

**CONVENTION NATIONALE
DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE**

PUBLIÉE AU JOURNAL OFFICIEL DU 25 JUILLET 2007

TEXTE ACTUALISÉ – MARS 2014

PRÉCISIONS :

Le présent document correspond au texte consolidé résultant de l'intégration des dispositions de :

- *l'avenant n°1 du 4 septembre 2008 publié au Journal officiel du 18 octobre 2008,*
- *l'avenant n°2 du 11 février 2011 publié au Journal officiel du 23 juillet 2011,*
- *l'avenant n°3 du 28 septembre 2011 publié au Journal officiel du 26 novembre 2011,*
- *l'avenant n°4 du 19 décembre 2013 publié au Journal officiel du 19 mars 2014.*

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, représentée par Béatrice Galvan, vice-présidente ;

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 convenus des termes de la convention qui suit :

PLAN DE LA CONVENTION

PRÉAMBULE	7
TITRE Ier – VALORISATION DE L’ACTIVITÉ DES INFIRMIÈRES LIBÉRALES.....	8
1.1. Optimisation des compétences des infirmières libérales et développement de nouveaux rôles... 8	
1.1.1. L’implication des infirmières libérales dans la prise en charge, la surveillance et le suivi des patients atteints de pathologies chroniques	8
1.1.2. La participation à des actions d’éducation, de prévention et de promotion de la santé.....	9
1.1.3. L’accompagnement de la prescription de dispositifs médicaux par les infirmières et engagements de maîtrise médicalisée	9
a) Accompagnement de la prescription de dispositifs médicaux.....	9
b) Maîtrise médicalisée	10
1.2. Valorisation de l’activité	10
TITRE II – ACCÈS ET QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS	11
2.1. Préserver et améliorer l’accès aux soins infirmiers	11
2.2. Mettre en œuvre des mesures de rééquilibrage de l’offre globale de soins infirmiers au sein de chaque région.....	11
2.2.1. Dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale	11
a) Principes généraux du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale	11
b) Mesures d’accompagnement du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale ..	11
c) Conditions d’application du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale .	12
d) Gestion du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale : dispositions spécifiques en cas de demande de conventionnement dans une zone « sur dotée »	13
e) Cas particuliers en cas de demande de conventionnement dans une zone « sur dotée »	14
2.2.2. Mesures destinées à favoriser le maintien et l’installation en zones « très sous dotées ».....	14
2.3. Suivi, évaluation et adaptation des différentes mesures de nature à préserver et améliorer l’accès aux soins	15
2.4. Qualité des soins.....	15
TITRE III - COORDINATION DES SOINS	17
3.1. L’infirmière et le parcours coordonné.....	17
3.2. L’infirmière libérale et l’offre en structure.....	17
TITRE IV - ÉVALUATION ET SUIVI	18
4.1. Missions de l’observatoire.....	18
4.2. Composition de l’observatoire	18
4.3. Fonctionnement de l’observatoire	19
TITRE V - MODALITÉS D’EXERCICE CONVENTIONNEL	20
5.1. Champ d’application de la convention	20
5.2. Délivrance des soins aux assurés	20
5.2.1. Modalités pratiques liées à l’activité du professionnel	20
a) Le libre choix du patient.....	20
b) Les infirmières exerçant à titre libéral dans les établissements d’hébergement et structures de soins accueillant des personnes âgées.....	21
Paragraphe 1. Du libre choix.....	21
Paragraphe 2. Des soins.....	21
Paragraphe 3. Des honoraires	21
Paragraphe 4. Dispositions diverses	22

5.2.2. Conditions d'installation en exercice libéral sous convention	22
a) Principes.....	22
b) Règle générale.....	23
c) Cas particuliers	23
d) Dérogations exceptionnelles	24
e) Justificatifs d'activité ou d'expérience	25
5.2.3. Conditions d'exercice des remplaçantes	25
5.2.4. Documents ouvrant droit au remboursement des prestations.....	26
5.2.5. Rédaction des ordonnances	27
5.2.6. Facturation des honoraires.....	27
5.2.7. Modalités de paiement des honoraires.....	28
a) Le règlement direct.....	28
b) Modalité particulière : dispense d'avance des frais.....	28
5.3. Télétransmission des documents nécessaires au remboursement	29
5.3.1. Télétransmission des feuilles de soins électroniques par les infirmières et infirmiers libéraux ..	29
a) Mise en œuvre de la télétransmission	29
b) Carte de professionnel de santé.....	30
c) Liberté de choix du réseau	30
d) Procédure de transmission des feuilles de soins électroniques.....	30
Paragraphe 1. Etablissement de la feuille de soins électronique.....	30
Paragraphe 2. Validité des informations contenues dans la carte	30
Paragraphe 3. Garantie de paiement	31
e) Transmission des feuilles de soins électroniques	31
Paragraphe 1. Tiers payant légal.....	31
Paragraphe 2. Tri et transmission des ordonnances	31
Paragraphe 3. Traitement des incidents	32
- Informations réciproques	32
- Dysfonctionnement lors de l'élaboration des feuilles de soins électroniques	32
- Dysfonctionnement lors de la transmission des feuilles de soins électroniques.....	32
Paragraphe 4. Les retours d'information	33
5.3.2. Maintenance et évolution du système SESAM-Vitale	33
5.3.3. Aides à la télétransmission	34
a) Aide pérenne.....	34
b) Aide à la maintenance.....	34
c) Aide CPS	34
d) Modalités de versement	34
5.3.4. Comité technique paritaire permanent.....	35
5.3.5. Modernisation des relations avec l'assurance maladie.....	35
5.4. Cotation et hiérarchisation des actes	36
5.4.1. Cotation et codage des actes	36
5.4.2. Commission de hiérarchisation des actes infirmiers	37
a) Rôle de la commission.....	37
b) Composition de la commission.....	37
c) Indemnisation des membres de la commission.....	37
d) Règlement intérieur	38
5.5. Honoraires.....	38
5.5.1. Fixation des honoraires	38

5.5.2. Dépassements	38
TITRE VI - DISPOSITIONS SOCIALES.....	39
TITRE VII - VIE CONVENTIONNELLE.....	41
7.1. Durée et résiliation de la convention	41
7.1.1. Durée de la convention	41
7.1.2. Résiliation de la convention	41
7.2. Modalités de notification et d'adhésion des praticiens.....	41
7.2.1. Notification.....	41
7.2.2. Modalités d'adhésion.....	41
7.3. Les instances conventionnelles.....	42
7.3.1. La commission paritaire nationale (CPN).....	42
a) Composition	42
- Section professionnelle	42
- Section sociale	42
b) Missions.....	43
7.3.2. La commission paritaire régionale (CPR).....	44
a) Composition	44
- Section professionnelle	44
- Section sociale	44
b) Missions.....	44
7.3.3. La commission paritaire départementale (CPD).....	45
a) Composition	45
- Section professionnelle	45
- Section sociale	46
b) Missions.....	46
7.3.4. Dispositions communes aux instances.....	47
7.4. Mesures conventionnelles.....	48
7.4.1. Non-respect des dispositions de la présente convention	48
a) Non-respect des règles conventionnelles constaté par une caisse	48
b) Procédure	48
c) Mesures encourues	49
7.4.2. Condamnation par une instance ordinale ou judiciaire	50
TITRE IX - ANNEXES.....	51
9.1. Tarifs des honoraires et frais accessoires	51
9.2. Règlements intérieurs types des instances conventionnelles.....	52
- Réunions et tenue du secrétariat.....	52
- Délibérations	52
- Conditions de vote	52
- La constitution de groupes de travail.....	53
- Indemnité de vacation	53
- Carence	53
9.3. Cas particuliers	54
9.4. Modalités de calcul de la participation des caisses aux cotisations sociales dues au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.....	55
1. Calcul du montant de la participation sur les revenus conventionnés.....	55
2. Calcul du montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des infirmières.....	55

3.	Calcul du montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès.....	55
9.5.	Contrat incitatif infirmier : Option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales conventionnées en zones « très sous dotées. ».....	56
1.	Objet de l'option	56
2.	Champ de l'option.....	56
3.	Conditions générales d'adhésion	57
▪	Conditions alternatives liées à l'exercice de la professionnelle :	57
3.1.	Un exercice en groupe : une infirmière peut adhérer au contrat si elle exerce en groupe.	57
3.2.	Un exercice individuel d'une infirmière libérale conventionnée, recourant à une infirmière remplaçante, permettant d'assurer la continuité des soins.	57
▪	Conditions d'activité :	57
4.	Avantages conférés par l'adhésion à l'option.....	57
5.	Engagements de l'infirmière libérale.....	57
6.	Adhésion à l'option.....	58
6.1.	Modalités d'adhésion.....	58
6.2.	Durée de l'adhésion	58
6.3.	Suivi des engagements et effets de l'adhésion.....	58
6.4.	Rupture de l'option	58
9.6.	Modèle de formulaire d'adhésion à l'option destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales conventionnées en zone « très sous dotée »	60
9.7.	Modèle de fiche évaluative à l'option destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales conventionnées en zone « très sous dotée »	61
9.8.	Transmission des documents nécessaires au remboursement.	62
Article 1.	Principe de la télétransmission des feuilles de soins électroniques	62
Article 2.	Numérisation et télétransmission des ordonnances.....	62
2.1.	Principe de numérisation et de télétransmission des ordonnances.....	62
2.2.	De la pièce numérique.....	62
2.3.	De la numérisation des ordonnances	63
2.4.	Du délai de transmission des ordonnances	63
2.5.	Calendrier de mise en œuvre et suivi du dispositif de numérisation des ordonnances ...	63
2.6.	De la facturation des actes en série ou réalisés dans un cabinet de groupe	64
2.7.	Des cas d'échec de la transmission des ordonnances numérisées.....	64
2.7.1.	Des cas de dysfonctionnement.....	64
2.7.2.	De la non-réception des pièces numérisées.....	64
2.7.3.	De la vérification des pièces numérisées.....	64
2.8.	De la numérisation des feuilles de soins en mode « dégradé ».....	65
2.9.	De la valeur probante des ordonnances numérisées	65
2.10.	De la conservation des preuves et de la protection des données.....	66

PRÉAMBULE

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 dégagant 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.

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 Ier – VALORISATION DE L'ACTIVITÉ DES INFIRMIÈRES LIBÉRALES

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 termes 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.

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 antigrippale, 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 antigrippale 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 corrélérer 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 1er mars 2008.

TITRE II – ACCÈS ET QUALITÉ 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 garantisse l'accès à tous.

2.1. Préserver et améliorer l'accès aux soins infirmiers

Les parties signataires constatent qu'il existe des disparités régionales d'offre de soins infirmiers d'un facteur de 1 à 7 selon les départements et de 1 à 5 selon les régions. Elles affirment leur volonté de contribuer à la réduction progressive de ces disparités en mettant en œuvre des mesures structurantes sur la répartition de l'offre de soins.

La mise en place de mesures incitatives dans les zones « très sous dotées » et de mesures d'accès au conventionnement dans les zones « sur dotées » permet de contribuer à ce rééquilibrage.

Afin de tendre au rééquilibrage de l'offre de soins infirmiers entre les régions, les partenaires s'accordent pour poursuivre la large diffusion des constats réalisés par l'observatoire conventionnel en matière de répartition démographique des libéraux.

2.2. Mettre en œuvre des mesures de rééquilibrage de l'offre globale de soins infirmiers au sein de chaque région

2.2.1. Dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale

a) Principes généraux du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale

Compte tenu de ce préalable, les mesures suivantes sont arrêtées :

- Dans les zones « très sous dotées », les mesures d'incitation à l'installation et au maintien en exercice libéral sont reconduites, conformément aux dispositions prévues à l'article 2.2.2 ;
- Dans les zones « sur dotées », l'accès au conventionnement d'une infirmière ne peut intervenir que si une autre infirmière cesse son activité définitivement dans la zone considérée.
- Dans les autres zones, l'exercice libéral sous convention n'est soumis à aucune autre condition particulière que celles figurant à l'article 5.2.2. de la convention nationale.

Les présentes dispositions s'appliquent dans le cadre des dispositions prévues à l'article 5.2.2 de la convention nationale.

b) Mesures d'accompagnement du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale

Les parties signataires conviennent de renforcer l'offre de service destinée à informer les infirmières souhaitant s'installer en libéral sous convention sur la répartition démographique de la profession.

L'assurance maladie s'engage à accompagner la mise en œuvre du dispositif aussi bien auprès des professionnels de santé déjà installés que des professionnels ayant un projet d'installation.

Une campagne d'information ciblée se fera par le biais d'un courrier individualisé envoyé, une fois par an, aux professionnels éligibles au contrat dans les zones « très sous dotées ». L'assurance maladie mettra à leur disposition le contrat permettant l'adhésion au dispositif prévu à l'article 2.2.2.

Cette campagne d'information sera relayée par les délégués de l'assurance maladie.

Elle visera à expliquer les mesures ainsi que les différentes aides destinées à favoriser l'installation.

En outre, l'outil « c@rtosanté » permet d'aider les infirmières à établir une analyse de la zone où elles souhaitent s'installer en rendant disponible, en ligne, des données concernant l'offre de soins et la consommation de soins dans la circonscription.

Cet outil contribue à informer les infirmières souhaitant s'installer en libéral.

c) Conditions d'application du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale

Les parties signataires soulignent qu'elles ne s'engagent dans la régulation démographique que dans la mesure où les SSIAD sont soumis au même principe. Elles n'appliquent ainsi la régulation démographique dans les zones « sur dotées » que dans la mesure où il n'y est pas parallèlement créé, par un SSIAD, d'offre de soins alternative aux soins qu'elles délivrent.

Elles demandent conjointement aux ministres en charge de la santé, de la sécurité sociale, des solidarités et de la cohésion sociale de continuer à soumettre les SSIAD au même principe de régulation démographique.

Toutefois, convenant de la nécessité de pouvoir apprécier l'adéquation qualitative et quantitative de l'offre de soins avec les besoins de soins locaux, afin de permettre à la population de bénéficier d'une prise en charge de qualité, les parties signataires conviennent de la nécessité de pouvoir, de façon exceptionnelle et strictement objectivée, prendre en compte certains besoins spécifiques et bien définis.

Dans le cas où aurait lieu dans une zone « sur dotée » la création d'un SSIAD ou l'extension d'un SSIAD existant, se traduisant par l'ouverture effective ou l'autorisation de places de SSIAD, le dispositif de régulation prévu par le présent article ne s'appliquerait pas dans la zone concernée, sauf si cette création ou extension de SSIAD répond à un besoin que l'offre de soins existante n'est pas en mesure de prendre en charge. L'objectivation de besoins non couverts par l'offre en soins infirmiers existante s'apprécie notamment à partir des critères suivants :

- existence d'une population rencontrant des difficultés d'accès aux soins ;
- possibilité de coopération entre infirmières libérales et SSIAD ;
- prise en compte de la totalité de l'offre de services médico-sociaux incluant notamment les EHPAD et les USLD.

Dès qu'elle a connaissance d'un projet d'ouverture ou d'extension de SSIAD, la CPR examine l'existence d'un éventuel besoin que l'offre de soins existante n'est pas en mesure de prendre en charge.

L'existence ou l'absence de ce besoin est constatée par la CPR à la majorité de ses membres plus une voix.

d) Gestion du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale : dispositions spécifiques en cas de demande de conventionnement dans une zone « sur dotée »

L'infirmière adresse sa demande de conventionnement à la CPAM dans le ressort géographique de laquelle se situe le lieu d'installation envisagé, par courrier précisant : ses nom et prénom, son numéro d'identification, le lieu et les conditions exactes de l'installation projetée, notamment une attestation de l'infirmière dont elle reprend l'activité la désignant nommément comme son successeur.

Dans un délai maximal de 45 jours à compter de la réception du dossier complet, le directeur de la CPAM saisit la CPD pour avis de la demande de conventionnement et informe l'infirmière de cette saisine. Il transmet à la CPD la demande de conventionnement. Il prévient également la CPD de toutes modifications et extensions de SSIAD.

A compter de la réception du dossier, la CPD rend alors un avis dans un délai de 30 jours. Elle peut demander des compléments d'information et demander à entendre l'infirmière. L'infirmière peut également demander à être entendue.

A défaut d'avis rendu avant l'expiration de ce délai, celui-ci est réputé rendu.

Au regard des éléments du dossier et compte tenu des règles du dispositif de régulation de la démographie infirmière libérale, le directeur de la CPAM notifie à l'infirmière concernée sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement, lorsqu'elle est conforme à l'avis de la CPD, dans un délai de 15 jours suivant l'avis.

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

Cette décision ainsi que les différents avis rendus sont fondés sur des critères objectifs tenant compte notamment :

- de l'offre de soins compte tenu de la notification de la cessation définitive d'activité d'un infirmier ou d'une infirmière ;
- des conditions d'installation projetées (reprise d'un cabinet, intégration dans un cabinet de groupe) dans un objectif de continuité de la prise en charge de l'activité assurée par l'infirmier cessant son activité et d'intégration avec les autres professionnels dans la zone considérée.

La CPD est tenue informée de la décision du directeur de la CPAM sur la demande de conventionnement.

Quand le projet de décision du directeur de la CPAM est différent de l'avis rendu par la CPD, la CPN est saisie de ce projet sous 15 jours par la CPAM. L'infirmière et la CPD sont tenues informées de cette saisine.

Si, au regard des éléments du dossier et des règles du dispositif prévu par le présent article, la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de la CPAM, le secrétariat de la CPN le transmet au directeur de la CPAM dans un délai d'un mois à compter de la saisine.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de la CPAM, le secrétariat de la CPN sollicite, dans les 30 jours, le directeur général de l'UNCAM pour décision. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, dans les 15 jours, au directeur de la CPAM, la décision du directeur général de l'UNCAM, qui s'impose à lui, accompagnée de l'avis de la CPN.

Le directeur de la CPAM notifie alors à l'infirmière, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de 15 jours suivant la transmission de l'avis de la CPN et le cas échéant, de la décision du directeur général de l'UNCAM. Il en adresse une copie aux membres de la CPD.

La CPAM transmet trimestriellement au secrétariat de la CPN, à titre d'information, le nombre de départs, de conventionnements acceptés dans les zones « sur dotées » ainsi que le nombre de refus de conventionnements et leur motif.

e) Cas particuliers en cas de demande de conventionnement dans une zone « sur dotée »

Afin de prendre en compte certaines situations particulières liées à l'intégration d'infirmières remplaçantes dans l'offre de soins, les parties signataires conviennent d'ouvrir la possibilité aux infirmières remplaçantes qui ne remplissent pas complètement les conditions fixées au point b) de l'article 5.2.2 de la convention nationale de s'installer en libéral sous convention.

Cette disposition spécifique ne peut être accordée, à titre exceptionnel, que si les conditions suivantes sont réunies :

- Un infirmier ou une infirmière a cessé définitivement son activité dans la zone considérée ;
- L'infirmière a effectué des remplacements durant au moins 8 mois, de façon continue ou non, au sein d'un ou de plusieurs cabinet(s) situé(s) dans la zone considérée.

Dans ce cas, la demande de conventionnement est examinée dans les conditions définies au point d) de l'article 2.2.1.

Cette disposition de conventionnement est accordée pour une zone « sur dotée » déterminée.

Par ailleurs, pour tenir compte de certaines situations exceptionnelles liées à des spécificités d'exercice ou à des situations personnelles, les parties signataires conviennent d'ouvrir la possibilité aux infirmières qui ne remplissent pas les conditions fixées au d) de l'article 2.2.1 d'accéder au conventionnement.

Cette disposition spécifique ne peut être accordée, à titre exceptionnel, que dans les cas suivants, dûment attestés :

- changement d'adresse du cabinet professionnel de l'infirmier, sous réserve de deux conditions cumulatives : justifier d'une activité libérale conventionnée dans ce cabinet, durant 5 ans, et dans les deux ans précédant la demande, avoir réalisé plus de la moitié de cette activité auprès de patients résidant dans la zone « sur dotée » où il souhaite exercer ;
- situation médicale grave du conjoint, d'un enfant, ou d'un ascendant direct ;
- mutation de conjoint ;
- situation juridique personnelle entraînant un changement d'adresse professionnelle.

Dans ce cas, la demande de conventionnement est examinée dans les conditions définies au point d) de l'article 2.2.1.

2.2.2. Mesures destinées à favoriser le maintien et l'installation en zones « très sous dotées »

Les parties signataires souhaitent poursuivre la mise en œuvre de mesures incitatives dans les zones « très sous dotées » afin de valoriser l'organisation de l'offre de soins de premier recours et de favoriser une meilleure répartition des professionnels sur le territoire et la qualité du service rendu à la population.

Les parties estiment en effet nécessaire, par des mesures structurantes favorisant le regroupement et la continuité des soins, de privilégier l'implantation des infirmières libérales dans les zones « très sous dotées » et de favoriser le maintien de l'activité des infirmières qui y sont d'ores et déjà

installées. Elles souhaitent permettre à chaque infirmière de rompre son isolement, de limiter ses contraintes, de se former et ainsi de contribuer à la qualité des soins délivrés sur l'ensemble du territoire.

Les parties s'accordent sur le maintien d'une option conventionnelle appelée « contrat incitatif infirmier », créée sur la base notamment des dispositions figurant aux articles L. 162-12-2 8° et L. 162-14-1 4° du code de la sécurité sociale, conclue entre les professionnels de santé et l'assurance maladie et portant sur un soutien matériel à l'installation et des mesures d'accompagnement.

Cette option conventionnelle, à adhésion individuelle, est destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales en zone « très sous dotée », dans le cadre de laquelle est allouée une participation aux équipements et aux frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice professionnel ainsi qu'une participation adaptée des caisses aux cotisations sociales obligatoires. Les modalités de ce « contrat incitatif infirmier » sont définies aux annexes 9.5 à 9.7 de la présente convention.

Les contrats conclus à compter de l'entrée en vigueur du présent article, ne pourront l'être que dans des zones définies comme « très sous dotées » en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

2.3. Suivi, évaluation et adaptation des différentes mesures de nature à préserver et améliorer l'accès aux soins

Les parties signataires s'entendent pour poursuivre dans le cadre de l'observatoire conventionnel le suivi et l'évaluation au niveau national des mesures. L'observatoire s'attachera à examiner l'adéquation des mesures de régulation avec les difficultés d'accès aux soins objectivées.

Au regard des résultats régionaux et des éventuelles difficultés rencontrées dans l'application des mesures de rééquilibrage de l'offre infirmière libérale, les CPR peuvent proposer des adaptations.

Une évaluation de l'impact sur l'offre de soins infirmiers sera réalisée avant le 31 mars 2014.

En cas de nécessité, les parties signataires feront évoluer le dispositif.

2.4. 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 le dispositif de développement professionnel continu (DPC) pour les infirmières 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 III - 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 à domicile (SSIAD), d'hospitalisation à domicile (HAD), les établissements hébergeant des personnes âgées 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 IV - ÉVALUATION 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 antigrippale 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.

4.1. Missions de l'observatoire

L'observatoire est un outil conventionnel de suivi et d'analyse de l'évolution des dépenses, au regard, notamment, des engagements pris dans le cadre de la convention nationale.

Il a pour mission le suivi et l'évaluation des mesures conventionnelles innovantes dans leur aspect médico-économique, juridique ou financier.

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

Il évalue la portée du dispositif conventionnel de régulation démographique en termes d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des infirmières libérales exerçant dans les zones « très sous dotées ».

Il réalise des études sur l'offre globale de soins infirmiers, y compris sur l'offre de soins en centres de soins infirmiers, en HAD et en EHPAD. Pour la HAD, les critères d'inclusion en HAD pourront être plus spécifiquement analysés.

4.2. Composition de l'observatoire

L'observatoire est une instance nationale, émanation de la Commission paritaire nationale.

Il est composé pour moitié de représentants de l'UNCAM et de représentants des organisations syndicales signataires.

Membres de droit :

- huit représentants de l'UNCAM ;
- huit représentants des syndicats représentatifs signataires de la convention nationale.

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

Un nombre identique de suppléants est désigné selon la même répartition que les membres titulaires.

La présidence de l'observatoire est tenue pour un an, à tour de rôle, par un représentant des syndicats signataires de la convention nationale des infirmières libérales et par un représentant de l'UNCAM.

La vice-présidence est assurée par un représentant de l'autre section.

Membres consultatifs :

- un représentant du Conseil national de l'ordre infirmier ;
- un représentant du ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale.

4.3. Fonctionnement de l'observatoire

Le programme de travail de l'observatoire est défini par la Commission paritaire nationale des infirmières.

L'observatoire se réunit en tant que de besoin et au moins deux fois par an.

Il peut entendre des experts désignés par le président ou le vice-président.

Les représentants des syndicats infirmiers, membres de l'observatoire, ont droit à une indemnité forfaitaire, dans les conditions prévues par la convention nationale pour les représentants siégeant à la Commission paritaire nationale.

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

TITRE V - MODALITÉS 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 bénéficiaire 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.

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 3 200 heures équivalent temps plein en temps de travail effectif au cours des six années précédant la demande d'installation en libéral sous convention ;
- les infirmières justifiant d'une expérience professionnelle prévue à l'article 5.2.3 de la convention nationale et d'une expérience en qualité de remplaçante d'infirmière libérale conventionnée de vingt-quatre mois sous contrat de remplacement, 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, ou en tant que remplaçante d'une infirmière libérale conventionnée (dès lors qu'elle remplissait les conditions pour le faire).

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 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 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 3 200 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 tels que 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 3 200 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 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 3 200 heures) :

- dans une équipe de soins généraux au sein d'un établissement, d'une structure ou d'un groupement 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 (3 200 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'un programme de développement professionnel continu (DPC) dont le thème portera sur les conditions et obligations liées 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 5.2.3.

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 infradépartementales), 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 directeur général de l'agence régionale de santé de son domicile ;
- 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 2 400 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.

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

Durant la période effective de son remplacement, l'infirmière remplacée s'interdit toute activité dans le cadre conventionnel.

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'infirmière remplaçante 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 son expérience professionnelle à concurrence des dix-huit mois.

Les caisses s'engagent à identifier les infirmières remplaçantes dans les 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'infirmière 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 ou les cases suivantes : « 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 quinze jours en cas de feuille de soins papier et cinq 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 multipraticiens 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 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

Dans tous les cas, la transmission de la copie de l'ordonnance, conforme aux dispositions réglementaires et déontologique, est nécessaire pour la prise en charge des soins.

Les copies d'ordonnances sous forme papier sont accompagnées d'un bordereau récapitulatif des FSE, conforme au cahier des charges SESAM-Vitale.

L'infirmier s'engage à transmettre hebdomadairement au centre de paiement d'assurance maladie du régime général ou point d'accueil relevant de la caisse la plus proche de son cabinet professionnel les ordonnances papier afférentes aux assurés relevant du régime général, des sections locales mutualistes, de la caisse d'assurance maladie des industries électrique et gazière (CAMIEG), du régime agricole (MSA) et du régime social des indépendants (RSI).

Pour les ordonnances afférentes à des assurés relevant des autres régimes d'assurance maladie obligatoire, l'infirmier les adresse directement à la caisse d'affiliation des assurés.

Ces ordonnances papier accompagnées de leur bordereau doivent être classées en trois catégories matérialisées par des enveloppes distinctes.

Catégorie 1 : régime 01, toutes les CPAM, la CAMIEG, et les sections locales mutualistes : tous les bordereaux récapitulatifs des FSE doivent figurer dans la même enveloppe (un bordereau par CPAM ou par section locale mutualiste), les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau ;

Catégorie 2 : régime 02, MSA et GAMEX : tous les bordereaux doivent figurer dans la même enveloppe (un bordereau par caisse), les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau ;

Catégorie 3 : RSI (03 et suivants) : tous les bordereaux doivent figurer dans la même enveloppe en distinguant les assurés de chaque organisme conventionné, les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau.

A l'extérieur de chaque enveloppe, l'infirmier inscrit les informations suivantes : le numéro des lots, le nombre d'ordonnances par lot, le numéro de la semaine (1 à 52) et l'identification du laboratoire.

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 de la circonscription d'exercice du professionnel de santé dans les mêmes délais que ceux réglementairement prévus pour la transmission des feuilles de soins électroniques.

Si l'ordonnance est déjà transmise à la caisse de l'assuré avec une demande d'accord préalable ou si l'ordonnance a déjà été transmise à l'appui d'une feuille de soins antérieure, aucune copie n'est exigée par les caisses, sauf en cas d'ordonnance numérisée.

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 de 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 deux fois par an et (ou) à la demande d'une des parties en tant que de besoin.

5.3.5. Modernisation des relations avec l'assurance maladie

Les parties signataires souhaitent moderniser les relations entre les infirmiers et l'assurance maladie. Elles considèrent comme déterminantes les mesures ayant pour objet de simplifier la gestion administrative des échanges entre les professionnels de santé, l'assuré et l'assurance maladie.

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

Les parties s'engagent à participer au développement de l'information sur l'offre de soins en mettant à disposition des assurés un outil d'information, « Ameli direct », permettant de connaître l'offre de soins et les tarifs pratiqués par les professionnels.

Par ailleurs, les parties s'engagent à promouvoir l'utilisation des téléservices et des feuilles de soins électroniques.

L'assurance maladie souhaite également simplifier le cadre d'exercice des professionnels en développant de nouveaux services en ligne.

Consciente des difficultés générées par les obligations réglementaires concernant la transmission des pièces justificatives, l'assurance maladie favorisera la dématérialisation de ces pièces.

Elle propose aux infirmiers une dématérialisation des prescriptions, dans un premier temps, au moyen de la numérisation. A terme, la prescription sera dématérialisée à la source. Les parties s'engagent à travailler dès à présent sur ce projet.

Les parties signataires conviennent de la nécessité, dans l'attente de la mise en œuvre de la prescription électronique, de remplacer l'envoi du duplicata de l'ordonnance papier par l'envoi d'une ordonnance numérisée, télétransmise vers un serveur informatique dédié, dénommé point d'accueil inter-régimes. Elles reconnaissent cependant la nécessité de conserver des modalités de transmissions alternatives et ponctuelles du duplicata de l'ordonnance sur support papier. A ce titre, une expérimentation sera mise en œuvre, afin d'évaluer la pertinence du dispositif, et fera l'objet d'un bilan qui déterminera les conditions de généralisation. Les parties signataires conviennent de mettre en œuvre cette expérimentation selon les principes fixés dans un protocole d'accord.

Dans le cadre de la généralisation de cette solution SCOR, décidée après accord des parties au vu d'un bilan de l'expérimentation présentée en commission paritaire nationale, une aide financière annuelle forfaitaire de 90 euros par infirmière utilisatrice sera versée par l'assurance maladie.

Les parties signataires s'accordent sur le fait que le respect des obligations décrites à l'annexe 9.8 de la présente convention permet de reconnaître la même valeur juridique à l'ordonnance numérisée qu'au duplicata ou à la copie de l'ordonnance papier.

En outre, l'assurance maladie contribue à mettre à disposition des infirmiers différents services utiles à l'exercice de leur pratique professionnelle impliquant d'autres professionnels de santé, notamment pour faciliter le partage d'information dans le respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

La modernisation des échanges entre les caisses d'assurance maladie et les infirmiers relève du comité technique paritaire permanent, prévu à l'article 5.3.4 de la convention nationale.

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 générale de l'offre de soins (DGOS) ;
- 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'honoraires 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 VI - 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.

Cette participation est assise sur les revenus acquis au titre de l'activité libérale effectuée dans le cadre de la présente convention à l'exclusion des dépassements d'honoraires.

A compter des revenus perçus au titre de l'année 2013, l'assiette de participation des caisses d'assurance maladie est étendue aux revenus tirés d'activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des infirmières. La participation est conditionnée à l'absence de dépassement aux tarifs fixés par la convention, attesté par la production de documents fixant les règles de rémunération entre les infirmières et ces structures. Toutefois, ces règles de rémunération peuvent comprendre des modes de rémunération entre l'infirmière et la structure qui peuvent contenir une rémunération adaptée pour tenir compte de la situation spécifique de certains patients.

Cette participation correspond à 9,7 % de ces montants.

Les modalités de calcul de cette participation des caisses sont précisées à l'annexe 9.4 de la présente convention.

Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, la participation des caisses au financement de la cotisation annuelle obligatoire prévue à l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale et due par les infirmières libérales conventionnées est fixée aux deux tiers du montant de ladite cotisation, tel que fixé par le décret n° 2008-1044 du 10 octobre 2008 publié au Journal officiel du 11 octobre 2008.

La participation des caisses à la cotisation d'ajustement prévue à l'article L. 645-3 du code de la sécurité sociale, et due par les infirmières libérales au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, s'élève à 60 % du montant de ladite cotisation, tel que fixé par le décret susvisé.

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(e) 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 VII - 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

L'assurance maladie met à disposition des infirmiers, sur son site internet, la présente convention, ses annexes et avenants.

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 ;
- 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 (SNIL).

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.

Est membre de plein droit avec voix consultative un représentant du secteur libéral du Conseil national de l'ordre des infirmiers. Nul ne peut être membre de la commission à plus d'un titre.

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 :

- suit la mise en œuvre du dispositif de développement professionnel continu (DPC) pour les infirmières ;
- 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.

Est membre de plein droit avec voix consultative un représentant du secteur libéral du conseil régional de l'ordre des infirmiers. Nul ne peut être membre de la commission à plus d'un titre.

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 l'agence 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 ;
 - constater, au sein d'une zone "sur-dotée", une création ou une extension de places en SSIAD se traduisant par l'ouverture effective ou l'autorisation de places, rendant inapplicable le dispositif de régulation prévu à l'article 2.2.1 de la présente convention, conformément au c du même article. Elle informe la CPAM de rattachement de ses constatations, en précisant la zone concernée ;
 - examiner, dès qu'elle a connaissance d'un projet d'ouverture ou d'extension de SSIAD au sein d'une zone « sur-dotée », l'existence ou l'absence d'un besoin que l'offre de soins infirmiers existante n'est pas en mesure de prendre en charge.

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 (SNIL).

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 d'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-conseils ;
- 2 représentants pour le régime agricole ;
- 1 représentant pour le régime social des indépendants.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Est membre de plein droit avec voix consultative un représentant du secteur libéral du conseil départemental de l'ordre des infirmiers. Nul ne peut être membre de la commission à plus d'un titre.

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 ;
- examiner les demandes d'installation sous convention en zones « sur-dotées » conformément aux conditions et procédures définies aux points d et e de l'article 2.2.1 de la présente convention.

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 trois 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.

En l'absence de signature d'un des syndicats visés aux points a des articles 7.3.2 et 7.3.3 ou à défaut de représentants ou de représentation syndicale départementale ou régionale appartenant à une organisation professionnelle signataire, la totalité des sièges est attribuée aux représentants des autres organisations syndicales signataires représentées dans le département ou dans la région.

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, une caisse de la région 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 elle juge 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 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) ;
- le non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique à l'Assurance maladie, posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations,

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 de réception. L'avertissement doit comporter l'ensemble des faits qui sont reprochés au professionnel.

L'infirmière ou l'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique. Dans le cas de non-respect systématique de l'obligation de transmission

électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, l'infirmière ou l'infirmier dispose d'un délai de trois 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 communique 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 (1 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 3 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 ;
- suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux d'une durée de trois mois en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale. Dans le cas où ce manquement est de nouveau constaté après qu'une sanction, devenue définitive, a déjà été prononcée pour le même motif, cette sanction peut être portée à six mois de suspension de la participation de l'Assurance maladie aux avantages sociaux.

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 IX - ANNEXES

9.1. Tarifs des honoraires et frais accessoires

	Métropole	DOM et Mayotte
AMI	3,15	3,30
AIS	2,65	2,70
DI	10,00	10,00
IFD	2,50	2,50
IK plaine	0,35	0,35
IK montagne	0,50	0,50
IK pied-ski	3,40	3,66
Majorations de nuit :		
-De 20h à 23h et de 5h à 8h	9,15	9,15
-De 23h à 5h	18,30	18,30
Majoration de dimanche *	8,00	8,00
Majoration d'acte unique (MAU)	1,35	1,35
Majoration de coordination infirmière (MCI)	5,00	5,00

* La majoration de dimanche s'applique à compter du samedi à 8 heures pour les appels d'urgence

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 une caisse de la région pour ce qui concerne les instances régionales et par l'UNCAM en ce qui concerne les instances nationales. Le secrétariat assure toutes les tâches administratives de l'instance (convocations, relevés de décisions, constat de carence...).

- Délibérations

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

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

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

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 nécessaires.

- **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 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 cette carence conformément au point b de l'article 7.3.1 et à l'article 7.3.4 ;
- dysfonctionnement : non-tenu de réunion résultant de l'incapacité répétée (deux fois consécutives) des sections soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section ;
- absence répétée de quorum (deux fois consécutives) à des réunions ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre des sections, refus répété (deux fois consécutives), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour ;
- 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 correspondant à la prestation du ou des actes ;
- 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. Modalités de calcul de la participation des caisses aux cotisations sociales dues au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

La participation des caisses mentionnée au titre VI de la présente convention est calculée de la manière suivante :

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

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

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

2. Calcul du montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des infirmières

Le montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des infirmières correspond à l'ensemble des revenus tirés des activités rémunérées sur la base des tarifs opposables, dès lors que ces activités sont conformes aux conditions précisées au titre VI de la présente convention, multiplié par le taux de prise en charge.

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

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

9.5. Contrat incitatif infirmier : Option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales conventionnées en zones « très sous dotées. »

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

A cette fin, elles créent une option conventionnelle à adhésion individuelle intitulée « contrat incitatif infirmier », destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales en zone « très sous-dotée », dans le cadre de laquelle une participation aux équipements en lien direct avec l'exercice professionnel est allouée ainsi qu'une participation adaptée des caisses au titre des cotisations sociales obligatoires.

Par ailleurs, les parties signataires s'entendent pour favoriser et sensibiliser les infirmières libérales aux objectifs de santé publique et de prévention afin de promouvoir, outre un égal accès aux soins, une amélioration de la qualité du service rendu à la population.

1. Objet de l'option

Le « contrat incitatif infirmier » est une option conventionnelle, signée entre les caisses primaires d'assurance maladie et les infirmières libérales conventionnées, pendant une durée de trois ans, et destinée à favoriser l'installation et le maintien en zone « très sous-dotée ».

Cette option vise à inciter les infirmières libérales à :

- s'installer ou exercer en cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires. L'exercice regroupé favorise en effet les échanges professionnels, libère du temps pour la formation et la vie personnelle, tout en facilitant la continuité des soins ;
- recourir à des collaborations libérales et des remplacements dans les zones « très sous dotées », ce qui permet d'alléger la charge de travail et de s'absenter plus facilement, notamment dans le cadre du développement professionnel continu. En intégrant le statut de collaborateur libéral, les parties signataires souhaitent également faciliter l'installation des jeunes professionnels dans ces zones.

2. Champ de l'option

Cette option est proposée aux infirmières libérales conventionnées s'installant ou installées dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

3. Conditions générales d'adhésion

▪ Conditions alternatives liées à l'exercice de la professionnelle :

3.1. Un exercice en groupe : une infirmière peut adhérer au contrat si elle exerce en groupe.

L'exercice en groupe s'entend comme :

- le regroupement d'au moins deux infirmières libérales conventionnées dans les mêmes locaux, installées dans une zone « très sous-dotée » et liées entre elles par :
 - un contrat de collaboration libérale ;
 - un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ;
 - ou par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'ordre ;
- l'exercice dans un cabinet pluridisciplinaire, une maison de santé pluridisciplinaire ou une société interprofessionnelle de soins ambulatoires dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exerce dans les mêmes locaux.

3.2. Un exercice individuel d'une infirmière libérale conventionnée, recourant à une infirmière remplaçante, permettant d'assurer la continuité des soins.

▪ Conditions d'activité :

Pour bénéficier des avantages prévus au présent contrat, l'infirmière libérale doit justifier d'une activité libérale conventionnelle réalisée aux deux tiers auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée ».

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

Participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) dans la limite de 3 000 euros par an, versés à terme échu pendant trois ans.

Participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations dues au titre des allocations familiales en application de l'article L. 242-11 du code de la sécurité sociale. Cette participation des caisses est assise sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires acquis dans le cadre de la convention. Elle correspond à 5,40 % de ce montant.

5. Engagements de l'infirmière libérale

En contrepartie de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet et au financement majoré des cotisations sociales obligatoires, l'infirmière contractante s'engage à :

- en cas de prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques : suivi des patients, notamment diabétiques insulino-dépendants (remplissage du carnet de suivi du patient diabétique) ;

- réaliser la vaccination antigrippale de ses patients dans les conditions définies par l'assurance maladie dans le cadre de ses campagnes organisées ;
- utiliser les moyens de télétransmission pour au minimum 80 % de son activité ;
- informer la caisse, une fois par an, suivant la fiche figurant à l'annexe 9.7 de la présente convention ;
- réaliser deux tiers de l'activité auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée ».

6. Adhésion à l'option

6.1. Modalités d'adhésion

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

L'infirmière formalise, auprès de sa CPAM de rattachement, son adhésion suivant un modèle formalisé à l'annexe 9.6 de la présente convention .

Elle joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe tel que défini dans les conditions générales d'adhésion.

6.2. Durée de l'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat.

6.3. Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Au terme de chaque année civile, la caisse adresse à la professionnelle ayant adhéré à l'option une fiche en deux exemplaires destinée à l'évaluation du respect de ses engagements. Un modèle de cette fiche figure à l'annexe 9.7 de la présente convention. L'infirmière complète la partie qui la concerne et renvoie un exemplaire à sa caisse.

Elle joint, le cas échéant, les justificatifs relatifs à l'exécution de l'option.

Le versement des aides est conditionné au respect des conditions d'exécution du contrat.

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

6.4. Rupture de l'option

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

L'infirmière dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmière qu'elle ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet et au

financement majoré des cotisations sociales ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues.

L'infirmière peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Elle en informe la caisse par courrier. La décision de l'infirmière prend effet dès réception par la caisse du courrier.

9.6. Modèle de formulaire d'adhésion à l'option destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales conventionnées en zone « très sous dotée »

Acte d'adhésion à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales conventionnées en zone « très sous-dotée » (1)

Identification de l'infirmière :

Je, soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

.....

.....

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

Collaboration libérale

SCP

SEL

Autres contrats de société

Cabinet pluridisciplinaire, maison de santé ou société interprofessionnelle de soins ambulatoires

ou déclare recourir à des remplacements contractualisés garantissant la continuité des soins

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l'option conventionnelle appelée « contrat incitatif infirmier » telles qu'indiquées à l'annexe 9.5 de la présente convention ;

2° M'engager à en respecter les dispositions ;

3° Adhérer au « contrat incitatif infirmier » destiné à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales conventionnées en zone « très sous-dotée ».

Cachet de l'infirmière

Fait à

Le

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée (2)

Adhésion non enregistrée et motif du rejet (2) :

Cachet de la caisse

Date :

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

(2) Rayer les mentions inutiles.

9.7. Modèle de fiche évaluative à l'option destinée à favoriser l'installation et le maintien des infirmières libérales conventionnées en zone « très sous dotée »

Fiche récapitulative annuelle

Partie réservée à la CPAM (1)

Période considérée :

Identification de l'infirmière signataire du contrat :

Nom :

Prénom :

Numéro d'identification :

Date d'adhésion :

Taux annuel de télétransmission %

Nombre de vaccinations antigrippales réalisées :

Pourcentage d'activité réalisée dans la zone « très sous-dotée » : %

Cachet de la caisse :

Date :

Partie à remplir par l'infirmière (2)

Je soussigné (e) :

Nom :

Prénom :

Déclare que les informations suivantes sont exactes :

Montant des investissements réalisés :

Outils informatiques :

Connexion haut débit : OUI NON

Précisez les investissements dans ce domaine (achat de matériel ou service, connexion haut débit...) :

Sur l'année :

Nombre de jours de remplacement contractualisés :

Participation à des réseaux de soins :

Autres éléments utiles pour apprécier le respect des engagements contractés :

Cachet de l'infirmière

Fait à

Le

(1) Document à remplir par la CPAM, en double exemplaire, et à envoyer à l'infirmière.

(2) Document complété par l'infirmière. Un exemplaire est conservé par l'infirmière, le deuxième est à renvoyer à la CPAM.

9.8. Transmission des documents nécessaires au remboursement.

Article 1. Principe de la télétransmission des feuilles de soins électroniques

La facturation à l'assurance maladie s'effectue, par principe, en FSE, dans les conditions des textes réglementaires et des dispositions de la présente convention ainsi que du cahier des charges des spécifications externes des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM Vitale.

Les infirmiers s'engagent à passer dans la version qui constitue le socle technique de référence.

Article 2. Numérisation et télétransmission des ordonnances

2.1. Principe de numérisation et de télétransmission des ordonnances

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

A cette fin, les parties signataires conviennent d'organiser un dispositif de scannérisation des ordonnances comprenant la numérisation des ordonnances originales exécutées et leur transfert vers les organismes d'assurance maladie.

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

En vue de la télétransmission des ordonnances numérisées, l'infirmier s'engage à s'équiper d'un logiciel agréé par le CNDA. Il s'engage à télétransmettre les pièces justificatives numérisées vers le point d'accueil interrégimes, dès lors que les moyens techniques mis à sa disposition le lui permettent.

En cas d'absence de transmission dématérialisée en raison de l'échec de la transmission électronique de l'ordonnance numérisée ou en cas d'absence d'équipement adapté, l'infirmier transmet les ordonnances sur support papier.

L'infirmier s'engage à transmettre la pièce justificative selon un seul et même mode de transmission, hormis les cas de dysfonctionnement de la numérisation. Il s'interdit ainsi, pour une même pièce justificative, de la transmettre simultanément selon plusieurs modes de transmission.

2.2. De la pièce numérique

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

L'ordonnance ainsi numérisée et transmise à la caisse primaire est désignée ci-après « la pièce numérique ».

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

Dès lors que le processus d'envoi et de réception de la pièce numérique est réalisé selon les principes définis à l'article 2.1 de la présente annexe, l'infirmier se trouve dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge le duplicata ou la copie de l'ordonnance originale sur support papier.

L'infirmier est responsable de l'établissement de la pièce numérique, de sa fidélité à la pièce justificative papier.

La modification du support de la pièce justificative n'a pas pour effet de modifier les conditions de mise en œuvre de la responsabilité de l'infirmier et de l'assurance maladie concernant les pièces justificatives, telles qu'elles résultent des textes en vigueur.

L'infirmier s'engage à transmettre une pièce justificative conforme, c'est-à-dire d'une qualité de numérisation permettant l'atteinte d'un taux d'exploitabilité des pièces numériques de 99 %. La liste des anomalies rendant inexploitable les pièces numériques est fixée à l'article 2.7.3 de la présente annexe.

La résolution de l'image constituant la pièce numérique doit être a minima de 200 DPI pour assurer une qualité d'image suffisante.

Le format de l'image constituant la pièce numérique de type pdf doit être a minima A5 et doit être visualisable sur un écran de taille référence 800X 600 ou 1024 dans l'avenir.

2.3. De la numérisation des ordonnances

L'infirmier s'engage à numériser les pièces justificatives par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité de la pièce numérique à la pièce justificative sur support papier, et ce dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges publié par le GIE SESAM Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

L'infirmier s'engage à effectuer l'opération de numérisation de la pièce justificative au moment où il établit la FSE correspondante.

2.4. Du délai de transmission des ordonnances

L'infirmier s'engage à procéder à la télétransmission des ordonnances numérisées dès réception de l'accusé réception logique (ARL) positif faisant suite à la transmission du lot de FSE.

2.5. Calendrier de mise en œuvre et suivi du dispositif de numérisation des ordonnances

Les parties signataires s'accordent, dans ce cadre, pour mettre en œuvre, selon des modalités définies en CPN, ce nouveau mode de transmission des pièces justificatives dès le premier trimestre 2012.

Un suivi régulier de la mise en œuvre de ce dispositif de transmission des pièces justificatives numérisées sera présenté en CPN.

2.6. De la facturation des actes en série ou réalisés dans un cabinet de groupe

Les parties signataires conviennent qu'en cas de transmission d'une feuille de soins électronique correspondant à la facturation d'un acte en série ou d'un acte réalisé dans un cabinet de groupe la transmission de l'ordonnance numérique ou des informations nécessaires à l'identification de l'ordonnance initiale est requise selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges en vigueur publié par le GIE SESAM Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

2.7. Des cas d'échec de la transmission des ordonnances numérisées

2.7.1. Des cas de dysfonctionnement

En cas d'impossibilité technique de numériser l'ordonnance, l'infirmier met tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de cinq jours à compter de la première tentative de numérisation. En cas de nouvel échec à l'issue du délai imparti, l'infirmier transmet l'ordonnance sous format papier (duplicata ou copie papier).

En cas d'impossibilité technique de télétransmission ou d'absence de réception de l'accusé réception, lié à un échec de la télétransmission de l'ordonnance, l'infirmier met tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de cinq jours à compter de la première tentative de télétransmission.

En cas de nouvel échec à l'issue du délai imparti, l'infirmier transmet l'ordonnance sous format papier (duplicata ou copie papier).

2.7.2. De la non-réception des pièces numérisées

A défaut de réception des pièces numérisées, l'organisme de prise en charge prend contact avec l'infirmier par tout moyen, afin de déterminer la cause de cette absence de réception.

L'infirmier transmet à nouveau les pièces numériques qu'il a conservées, dans les conditions définies à l'article 2.7.1 de la présente annexe.

2.7.3. De la vérification des pièces numérisées

La liste des anomalies rendant inexploitable les images numérisées est la suivante :

- image numérisée toute blanche ;
- image numérisée toute noire ;
- problème de contraste rendant l'image numérisée illisible ;
- ordonnance tronquée : une seule page numérisée pour une ordonnance de plusieurs pages ; décalage à la numérisation droite/gauche, bas/haut.

Il est entendu que ces anomalies potentielles sont inhérentes au processus de numérisation et par conséquent inexistantes dans le processus papier.

Par ailleurs, ne doivent pas être entendues comme motifs d'inexploitabilité les anomalies suivantes :

- date de soins erronée ou absente sur la feuille de soins ;
- falsification par le prescripteur ou l'assuré ;
- prescription médicale imprécise ou sans posologie ou sans durée ;
- rajout, surcharge ou rature de la prescription médicale ;
- utilisation de prescription type pré-signée ;
- identification absente ;
- duplicata, feuille de soins ou volet de facturation absent ;
- prescription médicale absente.

Une période de vérification initiale des pièces numérisées est mise en place par l'organisme de prise en charge pendant un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception des premières pièces justificatives numérisées. Pendant cette période, l'organisme de prise en charge signalera à l'infirmier les éventuelles anomalies constatées et l'aidera à procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Ultérieurement, si l'organisme de prise en charge observe une dégradation de la qualité de la numérisation des pièces justificatives, il se réserve la possibilité de renouveler ce contrôle sur une période maximum de quatre-vingt-dix jours. Dans ce cadre, il en avise l'infirmier dans un délai minimum de sept jours avant la mise en place du contrôle.

L'infirmier s'engage à trouver des solutions techniques permettant de procéder au contrôle de la qualité des images numérisées en amont de leur transmission aux organismes de prise en charge.

2.8. De la numérisation des feuilles de soins en mode « dégradé »

En cas de transmission des feuilles de soins électroniques en mode « dégradé » l'infirmière numérise la feuille de soins selon les modalités techniques mentionnées par le cahier des charges GIE SESAM Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Elle s'engage à ne pas transmettre simultanément à sa caisse la feuille de soins numérisée sur support papier.

2.9. De la valeur probante des ordonnances numérisées

Les parties signataires conviennent que la pièce numérique transmise par l'infirmier dans les conditions mentionnées à l'article 2 de la présente annexe a la même valeur juridique et comptable que la pièce justificative sur support papier.

La copie numérique de l'ordonnance originale a la même valeur que lorsque l'apposition de la signature et des mentions obligatoires est réalisée sur le support papier.

L'inscription, par l'infirmier, de son identifiant sur l'ordonnance vaut signature au sens de l'article R. 161-45 du code de la sécurité sociale.

2.10. De la conservation des preuves et de la protection des données

L'infirmier conserve les pièces numériques sur le support de son choix et dans les conditions permettant de les copier et les imprimer si nécessaire, et ce pendant quatre-vingt-dix (90) jours à compter du jour de la télétransmission à la caisse primaire.

En outre, durant les périodes de vérifications des pièces numérisées prévues à l'article 2.7.3 de la présente annexe, l'infirmier conserve également, sous forme papier, les copies d'ordonnances.

L'organisme de prise en charge conserve les pièces numériques pendant la durée légale de conservation des pièces justificatives, conformément à la réglementation en vigueur.

L'organisme de prise en charge et l'infirmier s'assurent respectivement que les pièces numériques qu'ils ont archivées ne sont accessibles qu'aux seuls utilisateurs habilités.

Les mesures de conservation ci-dessus décrites ne se substituent pas et ne sauraient éluder les autres obligations de droit commun qui pèsent habituellement sur l'infirmier ou sur les organismes de prise en charge au regard des textes qui leur sont applicables en matière de conservation d'éléments de preuve pour d'autres finalités.

L'infirmier et l'organisme de prise en charge s'engagent à respecter les obligations imposées par la législation sur la protection des données à caractère personnel, notamment celles relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à celles relatives à l'accès aux documents administratifs et à celles relatives aux archives.