

CIRCULAIRE

CIR-20/2018

Document consultable dans Médi@m

Date :

26/09/2018

Domaine(s) :

dossier client prof. de santé

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Présentation de l'avenant 4 à la convention nationale des sages-femmes

Liens :

Plan de classement :

P04

Emetteurs :

DDGOS

Pièces jointes : 6

à Mesdames et Messieurs les

☒ Directeurs	☒ CPAM	☒ CARSAT	☒ Cnam
☒ Agents Comptables	☒ UGECAM	☒ CGSS	☒ CTI
☒ DCGDR			
☒ Médecins Conseils	☒ Régionaux	☒ Chef de service	

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

La circulaire a pour objet de présenter les dispositions de l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes signé le 29 mai 2018 et publié au journal officiel le 10 Août 2018, ainsi que les modalités de mise en œuvre de ces dispositions.

Mots clés :

Avenant 4 ; sage-femme ; démographie ; CPR

Le Directeur Général



Nicolas REVEL

CIRCULAIRE : 20/2018

Date : 26/09/2018

Objet : Présentation de l'avenant 4 à la convention nationale des sages-femmes

Affaire suivie par :

Département des professions de santé (DDGOS/DOS/DPROF) : ddgos.dos.dprof.cnam@assurance-maladie.fr

Département des actes et des prestations (DDGOS/DOS/DACT) : dact.ddgosdos.cnam@assurance-maladie.fr

Département de la coordination et de l'efficiency des soins (DDGOS/DAS/DCES) : marianne.simon-yeou@assurance-maladie.fr

SOMMAIRE DE LA CIRCULAIRE

1. Préambule
2. Conforter l'accès aux soins (Titre I de l'avenant n°4)
 - 2.1. Un zonage démographique rénové
 - 2.2. Un nouveau dispositif démographique
 - 2.2.1. La création de nouveaux contrats incitatifs
 - 2.2.2. Une procédure de conventionnement en zone sur-dotée simplifiée
 - 2.2.2.1. Principe du « 1 pour 1 » maintenu
 - 2.2.2.2. Cas de la sage-femme échographiste
 - 2.2.2.3. Gestion des demandes de conventionnement hors CPR
 - 2.2.2.4. Gestion des demandes de conventionnement en CPR
3. Prévention, coordination et valorisation l'activité des sages-femmes (Titre II de l'avenant n°4)
 - 3.1. Les sages-femmes dans les programmes de prévention et promotion de la santé
 - 3.2. L'accompagnement au domicile (Prado)
 - 3.3. Valoriser le rôle des sages-femmes
4. Les relations entre les sages-femmes et l'assurance maladie (Titre III de l'avenant n°4)
 - 4.1. Moderniser les conditions d'exercice des sages-femmes
 - 4.2. La mise en place d'un forfait d'aide à la modernisation
5. Vie conventionnelle (Titre VI de l'avenant n°4)
 - 5.1. Nouvelle composition de la section sociale
 - 5.2. Modification du règlement intérieur type des commissions paritaires
 - 5.3. Un nouveau comité départemental

1. Préambule

L'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes signé le 29 mai 2018, entre l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF), l'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF) et l'UNCAM, est paru au Journal officiel du 10 août 2018. Cet avenant vise à conforter l'accès aux soins de sages-femmes en préservant et en améliorant l'offre de soins, à renforcer et développer l'activité de prévention des sages-femmes, à renforcer le développement du Prado, à poursuivre l'accompagnement des évolutions de la profession notamment par des adaptations de la nomenclature.

Cette circulaire a pour objet de présenter ce nouvel accord.

✎ Il est à noter que cet **avenant n°4** (cf. annexe 1) **rénovent entièrement le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions de la convention nationale du 10 décembre 2007 et de ses avenants 1 à 3** (consolidation de l'ensemble des dispositions applicables de la convention).

Néanmoins, la durée de la convention, reconduite tacitement pour 5 ans (20 décembre 2022), n'est pas modifiée, et les signataires de la convention nationale demeurent l'UNSSF et l'ONSSF.

⚠ La présente circulaire sera ultérieurement complétée par des instructions spécifiques sur les modalités de mise en œuvre de cet accord.

2. Conforter l'accès aux soins (Titre I de l'avenant n°4)

2.1. Un zonage démographique rénové

Afin de connaître la répartition des sages-femmes sur le territoire et de déterminer les zones caractérisées par une offre insuffisante de professionnels et celles caractérisées par une offre trop abondante au regard de la population, les partenaires conventionnels ont émis le souhait d'employer la méthode de l'indicateur Accessibilité Potentielle Localisée (APL) développée par la DREES (cette méthodologie est présentée en annexe 2 de l'avenant n°4).

Cette nouvelle méthodologie permettra de diviser le territoire en 5 zones :

Zones très sous-dotées	Zones sous-dotées	Zones intermédiaires	Zones très dotées	Zones sur-dotées
Indicateur APL le plus faible Zones représentant 7,3% de la population féminine française	Zones représentant 10,2% de la population féminine française	Zones représentant 60,6% de la population féminine française	Zones représentant 9,4% de la population féminine française	Indicateur APL le plus élevé Zones représentant 12,5% de la population féminine française

Plusieurs étapes sont nécessaires à la mise en œuvre de ce nouveau zonage (cf. annexe 2):

1. Publication de l'avenant n°4: définition des zones sur-denses (détermination des seuils et révision du dispositif d'incitation et de régulation) et des autres zones ;
2. Publication d'un arrêté ministériel modifiant la méthodologie de zonage en vigueur sur la base des définitions des zones sur-denses et sous-denses de l'avenant n°4;

3. Publication d'arrêtés régionaux par les directeurs généraux des ARS définissant le nouveau zonage dans chaque région.

⇒ Il est à noter qu'une marge de manœuvre est laissée au directeur général d'une ARS, qui pourra décider de modifier le classement des zones en basculant certaines zones identifiées comme sous-dotées vers un classement en zones intermédiaires, et certaines zones identifiées comme sur-dotées vers un classement en zones très dotées, et inversement.

⇒ Le nouveau zonage sera déterminé par arrêté des directeurs généraux des ARS (art L.1434-4 du CSP), après arrêté ministériel et concertation avec l'URPS et la CPR. **Dans cette attente, les zonages antérieurement définis par les ARS restent en vigueur.**

2.2. Un nouveau dispositif démographique

2.2.1. La création de nouveaux contrats incitatifs

Pour favoriser l'installation et le maintien d'activité des sages-femmes libérales dans **les zones très sous-dotées et sous-dotées**, **3 nouveaux contrats incitatifs** tripartites ont été définis (article 3.2.1 de l'avenant n°4).

Le récapitulatif de ces contrats figure en annexe 3, 4 et 5 de cette circulaire.

Le circuit des demandes de contractualisation et d'enregistrement des contrats fera l'objet d'une instruction ultérieure.

A. Contrat type national d'aide à l'installation des sages-femmes dans les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées » (CAISF – article 3.2.1.1 de l'avenant 4)

Ce contrat, d'une durée de 5 ans non renouvelable, sera proposé aux sages-femmes libérales conventionnées **s'installant dans une zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée »**. Un professionnel ne peut donc bénéficier qu'une seule fois de ce contrat.

⇒ *Dérogation : en cas de déménagement, avant la fin des 5 ans du contrat, de la sage-femme dans une autre zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée », le contrat est maintenu pour se poursuivre dans cette autre zone pour les années restantes à courir.*

En contrepartie du respect de certains engagements (notamment d'exercer pendant une durée minimale de 5 ans dans la zone), la sage-femme pourra percevoir une aide d'un montant de 28 000 euros versée en 5 fois.

B. Contrat type national d'aide à la première installation des sages-femmes dans les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées » (CAPISF – article 3.2.1.2 de l'avenant 4)

Ce contrat, d'une durée de 5 ans non renouvelable, sera proposé aux sages-femmes libérales **s'installant dans une zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » et sollicitant pour la première fois son conventionnement auprès de l'assurance maladie**. Un professionnel ne peut donc bénéficier qu'une seule fois de ce contrat.

En contrepartie du respect de certains engagements (notamment d'exercer pendant une durée minimale de 5 ans dans la zone), la sage-femme pourra percevoir une aide d'un montant de 38 000 euros versée en 5 fois.

Précisions communes aux contrats CAISF et CAPISF :

- ↳ Le professionnel, qui s'est installé en libéral dans l'année précédant le nouveau zonage pourra, à titre dérogatoire, bénéficier de l'adhésion au CAISF ou au CAPISF. A noter qu'il ne sera pas possible au professionnel d'adhérer à l'un de ces contrats s'il bénéficie déjà de l'aide versée dans le cadre d'un CISF en cours (issu de l'avenant 1).

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

Ce contrat, d'une durée de 3 ans renouvelable, sera proposé aux sages-femmes libérales conventionnées **déjà installées dans une zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée »**.

En contrepartie du respect de certains engagements (notamment d'exercer pendant une durée minimale de 3 ans dans la zone), la sage-femme pourra percevoir une aide d'un montant de 3 000 euros par an.

Précisions communes aux trois nouveaux contrats incitatifs:

- ↳ Les contrats types régionaux seront arrêtés par le directeur général de chaque ARS selon les modèles types définis dans la convention (cf. annexes 3 à 5 de l'avenant n°4).
- ↳ Ces contrats sont individuels et conclus intuitu personae avec la sage-femme.
- ↳ Le professionnel ne peut cumuler dans le même temps son adhésion à un contrat d'aide à la première installation, d'aide à l'installation et d'aide au maintien. Toutefois, un professionnel ayant bénéficié d'un contrat d'aide à la première installation ou d'aide à l'installation pourra, à l'issue de son contrat, demander à adhérer au contrat d'aide au maintien en zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée ».
- ↳ En cas de départ anticipé de la sage-femme de la zone, en fonction des raisons expliquant ce départ, les sommes indument versées pourront être récupérées, au prorata de la durée du contrat restant à courir au moment de sa résiliation (sauf dérogation précisée pour le CAISF).
- ↳ L'aide versée au professionnel au titre du contrat incitatif est désormais une aide forfaitaire globalisée (qui comprend une prime correspondante à l'équivalent de la prise en charge des cotisations sociales du risque allocations familiales convertie en aide forfaitaire et l'aide forfaitaire à l'équipement).
- ↳ L'ARS pourra décider, dans les zones identifiées comme particulièrement déficitaires en offre de soins, de majorer les aides prévues dans le cadre des nouveaux contrats incitatifs dans la double limite de 20% des zones « très sous-dotées » et « sous-dotées » et de 20% du montant des aides définies dans les différents contrats. La majoration sera définie dans le contrat type régional arrêté par l'ARS.

D. Modalités de liquidation des aides

Les modalités de liquidation pour le versement des nouveaux contrats sont similaires à celles du contrat « CISF » (cf. article 4 LR-DDGOS-1-2015).

Précisions communes aux contrats CAISF et CAPISF :

- ↳ le 1^{er} versement de l'aide intervient au moment de la signature du contrat et le 2nd à la date anniversaire, soit en N+1. Les 3 autres versements interviendront avant le 30 avril de l'année civile suivante,
- ↳ Le montant de l'aide (1^{er} et 2^{ème} versement) est proratisé en fonction du nombre de jour d'activité par semaine (cf. annexes 3 et 4).

Des précisions complémentaires seront apportées ultérieurement.

E. Articulation des nouveaux contrats avec le contrat incitatif sage-femme (CISF)

A compter de l'entrée en vigueur du nouveau zonage, il ne sera plus possible d'adhérer au contrat incitatif sage-femme (CISF), conclus dans le cadre de l'avenant n°1, ni de renouveler son adhésion.

Les CISF en cours, signés jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau zonage et du contrat type régional, seront toutefois honorés jusqu'à leur terme, soit trois ans après leur signature.

Les professionnels dont le CISF arrive à échéance pourront par la suite, et s'ils le souhaitent, demander une adhésion à un nouveau contrat d'aide au maintien d'activité (CAMSF).

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 a prévu une hausse du montant de la CSG de 1,7 points. Pour assurer une neutralité financière aux professionnels de santé, il a été parallèlement décidée la baisse du taux des cotisations sociales pour le risque allocations familiales (AF) de 2,15 points. Toutefois, sans modification des dispositions conventionnelles, ce mécanisme de compensation n'aurait pas eu d'effet pour les professionnels de santé bénéficiant déjà d'une prise en charge de l'assurance maladie pour leurs cotisations du risque allocations familiales (AF) et notamment les sages-femmes libérales adhérant au contrat incitatif (CISF). Pour ces professionnels et afin de leur garantir une neutralité financière, il était donc nécessaire de supprimer le dispositif de prise en charge des cotisations sociales AF défini dans le contrat incitatif et de le remplacer par une aide forfaitaire.

Dans le cadre de l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes, la participation annuelle de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations sociales AF prévue dans le cadre du CISF a donc été supprimée à compter du 1^{er} janvier 2018 et est remplacée par une aide forfaitaire annuelle de 1 000 € qui s'ajoute aux 3000 € annuels d'aide à l'équipement du cabinet déjà versés, soit une aide totale de 4 000 € (montant pour une adhésion sur une année pleine).

L'ensemble des sages-femmes y compris celles ayant souscrit un CISF vont donc pouvoir bénéficier de la baisse du taux de cotisations AF pour compenser la hausse du montant de la CSG.

Des instructions ont été diffusées fin juin afin qu'un avenant aux CISF en cours soit conclu actant cette modification.

A noter qu'au regard des modifications apportées par l'avenant n°4, le modèle CISF a été mis à jour (cf. l'annexe 6 de cette circulaire et l'annexe 6 de l'avenant n°4). Pour toute nouvelle adhésion au contrat incitatif, il faut donc utiliser ce nouveau modèle.

A noter également, qu'au regard de cette modification, il n'y a évidemment plus lieu pour les caisses, en cas d'enregistrement ou de résiliation d'une adhésion au CISF prenant effet au 1^{er} janvier 2018, de communiquer les informations de la sage-femme à l'URSSAF au titre de la prise en charge des cotisations sociales AF.

- ⇒ L'adhésion aux nouveaux contrats incitatifs sera ouverte dans chaque région à compter de la publication du nouveau zonage et des contrats types régionaux par le directeur général de l'ARS.
- ⇒ L'ancien contrat incitatif sage-femme (CISF) perdure jusqu'à son arrivée à échéance. Il ne sera plus reconductible à partir de l'entrée en vigueur du nouveau zonage.
- ⇒ Si l'entrée en vigueur du nouveau zonage intervient alors qu'une procédure de renouvellement d'un CISF est en cours, la caisse pourra interrompre la procédure et proposer au professionnel concerné d'adhérer à un CAMSF.
- ⇒ Si une sage-femme a conclu un CISF dans l'année précédant l'entrée en vigueur des nouveaux contrats, et qu'elle est éligible à un CAISF ou à un CAPISF, elle pourra, à titre exceptionnel, résilier son CISF pour adhérer à un nouveau contrat.

2.2.2. Une procédure de conventionnement en zone sur-dotée simplifiée

L'avenant 4 modifie la procédure de conventionnement en zone sur-dotée en réservant l'examen en CPR à certaines demandes.

Cette nouvelle procédure s'applique au lendemain de la publication de l'avenant 4 au journal officiel. Il n'y a pas lieu d'attendre la publication du nouveau zonage (à noter toutefois que les zones sur-dotées évolueront avec la publication du nouveau zonage).

2.2.2.1. Principe du « 1 pour 1 » maintenu

Le conventionnement en zone sur-dotée ne peut intervenir que si une autre sage-femme a préalablement cessé son activité dans la zone.

Ce principe s'applique uniquement dans les zones « sur-dotées ».

2.2.2.2. Cas de la sage-femme échographiste en zone « sur-dotée »

La demande de conventionnement de la sage-femme échographiste est examinée dans les mêmes conditions qu'une demande de conventionnement en zone non « sur-dotée ».

Il n'y a pas lieu de suivre la procédure d'examen de la demande comme présentée ci-après.

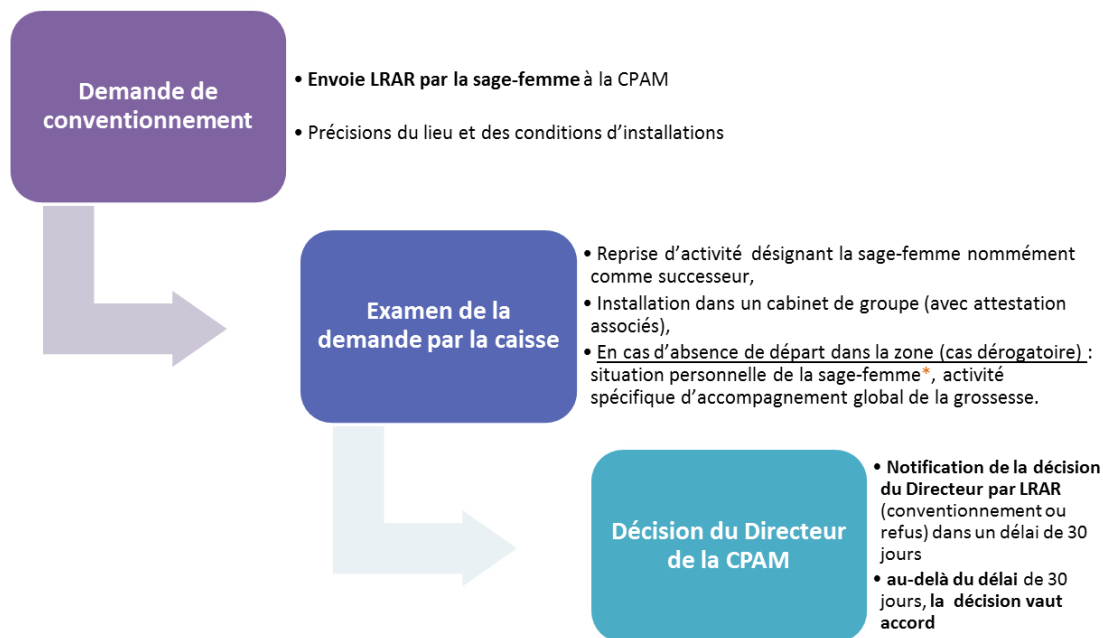
On entend par sage-femme échographiste, la sage-femme qui exerce une activité quasi-exclusive en échographie (soit un minimum de 80% de son activité). Cela ne remet pas en cause la possibilité pour cette dernière de réaliser une activité de suivi gynécologique ou de suivi de grossesse (préparation à la naissance, ...) qui doit rester mineure.

2.2.2.3. Gestion des demandes de conventionnement hors CPR

Schéma de la procédure :

Place disponible dans la zone (départ d'une sage-femme dans la zone)

Place non disponible dans la zone (cas dérogatoires liés à la vie personnelle de la sage-femme ou pour une activité spécifique d'accompagnement global de la grossesse)*



**Il s'agit des 3 situations suivantes :*

- situation médicale grave du conjoint, d'un enfant ou d'un ascendant
- mutation professionnelle du conjoint
- situation juridique personnelle (ex: divorce, garde d'enfant partagée, ...) entraînant un changement d'adresse professionnelle

Ainsi, à compter de la publication de l'avenant 4 au journal officiel, l'examen des demandes de conventionnement en zone sur-dotée est réalisé par les caisses, sans passage en CPR, dans deux situations :

- dès lors qu'une place est disponible dans la zone (départ d'une sage-femme de la zone),
- en cas d'absence de départ dans la zone libérant une place pour les cas dérogatoires suivants :
 - o situation médicale grave du conjoint, d'un enfant ou d'un ascendant direct,
 - o Mutation professionnelle du conjoint,
 - o Situation juridique personnelle (divorce, garde d'enfant partagée, ...) entraînant un changement d'adresse professionnelle,
 - o Activité spécifique d'accompagnement global de la grossesse (suivi de la grossesse, accouchement et prise en charge après la naissance). Pour cette dérogation particulière, la sage-femme doit s'engager à réaliser 50% d'actes correspondants à cette activité spécifique (ex : suivi de la grossesse, préparation à la naissance et à la parentalité, accouchement, consultation post-natale, suivi partum, ...).

Les caisses s'attacheront à suivre, tous les ans, l'activité de cette sage-femme pour laquelle une dérogation aura été accordée. S'il s'avère que l'activité de la sage-femme ne correspond pas à cet exercice particulier, une procédure pour non-respect des règles conventionnelles pourra être engagée. En effet, les dispositions de l'article 34.1 de la convention nationale « *non-respect des règles*

conventionnelles constaté par une caisse » ont été modifiées afin d'intégrer un nouveau moyen « non-respect des conditions d'exercice spécifique ayant permis le conventionnement à titre dérogatoire en zone « sur-dotée » ainsi que celles prévues l'article 3.3.3 du présent texte ».

L'avis de la CPR n'est donc plus requis. Le directeur de la CPAM dispose d'un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande de conventionnement (courrier LRAR) de la sage-femme pour lui notifier sa décision de conventionnement ou non (par LRAR). Au-delà de ce délai, la décision vaut accord.

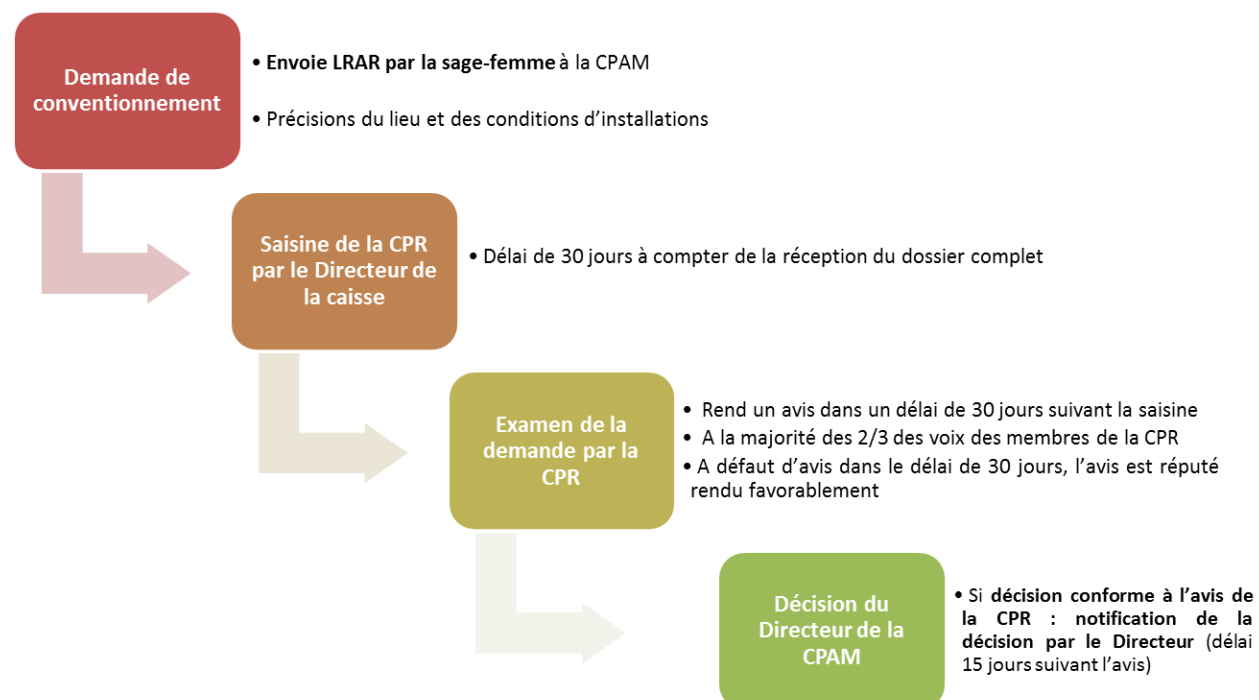
Une information devra être présentée en CPR sur ces décisives.

Précisions :

- ↳ Le conventionnement accordé à titre dérogatoire (article 3.3.3 de l'avenant 4) a pour effet de geler la place suivante qui viendrait à se libérer. Cette disposition ne s'applique pas lorsqu'il s'agit d'une cessation définitive d'activité pour laquelle un successeur aura été désigné nommément ou lorsque le conventionnement a été accordé à titre dérogatoire pour l'activité spécifique d'accompagnement global de la grossesse.
- ↳ Le conventionnement accordé à titre dérogatoire vaut uniquement pour la zone « sur-dotée » dans laquelle le conventionnement a été accordé. Si la sage-femme déménage mais reste dans la zone « sur-dotée » en question, elle conserve son conventionnement accordé à titre dérogatoire. Cependant, si la sage-femme déménage pour s'installer dans une autre zone « sur-dotée » (ex : autre Région), sa demande de conventionnement devra être étudiée de nouveau.

2.2.2.4. Gestion des demandes de conventionnement en CPR

Schéma de la procédure :



Seules les demandes de conventionnement portant sur la dérogation prévue à l'alinéa 4 de l'article 3.3.3 a) de l'avenant 4 sont examinées en CPR :

- Nécessité pour des raisons personnelles, familiales ou professionnelles pour une sage-femme libérale exerçant dans une zone sur-dotée de réduire significativement et durablement son activité d'au moins 50% par rapport à son activité observée au cours des deux années précédentes. La sage-femme pourra faire appel à une collaboratrice/associée pour prendre en charge la patientèle et assurer la continuité des soins.

Afin d'encadrer cette dérogation, intégrée précédemment dans l'avenant 3, il est précisé dans l'avenant 4 que la réduction d'activité doit durer au moins 2 ans. De même, la sage-femme reprenant la part d'activité restante devra s'engager à y rester pour au minimum 2 ans correspondant à la durée pendant laquelle la sage-femme titulaire s'est engagée à réduire son activité.

La procédure n'est pas modifiée par rapport à celle instaurée par l'avenant 1, la nouveauté porte sur les avis rendus qui doivent désormais être à la majorité des deux-tiers des voix (en CPR et CPN), à défaut le dossier devra être transmis en CPN pour examen.

Les partenaires conventionnels ont souhaité au travers de cette mesure conforter l'expertise qu'ont les membres des CPR sur l'examen des dossiers.

3. Prévention, coordination et valorisation l'activité des sages-femmes (Titre II de l'avenant n°4)

3.1. Les sages-femmes dans les programmes de prévention et promotion de la santé (article 5 de l'avenant 4)

L'avenant 4 affirme la volonté de maintenir et renforcer l'engagement des sages-femmes dans les programmes de prévention, en cohérence avec la politique nationale de santé, et de communiquer sur les compétences des sages-femmes dans les programmes nationaux et territoriaux, en valorisant notamment leur rôle en matière de prévention et de contraception auprès des jeunes filles, comme dans la prévention des comportements et situations à risque pendant la grossesse. Le renforcement de l'engagement des sages-femmes dans ces programmes s'inscrit en complémentarité avec les autres professionnels également impliqués dans ces suivis.

3.2. L'accompagnement à domicile – Prado (article 6 du titre II de l'avenant 4)

L'avenant 4 affirme la nécessité de renforcer l'accompagnement des femmes et des nouveau-nés après une sortie précoce de la maternité par une surveillance appropriée à leur domicile à débiter sous 24 heures, c'est pourquoi il généralise ainsi à l'ensemble du territoire l'expérimentation du dispositif d'accompagnement à domicile après l'accouchement en cas de sortie précoce initié en 2015.

Dans l'attente de la mise en œuvre effective de la valorisation tarifaire des séances à domicile après sortie précoce (majoration forfaitaire conventionnelle (DSP) de 25€ - cf. article suivant de la circulaire), les rémunérations prévues dans le cadre de l'expérimentation perdurent, conformément aux dispositions du protocole signé le 4 mars 2015.

L'avenant 4 rappelle l'importance d'un contact en anténatal entre la patiente et une sage-femme libérale de son choix. Ce contact peut intervenir dans le cadre du nouveau bilan à réaliser à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24^{ème} semaine d'aménorrhée (cf. paragraphe 3.3.3 ci-après et article 7.2 de l'avenant 4).

3.3. Valoriser le rôle des sages-femmes

L'avenant 4 valorise les pratiques et les actes répondant à des enjeux de santé publique et de qualité de la prise en charge.

3.3.1. Valorisation des évolutions de l'activité des sages-femmes

Afin de poursuivre la convergence tarifaire pour les actes à compétence partagée entre les médecins et les sages-femmes, l'avenant 4 valorise les échographies gynécologiques selon des tarifs fixés en annexe sous réserve de l'intégration à la CCAM de l'activité des sages-femmes portant sur ces échographies et de l'adoption par l'UNCAM d'une décision modifiant la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie précisée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Cette mesure entrera en vigueur 1 mois après la publication de la décision UNCAM.

En outre, le contenu et le libellé de l'examen défini jusque-là comme l'examen de fin de grossesse va être modifié. Il pourra être réalisé à partir de la 24^{ème} semaine d'aménorrhée.

Ces modifications nécessitent au préalable une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie précisée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Cet acte est également revalorisé à hauteur de SF12,5 pour une grossesse simple et SF19,5 pour une grossesse multiple.

L'entrée en vigueur de ces modifications interviendra le 10 février 2019, soit 6 mois après la publication au journal officiel de l'avenant 4.

Le terme « vulnérabilité » sera par ailleurs supprimé pour l'acte de préparation à la naissance et à la parentalité. Les séances individuelles, à compter de la 2^{ème} séance, ne seront donc plus réservées aux situations de vulnérabilité. Cette modification nécessite au préalable une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie précisée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

L'entrée en vigueur de ces modifications interviendra le 10 février 2019, soit 6 mois après la publication au journal officiel de l'avenant 4.

3.3.2. Accompagnement global

Un groupe travail va être initié d'ici la fin de l'année afin d'étudier les modalités de valorisation liées à l'accompagnement global notamment au regard des premières évaluations sur l'expérimentation des maisons de naissance.

3.3.3. Activité de prévention

Le rôle des sages-femmes en matière de prévention et de contraception auprès des jeunes filles est valorisé par l'ouverture aux sages-femmes de la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, dénommée CCP (Consultation de Contraception et Prévention). Cet acte est valorisé à hauteur de 46 euros. Il s'agit de la même consultation que celle mise en place pour les médecins.

Dans le prolongement des mesures de prévention, l'avenant propose la création d'un acte à la NGAP valorisé à hauteur de SF12,6 à réaliser à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24^{ème} semaine d'aménorrhée. Ce bilan doit permettre d'intégrer notamment les informations sur le suivi de la femme enceinte en pré, per et post partum, incluant le contact anténatal en vue de préparer la sortie de maternité, des informations sur les vaccinations, toutes mesures de santé publique (tabac, conduites addictives, ...) ainsi qu'une information relative au bilan buccodentaire à compter du 4^{ème} mois de grossesse.

L'ensemble de ces mesures nécessite au préalable une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie précisée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Ces mesures entreront en vigueur le 10 février 2019, soit 6 mois après la publication au journal officiel de l'avenant.

3.3.4. De nouvelles majorations conventionnelles

Les consultations (C) et visites (V) des sages-femmes sont revalorisées au travers d'une nouvelle majoration conventionnelle (MSF) de 2€.

Cette majoration sera applicable à compter du 10 février 2019, soit 6 mois après la publication au journal officiel de l'avenant.

Par ailleurs, dans le cadre des sorties précoces après l'accouchement (dans le cadre du dispositif PRADO ou non), une majoration forfaitaire conventionnelle (DSP) est instaurée. Elle est valorisée 25€ et est facturable une seule fois. Cette majoration prise en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire sera appliquée au premier forfait journalier de surveillance mère-enfant à domicile (SF16,5 pour un enfant et SF23 pour deux enfants ou plus), lorsque celui-ci est réalisé dans les 24h après une sortie précoce (sortie précoce s'entendant comme une sortie dans les 72 premières heures suivant un accouchement par voie basse, et comme une sortie dans les 96 premières heures après un accouchement par césarienne) et conforme aux recommandations HAS de 2014.

Ces majorations seront applicables à compter du 10 février 2019, soit 6 mois après la publication au journal officiel de l'avenant.

3.3.5. Autres mesures de valorisation

L'avenant 4 prévoit différentes autres mesures de valorisation de l'activité des sages-femmes, à savoir :

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

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

- la revalorisation de l'observation et traitement d'une grossesse pathologique à hauteur de SF15,6 pour une grossesse simple et SF22,6 pour une grossesse multiple. Les deux actes de suivi de grossesse pathologique existants seront fusionnés en un seul acte (suppression de la distinction « cabinet » et « domicile »),
- l'ouverture de la majoration forfait modulable pour les actes d'accouchements (modificateur K) aux sages-femmes,
- l'alignement sur la valeur des modificateurs d'urgences de la CCAM des gynécologues-obstétriciens pour les actes d'accouchement et de surveillance du travail (code CCAM « JQQP099 ») soient :

- Dimanche et Jours Fériés, un supplément YYYY603 peut être associé au modificateur F actuel,
- Entre 20H et 00H, un supplément YYYY740 peut être associé au modificateur P actuel,
- Entre 00H et 08H, un supplément YYYY285 peut être associé au modificateur S actuel.

L'ensemble de ces 3 mesures nécessite au préalable une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie précisée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Elles entreront en vigueur le 10 février 2019, soit 6 mois après la publication au journal officiel de l'avenant.

4. Les relations entre les sages-femmes et l'assurance maladie (Titre III de l'avenant n°4)

L'avenant n°4 s'attache à simplifier les échanges entre les sages-femmes libérales et l'assurance maladie ainsi qu'à moderniser les conditions d'exercice des sages-femmes libérales. Pour cela, il s'adapte aux dernières évolutions législatives et réglementaires concernant les règles de facturation (utilisation du mode de facturation SESAM Vitale) et la mise en œuvre du tiers payant (pour les bénéficiaires de l'ACS, pour les patients pris en charge au titre de la maternité ou d'une affection de longue durée).

4.1. Moderniser les conditions d'exercice des sages-femmes

Si les dispositions existantes sur les conditions d'exercice ont, pour la plupart, été reprises en intégralité, il y a lieu de signaler certains éléments nouveaux ou précisions apportées dans la convention.

L'avenant n°4 précise les démarches d'installation d'une sage-femme libérale ainsi que celles concernant la cessation d'activité.

Ainsi, la sage-femme qui cesse son activité libérale doit impérativement informer sa caisse de rattachement.

Une disposition est également introduite concernant les professionnels pour lesquels aucune facturation à l'assurance maladie n'est constatée pendant une période d'au moins 12 mois. Dans ce cas, les caisses doivent notifier à la sage-femme concernée la suspension de l'application de l'ensemble des dispositions conventionnelles. A noter que cette suspension n'est pas applicable lorsque la sage-femme justifie cette cessation d'activité par un motif indépendant de sa volonté comme un arrêt maladie (article 9 de l'avenant 4).

4.2. La mise en place d'un forfait d'aide à la modernisation

L'assurance maladie poursuit sa démarche d'aide aux professionnels à équiper leur cabinet. A cet effet, un **forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel** va venir remplacer les anciennes aides à la télétransmission, à la maintenance et l'aide SCOR.

Le montant de ce forfait est de 490 euros (correspondant au cumul des aides précédemment versées). Il pourra être majoré de 100 euros si la sage-femme participe à une équipe de soins primaires (ESP), à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou à une maison de santé pluri-professionnelle (MSP).

L'aide sera versée annuellement, à la fin du premier semestre de l'année suivant l'année au titre de laquelle elle est versée.

Pour pouvoir bénéficier de ce forfait, la sage-femme devra respecter les conditions suivantes :

- Etre doté d'une version du cahier des charges SESAM-Vitale intégrant les derniers avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération.

L'objectif est que le professionnel dispose d'un outil de facturation comportant les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles qui fiabilisent la facturation et simplifient les échanges avec l'assurance maladie.

- Utiliser la solution SCOR pour la télétransmission à l'assurance maladie des pièces justificatives numérisées si besoin ;

Pour rappel (LR/DDFC/24/2016) : les sages-femmes, profession médicale, sont à la fois prescripteurs (donc à l'initiative des actes qu'elles exécutent) et exécutantes. Les caisses ne doivent réclamer les pièces justificatives seulement si elles sont exigibles, c'est-à-dire si la sage-femme a accompli l'acte sur demande d'un autre prescripteur. En effet, dans la majeure partie de son activité, la sage-femme est, comme toute profession médicale, prescripteur. Elle est par conséquent considérée comme étant à l'initiative des actes qu'elle exécute, sauf dans certains cas limités comme les actes techniques qui ne peuvent être réalisés par la sage-femme que sous condition d'une prescription d'un médecin.

Ainsi, ce ne sont que dans ces rares cas que la sage-femme, considérée comme professionnel prescrit, devra produire une pièce justificative en appui des soins facturés.

Ce critère est donc optionnel dans la mesure où l'activité prescrite de la sage-femme est faible.

- Atteindre un taux de télétransmission en flux sécurisé supérieur ou égal à 70% ;
- Disposer d'une adresse de messagerie sécurisée de santé.

Un autre critère « Disposer d'un équipement comprenant un logiciel métier, compatible DMP et permettant le recours aux télé-services » sera ajouté par décision en CPN dès lors que les sages-femmes (au regard des offres éditeurs) seront en capacité de répondre à ce critère.

La mise en place de ce forfait et les modalités de liquidation feront l'objet d'une instruction spécifique.

5. Vie conventionnelle (Titre VI de l'avenant n°4)

5.1. Nouvelle composition de la section sociale et indemnisation de la section professionnelle

Depuis le 1^{er} janvier 2018, le régime social des indépendants (RSI) a été supprimé et la protection sociale des travailleurs indépendants a été confiée au régime général (Article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018). Le RSI disposait jusqu'à présent de sièges dans les sections sociales des différentes instances paritaires notamment conventionnelles assurant le suivi des différents accords conventionnels avec les professionnels de santé.

Dans le cadre de l'intégration du RSI au régime général, l'avenant 4 est venu modifier les dispositions conventionnelles concernant la participation du RSI dans ces instances paritaires conventionnelles.

Ainsi, à compter de la publication au Journal officiel de l'avenant 4, la section sociale des CPR et de la CPN est modifiée comme suit :

- 3 représentants du régime général
- 1 représentant du régime agricole

Un siège supplémentaire a donc été ajouté pour le régime général. Il convient donc dès à présent de procéder à cette désignation et de l'acter dans le cadre des CPR à venir.

Par ailleurs, l'indemnité de vacation des membres de la section professionnelle est à compter de la publication de l'avenant de 13C. Sont également indemnisées les sages-femmes de la section professionnelle en cas de réunion « dématérialisée » à hauteur de 13C.

5.2. Modifications du règlement intérieur type des commissions paritaires

Pour la première année d'entrée en vigueur de l'avenant 4, la présidence des commissions revient à la section professionnelle. Il conviendra donc d'organiser une commission à compter de la publication de l'avenant pour acter le changement de présidence le cas échéant.

A date anniversaire de la publication de l'avenant au JO, l'alternance de présidence sera automatique sans nécessité de réunion physique.

Par ailleurs, l'avenant 4 (article 1.3 de l'annexe X) acte dans le règlement intérieur la possibilité d'organiser des commissions dématérialisées, ainsi qu'une indemnisation pour les membres de la section professionnelle y participant (article 5 de l'annexe X).

5.3. Un nouveau comité départemental (article 33.3 de l'avenant 4)

En l'absence de Commission paritaire départementale et compte tenu de l'étendue géographique de certaine Région, les partenaires conventionnels ont souhaité créer, au niveau départemental, un cadre d'échange de proximité entre les organisations syndicales représentatives des sages-femmes libérales et les caisses primaires.

Ce comité est composé de :

- 4 représentants de la caisse (y compris service médical)
- 4 représentants des organisations syndicales représentatives des sages-femmes libérales signataires de la convention.

Il se réunit une fois par an au minimum.

Il s'agit de permettre aux représentants au niveau local de pouvoir échanger en dehors de l'instance conventionnelle qui reste la CPR et le cas échéant de faire remonter certains dossiers en CPR.

Il n'a pas de pouvoir décisionnaire.

PJ :

- **Annexe 1** : Avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes libérales ;
- **Annexe 2** : Les différentes étapes nécessaires à la mise en place du nouveau zonage ;
- **Annexe 3** : Fiche thématique CAISF ;
- **Annexe 4** : Fiche thématique CAPISF ;
- **Annexe 5** : Fiche thématique CAMSF ;
- **Annexe 6** : Contrat CISF