

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 25 novembre 2011 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux

NOR : ETSS1131254A

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-14-1,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvé l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux annexé au présent arrêté et conclu le 28 septembre 2011 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, Convergence infirmière, la Fédération nationale des infirmiers, l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux et le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux.

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

Fait le 25 novembre 2011.

*Le ministre du travail,
de l'emploi et de la santé,*
XAVIER BERTRAND

*La ministre du budget, des comptes publics
et de la réforme de l'Etat,
porte-parole du Gouvernement,*
VALÉRIE PÉCRESSE

A V E N A N T N° 3

À LA CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES INFIRMIÈRES ET L'UNION NATIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par M. Van Rookeghem,

Et :

Convergence infirmière, représentée par M. Affergan (président),

La Fédération nationale des infirmiers, représentée par M. Tisserand (président),

L'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux, représentée par M. Elvira (président),

Le Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux, représenté par Mme Touba (présidente),

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 161-35, L. 162-14-1 et L. 162-12-2 ;

Vu l'article 128-IV de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu l'article 4 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007 publiée au *Journal officiel* du 25 juillet 2007, ses avenants et ses annexes,

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

L'UNCAM et l'ensemble des syndicats représentatifs de la profession des infirmières libérales ont conclu, le 4 septembre 2008, un avenant n° 1 à la convention nationale infirmière portant notamment sur les principes et les modalités de mise en œuvre de la régulation démographique de l'offre globale de soins infirmiers pour une période expérimentale de deux ans.

Les partenaires conventionnels se sont réunis régulièrement sur ce thème depuis lors. Constatant que l'application des mesures de régulation démographique prévues par l'avenant n° 1 a permis des avancées sur la répartition démographique de l'offre de soins infirmiers, et afin de renforcer l'amélioration de la répartition de l'offre de soins sur le territoire, les parties signataires souhaitent pérenniser le dispositif expérimental prévu par l'avenant n° 1 qui favorise l'installation et le maintien dans les zones « très sous-dotées » et régule le conventionnement dans les zones « sur-dotées ».

Par ailleurs, au regard du bilan de l'application des mesures de l'avenant n° 1, les partenaires conventionnels veulent adapter ces mesures dans le cadre d'un avenant conventionnel n° 3 pour prendre en compte certains cas particuliers.

Cet avenant prévoit également des mesures portant sur :

- la valorisation des compétences infirmières au regard des nouveaux enjeux de santé publique en favorisant notamment les programmes d'accompagnement des patients, les actions de prévention ainsi que le développement de nouveaux modes de prise en charge des patients ;
- la modernisation des relations avec l'assurance maladie au travers de l'accompagnement à la mise en œuvre d'une offre de service dédiée et personnalisée auprès des professionnels de santé et de la simplification du cadre d'exercice des professionnels en développant de nouveaux services en ligne ;
- la valorisation de la profession infirmière, notamment au travers de l'évolution des modes de rémunération des infirmières et en tenant compte de l'évolution des pratiques et des techniques utilisées.

Article 1^{er}

Amélioration de l'accès aux soins

Les parties signataires confirment leur souhait de poursuivre leurs efforts en matière de régulation démographique afin de maintenir et améliorer la dynamique engendrée par l'avenant n° 1 visant au rééquilibrage de l'offre de soins infirmiers sur le territoire tout en garantissant une réponse adaptée aux besoins de soins de la population.

Elles constatent que le premier bilan de l'impact des mesures conventionnelles portant sur l'amélioration de la répartition démographique de la profession infirmière a montré leur efficacité. La mise en place de mesures incitatives dans les zones « très sous-dotées » et d'une régulation de l'accès au conventionnement dans les zones « sur-dotées » a permis de favoriser un rééquilibrage de la répartition des infirmières sur le territoire.

Toutefois, les parties considèrent que l'adaptation du dispositif et sa continuité dans le temps sont indispensables pour obtenir des effets sensibles à moyen terme.

Par conséquent, pour apporter une solution efficace aux disparités démographiques actuelles, les parties signataires conviennent qu'il y a lieu de proroger, d'adapter et d'étendre le dispositif de régulation conventionnel prévu par l'avenant n° 1.

Les parties signataires insistent sur la nécessité de régulation de l'offre globale de soins infirmiers, afin de favoriser la cohérence entre l'offre sanitaire et l'offre médico-sociale.

Ainsi, elles réaffirment en premier lieu, leur volonté de continuer à soumettre au même principe de régulation démographique les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Elles demandent également que le développement des centres de soins infirmiers (CSI) tienne compte de la régulation de l'offre de soins infirmiers.

Par ailleurs, conscients que l'offre d'hospitalisation à domicile (HAD) représente une offre de soins infirmiers importante, les partenaires conventionnels s'engagent à mener auprès des institutions ou structures en charge de leur développement les actions indispensables à la cohérence de ce développement avec le dispositif de régulation des infirmières libérales.

Le présent article est applicable après publication, dans la région, des zones arrêtées conformément à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, pour la mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des infirmiers libéraux et sous réserve de l'inscription des majorations prévues à l'article 3.4 et de l'entrée en vigueur de l'article 5 du présent avenant. Il remplace, à compter de son entrée en vigueur, l'article 1^{er} et les annexes 2 à 4 de l'avenant n° 1 à la convention nationale infirmière.

Conformément aux dispositions prévues à l'article 128-IV de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les décisions de zonages arrêtées antérieurement par les missions régionales de santé sur la base de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale demeurent en vigueur dans chaque région jusqu'à l'entrée en vigueur du premier zonage élaboré sur la base de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

1.1. Rééquilibrer l'offre de soins infirmiers entre les régions

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 par le présent avenant 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.

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

1.2.1. 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 1.2.2 du présent avenant ;
- 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 1.2.2.

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

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

Par ailleurs, afin de faire fonctionner le dispositif de régulation en zone « sur-dotée », elle s'engage également à mettre à disposition des infirmiers, sur son site internet, une liste, actualisée régulièrement, des zones où un départ a été notifié.

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 quarante-cinq 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 trente 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 quinze jours suivant l'avis.

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

Cette décision ainsi que les différents avis rendus sont fondés sur des critères objectifs tenant compte 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 quinze 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 trente jours, le directeur général de l'UNCAM pour décision. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, dans les quinze jours, au directeur de la CPAM, la décision du directeur général de l'UNCAM, 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 quinze 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 huit 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 1.2.1 du présent avenant.

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 1.2.1 du présent avenant 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 cinq 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 1.2.1 du présent avenant.

1.2.2. 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 1 à 3 du présent avenant.

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.

De manière transitoire, les « contrats santé solidarité » prévus par l'article 1^{er} de l'avenant n° 1, qui auraient été signés avant l'entrée en vigueur du présent article seront honorés jusqu'à leur terme, c'est-à-dire trois ans postérieurement à leur signature, dans les conditions prévues par l'avenant n° 1. Un contrat signé dans le cadre de l'avenant n° 1 ne peut se cumuler avec un contrat prévu au présent article.

1.3. 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 figurant au présent avenant. L'observatoire s'attachera à examiner l'adaptation 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 du présent avenant sur l'offre de soins infirmiers sera réalisée avant le 31 mars 2014.

En cas de nécessité, les parties signataires feront évoluer le dispositif instauré par le présent avenant.

Article 2

Faire évoluer les conditions d'installation des infirmières remplaçantes souhaitant exercer en libéral sous convention

Les parties signataires sont conscientes que les conditions actuelles d'installation des infirmières remplaçantes ne mettent pas en valeur l'expérience professionnelle qu'elles ont acquise.

Elles s'entendent sur la valorisation de l'expérience acquise en tant que remplaçante en facilitant leur installation en libéral sous convention.

Elles s'accordent donc pour modifier les deux premiers alinéa du *b* Règle générale de l'article 5.2.2 de la convention nationale des infirmiers comme suit :

« 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). »

Article 3

Valorisation de l'activité infirmière libérale

Les parties signataires œuvrent à une meilleure reconnaissance du métier d'infirmière libérale dans la pleine expression de ses compétences telles qu'elles sont définies dans le code de la santé publique notamment en matière d'accompagnement, de prévention, d'éducation à la santé et de prise en charge des patients.

Les parties signataires estiment que cette reconnaissance permettra 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.

Au regard des perspectives démographiques des professions de santé, 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 favoriser la fonction de « coordinateur à proximité immédiate de la personne et des aidants » de l'infirmier libéral en lien avec les médecins libéraux.

La mise en œuvre des mesures prévues au présent article est conditionnée par des modifications préalables de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

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

Les parties signataires s'engagent à inciter les infirmières à participer à de nouvelles actions de prévention en développant progressivement d'autres dispositifs de prévention ou d'éducation à la santé afin de reconnaître l'implication et la compétence de la profession dans ce domaine.

Les parties conviennent de la nécessité d'adapter la liste des actes et prestations en vue de favoriser l'accompagnement des patients diabétiques insulino-dépendants au moment de l'initiation du traitement.

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

Les parties signataires sont conscientes du rôle central joué par les infirmières dans la prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique conduisant ainsi à prévenir voire retarder les complications, à réduire le risque de iatrogénie notamment médicamenteuse et ainsi contribuer à éviter le recours à l'hospitalisation.

Elles s'engagent donc à soutenir la participation des infirmières dans les programmes visant à accompagner des personnes souffrant de pathologies chroniques, notamment du diabète et des pathologies cardiovasculaires afin d'améliorer l'efficacité de la prise en charge de ces patients.

Elles s'accordent également sur la mise en place de mesures incitatives permettant à la profession de participer à ces programmes.

3.3. L'intervention des infirmières dans les nouveaux modes de prise en charge des patients

Les parties signataires constatent que le développement de nouveaux modes de prise en charge des patients est devenu une nécessité du fait de l'évolution de l'organisation des soins ambulatoires et des besoins des patients.

Elles sont conscientes de la nécessité d'améliorer la qualité de prise en charge des patients par la mobilisation des compétences infirmières dans un suivi adapté à domicile, une meilleure coordination des acteurs et des prises en charge autour du patient.

Elles s'accordent pour mettre en place des dispositifs, en coordination avec les différents acteurs concernés aussi bien dans le secteur ambulatoire qu'hospitalier ou médico-social, favorisant et améliorant le maintien ou le retour à domicile des patients, en particulier pour les sorties d'hospitalisation. Ces dispositifs portent notamment sur :

- les sorties d'hospitalisations sur les pathologies programmées, par exemple l'orthopédie, voire non programmées : les personnes âgées seront particulièrement bénéficiaires de cet accompagnement renforcé en sortie d'hospitalisation, notamment après une prothèse de hanche, afin de veiller à préserver leur autonomie ;
- l'accompagnement et le suivi à domicile des insuffisants cardiaques pour éviter les hospitalisations.

Par ailleurs, elles s'accordent également pour améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies lourdes, notamment nécessitant :

- des soins palliatifs ;
- des pansements complexes ;
- le suivi ou la réalisation de chimiothérapies à domicile ;
- des soins à des patients atteints de certaines pathologies neurologiques dégénératives (sclérose en plaque, maladie de Parkinson, maladie de Charcot, Huntington).

En outre, elles conviennent de la nécessité de simplifier la description des perfusions inscrites au sein de la liste des actes et prestations citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale en raison de l'évolution des prises en charge, notamment des patients en fin de vie, des antibiothérapies à domicile pour limiter les infections nosocomiales, des patients en nutrition parentérale.

Les parties signataires s'accordent pour mettre en place un groupe de travail chargé d'examiner les conditions de prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques.

3.4. Valorisation de l'activité

Les parties signataires conviennent d'étudier les conditions de mise en place d'une valorisation de certains actes isolés.

Afin de valoriser les actes réalisés de façon unique à l'occasion d'une séance de soins au cabinet de l'infirmier ou au domicile du patient, cotés AMI 1 ou AMI 1.5, notamment les injections intramusculaires et sous-cutanées, les prélèvements par ponction intraveineuse, les parties signataires souhaitent créer une majoration appelée MAU, d'une valeur de 1,35 €. Cette mesure ne pourra s'appliquer que sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Elles constatent par ailleurs que des activités qui relèvent de soins hospitaliers sont désormais réalisées à domicile pour certains patients dans des conditions de sécurité maîtrisées, notamment pour les pansements complexes ou les soins palliatifs.

De plus, les parties signataires souhaitent reconnaître le rôle prépondérant de l'infirmière dans la prise en charge à domicile de ces patients, et proposent de créer une majoration spécifique, appelée MCI, d'une valeur de 5 € par passage de l'infirmière pour la prise en charge des patients en soins palliatifs et des patients nécessitant des pansements complexes pour les soins les plus lourds, notamment les escarres et les plaies chroniques.

Cette majoration visera à valoriser le rôle dévolu à l'infirmière en matière de coordination, de continuité, et l'environnement des soins.

Les parties signataires entendent améliorer l'organisation du maintien à domicile des personnes dépendantes en favorisant la coordination entre le médecin traitant et l'infirmière.

Au regard des résultats obtenus par la démarche de soins infirmiers, les parties signataires entendent remplacer ce dispositif. Afin de garantir l'efficacité de l'intervention de l'infirmière libérale auprès des personnes dépendantes, elles s'engagent à définir un nouveau dispositif par un avenant conventionnel avant le 31 décembre 2012.

Elles s'accordent pour que le nouveau dispositif créé permette la dématérialisation des documents supports et des circuits de transmission entre les acteurs du dispositif.

Article 4

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, par le présent avenant, et 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 papier soit sur support CD-ROM, soit, en dernier recours, 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 s'accordent sur le fait que le respect des obligations décrites à l'annexe 4 du présent avenant 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.

Article 5

Frais de déplacement

Compte tenu de l'engagement effectif de la profession dans des mesures structurantes sur la répartition de l'offre de soins infirmiers, et afin de mieux rémunérer les contraintes liées à l'activité des infirmières libérales, les parties signataires décident de revaloriser le tarif de l'indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) en la portant à 2,50 €.

Fait à Paris, le 28 septembre 2011.

Pour l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie :
Le directeur général,
F. VAN ROEKEGHEM

Le président
de Convergence infirmière,
M. AFFERGAN

Le président
de la Fédération nationale
des infirmiers,
P. TISSERAND

Le président
de l'Organisation nationale
des syndicats d'infirmiers libéraux,
J.-M. ELVIRA

La présidente
du Syndicat national
des infirmières et infirmiers libéraux,
A. TOUBA

ANNEXES

ANNEXE 1

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 :

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.

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 insulinodépendants (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 3 du présent avenant ;
- réaliser deux tiers de l'activité auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée ».

6. Adhésion à l'option

6.1.1. 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 2 du présent avenant.

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

6.1.2. 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.

6.1.3. 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 3 du présent avenant. 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.

6.1.4. 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.

ANNEXE 2

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 1 du présent avenant ;

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.

ANNEXE 3

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.

A N N E X E 4

TRANSMISSION DES DOCUMENTS
NÉCESSAIRES AU REMBOURSEMENTArticle 1^{er}*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 (c'est-à-dire à la date de signature du présent avenant : la version 1.40) avant le 31 décembre 2012.

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, l'ordonnance est transmise sur CD-ROM ou, à défaut, sur support papier. 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 98 %. 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 reproduit l'ordonnance sur CD-ROM dans les conditions définies à l'article 2.8 de la présente annexe.

Dans l'hypothèse où des contraintes techniques ne permettent pas à l'infirmier de reproduire l'image numérisée sur le CD-ROM, il procède dans les mêmes conditions que celles visées au premier alinéa.

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 soixante 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 soixante 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. Du CD-ROM

Dans l'attente de la montée en charge de la télétransmission et en cas de dysfonctionnement de ce service, l'infirmier procède à la transmission des pièces justificatives numérisées en les reproduisant sur un CD-ROM, non réinscriptible, unique pour l'ensemble des régimes dont l'intégrité ne peut être altérée selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges en vigueur publié par le GIE Sesam Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

L'infirmier transmet le CD-ROM réalisé à sa caisse de rattachement.

2.8.1. Le contenu du CD-ROM

Chaque CD-ROM doit contenir :

- un répertoire par régime ;
- un sous-répertoire par CPAM ou organisme, identifié par son code, et dans chaque sous-répertoire :
 - les pièces numériques, dans un seul et même fichier comportant une seule image par pièce numérique ;
 - les bordereaux récapitulatifs des FSE regroupées par lot.

Les images sont classées sur le CD-ROM en répertoires correspondant aux lots de facturation. Chaque répertoire contient un ou plusieurs lots.

Le nom du répertoire permet d'identifier le ou les lots de facturation.

L'infirmier s'engage à identifier lisiblement le CD-ROM en indiquant :

- son nom et son numéro d'identification ;
- la période de facturation.

2.8.2. La périodicité d'envoi des CD-ROM

L'infirmier s'engage à établir un CD-ROM pour l'ensemble des régimes selon une périodicité de quinze (15) jours.

Les CD-ROM concernant l'ensemble des régimes sont adressés par l'infirmier à l'adresse indiquée par la caisse primaire de sa circonscription au plus tard la semaine suivant l'expiration de la période de quinze jours de traitement considéré.

Chaque CD-ROM contient l'ensemble des pièces numériques correspondant à la période de facturation mentionnée sur le CD-ROM.

2.8.3. Non-réception du CD-ROM

A défaut de réception des CD-ROM, la caisse primaire s'engage à prendre contact avec l'infirmier par tout moyen, afin de déterminer la cause de cette absence de réception.

L'infirmier transmet à nouveau sur le support de son choix, CD-ROM ou papier, les pièces numériques qu'il a conservées dans les conditions définies au 2.10 de la présente annexe. Au-delà du délai de conservation des pièces numériques par l'infirmier prévu au même article, la commission paritaire nationale envisage les conditions dans lesquelles la copie ou les copies des ordonnances non transmises peuvent être reconstituées.

En cas d'incident ne permettant pas le recours aux pièces numériques, l'infirmier en informe dès que possible par tout moyen la caisse et transmet les duplicata ou les copies d'ordonnance sous forme 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 ou de la transmission du CD-ROM 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.

Article 3

Tri et transmission des ordonnances en cas de transmission papier

En cas d'absence de télétransmission des ordonnances numérisées, en raison du non-équipement du professionnel ou de dysfonctionnement rencontré dans la transmission de l'ordonnance numérisée, la transmission des ordonnances est réalisée sur support papier.

En cas de transmission d'ordonnance sur support papier, l'infirmier procède au tri des ordonnances dans les conditions prévues au présent article.

Le paragraphe 2 du e de l'article 5.3.1 de la convention nationale infirmière est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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. »