



## CONVENTION DE FINANCEMENT 2018 -2021

de financement et de partenariat entre la CAISSE d'ASSURANCE MALADIE et le DEPARTEMENT pour assurer la prise en charge, par l'Assurance Maladie, des prestations réalisées par les services départementaux de Protection Maternelle et infantile au titre :

des activités de protection de la santé maternelle et infantile,

Conclue entre :

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU BAS-RHIN située,  
16 rue de Lausanne 67090 STRASBOURG CEDEX

Représentée par :

Mme Sylvie MANSION, Directrice

Ci-après dénommée « la caisse d'Assurance Maladie »

D'une part,

Et

LE DEPARTEMENT DU BAS-RHIN situé,  
1 PLACE DU QUARTIER BLANC 67964 STRASBOURG CEDEX 9

Représenté par :

Monsieur Frédéric BIERRY, Président du Conseil Départemental,  
dûment habilité par une délibération de la Commission permanente du 9 avril 2018,

Ci-après dénommée « le Département »

D'autre part,

## **PREAMBULE**

L'article L.2111-1 du code de la santé publique décrit la promotion et la protection de la santé maternelle et infantile comme une mission partagée entre l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale.

Dans cette optique, une convention est conclue entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et le Département afin de recenser, d'une part, l'ensemble des activités justifiant d'une participation financière de l'assurance maladie (cf. les articles suivants : L.2112-2 alinéas 1°, 2°, et 3° et L.2112-7 du code de la Santé Publique), et d'autre part, d'envisager des actions communes visant à promouvoir la santé maternelle et infantile.

## **DISPOSITIONS GENERALES**

### **Article 1: OBJET DE LA CONVENTION**

La convention a pour objet :

- de fixer les conditions de la participation financière de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) aux actions de prévention et de santé publique menées par le service départemental de protection maternelle et infantile, définies conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- de définir des actions de prévention médico-sociale complémentaires à mener conjointement.

La présente convention ne pourra avoir pour effet de financer une activité ou une prestation déjà prise en charge par une autre administration ou un autre organisme, au titre de sa compétence légale.

### **Article 2 : ETABLISSEMENTS CONCERNES**

La présente convention s'applique aux services exerçant les missions de protection maternelle et infantile implantés dans le département du Bas-Rhin, dont la liste est fournie en annexe par le Département à la Caisse d'Assurance Maladie et mise à jour en tant que de besoin.

## **TITRE I PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE**

Sont visées dans ce cadre, les actions de prévention en faveur des futurs parents et des enfants de moins de six ans. Les prestations prises en charge par la caisse d'Assurance Maladie sont déterminées en référence aux codes de la santé publique et de la sécurité sociale.

### **Article 3 : LES BENEFICIAIRES CONCERNES**

Les bénéficiaires concernés par les dispositions de la présente convention sont les assurés sociaux et leurs ayants droit (y compris ceux relevant des Sections Locales Mutualistes), au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 du code de la sécurité sociale, et les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat, affiliés à la caisse d'Assurance Maladie du Bas-Rhin et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

### **Article 4 : LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE**

Sont pris en charge :

1. Au titre de l'assurance maternité :
  - les examens prénataux et postnataux obligatoires de la femme enceinte, visés à l'article L.2122-1 du code de la santé publique, réalisés par un médecin ou une sage-femme;
  - les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, dont l'entretien prénatal précoce, visées à la décision UNCAM du 5/02/2008;
  - l'examen médical du futur père, le cas échéant, visé à l'article L.2122-3 du code de la santé publique;
  - les séances de rééducation abdominale et péri-néo-sphinctérienne visées par l'arrêté du 23 décembre 2004 fixant la liste des prestations prise en charge au titre de l'assurance maternité;
  - les examens obligatoires de surveillance médicale de l'enfant de moins de six ans visés aux articles L.2132-2 et R. 2132-1 du code de la santé publique;
  - les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de la mère réalisés par les sages-femmes (décision UNCAM du 11 mars 2005) dans la période débutant au 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>ème</sup> mois avant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement;
  - les observations réalisées par les sages-femmes, en sus des examens obligatoires et intercurrents, pour les grossesses nécessitant une surveillance particulière, dans la période débutant au 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>ème</sup> mois précédant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement :
    - observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive,

- observation et traitement à domicile d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin,
- observation et traitement au cabinet d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin,
- examen de fin de grossesse (avec un maximum de deux) au dernier mois (sauf urgence), comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et éventuellement une amnioscopie.

Pour les trois libellés précédents, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal doit être d'une durée de 30 minutes et donner lieu à l'établissement d'un compte rendu.

- Les visites à domicile d'une sage-femme de PMI dans le cadre du service de retour à domicile Prado, pour les femmes suivies en anténatal par une sage-femme de PMI qui en font la demande et sous réserve de l'accord de l'équipe médicale de la maternité. Les modalités d'organisation de ce service sont précisées en annexe à la convention;
- les consultations et les plombémies de dépistage du saturnisme réalisées dans le cadre d'une action de santé publique pour les femmes enceintes dans la période débutant au 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>ème</sup> mois précédant la date présumée de l'accouchement à la date de l'accouchement;
- les injections réalisées :
  - pour les vaccinations obligatoires et recommandées de l'enfant jusqu'à sa sixième année révolue prévues dans le calendrier vaccinal de l'année en cours, visées aux articles L.2132-2 et R.2132-1 du code de la santé publique (cf. Art. L.160-9 du code de la sécurité sociale),
  - pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de la période post natale, réalisées dans la période débutant au 1er jour du 6ème mois précédant la date présumée de l'accouchement et se terminant 12 jours après l'accouchement.

Pendant cette période, si les vaccins sont délivrés directement aux femmes par le service départemental de protection maternelle et infantile, ils font l'objet d'un remboursement par la caisse d'Assurance Maladie, sur le risque maternité, sur la base du tarif négocié obtenu par le département.

## 2. Au titre de l'assurance maladie :

- la consultation prénuptiale visée à l'article L.2112-2,1 du code de la santé publique;
- les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de la mère et du nouveau-né (Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005/ actes liés à la gestation et à l'accouchement /section 2 : actes réalisés par les sages-femmes) lorsqu'ils sont réalisés avant le 1er jour du 6<sup>ème</sup> mois avant la date présumée de l'accouchement et après les 12 jours suivants l'accouchement;
- les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de l'enfant de moins de six ans;
- les observations réalisées par les sages-femmes, en sus des examens obligatoires et intercurrents, pour les grossesses nécessitant une surveillance particulière (Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005 /actes liés à la gestation et à l'accouchement /section 2 : actes réalisés par les sages-femmes);

- les observations et traitements à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive lorsqu'ils sont réalisés avant le 1er jour du 6<sup>ème</sup> mois avant la date présumée de l'accouchement et après les 12 jours suivants l'accouchement;
- les séances de suivi postnatal (2 au maximum) réalisées par une sage-femme et visées à la décision UNCAM du 5/02/2008, (ces séances peuvent être prises en charge à 100% au titre de l'assurance maternité si elles se déroulent dans la période définie à l'article D.160-3 du code de la sécurité sociale);
- les consultations et les plombémies de dépistage du saturnisme réalisées dans le cadre d'une action de santé publique pour les femmes enceintes avant le premier jour du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse et pour les enfants de moins de 6 ans;
- les injections réalisées :
  - pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de la période post natale avant 1er jour du 6ème mois de grossesse et après le 12ème jour suivant l'accouchement,
  - pour les vaccinations obligatoires et recommandées pour les enfants jusqu'à 6 ans réalisées en cas de nécessité médicale en dehors des examens obligatoires de surveillance de l'enfant.
- Les vaccins obligatoires et recommandés délivrés directement par le SDPMI :
  - aux femmes consultant en PMI à l'occasion de la surveillance de leur grossesse ou lors de la période post natale, avant 1er jour du 6ème mois de grossesse et après le 12ème jour suivant l'accouchement,
  - aux enfants jusqu'à 6 ans, dans le cadre des examens obligatoires de surveillance de l'enfant.
 font l'objet d'un remboursement par la caisse d'Assurance Maladie sur la base du tarif négocié obtenu par le Département.

Un tableau récapitulatif joint en annexe à la présente convention, recense l'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'assurance maladie. Il est mis à jour en tant que de besoin par la CNAM et transmis au Département du Bas-Rhin par la Caisse d'Assurance Maladie, sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant.

Lorsque d'autres actions de prévention médico-sociale sont menées par le service départemental de protection maternelle et infantile, la caisse d'Assurance Maladie peut également contribuer à leur financement sur la base d'une négociation spécifique selon les modalités définies au titre III de la présente convention.

## **Article 5 : PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE**

La caisse d'Assurance Maladie verse directement le montant des prestations dues pour ses ressortissants au Département sur la base d'un paiement à l'acte.

La participation de la caisse d'Assurance Maladie intervient :

- dans le cadre de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité,
- sur la base des tarifs conventionnels applicables,
- dans la limite de 65% du tarif négocié pour les vaccins visés à l'article 4, à l'exception des vaccins pour lesquels un taux de remboursement à 100% est

prévu et vaccin contre la grippe saisonnière pour les enfants et les femmes enceintes concernés par les recommandations vaccinales.

## **Article 6 : MODALITES DE FACTURATION**

L'ensemble des prestations facturées relève de la procédure de tiers payant et donne lieu à une facturation par le service départemental de protection maternelle et infantile sur les supports suivants :

### 6.1 Support électronique

Les prestations dispensées sont facturées sur supports électroniques, un protocole de télétransmission est annexé à la présente convention.

### 6.2 Support papier

Dans l'attente d'une généralisation de la télétransmission, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles règlementaires ou établis spécifiquement.

La facturation des vaccins obligatoires et recommandés par le calendrier vaccinal de l'année en cours délivrés pour les enfants jusqu'à 6 ans, et les femmes consultant pour la surveillance de leur grossesse ou lors de la période postnatale, est établie exclusivement sur un imprimé spécifique joint en annexe à la présente convention.

Les documents de facturation doivent comporter obligatoirement :

- l'identification du service départemental exerçant les missions de protection maternelle et infantile, son n° FINESS,
- le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS,
- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins,
- la codification des actes et prestations réalisés.

Ces documents sont adressés mensuellement à la caisse d'Assurance Maladie, à l'adresse du service « Frais de Santé ».

De son côté, la caisse d'Assurance Maladie adresse au Service Départemental de la Protection Maternelle et Infantile (SDPMI) un relevé détaillé des actes remboursés, à chaque versement, afin de permettre le suivi des remboursements par le Département.

### 6.3 Modalités spécifiques de remboursement au Département des actes délégués à d'autres professionnels de santé ou structures publiques ou privées

Si le SDPMI délègue un certain nombre d'actes et de prestations, identifiés dans la convention, à des professionnels de santé libéraux ou des structures publiques ou privées et que le Département règle directement l'exécutant, il peut en obtenir le remboursement, par l'assurance maladie sous réserve de la production des documents suivants :

La copie du document de facturation de l'exécutant comportant :

- l'identification de l'établissement qui a dispensé les soins : le N° FINESS géographique,
- l'identification du professionnel qui a dispensé les soins : le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS,

- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins (NIR, ou le cas échéant le numéro fictif ou personnes ne relevant pas d'un régime de base concernant le dépistage et traitement des IST et dans les autres cas de procédure d'anonymat réglementairement prévue),
- la codification des actes et prestations réalisés,
- la date des soins.

Un tableau récapitulatif daté et signé de la personne habilitée du Département, précisant le nombre de factures transmises et pour chacune :

- l'établissement ou le professionnel qui a effectué les soins,
- l'identification de la personne bénéficiaire (NIR ou le numéro fictif),
- le taux de remboursement des actes réalisés,
- le montant attendu par le Conseil Départemental, et attestant le service fait par une mention « service fait » en fin de tableau.

La liste des personnes habilitées par le Président du Conseil Départemental à attester du service fait sera adressée à la CPAM au 15 avril de chaque année.

**TITRE II**  
**PLANIFICATION FAMILIALE ET D'EDUCATION FAMILIALE : INTERRUPTIONS**  
**VOLONTAIRES DE GROSSESSE PAR VOIE MEDICAMENTEUSE**  
**DEPISTAGE ET TRAITEMENT DES MALADIES TRANSMISSIBLES PAR VOIE**  
**SEXUELLE**

Le Département contribue au financement de centres de planification mais n'en gère aucun de manière directe.

**Article 7 : LES BENEFICIAIRES CONCERNES**

Non concerné.

**Article 8 : LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE**

Non concerné.

**Article 9 : PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE**

Non concerné.

**Article 10 : MODALITES DE FACTURATION**

Non concerné.

obligatoires depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018

**TITRE III**  
**AUTRES ACTIONS DE PREVENTION MEDICO - SOCIALE**

**Article 11 : ACTIONS VISEES**

Au-delà de la prise en charge financière des prestations visées aux titres I de la présente convention, un partenariat entre le service départemental de protection maternelle et infantile et la caisse d'Assurance Maladie peut être mis en œuvre dans un objectif d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Les actions sont déterminées conjointement chaque année et tiennent compte d'un cadrage national et régional.

Le Département et la caisse s'entendent pour relayer localement, les actions retenues au niveau national ; notamment celles liées aux thèmes et objectifs stratégiques suivants :

- Vaccinations :
  - o amélioration de la couverture vaccinale concernant les 11 vaccins obligatoires depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018;
  - o vaccination des femmes enceintes contre la grippe saisonnière, dans le cadre de la campagne de vaccination de l'assurance maladie;
  - o participation à la semaine européenne de la vaccination.
- Suivi de grossesse et soutien à la parentalité :
  - o amélioration du suivi de grossesse, particulièrement pour les femmes en

situation de vulnérabilité et accompagnement à la parentalité. Ce partenariat s'inscrit dans le cadre du parcours maternité de l'Assurance Maladie et peut prendre la forme, notamment d'une collaboration pour l'organisation et l'animation des ateliers collectifs maternité.

– Nutrition :

- o Développement du repérage du surpoids chez l'enfant et l'éducation nutritionnelle des parents et de l'enfant.

– Tabac :

- o Développement de l'accompagnement au sevrage tabagique pour les femmes enceintes et leur entourage suivis en PMI pendant leur grossesse, en lien avec les actions de l'Assurance Maladie mises en œuvre dans le cadre du Programme National de Réduction du Tabagisme.

L'assurance maladie met en œuvre des actions visant à :

- Renforcer le rôle en prévention des professionnels de santé sur la thématique Tabac. Elle fera bénéficier les professionnels de santé de la PMI de certaines actions d'accompagnement proposées pour le secteur libéral (notamment des outils),
- Développer les offres d'accompagnement au sevrage tabagique sur Internet / téléphonie mobile. Une information sera délivrée aux PMI afin qu'elles puissent proposer ces outils aux femmes enceintes et à leur entourage,
- Améliorer l'accessibilité des forfaits de prise en charge des traitements substitutifs nicotiques (TNS). Le forfait TNS s'élève à 150 €. Les professionnels de PMI peuvent prescrire ces forfaits aux femmes enceintes et à leur entourage, et seront accompagnés par l'assurance maladie pour les modalités pratiques permettant cette prescription,
- Mettre en œuvre des actions collectives de prévention du tabagisme. Un partenariat de l'assurance maladie pourra être envisagé avec les PMI qui souhaitent mettre en œuvre des actions collectives pour les femmes qu'elles suivent. Une participation financière de l'assurance maladie pourra être envisagée.

Sur ces thématiques une participation financière spécifique de l'assurance maladie peut être envisagée.

## **TITRE IV DISPOSITIONS COMMUNES**

### **Article 12 : MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION**

Le Département et la caisse d'Assurance Maladie désignent en leur sein un référent chargé de la mise en œuvre et du suivi de la convention.

Le Département s'engage à favoriser l'informatisation des services départementaux de protection maternelle et infantile afin de permettre la télétransmission. Il peut utiliser l'application ADRI afin de s'assurer de l'ouverture des droits des consultants.

La caisse d'Assurance Maladie s'engage à fournir une assistance technique par le biais de formations, d'informations ou autres mesures d'accompagnement nécessaires.

### **Article 13 : PROMOTION DU PARCOURS DE SOINS**

Les professionnels de santé du service départemental de Protection Maternelle et Infantile s'engagent à promouvoir le parcours de soins coordonné auprès de leurs patients. En tant que de besoin, le SDPMI se met en relation avec le médecin traitant de l'enfant et de la femme et assure la transmission des informations nécessaires à ces derniers.

### **Article 14 : ACCES AUX DROITS**

L'Assurance Maladie et le SDPMI s'engagent à favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes consultant en PMI. Ils mettent en place un accompagnement permettant l'information des consultants et la fluidité des circuits d'instruction des droits.

### **Article 15 : TELETRANSMISSION**

Une annexe organisant la mise en œuvre de la télétransmission est jointe à la convention.

### **Article 16 : PAIEMENT AU DEPARTEMENT**

Les règlements sont effectués à :  
Département du Bas-Rhin  
Mission Action Sociale de Proximité  
Service Administratif et Financier  
1 Place du Quartier Blanc  
67000 STRASBOURG

## Relevé d'identité bancaire

Titulaire **067090 PAIERIE DEPARTEM BAS-RHIN**  
Domiciliation BDF STRASBOURG

### **Identification nationale**

CODE BANQUE CODE GUICHET N° COMPTE CLE RIB  
30001 00806 C6750000000 51

### **Identification internationale**

IBAN FR35 3000 1008 06C6 7500 0000 051  
Identifiant Swift de la BDF (BIC) BDFEFRPPCCT

La caisse d'Assurance Maladie s'engage à honorer les demandes de remboursement présentées par le Département dans le mois qui suit la réception des pièces justificatives, sauf cas de force majeure.

### **Article 17 : CONTROLE DES REGLEMENTS**

La caisse d'Assurance Maladie se réserve le droit de procéder à tout contrôle sur la réalité des frais engagés.

Le Département s'engage à rembourser la caisse pour tout paiement effectué à tort à la suite d'erreurs ou d'omissions dont il est à l'origine et réciproquement.

Le contrôle médical est effectué conformément aux dispositions de l'article L.315-1 du code de la sécurité sociale. Le Département s'engage à constituer des dossiers conformes à la réglementation rendant possible ce contrôle.

### **Article 18 : SUIVI ET EVALUATION**

Le Département et la caisse d'Assurance Maladie s'engagent à faire un bilan annuel de l'application de la présente convention portant notamment sur :

- la mise en œuvre de la télétransmission,
- les difficultés rencontrées (qualité de la facturation, qualité et délai du règlement),
- les montants remboursés aux services départementaux de protection maternelle et infantile par postes de dépenses,
- l'accompagnement des consultants, par le service départemental de protection maternelle et infantile et la caisse d'Assurance Maladie, dans leurs démarches en vue d'acquiescer une couverture sociale,
- la mise en œuvre, l'évaluation des actions de prévention menées conjointement et la définition de propositions d'actions de prévention communes pour l'année suivante.

**Article 19 : DATE D'EFFET ET DUREE DE LA CONVENTION**

La présente convention annule et remplace la convention signée en 2012. Elle prend effet à la date de sa signature par les deux parties. Elle est signée pour une durée de 3 ans.

Toute modification des conditions ou modalités d'exécution de la présente convention définie d'un commun accord entre les parties fera l'objet d'un avenant à la convention.

Elle sera renouvelée ensuite par tacite reconduction par période de 3 ans. Toute modification de la présente convention devra faire l'objet d'un avenant.

**Article 20 : RESILIATION**

La présente convention pourra être résiliée par l'une ou l'autre des parties, à tout moment par lettre recommandée avec avis de réception moyennant un préavis de 3 mois.

**Article 21 : REGLEMENT DES LITIGES**

Les parties à la présente convention s'engagent à rechercher une issue amiable à tout litige avant la saisine de la juridiction compétente pour en connaître.

Fait à STRASBOURG, le

En deux exemplaires originaux

Pour le Département,

Le Président  
du Conseil Départemental

Frédéric BIERRY

Pour « la caisse d'Assurance Maladie »,

La Directrice

Sylvie MANSION