuvre les moyens nécessaires à la réalisation et à l'émission des feuilles de soins électroniques conformément à la réglementation et à la dernière version du cahier des charges ou l'addendum du cahier des charges, publié par le GIE SESAM-Vitale.

Les parties signataires à la convention favorisent la procédure d'échange électronique des feuilles de soins sécurisées, notamment en menant des actions partenariales en direction des infirmières et infirmiers qui ne facturent pas sous format électronique SESAM-Vitale.

Dans le cadre de la télétransmission des documents nécessaires au remboursement, les partenaires conventionnels considèrent comme une priorité, la mise à disposition au niveau des cabinets multi praticiens d'une procédure de simplification de gestion des échanges électroniques. Cette mesure est de nature à favoriser le regroupement des professionnels et indirectement peut impacter la régulation démographique.

Ces actions se traduisent notamment par l'identification des correspondants dans chaque organisme local de l'assurance maladie, de manière à apporter toutes les informations, l'assistance et le conseil qui leur sont nécessaires, sur le dispositif SESAM-Vitale et sa mise en œuvre.

Compte tenu des aides décrites ci-après, les parties signataires conviennent de faire progresser de manière significative le taux de télétransmission des feuilles de soins électroniques d'ici le terme de la convention. Ils s'engagent sur une progression annuelle du taux de télétransmission, avec pour objectif d'atteindre à terme un taux de télétransmission de l'ordre de 85%.

Les parties signataires s'accordent pour considérer que c'est par l'incitation des praticiens à télétransmettre, et non par des sanctions conventionnelles, que cet objectif pourra être atteint.

a/ Mise en œuvre de la télétransmission

L'infirmière ou l'infirmier a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il (elle) effectue la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE).

Pour assurer l'élaboration et la télétransmission des feuilles de soins électroniques sécurisées, l'infirmière ou l'infirmier s'engage à se doter :

- ou bien d'un logiciel agréé par le centre national de dépôt et d'agrément de l'assurance maladie (CNDA) et d'un lecteur de cartes homologué conforme aux référentiels publiés par le GIE SESAM-VITALE,
- ou bien d'un dispositif équivalent, homologué conforme au référentiel publié par le GIE SESAM-VITALE,
- et des moyens de télécommunication suffisants.

b/ Carte de Professionnel de Santé

La réalisation et l'émission de feuilles de soins électroniques conformément aux spécifications SESAM-Vitale nécessitent l'utilisation d'une carte de professionnel de santé.

L'infirmière ou l'infirmier se dote d'une carte de professionnel de santé (CPS ou CPE).

c/ Liberté de choix du réseau

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

L'infirmière ou l'infirmier a le libre choix de son fournisseur d'accès Internet ou de tout service informatique dès lors qu'il est conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale et compatible avec la configuration de son équipement.

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

Cet organisme tiers, dont l'infirmière ou l'infirmier a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité du professionnel de santé, avec lequel il conclut un contrat à cet effet.

Lorsqu'il (elle) souhaite utiliser les services d'un OCT, l'infirmière ou l'infirmier doit impérativement s'assurer que les procédures de mise en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et le cas échéant aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de flux électroniques.

d/ Procédure de transmission des feuilles de soins électroniques

Paragraphe 1 : Etablissement de la feuille de soins électronique

La télétransmission des feuilles de soins électroniques s'applique à l'ensemble des infirmières et infirmiers, et des caisses d'assurance maladie du territoire national selon des règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur, complétées des dispositions de la présente convention. L'infirmière ou l'infirmier réalise des télétransmissions des feuilles de soins électroniques pour toutes les catégories d'assurés sociaux.

Paragraphe 2 : Validité des informations contenues dans la carte

Les informations contenues dans la carte d'assurance maladie le jour de la réalisation de

l'acte sont opposables aux caisses comme à l'infirmière ou à l'infirmier et sont seules prises en compte pour le règlement des prestations dues.

La mise à jour par l'assuré des données administratives contenues dans la carte d'assurance maladie, en particulier pour ce qui concerne la validité des droits ou l'ouverture d'une exonération du ticket modérateur, est de la seule responsabilité des caisses.

Paragraphe 3 : Garantie de paiement

Les caisses d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement aux infirmières et infirmiers 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.

e/ Transmission des feuilles de soins électroniques

L'infirmière ou l'infirmier s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés.

Paragraphe 1 : Tiers payant légal

La gestion du tiers payant légal par l'assurance maladie obligatoire suit les mêmes modalités que celles de la délégation de paiement conventionnelle.

Paragraphe 2 : Tri et transmission des ordonnances

En cas de dispense d'avance des frais et sauf disposition particulière énoncée à l'alinéa suivant, l'infirmière ou l'infirmier s'engage à transmettre simultanément les ordonnances papier à l'organisme d'assurance maladie (régime de l'assuré mais circonscription d'exercice du professionnel de santé) dans les mêmes délais que ceux réglementairement prévus pour la transmission des feuilles de soins électroniques, et non à la caisse gestionnaire de l'assuré.

Si l'ordonnance est déjà transmise à la caisse de l'assuré avec une demande d'entente préalable ou si l'ordonnance est transmise à l'appui d'une feuille de soins antérieure, aucune copie n'en sera exigée par la caisse.

Dans tous les cas, l'ordonnance est nécessaire pour la prise en charge des soins.

Paragraphe 3 : Traitement des incidents

▪ Informations réciproques

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.

▪ Dysfonctionnement lors de l'élaboration des feuilles de soins électroniques

En cas de dispense d'avance des frais, de tiers payant ou d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique sécurisée, chaque organisme d'assurance maladie peut

autoriser l'infirmière ou l'infirmier à lui transmettre des feuilles de soins électroniques en mode « dégradé », c'est-à-dire non signées électroniquement par l'assuré. Parallèlement, l'infirmière ou l'infirmier transmet la feuille de soins papier correspondante à l'organisme d'assurance maladie. La feuille de soins ainsi transmise comporte explicitement la notion de télétransmission en mode « dégradé ».

Dans tous les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, l'infirmière ou l'infirmier remplit une feuille de soins sur support papier sans mention particulière.

▪ Dysfonctionnement lors de la transmission des feuilles de soins électroniques

En cas d'échec de la télétransmission d'une feuille de soins électronique, l'infirmière ou l'infirmier fait une nouvelle tentative dans le délai réglementairement prévu par l'article R. 161-47 du code de la sécurité sociale. L'infirmière dispose, à compter de l'accusé réception de l'organisme d'assurance maladie mentionnant une altération des documents transmis ou en l'absence de l'accusé de réception dans les deux jours ouvrés suivant leur transmission, de deux jours ouvrés pour transmettre à nouveau les documents ou, au plus tard jusqu'à la transmission d'une nouvelle feuille de soins.

En cas de nouvel échec dans la télétransmission de la feuille de soins électronique, et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, l'infirmière ou l'infirmier établit un duplicata sous forme papier de la feuille de soins électronique. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la FSE non transmise (numéro de FSE et de lot).

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais consentie à l'assuré, l'infirmière ou l'infirmier signe le duplicata et le remet à l'assuré.

En cas de duplicata de dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, l'infirmière ou l'infirmier adresse à la caisse gestionnaire de l'assuré le duplicata de feuille de soins signé par lui-même et si possible par l'assuré ; à défaut, il (elle) coche la case « l'assuré n'a pas pu signer ».

Paragraphe 4 : Les retours d'information

Les retours tiers sont les informations transmises par l'assurance maladie sous la norme NOEMIE concernant l'état de la liquidation des prestations servies par l'infirmière ou l'infirmier.

Les caisses s'engagent à développer la norme NOEMIE afin de permettre aux professionnels de santé de disposer des informations utiles et d'améliorer leur lisibilité. Son développement implique en particulier la définition des informations essentielles permettant l'identification et le traitement de la facturation de tout autre paiement ou régulation comptable.

Les parties signataires définissent les principaux éléments du retour :

- le libellé sera identifié par les caractéristiques de la facture transmise. Il sera commun à tous les organismes d'assurance maladie obligatoire, exceptées les situations spécifiques ;
- le retour correspondra au virement bancaire effectué sur la base du total du remboursement issu des traitements effectués par la caisse pour une journée comptable donnée. Il ne peut pas être partiel ;
- le cumul, la régulation ou la récupération d'indus seront clairement signalés ;
- le rejet sera accompagné des informations permettant d'identifier l'erreur. Il impliquera la modification et le renvoi de la facture par l'infirmière ou l'infirmier ;
- tout mouvement financier ou paiement conventionnellement prévu sera spécifié

distinctement des factures honorées.

5.3.2 Maintenance et évolution du système SESAM-Vitale

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 ;
- pour faciliter aux infirmières et infirmiers les opérations de mise à jour du système qui les concernent.

L'infirmière ou l'infirmier 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 dernière version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux et pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques, également en cas de dysfonctionnement de son équipement.

5.3.3. Aides à la télétransmission

a/ Aide pérenne

Les infirmières et infirmiers reçoivent à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention, une aide forfaitaire annuelle d'un montant de 300 euros.

Cette aide est octroyée pour les FSE élaborées, émises par l'infirmière ou l'infirmier et reçues par la caisse conformément aux spécifications SESAM-Vitale, lorsque la part d'activité télétransmise correspond au moins à 70 %. Concernant les infirmières et infirmiers dont le taux de télétransmission se situe entre 65% et 70%, la commission paritaire départementale 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 1er 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

En contrepartie de l'obligation de maintenance, une aide forfaitaire de 100 euros sera versée chaque année à la condition d'avoir transmis au moins une feuille de soins électronique sécurisée au cours de l'année considérée.

c/ Aide CPS

Les coûts relatifs à l'attribution de la carte de professionnel de santé sont pris en charge par les caisses pour la durée de la présente convention.

d/ Modalités de versement

Chaque 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.

Chaque aide est versée par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'installation de l'infirmière ou de l'infirmier, pour le compte de l'ensemble des régimes.

La période prise en compte pour le calcul du taux de télétransmission est individualisée par professionnel et calculée à compter du premier jour du mois suivant l'émission de la première feuille de soins électronique.

5.3.4. Comité technique paritaire permanent

L'information 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 infirmières et les infirmiers et les caisses d'assurance maladie. Ces échanges doivent permettre à chaque partie d'évaluer et d'harmoniser ses propres besoins par une réponse technique appropriée.

Un comité technique paritaire permanent (CTPP) sera donc instauré près la CPN. Il est composé selon la même représentation que la CPN.

Ce comité se réunira au moins 2 fois par an et (ou) à la demande d'une des parties en tant que de besoin.

5.4. Cotation et hiérarchisation des actes

5.4.1. Cotation et codage des actes

Les infirmières s'engagent à respecter les dispositions prévues à la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et à en utiliser les cotations.

Les parties signataires rappellent que le maintien de la distribution de soins à un haut niveau de qualité s'accompagne d'une révision d'ensemble puis d'une adaptation régulière de la nomenclature générale des actes professionnels.

Les parties signataires entendent promouvoir des soins de haute qualité, par une prise en charge des malades par les infirmières comportant notamment l'analyse de situation des patients, l'accomplissement de leur rôle propre, les contrôles préalables à l'exécution des soins, la surveillance et le dépistage des réactions immédiates et des effets secondaires, la relation d'aide thérapeutique, la transmission des informations et l'identification des besoins en suppléances.

Les syndicats signataires et les caisses s'engagent à faciliter la mise en œuvre du codage des actes pour ce qui concerne les infirmières et infirmiers.

5.4.2. Commission de hiérarchisation des actes infirmiers

Une commission de hiérarchisation des actes et prestations infirmiers est mise en place en application de l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

a/ Rôle de la commission

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

b/ Composition de la commission

La commission est composée de représentants des syndicats représentatifs et de représentants de l'UNCAM. Un représentant de l'Etat assiste à ses travaux.

Sont membres avec voix délibérative :

Deux collèges comprenant autant de membres chacun :

- le collège professionnel, composé de deux représentants pour chaque syndicat représentatif des infirmiers, avec, pour chacun d'entre eux, un titulaire et un suppléant ;
- le collège de l'UNCAM comprenant autant de membres (titulaires et suppléants) que le collège professionnel ;
- un président désigné d'un commun accord par les membres de la commission.

Peuvent assister aux travaux avec voix consultative :

- un représentant de l'Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation (ATIH) ou de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS),
- un représentant de la Haute Autorité de Santé (HAS).

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

c/ 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 infirmières et infirmiers 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.

d/ 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.

5.5. Honoraires

5.5.1. Fixation des honoraires

L'infirmière établit ses honoraires conformément aux dispositions de la présente convention et aux tarifs en vigueur au jour de la réalisation de l'acte.

Les tarifs d'honoraires, frais accessoires et les majorations correspondant aux soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés à l'annexe 9.1 de la présente convention.

5.5.2. Dépassements

L'infirmière peut appliquer un dépassement d'honoraire dans les deux situations suivantes :

- circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade (DE) ;
- lorsque le déplacement n'est pas prescrit (DD).

Elle indique le motif 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 l'infirmière fixe ses honoraires avec tact et mesure et indique le montant total perçu sur la feuille de soins.

TITRE 6 – DISPOSITIONS SOCIALES

Les parties signataires de la convention conviennent que les caisses d'assurance maladie participeront au financement des cotisations sociales dues par les infirmières et infirmiers libéraux conventionnés selon les modalités suivantes.

Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les infirmières et infirmiers libéraux conventionnés 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.

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 infirmières et infirmiers libéraux conventionnés est fixée au double de la cotisation des infirmières et infirmiers libéraux bénéficiaires. Le montant de cette dernière est fixé à 40 fois la valeur de l'index AMV.

Ces dispositions pourront être revues ultérieurement par les partenaires dans le cadre de la convention, ou, éventuellement, dans le cadre d'un accord commun interprofessionnel.

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel, par :

- la CPAM du lieu d'installation de l'infirmière ou infirmier libéral 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 complémentaire vieillesse.

Le montant annuel de la participation des caisses aux cotisations sociales des infirmières et infirmiers libéraux est réparti entre les régimes d'assurances maladie selon des clefs 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 7 – VIE CONVENTIONNELLE

7.1. Durée et résiliation de la convention

7.1.1. 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.

Les parties signataires s'engagent à se concerter six mois avant l'expiration de la période de validité de la convention en vue d'étudier, en commun, les résultats de l'application de la convention et des adaptations qui leur apparaîtraient devoir y être apportées.

7.1.2. 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, dans les cas suivants :

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

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception adressée à tous les signataires de la convention. La résiliation ne prend effet qu'à échéance d'un délai de deux mois à compter de l'envoi de la lettre recommandée. L'UNCAM invite alors les organisations syndicales représentatives à engager de nouvelles négociations conventionnelles dans un délai de six mois.

7.2. Modalités de notification et d'adhésion des praticiens

7.2.1. Notification

Les URCAM notifient par courrier aux infirmières et infirmiers exerçant dans les conditions définies à l'article 5.1. le présent texte conventionnel, ainsi que ses avenants, dans le mois qui suit leur publication.

7.2.2. Modalités d'adhésion

Les infirmières et infirmiers précédemment conventionnés à la date d'entrée en vigueur de la convention, sont considérés comme y adhérant tacitement.

L'infirmière ou l'infirmier qui souhaite ne plus être régi par les dispositions de la convention en informe la caisse primaire 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.

Les infirmières et infirmiers précédemment placés en dehors de la convention nationale, de même que les professionnels qui s'installent en exercice libéral au cours de la vie

conventionnelle et qui souhaitent adhérer à la convention en font la demande par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité. Leur adhésion à la convention est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de leur demande.

7.3. Les instances conventionnelles

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

- une commission paritaire nationale ;
- une commission paritaire dans chaque région correspondant aux circonscriptions des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM);
- une commission paritaire dans chaque département.

7.3.1. La commission paritaire nationale (CPN)

Il est institué, entre parties signataires, une commission nationale composée paritairement. Elle se réunit en tant que de besoin et au minimum trois fois par an.

a/ 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.

La présidence de la section professionnelle est confiée au syndicat reconnu comme le plus représentatif.

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 8 sièges répartis comme suit :

- 2 infirmières ou infirmiers désignés par Convergence Infirmière;
- 2 infirmières ou infirmiers désignés par la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI);
- 2 infirmières ou infirmiers désignés par l'Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux (ONSIL);
- 2 infirmières ou infirmiers désignés par le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux (SNIIL);

Les représentants des syndicats signataires sont désignés parmi leurs adhérents placés sous le régime de la présente convention. Seuls les infirmières et infirmiers conventionnés libéraux en exercice peuvent siéger dans cette instance.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Section sociale

La section sociale comprend 8 représentants de l'UNCAM, dont 2 praticiens conseils, répartis comme suit :

- 5 représentants pour le régime général : 2 administratifs, 1

- conseiller, 2 praticiens conseil,
- 2 représentants pour le régime agricole,
- 1 représentant pour le régime social des indépendants.

La qualité de membre d'une profession de santé libérale en exercice est incompatible avec celle de représentant de la section sociale à la commission paritaire nationale.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

b/ Missions

La CPN a un rôle d'orientation et de coordination par une concertation permanente entre les caisses nationales d'assurance maladie et les organisations syndicales nationales signataires de la présente convention; elle décide des actions à mener afin de garantir la réussite de la politique conventionnelle et assure le suivi régulier des différents aspects de la vie conventionnelle.

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

- Le suivi de l'évolution des dépenses d'assurance maladie concernant les soins infirmiers ; elle étudie toutes les statistiques concernant les soins ambulatoires et hospitaliers dont l'UNCAM dispose ;
 - L'étude des documents de synthèse récapitulant les demandes d'installation et de remplacement à titre dérogatoire déposées et leur motif, adressés par les CPAM au cours du premier trimestre de chaque année ;
 - L'élaboration et le suivi d'outils de régulation nationaux, ainsi que, le cas échéant, la définition des modalités de leur mise en œuvre au niveau régional ;
 - La proposition d'actions permettant de préciser les conditions de prise en charge des soins et/ou de renforcer le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux conditions de prise en charge des actes, ainsi que les modalités de paiement et de remboursement de ces actes ;
- La préparation des avenants et annexes à la convention ;
- La mise en œuvre de mesures facilitant l'exercice de la profession ;
- Enfin, la CPN :
 - installe la Commission Paritaire Nationale de Formation Continue Conventionnelle (CPN-FCC), dont les missions sont décrites au titre 8 de la présente convention ;
 - installe et suit les travaux du Comité Technique Paritaire Permanent (CTPP), décrit à l'article 5.3.4. ;
 - étudie, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires, d'une commission paritaire régionale ou départementale, tout problème d'ordre général soulevé par les rapports entre les infirmières et infirmiers et les caisses ; la CPN propose alors une solution pour régler ces difficultés ;
 - prend toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances paritaires.
 - fait des propositions en cas de carence d'une commission paritaire départementale ou régionale dans l'hypothèse de sa non installation dans les trois mois.

7.3.2. La commission paritaire régionale (CPR)

Il est institué une commission régionale composée paritairement. Elle se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

a/ Composition

La CPR est composée pour moitié :

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

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 8 sièges répartis entre :

- 2 infirmières et infirmiers représentant Convergence Infirmière,
- 2 infirmières et infirmiers représentant la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI),
- 2 infirmières et infirmiers représentant l'Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux (ONSIL),
- 2 infirmières et infirmiers représentant le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux (SNIL).

Les représentants régionaux des syndicats d'infirmières et infirmiers signataires sont désignés parmi leurs adhérents libéraux conventionnés et exerçant à titre principal dans la région.

Néanmoins, les membres de la section professionnelle de la Commission Paritaire Nationale peuvent s'accorder sur une répartition régionale différente, notamment dans les régions où il existe une carence d'une ou de plusieurs représentations.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Section sociale

La section sociale comprend 8 sièges, dont 2 praticiens conseils, répartis comme suit :

- 5 représentants pour le régime général : 2 administratifs, 1 conseiller, 2 praticiens conseil,
- 2 représentants pour le régime agricole,
- 1 représentant pour le régime social des indépendants.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

b/ Missions

Les CPR ont notamment pour mission en matière de régulation de la démographie des infirmières et infirmiers libéraux de :

- contribuer aux travaux de la Mission Régionale de Santé en étant son interlocuteur privilégié dans sa mission relative aux orientations sur l'évolution de la répartition territoriale des infirmières et infirmiers libéraux et la définition des zones géographiques déficitaires en matière d'accès de la population aux actes infirmiers ;

- mettre en œuvre et suivre les dispositifs conventionnels que les parties signataires pourraient adopter dans le cadre prévu à l'article 2.1. de la présente convention ;
- suivre l'évolution régionale des dépenses en soins actes infirmiers et les analyser au regard des besoins de santé de la population et de la morbidité régionale, afin de déterminer et d'orienter les actions prévisionnelles prioritaires en matière de santé publique ;
- donner un avis sur les dossiers des infirmières qui souhaitent s'installer à titre libéral ou remplacer sous convention, en cas de carence de la commission paritaire départementale, dans les conditions suivant la procédure dérogatoire définies par l'article 5.2.2. ;
- étudier les documents de synthèse récapitulant les demandes d'installation ou de remplacement à titre dérogatoire déposées et leur motif, adressés par les CPAM au cours du premier trimestre de chaque année.

La CPR adresse à la CPN, au cours du dernier trimestre de chaque année, un rapport sur ses activités de l'année en cours ; elle informe régulièrement l'instance nationale de ses travaux.

7.3.3. La commission paritaire départementale (CPD)

Il est institué une commission départementale composée paritairement. Elle se réunit en tant que de besoin et au minimum trois fois par an.

a/ Composition

La CPD est composée pour moitié :

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

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle

La section professionnelle comprend 8 sièges répartis entre :

- 2 infirmières et infirmiers représentant Convergence Infirmière,
- 2 infirmières et infirmiers représentant la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI),
- 2 infirmières et infirmiers représentant l'Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux (ONSIL),
- 2 infirmières et infirmiers représentant le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux (SNIIL).

Néanmoins, les membres de la section professionnelle de la Commission Paritaire Nationale peuvent s'accorder sur une répartition départementale différente, notamment dans les départements où il existe une carence d'une ou de plusieurs représentations.

Les représentants départementaux des syndicats infirmières et infirmiers signataires sont désignés parmi leurs adhérents libéraux conventionnés et exerçant à titre principal dans le département du ressort de la CPD.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Section sociale

La section sociale comprend 8 sièges, dont 2 praticiens conseils, et répartis comme suit :

- 5 représentants pour le régime général : 2 administratifs, 1 conseiller, 2 praticiens conseil,
- 2 représentants pour le régime agricole,
- 1 représentant pour le régime social des indépendants.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

b/ Missions

La CPD a pour rôle de faciliter l'application de la convention par une concertation permanente au plan local entre les Caisses et les représentants des infirmières et infirmiers.

La CPD a également pour missions, notamment :

- d'analyser les dépenses d'assurance maladie relatives aux soins dispensés par les infirmières et les infirmiers présentées par les caisses ;
- de suivre la mise en œuvre de l'application des recommandations de la HAS ;
- de s'assurer du respect de l'égal accès de la population aux soins infirmiers ;
- d'examiner les demandes d'installation sous convention à titre exceptionnel conformément aux conditions et procédures définies au point d/ de l'article 5.2.2. de la présente convention
- d'étudier les documents de synthèse récapitulant les demandes d'installation et de remplacement à titre dérogatoire déposées et leur motif adressés par les CPAM ;
- de veiller au respect de la présente convention par les parties.

La CPD étudie toutes les statistiques concernant les soins ambulatoires et hospitaliers dont l'Assurance Maladie dispose. Elle peut, par ailleurs, entamer tous travaux sur les thèmes de nature économique, médicale ou sociale et diligenter des enquêtes.

La CPD rend un avis sur les situations individuelles de non respect des règles conventionnelles constatées par les caisses, conformément à la procédure décrite à l'article 7.4.1, point b/, du présent texte.

La CPD adresse à la CPN, au cours du dernier trimestre de chaque année, un rapport sur ses activités et travaux au cours de l'année écoulée.

7.3.4. Dispositions communes aux instances

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

Pour ce qui concerne les CPD et CPR, lorsque la commission n'est pas constituée dans le délai de 3 mois du fait d'un désaccord entre les syndicats sur leur représentation respective, la section professionnelle de la CPN dispose d'un délai d'un mois pour proposer une composition.

Si aucune proposition n'est faite dans ce délai, ou si les représentants au niveau local ne l'acceptent pas, la section sociale se substitue de plein droit dans les attributions de la commission, le temps que celle-ci se mette en place.

Pour les instances locales (CPR et CPD), à la demande conjointe des représentants de la section professionnelle concernée, le nombre de membres siégeant dans cette section peut être réduit jusqu'à deux. Dans cette situation, les voix des membres absents de la section professionnelle doivent être reportées sur les membres présents afin de conserver la parité des voix entre les deux sections.

Chaque instance adopte un règlement intérieur, reprenant a minima le règlement type en annexe, qui précise notamment 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.

Les présidents de chacune des sections assurent, par alternance annuelle (année civile), la présidence et la vice-présidence de l'instance.

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

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'UNCAM pour la CPN, l'URCAM pour la CPR et la caisse d'assurance maladie locale pour la CPD. Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance et rédige chaque année un bilan d'activité.

Chaque instance, ainsi que chacune de ses sections, fait appel aux conseillers techniques dont elles jugent la présence nécessaire. Le nombre de conseillers est limité à un par syndicat. Les conseillers techniques n'interviennent que sur le point inscrit à l'ordre du jour pour lequel leur compétence est requise.

En cas de cessation de fonction de l'un des membres, celui-ci en informe la commission dont il était membre; la partie intéressée pourvoit alors à son remplacement dans les trente jours suivant cette cessation.

Les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité de vacation égale à 35 AMI par demi-journée et 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 infirmières et infirmiers qui participent à la CPN-FCC, au CTPP et aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles, ainsi qu'à la commission chargée de déterminer les règles de hiérarchisation des actes et prestations.

7.4. Mesures conventionnelles

7.4.1. 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, dans son exercice, ne respecte pas ses engagements conventionnels, est susceptible de faire l'objet d'un examen de sa situation par les instances paritaires et d'une éventuelle sanction.

Les partenaires conventionnels souhaitent néanmoins que les caisses, les CPD 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.

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 infirmière ou un infirmier libéral, 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 5.2.6 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 (NGAP) ;

La procédure décrite au b/ peut être mise en œuvre.

b/ Procédure

Paragraphe 1 : La CPAM du lieu d'implantation du cabinet professionnel principal qui constate le non respect par une infirmière ou un infirmier des dispositions de la présente convention, lui adresse un avertissement par lettre recommandée avec accusé réception. L'avertissement doit comporter l'ensemble des faits qui sont reprochés au professionnel. L'infirmière ou l'infirmier dispose d'un délai de 1 mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique.

▪Si, à l'issue de ce délai, l'infirmière ou l'infirmier n'a pas modifié la pratique reprochée, la CPAM du lieu d'implantation du cabinet professionnel principal, qui agit pour le compte de l'ensemble des caisses, communique le relevé des constatations à l'infirmière ou à l'infirmier concerné par lettre recommandée avec avis de réception, avec copie aux membres titulaires des deux sections de la CPD.

▪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, l'infirmière ou l'infirmier a renouvelé les mêmes faits reprochés.

Paragraphe 2 : L'infirmière ou l'infirmier 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 entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. L'infirmière ou l'infirmier peut se faire assister par un avocat ou une infirmière de son choix exerçant régulièrement sa profession et placée sous le régime de la présente convention.

La CPD, pour donner son avis, invite l'infirmière à lui faire connaître ses observations écrites et demande à l'entendre dans un délai qu'elle lui fixe. Dans le même temps, l'infirmière peut être entendue à sa demande par la CPD, elle peut se faire assister par un avocat ou une infirmière de son choix exerçant régulièrement sa profession et placée sous le régime de la présente convention.

L'avis de la CPD est rendu dans les 60 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

communiqué également la décision aux membres de la CPD en lui 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 6 mois,
- ou de suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel supérieure ou égale à 3 mois,

et que cette mesure est supérieure à celle proposée par la CPD 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 est dans ce cas suspendue jusqu'à avis de la CPN.

c/ Mesures encourues

Lorsqu'une infirmière ou un infirmier ne respecte pas les dispositions de la présente convention, il peut, après mise en œuvre de la procédure prévue au b/, 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 3, 6, 9 ou 12 mois ;
- Suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel. Cette suspension peut être temporaire (une semaine, 1, 3, 6, 9 ou 12 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.

7.4.2. Condamnation par une instance ordinale ou judiciaire

▪ Lorsque les chambres disciplinaires de première instance ou nationale d'appel des conseils régionaux de l'Ordre et du conseil national de l'Ordre des infirmières et infirmiers (en cours d'installation) ou une autre juridiction ont prononcé, à l'égard d'une infirmière ou d'un infirmier, une sanction devenue définitive :

- d'interdiction temporaire ou définitive de donner des soins,
- d'interdiction temporaire ou définitive d'exercer,

le professionnel se trouve placé de fait et simultanément hors convention, à partir de la date d'application de la sanction ordinale ou judiciaire, et pour une durée équivalente.

Lorsqu'une juridiction a prononcé à l'égard d'une infirmière ou d'un infirmier, une peine effective d'emprisonnement, le professionnel se trouve placé de fait et simultanément hors convention, à partir de la date d'application de la sanction judiciaire et pour la même durée.

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 CPD.

▪ 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 point c/ de l'article 7.4.1., en application de la procédure décrite au point b/ du

même article.

TITRE 8 – FORMATION CONTINUE CONVENTIONNELLE

8.1. Principes

Les parties signataires rappellent l'intérêt commun qu'elles attachent au développement et à la promotion de la formation continue, qui doit permettre au professionnel infirmier d'entretenir et de perfectionner ses connaissances et de lui garantir une adaptation permanente et nécessaire aux évolutions des pratiques et des techniques de soins.

Dans un souci d'amélioration de la qualité des soins et d'optimisation des dépenses de santé, les parties signataires s'entendent pour promouvoir la formation continue conventionnelle comme modalité de formation offerte aux infirmiers conventionnés. Le dispositif de la FCC accompagne les orientations de la convention et notamment les engagements de maîtrise médicalisée.

Les parties signataires définissent les orientations et les thèmes de formation continue qu'elles souhaitent soutenir dans le cadre conventionnel. Elles entendent notamment élargir les formations dans une approche interprofessionnelle, conduite avec les syndicats signataires des conventions nationales des différentes professions de santé.

Les parties signataires 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 infirmiers placés sous le régime de la présente convention, par le versement :

- d'indemnités quotidiennes de formation compensatrices de perte de ressources, pour les infirmiers libéraux soumis à la convention, _
- d'une dotation à l'organisme gestionnaire, 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.

8.2. Instances de la FCC

La CPN installe :

- **une Commission Paritaire Nationale de Formation Continue Conventionnelle (CPN-FCC)**, à laquelle elle délègue la mise en œuvre de la FCC. La CPN-FCC est composée et fonctionne sur le mode de la CPN définie au point b/ de l'article 7.3.1 et aux articles 7.3.4. et 9.2.

Le président de l'organisme gestionnaire et un membre désigné par la Haute Autorité de Santé participent aux réunions de la CPN-FCC avec voix consultative.

En collaboration avec l'organisme gestionnaire, la CPN-FCC :

- 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'offre 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.
- **Un organisme gestionnaire**, est mandaté par les partenaires conventionnels pour mettre en œuvre la formation continue conventionnelle de la profession 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-FCC. Un protocole de financement est signé entre l'organisme gestionnaire et la CNAMTS pour le compte des caisses nationales d'assurance maladie, pour détailler ses missions et les modalités de versement de la dotation allouée.

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

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

8.3.1. Thèmes de formation

La Commission Paritaire Nationale FCC arrête annuellement et avant le 1er juillet, 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 FCC.

La Commission Paritaire Nationale définit, en recourant le cas échéant à des experts, le contenu des actions de formation qu'elle souhaite promouvoir. Les indemnités de vacation et le défraiements des experts sont versés par l'organisme gestionnaire et sont inclus dans la dotation annuelle versée par les caisses au titre de la formation continue.

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

8.3.2. Choix des formations

Pour la réalisation de ce programme annuel de formation, les parties signataires 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-FCC.

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-FCC et du représentant de l'organisme gestionnaire ;
- une commission des marchés constituée paritairement de représentants de chacune des sections de la CPN-FCC qui émet un avis sur chacun des projets de formation :

- Avis sur le contenu pédagogique et sur la conformité budgétaire des projets de formation.
- La CPN-FCC, réunie en commission des agréments, 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.

Le représentant des organismes gestionnaires assiste à l'ensemble de ces commissions.

La CPN-FCC confie le suivi et la gestion des formations agréées à l'organisme gestionnaire.

8.3.3. Financement des formations relevant de la FCC

Le financement de la FCC est effectué par la CNAMTS sous la forme d'une dotation annuelle destinée à financer au cours de chaque année civile les actions de formation conventionnelle agréées ainsi que les frais de structure de l'organisme gestionnaire. Le financement des actions de formation prend la forme d'une prise en charge plafonnée du coût de la formation, par participant, dans les conditions fixées dans 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, sur proposition de la CPN-FCC, au cours de l'année qui précède l'année de réalisation des actions de formation conventionnelle, et sous réserve de disposer de crédits suffisants sur le Fonds National de l'Action Sanitaire et Sociale (FNASS).

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

La CPN-FCC peut procéder à tout contrôle sur l'organisme gestionnaire notamment au moyen d'audit.

8.3.4. Indemnisation pour perte de ressources de l'infirmier formé dans le cadre du dispositif de la FCC

Les caisses nationales s'engagent à favoriser la participation des infirmiers exerçant à titre libéral placés sous le régime de la convention, aux actions de FCC, en prévoyant le versement à leur profit d'une indemnité de formation compensatrice de perte de ressources.

Chaque caisse nationale participe au financement des indemnités à hauteur de la part respective que son régime représente dans les dépenses d'Assurance Maladie.

Cette dotation annuelle est arrêtée en CPN, sur proposition de la CPN-FCC, au cours de l'année qui précède l'année de réalisation des actions de formation conventionnelle, et sous réserve de disposer de crédits suffisants sur le Fonds National de l'Action Sanitaire et Sociale (FNASS). Elle couvre l'indemnisation de l'ensemble des participants prévus aux formations agréées de l'année civile d'exercice.

a/ Champ d'application

Les infirmiers 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,
- Participer à une action agréée FCC d'une durée minimale de deux jours consécutifs, dans le cas des formations infirmières,
- Suivre une action de formation agréée au titre de la FCC Interprofessionnelle d'une journée,
- Suivre l'action de formation dans son intégralité,
- Ne pas avoir perçu, dans l'année civile au cours de laquelle s'est tenue l'action de formation agréée FCC, 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

Le montant de l'indemnité pour perte de ressources est fixé à la valeur de 75 AMI par jour.

Cette indemnité est calculée au prorata de la durée des formations agréées FCC.

Le montant total des indemnités quotidiennes versées à un infirmier participant s'inscrit dans la limite de sept journées par année civile.

Vient s'ajouter, le cas échéant, l'indemnité quotidienne en cas de participation à une journée de formation conventionnelle Interprofessionnelle comme défini dans l'article 8.3.5.

c/ Modalités de versement de l'indemnité de formation

L'indemnité de formation est versée à l'infirmier par la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'exercice principal, dans les conditions définies ci-après.

L'indemnité est versée sur production d'une attestation de participation dûment complétée par l'organisme de formation et le professionnel formé. Elle est visée par l'organisme gestionnaire.

L'attestation de participation comprend notamment les informations suivantes :

- Identification du professionnel,
- 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 au professionnel dans un délai de deux mois à compter de la réception par la caisse primaire d'Assurance maladie de l'attestation de participation.

8.3.5. 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 libérales, des thèmes réservés à des actions de formation interprofessionnelle.

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

Ces actions ne pourront être financées, pour la part concernant les infirmiers, que si elles sont agréées par la CPN-FCC et limitées à une durée d'une journée.

Le montant de l'indemnisation versée à un infirmier dans le cadre d'une formation interprofessionnelle ne peut excéder une journée ouvrable par an. Cette journée distincte s'ajoute aux sept journées visées au point b/ de l'article 8.3.4.

Les autres dispositions prévues dans le cadre de la formation continue conventionnelle et concernant l'agrément des actions de formation, les modalités d'indemnisation des infirmiers participants, et l'évaluation des actions de formation, s'appliquent à la formation conventionnelle interprofessionnelle.

8.3.6. Gestion des actions de formation

En cas de résiliation du protocole de financement par l'une ou l'autre des parties, la CNAMTS 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'organisme gestionnaire de la résiliation du protocole.

8.3.7. Evaluation de la formation continue conventionnelle

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

a/ Evaluation de l'impact des formations sur les pratiques

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

La CPN-FCC mandate l'organisme gestionnaire pour vérifier si les organismes de formation ont satisfait aux obligations d'évaluation telles que définies dans le cahier des charges de la FCC.

b/ Bilan du programme annuel de FCC

Dans le cadre de son rapport annuel d'activité, l'organisme gestionnaire 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'organisme gestionnaire transmet le bilan du programme annuel de formation à la CPN-FCC.

Fait à Paris, le

Pour l'UNCAM,
Monsieur Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur Général,

Et

Pour,

Convergence Infirmière,
Monsieur Marcel AFFERGAN, Président,

La Fédération Nationale des Infirmiers,
Monsieur Philippe TISSERAND, Président,

L'Organisation Nationale des Syndicats d'Infirmiers Libéraux,
Monsieur Jean-Michel ELVIRA, Président,

Le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux,
Madame Annick TOUBA, Présidente.

9 – ANNEXES

9.1. Tarifs des honoraires et frais accessoires

A compter du 1^{er} juillet 2007, les tarifs sont les suivants :

	Métropole	DOM et Mayotte
AMI	3,00	3,00
AIS	2,50	2,50
IFD	2,20	2,20
IK plaine	0,30	0,33
IK montagne	0,45	0,50
IK Pied-Ski	3,35	3,66
Majorations de nuit :		
- 20h-23h et 5h-8h	9,15	9,15
- 23h-5h	18,30	18,30
Majoration de dimanche	7,80	7,80

A compter du 1^{er} août 2008, en fonction des possibilités ouvertes par la loi de financement de la sécurité sociale, compte tenu de l'engagement de la profession dans les mesures structurantes sur la répartition de l'offre de soins, les tarifs seront les suivants :

	Métropole	DOM et Mayotte
AMI	3,15	3,15
AIS	2,65	2,65
IFD	2,30	2,30
IK plaine	0,30	0,33
IK montagne	0,45	0,50
IK Pied-Ski	3,35	3,66
Majorations de nuit :		
- 20h-23h et 5h-8h	9,15	9,15
- 23h-5h	18,30	18,30
Majoration de dimanche	7,80	7,80

Dans un souci d'équité interprofessionnelle, les parties signataires conviennent dans le délai de la convention, de mettre en place un groupe de travail visant à appliquer aux infirmières libérales des mesures consenties aux autres professions de santé des D.O.M. (kinésithérapeutes et médecins en particulier).

9.2. Règlements intérieurs types des instances conventionnelles

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 trois fois par an en ce qui concerne la CPN et les CPD et deux fois par an pour les CPR.

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 les caisses locales, pour ce qui concerne les instances départementales, par l'URCAM 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.

Les membres suppléants siègent en l'absence du membre titulaire.

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 simple 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.

La commission délibère hors la présence des conseillers techniques.

Les délibérations font l'objet d'un relevé de décisions, établi par le secrétaire dans les deux mois de la tenue de la commission, 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 départementales et régionales adressent, après approbation et signature, leurs relevés de décisions à l'UNCAM, qui assure le secrétariat de la CPN.

La constitution de groupes de travail :

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

Indemnité de vacation :

Les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité de vacation égale à 35 AMI par demi-journée et 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 infirmières et infirmiers qui participent à la CPN-FCC, au CTPP et aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles, ainsi qu'à la commission chargée de déterminer les règles de hiérarchisation des actes et prestations.

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 fait des propositions pour pallier à cette carence conformément au point b/ de l'article 7.3.1 et à l'article 7.3.4.
- dysfonctionnement : non tenue 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.
- 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.

9.3. Cas particuliers

La présente convention est également applicable aux infirmières salariées d'un membre d'une profession à compétence médicale, ou d'un directeur de laboratoire dès que les soins sont tarifés à l'acte.

Lorsqu'une infirmière a la qualité de salariée d'un professionnel de santé libéral, elle doit faire connaître aux caisses : le nom, l'adresse et la qualification de son employeur ainsi que l'indication de son propre numéro d'immatriculation à la sécurité sociale.

Lorsque les actes sont effectués par une infirmière salariée d'un membre d'une profession médicale ou d'un directeur de laboratoire, la facturation des soins est particulière :

- les feuilles de soins sur lesquelles sont inscrits les soins doivent permettre l'identification nominale et codée de l'employeur, suivie de l'identification nominale de l'infirmière salariée ;
- l'infirmière salariée atteste la prestation de l'acte et le professionnel de santé employeur, le paiement des honoraires ; ils apposent respectivement leur signature dans la colonne réservée à l'exécution de l'acte et dans la colonne réservée à l'attestation du paiement des honoraires ;
- l'infirmière indique le montant des honoraires correspondants à la prestation de (s) (l') actes (s).
- la signature du professionnel de santé employeur, sur la feuille de soins, engage sa responsabilité sur l'application, par l'infirmière salariée, des cotations de la nomenclature générale des actes professionnels et des tarifs en vigueur.

Ces différentes conditions doivent être obligatoirement remplies pour que ces actes donnent lieu à un remboursement par la caisse.

9.4. Contrat de santé publique

Les parties signataires conviennent de mettre en oeuvre un contrat de santé publique, auquel l'infirmière peut adhérer individuellement, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge infirmière des patients diabétiques traités par insuline de plus de 75 ans. Ce dispositif permet de valoriser le rôle des infirmières en matière de prévention des complications du diabète.

En contrepartie du respect de ses engagements, l'infirmière contractante bénéficiera, dans les conditions définies ci-après, d'un complément forfaitaire de rémunération à la charge de l'assurance maladie.

9.4.1. Objet du contrat

Ce contrat individuel met en place un dispositif attractif permettant à l'infirmière prenant en charge plusieurs patients diabétiques traités par insuline de plus de 75 ans de percevoir une rémunération forfaitaire en contrepartie d'un travail de coordination.

9.4.2. Actes visés par le contrat

Les parties signataires entendent par cet accord contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge infirmière des patients diabétiques traités par insuline de plus de 75 ans par un suivi personnalisé, une coordination des soins avec le médecin et une liaison avec l'entourage des patients.

Son objectif est de promouvoir auprès des infirmières les modalités de la surveillance hebdomadaire des patients traités par insuline de plus de 75 ans, comprenant :

- l'éducation des patients et/ou de leur entourage ;
- la vérification de l'observance des traitements et du régime alimentaire, le dépistage des risques d'hypoglycémie ;
- le contrôle de la pression artérielle ;
- la participation au dépistage et le suivi des éventuelles complications, en particulier neurologiques, infectieuses, cutanées ;
- la prévention de l'apparition de ces complications, en particulier par le maintien d'une hygiène correcte des pieds ;

- la tenue d'une fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant, qui doit être immédiatement alerté en cas de risque de complications ;
- la tenue, si nécessaire, de la fiche de liaison et la transmission des informations utiles à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue.

9.4.3. Population visée par le contrat

La population visée par le contrat concerne les patients diabétiques traités par insuline de plus de 75 ans auxquels le médecin a prescrit une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention dans les conditions fixées par la NGAP.

9.4.4. Engagements de l'infirmière

L'infirmière s'engage, pour la prise en charge de ces patients, à assurer chaque semaine un suivi personnalisé, une coordination des soins avec le médecin et une liaison avec l'entourage des patients. Ce suivi a une durée minimale d'un trimestre.

Elle tient une fiche de surveillance hebdomadaire, dont le modèle figure en annexe. L'infirmière contractante est invitée à utiliser la fiche de surveillance reproduite dans le carnet de surveillance du patient diabétique traité par insuline de plus de 75 ans, édité par les trois caisses nationales, le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, l'Association française des diabétiques et l'Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (ALFEDIAM médicale et paramédicale).

9.4.5. Engagements des trois caisses nationales

Les trois caisses nationales s'engagent chaque année à verser à chaque infirmière contractante une rémunération forfaitaire de 200 euros par patient pour la tenue des fiches de surveillance et la transmission d'informations au médecin traitant. Il ne pourra pas être versé plus d'un forfait par patient et par an.

9.4.6. Modalités de suivi

Douze mois après la signature de son premier contrat de santé publique, l'infirmière adresse au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'exercice principal une fiche récapitulant l'ensemble des patients entrés dans le dispositif, avec pour chacun d'eux la durée de la prise en charge (date de la première et de la dernière séance hebdomadaire de surveillance).

Le service du contrôle médical pourra demander communication du carnet de surveillance ou des fiches de surveillance des patients entrant dans le champ du contrat auquel adhère l'infirmière.

Les instances conventionnelles feront un bilan annuel de ce dispositif.

9.4.7. Actes d'adhésion et de résiliation

L'infirmière formalise, auprès de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de son cabinet, son entrée dans le contrat pour chaque patient concerné par le biais d'un formulaire dont le modèle ci-après est fixé par les parties signataires. Ce contrat est également signé par le patient.

L'adhésion individuelle au contrat a une durée d'un an, reconductible tacitement.

Le contrat peut être rompu par écrit par l'infirmière ou les caisses en cas de non-respect grave et répété des engagements du contrat ou de modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les trois caisses nationales et les infirmières.

Contrat de Santé Publique

**conclu entre les caisses d'Assurance Maladie, les professionnels et les assurés sociaux
relatif à la prise en charge infirmière des patients diabétiques
traités par insuline de plus de 75 ans**

Acte d'adhésion

- A remplir par l'infirmière qui l'adresse en deux exemplaires au médecin-conseil placé auprès de la CPAM du lieu de son exercice principal

Identification de l'infirmière

Je, soussigné(e), NOM

Prénom

numéro d'identification *(qui figure également sur mes feuilles de soins)*

adresse de mon lieu d'exercice principal

déclare adhérer au contrat de santé publique instauré par la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmières et les caisses nationales d'assurance maladie et en respecter les dispositions.

Cachet de l'infirmière

Date

Signature de l'infirmière

Identification du bénéficiaire des soins

Je, soussigné(e), NOM

Prénom

Numéro d'immatriculation

Date de naissance

Identification de l'assuré (à renseigner si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré)

NOM

Prénom

Numéro d'immatriculation

Renseignements complémentaires obligatoires

Domicile

Régime d'affiliation

déclare être suivi, chaque semaine, dans le cadre d'un contrat de santé publique.

Date

Signature du patient

Accusé de réception

Adhésion enregistrée le _____ à effet du

Adhésion non enregistrée et motif

Cachet du médecin conseil placé auprès de la C.P.A.M. pour le compte des autres régimes

Date

Contrat de Santé Publique
relatif à la prise en charge infirmière des patients diabétiques
traités par insuline de plus de 75 ans

Fiche annuelle récapitulative
Identification de l'infirmière

Nom
 Prénom
 Numéro d'identification
 Adresse du lieu d'exercice principal

Cette demande de forfait correspond à la période qui va du moi d _____ 20__ au mois d _____ 20__

Nom du patient	Prénom	Régime d'affiliation et numéro d'immatriculation	Nombre de forfaits perçus pour ce patient depuis l'adhésion	Au cours de cette période	
				Date de la première séance hebdomadaire	Date de la dernière séance hebdomadaire
				JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA

Cachet de l'infirmière

Date
 Signature de l'infirmière

Cette fiche annuelle récapitulative permettant de règlement des forfaits est à remplir chaque année par l'infirmière à la date anniversaire de la signature du premier acte d'adhésion. Pour des raisons de secret médical, cette fiche doit être adressée au service du contrôle médical placé auprès de la CPAM du lieu d'exercice principal de l'infirmière.

Contrat de Santé Publique
relatif à la prise en charge infirmière des patients diabétiques
traités par insuline de plus de 75 ans

Fiche de surveillance infirmière hebdomadaire

Nom du patient :

Semaine :

Nom de l'infirmière :

Objectif glycémique :

Mesure du poids : ...kg

	OBSERVATIONS, CONSTATS	EDUCATION, CONSEILS	TRANSMISSION (médecins, autres professionnels, entourage)
Observance des traitements Préparation du pilulier			
Alimentation Etat nutritionnel			
Hypoglycémie			
Tension artérielle			
Examen des tissus Parties du corps examinées			
Pieds : - hygiène - chaussage			
Suivi de plaie(s) et de pansement(s) éventuel(s)			