

**CONVENTION
destinée à organiser les rapports
entre**

LES INFIRMIERES LIBERALES⁽¹⁾

Et

**LA CAISSE DE PREVOYANCE
SOCIALE
DE LA POLYNESIE FRANCAISE**

Le 05 janvier 2009

(1) *Le terme « infirmière » employé dans les dispositions de cette convention et de ses annexes désigne tant les hommes que les femmes exerçant cette profession.*

approuvée par arrêté n° 95 CM du 22 janvier 2009 publié au JOPF n° 5 NC du 29 janvier 2009

Modifiée par :

- Avenant n° 1 du 19 juillet 2010, approuvé par arrêté n° 1513 CM du 31 août 2010
- Avenant n° 2 du 16 septembre 2010, approuvé par arrêté n° 2009 CM du 08 novembre 2010
- Avenant n° 3 du 21 avril 2011, approuvé par arrêté n° 657 CM du 16 mai 2011
- Avenant n° 4 du 9 janvier 2012, approuvé par arrêté n° 341 CM du 8 mars 2012
- Avenant n° 5 du 15 janvier 2013, approuvé par arrêté n° 101 CM du 28 janvier 2013
- Avenant n° 6 du 20 mars 2014, approuvé par arrêté n° 516 CM du 27 mars 2014
- Avenant n° 7 du 21 janvier 2015, approuvé par arrêté n° 115 CM du 30 janvier 2015
- Avenant n° 8 du 18 janvier 2016, approuvé par arrêté n° 83 CM du 28 janvier 2016
- Avenant n° 9 du 27 décembre 2016, approuvé par arrêté n° 192 CM du 23 février 2017
- Avenant n° 10 du 11 janvier 2018, approuvé par arrêté n° 780 CM du 27 avril 2018
- Avenant n° 11 du 3 juillet 2019, approuvé par arrêté n° 1348 CM du 19 juillet 2019
- Avenant n° 12 du 13 janvier 2020, approuvé par arrêté n° 110 CM du 30 janvier 2020
- Avenant n° 13 du 10 février 2021, approuvé par arrêté n° 356 CM du 18 mars 2021
- Avenant n° 14 du 24 décembre 2021, approuvé par arrêté n° 107 CM du 03 février 2022

Mise à jour février 2022

LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANCAISE (CPS),

sise à PAPEETE, Avenue du Commandant Chessé - B.P. 1 - 98713 PAPEETE - TAHITI

agissant pour le compte :

- du Régime des salariés,
- du Régime des non-salariés,
- du Régime de solidarité,

et vu les délibérations :

- n° 15-2008/CA du 11 décembre 2008 du Conseil d'administration de la CPS,
 - n° 39-2008/CG.RSPF du 02 décembre 2008 du Comité de gestion du Régime de solidarité,
 - et n° 37-2008/CA.RNS du 20 novembre 2008 du Conseil d'administrations du Régime des non-salariés ;
- approuvées et rendues exécutoires par arrêtés n° 2060 CM du 30 décembre 2008 ;*

représentée par son Directeur, Monsieur Alexandre LEONTIEFF, habilité par délégations :

- n° 29/P en date du 26 juin 2008 du président du conseil d'administration du Régime des Salariés de la CPS ;
- n° 18/RNS en date du 22 novembre 2007 du président du conseil d'administration du Régime des non-salariés ;
- n° 05/RSPF en date du 22 avril 2008 de la présidente du comité de gestion du Régime de solidarité de la Polynésie française,

d'une part,

ET :

LE SYNDICAT DES INFIRMIERES LIBERALES DE LA POLYNESIE FRANCAISE,

représenté par son Président, Monsieur Philippe SCHAEFFER,

d'autre part,

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

Sommaire

PREAMBULE.....	6
TITRE I	7
MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL.....	7
Article 1 - Du champ d'application de la convention	7
Article 2 - Délivrance des soins aux assurés	7
2.1. Modalités pratiques liées à l'activité du professionnel.....	7
Article 3 – Cotation des actes.....	10
Article 4 - Du contrôle médical.....	11
Article 5 - Modalités de paiement des honoraires	11
Article 6 - Télétransmission des documents nécessaires au remboursement	12
Article 7 - De la prise en charge des soins infirmiers.....	13
1. Vérification de l'ouverture des droits	13
2. Dispense d'avance des frais	13
3. Facturation des actes.....	14
4. Remboursement des honoraires et des frais de déplacement.....	14
5. Modalités de règlement	15
TITRE II.....	15
ACCES AU SECTEUR CONVENTIONNEL.....	15
Article 8 - Régulation de la démographie de la profession	15
1. Demande de conventionnement	15
2. Examen des demandes.....	16
3. Adhésion à la convention	16
4. Conditions de validité des décisions.....	17
5. Cession du droit de présentation à clientèle	17
6. Associations.....	17
7. Listes des praticiens conventionnés.....	17
Article 9 - Honoraires opposables	17
Article 10 - Relevé Individuel d'Activité Professionnel (RIAP).....	17
TITRE III.....	18
DES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE LA QUALITE DES SOINS	18
Article 11 - Des modalités d'exercice.....	18
Article 12 - Des conditions d'installation en exercice libéral sous convention	19
Article 13 - Conditions d'exercice des remplaçantes	19
Article 14 – Cessation d'activité.....	20

Article 15 - Exercice conventionnel effectif de la profession en libéral	20
TITRE IV	21
ACCES ET QUALITE DES SOINS INFIRMIERS	21
Article 16 - Qualité des soins	21
TITRE V.....	22
MAITRISE MEDICALISEE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES.....	22
Article 17 - Du principe de la régulation.....	22
Article 18 - Recueil d'informations	22
Article 19 - Soins coordonnés à domicile.....	23
Article 20 - Exercice du contrôle médical.....	23
Article 21 - De la mise en œuvre de la régulation.....	23
Article 22 - Du dépassement du plafond d'efficience.....	24
TITRE VI	25
DES STRUCTURES DE DISTRIBUTION DE SOINS	25
Article 23 - L'infirmière libérale et l'offre en structure	25
TITRE VII.....	26
DE LA PREVENTION ET DE L'EDUCATION SANITAIRE.....	26
Article 24 - De la prévention.....	26
Article 25 - De l'éducation sanitaire	26
TITRE VIII.....	26
FORMATION CONTINUE CONVENTIONNELLE (FCC).....	26
Article 26 - Objectifs et contenu de la formation continue conventionnelle.....	27
Article 27 - La commission chargée de la formation continue conventionnelle	27
Article 28 - Mise en place et organisation du dispositif de formation	27
Article 29 - Financement des actions de formation.....	27
Article 30 - Evaluation de la formation continue conventionnelle.....	28
TITRE IX	28
DES DISPOSITIONS DIVERSES	28
Article 31 - Des modalités particulières d'exercice	28
TITRE X.....	28
DES ORGANES DE CONCERTATION	28
Article 32 - De la composition de la Commission Paritaire	28
Article 33 - Du rôle de la Commission Paritaire	29
Article 34 - Règlement intérieur type de l'instance conventionnelle.....	30
Article 35 - Des attributions de la Commission	31

TITRE XI	31
DU NON-RESPECT DES REGLES CONVENTIONNELLES.....	31
Article 36 - Procédures conventionnelles.....	31
Article 37 - Condamnation par une instance ordinale ou judiciaire	34
Article 38 - Du déconventionnement	35
TITRE XII	35
DES TARIFS D'HONORAIRES	35
Article 39 - Valorisation de l'activité	35
Article 40 - Fixation des honoraires	36
Article 41 - Dépassements.....	36
Article 42 - Révision des tarifs d'honoraires	36
TITRE XIII.....	37
VIE CONVENTIONNELLE	37
Article 43 - Date d'entrée en vigueur et durée	37
Article 44 - Dénonciation	37
Article 45 - Notification de la convention - Délai d'option - Renonciation du praticien.....	38
Article 46 - Résiliation de la convention.....	38
TITRE XIV	39
COORDINATION DES SOINS - CONTRAT DE BONNES PRATIQUES.....	39
Article 47 - Plan de Soins Infirmiers.....	39
Article 48 - Objectifs médicalisés d'évolution des pratiques.....	40
Article 49 : Engagements de l'infirmière.....	40
1. Engagements relatifs au suivi des patients.	40
2. Engagements relatifs aux modalités de suivi de l'activité avec le service du contrôle médical	40
3. Engagements relatifs aux niveaux d'activité.....	41
4. Engagements relatifs à la participation de l'infirmière aux actions de la C.P.S. à destination des ressortissants.....	41
Article 50 - Mise à disposition de supports d'information	41
ANNEXE I	Erreur ! Signet non défini.
« TARIFS D'HONORAIRES ET FRAIS ACCESSOIRES »	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXE II : « Conditions de remplacement des infirmières libérales conventionnées ».....	44
ANNEXE III : « MODELE DE FEUILLE DE SURVEILLANCE ».....	46
ANNEXE IV : « CONTRIBUTION AU BUDGET DE FORMATION »	48

PREAMBULE

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

Conscientes de la situation financière de l'assurance maladie, les parties signataires ont pour objectif d'accroître l'efficacité du système de soins, de manière à participer à son équilibre économique tout en dégageant les ressources nécessaires à la juste rémunération des actes infirmiers.

Les parties signataires constatent que la responsabilité collective des infirmières (*I*) libérales, dans l'évolution des dépenses de santé, ne peut être engagée qu'à hauteur de ce qui relève de leur exercice professionnel libéral.

La Caisse de prévoyance sociale et le Syndicat des infirmiers libéraux de la Polynésie française ont convenu lors de la Commission Conventionnelle Paritaire du 04 octobre 2007 de la négociation d'une nouvelle convention.

Conscientes des besoins de la population en matière de soins infirmiers, les parties signataires se proposent dans la convention de poursuivre les objectifs suivants :

- garantir à tous les assurés sociaux l'accès à des soins de qualité ;
- garantir à tous les assurés sociaux un remboursement satisfaisant des soins infirmiers ;
- respecter le libre choix du praticien par le malade ;
- maintenir l'exercice libéral de la profession d'infirmière ;
- reconnaître la place de l'infirmière libérale dans le système de soins ;
- optimiser les compétences de l'infirmière libérale et développer de nouveaux rôles ;
- préserver et améliorer l'accès aux soins sur le territoire ;
- valoriser la profession des infirmières libérales ;
- améliorer et moderniser les relations entre les infirmières libérales et la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française ;
- rénover la vie conventionnelle ;
- favoriser la qualité des soins en améliorant la gestion et l'évaluation de la qualité de la formation continue conventionnelle.

Les parties signataires considèrent que les infirmières d'exercice libéral doivent pouvoir participer à l'évolution du système de soins.

A cette fin, elles apportent une attention particulière à la place de l'exercice libéral infirmier dans les alternatives à l'hospitalisation, la prévention et l'éducation sanitaire.

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

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

Afin de garantir aux assurés sociaux des soins de qualité et de maintenir l'exercice libéral de la profession d'infirmière, les parties signataires de la convention ont souhaité poursuivre leur effort de maîtrise par la valorisation des soins de qualité et l'amélioration de la transparence dont le codage des actes et l'actualisation de la (*Remplacé par [Avenant n° 13](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021*) « Nomenclature Polynésienne des Actes professionnels » sont deux des éléments essentiels de l'évolution des dépenses de soins infirmiers remboursés par l'assurance maladie.

Cette recherche d'une maîtrise concertée est indissociable d'une amélioration des conditions de l'exercice libéral qui valorise l'acte infirmier et le rôle propre de l'infirmière dans le système de santé. Compte tenu de son caractère novateur, les parties signataires souhaitent une adaptation régulière des dispositions conventionnelles.

TITRE I

MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL

Article 1 - Du champ d'application de la convention

La présente convention s'applique, d'une part à la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française, et d'autre part, aux infirmières exerçant à titre libéral, pour les soins dispensés au cabinet et au domicile du malade ou à son substitut conformément à la réglementation en vigueur.

Ces actes sont dispensés par des infirmières exerçant à titre libéral, ou salariées d'un membre d'une profession à compétence médicale, ou d'un directeur de laboratoire dès lors que les soins sont tarifés à l'acte.

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

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

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

Article 2 - Délivrance des soins aux assurés

2.1. Modalités pratiques liées à l'activité du professionnel

2.1.a - Le libre choix du patient

- § 1 Les ressortissants des régimes de protection sociale de Polynésie française ont le libre choix entre toutes les infirmières légalement autorisées à exercer en Polynésie française.
- § 2 La Caisse de Prévoyance Sociale s'engage à ne faire aucune discrimination entre les infirmières ayant légalement le droit d'exercer en Polynésie française et placées sous le régime de la présente convention.

En cas de soins à domicile, si un ressortissant fait appel, sans motif justifié, à une infirmière qui n'exerce pas dans la même agglomération ou, à défaut, dans l'agglomération la plus proche, sous réserve des dispositions réglementaires relatives aux zones de conventionnement des professionnels de santé du secteur privé, la Caisse de Prévoyance Sociale ne participe pas aux dépenses supplémentaires qui peuvent résulter de ce choix.

- § 3 Pour faciliter le libre choix du praticien, la Caisse s'engage à donner à ses ressortissants toutes informations utiles et actualisées sur la situation des infirmières au regard de la présente convention. Notamment, chaque semestre, la Caisse affiche dans ses locaux et sur son site Internet la liste exhaustive des infirmières conventionnées, mentionnant leur identité et leur commune d'exercice. Le syndicat peut faire de même à l'égard de ses adhérents.

De leur côté, les praticiens doivent informer leurs patients de leur situation au regard de la présente convention suivant la réglementation en vigueur.

La Caisse et le syndicat d'infirmières libérales se réservent le droit de faire connaître à leurs ressortissants par tout moyen mis à sa disposition (publication dans la presse, communiqué, Internet, etc.) les éventuelles sanctions définitives comportant interdiction temporaire ou définitive pour un praticien de donner des soins aux bénéficiaires de l'Assurance maladie dans la mesure où le jugement le prévoit expressément, ainsi que les mesures de déconventionnement.

2.1.b - Documents ouvrant droit au remboursement des prestations

- § 1 Pour les soins dispensés aux assurés, les infirmières s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents sur support papier ou électronique, conformes au modèle type fourni par la Caisse - ou les fac-similés agréés par celle-ci et comportant l'identification nominale et codée de l'infirmière et leur zone de conventionnement, le cas échéant, l'intitulé de la société.
- § 2 Pour les actes dispensés dans un établissement ou en structure d'hébergement, les infirmières doivent noter sur la feuille de soins, à côté du pavé d'identification, l'adresse et la raison sociale de l'établissement ou structure accueillant des personnes âgées où ont été effectués les soins.

Le défaut de cette information entraînera l'absence de prise en charge de ces soins par l'assurance maladie.

Toutefois, en ce qui concerne les feuilles d'accidents du travail non pré-identifiées, les infirmières s'engagent à y porter leur identification complète y compris leur numéro d'identification et leur zone de conventionnement.

- § 3 La Caisse s'engage à consulter le syndicat signataire préalablement à toute création ou modification d'imprimés nécessaires à l'application de la législation et de la réglementation en vigueur.

2.1.c - Facturation des honoraires

§ 1 Lors de chaque acte, l'infirmière porte sur la feuille de soins le montant de l'honoraire correspondant et toutes indications utiles prévues. La prestation de soins doit être mentionnée pour la période concernée en utilisant les cotations prévues à la (*Remplacé par [Avenant n° 13](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021*) « Nomenclature Polynésienne des Actes professionnels ».

§ 2 L'infirmière doit inscrire sur la feuille de soins les actes par année civile.

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

Lorsque l'infirmière réalise des actes ou prestations non remboursables par l'Assurance maladie, elle n'établit pas de feuilles de soins ni d'autre support en tenant lieu.

La prestation des soins, y compris lorsqu'il s'agit d'actes en série, doit être mentionnée au jour le jour, en utilisant la cotation prévue à la (*Remplacé par [Avenant n° 13](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021*) « Nomenclature Polynésienne des Actes professionnels ».

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

La signature attestant l'exécution des actes est apposée par le praticien qui les a effectués.

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

Elle ne donne l'acquit que pour les actes qu'elle a accomplis personnellement, et pour lesquels elle a perçu l'intégralité des honoraires dus.

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

Sous réserve d'une modification éventuelle de la réglementation en vigueur, l'infirmière ou sa remplaçante remplit et signe les imprimés nécessaires aux (*Remplacé par [Avenant n° 13](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021*) « Demandes d'Accord Préalable » dans les conditions prévues à la (*Remplacé par [Avenant n° 13](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021*) « Nomenclature Polynésienne des Actes professionnels ».

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

- § 3 Lorsque les actes sont effectués par une infirmière salariée d'un membre d'une profession à compétence médicale ou d'un directeur de laboratoire :
- les feuilles de soins sur lesquelles sont inscrits les soins doivent permettre l'identification nominale et codée de l'employeur suivie de l'identification nominale et codée de l'infirmière.
 - l'infirmière appose sa signature dans la colonne réservée à l'attestation de la prestation de l'acte.

Ces deux conditions doivent être obligatoirement remplies pour que ces actes donnent lieu à un paiement par la Caisse.

Article 3 -k Cotation des actes

- § 1 (Modifié par [Avenant n° 13](#), art. 3, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021) « Le praticien s'engage à respecter la Nomenclature Polynésienne des Actes Professionnels prévue par l'arrêté n° 447 CM du 27 mars 2019 modifié et à en utiliser les cotations.

Lorsque les actes ou les traitements envisagés sont soumis à accord préalable, le praticien s'engage à n'utiliser que la plateforme sécurisée e-service mise à disposition par la CPS, pour télétransmettre ses DAP et les ordonnances y afférentes.

Toutefois, pour l'année civile 2020, le praticien peut déposer ces documents aux guichets de la CPS ou les transmettre par mail/fax au service Contrôle médical.

Ce e-service permettra au praticien de recevoir :

- les accusés de réception des DAP télétransmises ;
- les notifications des décisions du Contrôle médical précisant notamment le numéro de demande d'accord (DA).

Néanmoins, en cas d'impossibilité technique, le praticien complète le formulaire de « Demande d'accord préalable » prévu à cet effet et certifie l'exactitude de l'ensemble de ces renseignements par l'apposition de sa signature. Il transmet la DAP accompagnée de l'ordonnance médicale au service Contrôle médical de la Caisse.

Le praticien indique sur la DAP le type d'acte et le code acte relatifs à l'ordonnance et correspondant à la cotation prévue par la Nomenclature Polynésienne des Actes Professionnels.

Le praticien conserve l'ordonnance durant cinq (5) années à compter de la transmission de la DAP ».

- § 2 Les parties signataires rappellent que le maintien de la distribution de soins à un haut niveau de qualité s'accompagne d'une révision d'ensemble puis d'une adaptation régulière de la (Remplacé par [Avenant n° 13](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021) « Nomenclature Polynésienne des Actes professionnels ». Le codage des actes infirmiers doit favoriser une gestion dynamique de la (Remplacé par [Avenant n° 13](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021) « Nomenclature Polynésienne des Actes professionnels » et garantir une approche médicalisée de la distribution des soins.

- § 3 Les parties signataires entendent promouvoir des soins de haute qualité, par une prise en charge globale des malades par les infirmières comportant notamment l'analyse de situation des patients, l'accomplissement de leur rôle propre, les contrôles préalables à l'exécution des soins, la surveillance et le dépistage des réactions immédiates et des effets secondaires, la relation d'aide thérapeutique, la transmission des informations et l'identification des besoins en suppléances.
- § 4 En cas de difficultés entre un médecin-conseil et une infirmière sur la cotation des actes prescrits par le médecin traitant ou sur l'application de la (*Remplacé par [Avenant n° 13](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021*) « Nomenclature Polynésienne des Actes professionnels », le médecin-conseil et, à la requête de l'infirmière intéressée, le syndicat, peuvent demander que ces difficultés soient soumises conjointement au médecin-conseil chef et au président du syndicat ou à leurs représentants qualifiés, en vue de parvenir à une conciliation des points de vue dans le respect de la (*Remplacé par [Avenant n° 13](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021*) « Nomenclature Polynésienne des Actes professionnels ».

Article 4 - Du contrôle médical

Lors des contrôles pratiqués par le service médical, le médecin-conseil s'abstient de donner au malade une appréciation sur le traitement et les soins effectués. Il s'abstient également de tout acte et de tout conseil thérapeutique.

Article 5 - Modalités de paiement des honoraires

- § 1 Pour tous les actes infirmiers, la Caisse paie directement aux infirmières les honoraires dus par les assurés (tiers payant). L'infirmière écrit « tiers payant » dans la colonne attestant le paiement et ses références bancaires. Seuls donnent lieu à prise en charge les actes prescrits par les médecins pour lesquels l'infirmière atteste qu'ils ont été dispensés et rémunérés.

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

- § 2 Pour les assurés non exonérés du ticket modérateur, l'infirmière perçoit le ticket modérateur payé par le patient et emploie la procédure précitée pour la part de l'Assurance maladie prise en charge par la C.P.S. Elle s'engage formellement à s'interdire toute remise conduisant à des soins « au rabais ».

L'infirmière transmet à la Caisse la feuille de soins et, le cas échéant, (*Remplacé par [Avenant n° 13](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021*) l'« accord préalable ».

(*Inséré par [Avenant n° 6](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 516 CM du 27 mars 2014 et modifié par [Avenant n° 7](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 115 CM du 30 janvier 2015*) « L'infirmière s'oblige à transmettre les feuilles de soins dans un délai de 4 mois à compter du premier jour du mois suivant la date de réalisation des soins. Dans ce délai, elle met en œuvre les moyens nécessaires pour faire parvenir les

feuilles de soins avant le 1^{er} mars de l'année suivante pour les soins des mois de novembre et décembre. Le dépôt tardif ne donne pas lieu à prise en charge ».

(Modifié par [Avenant n° 6](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 516 CM du 27 mars 2014)
« La CPS s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour payer les dossiers validés dans un délai de **30 jours calendaires** en cas de feuilles de soins papier et de **15 jours ouvrés** en cas de télétransmission, à compter de la date de réception des documents justificatifs. L'infirmière ne peut, lorsqu'elle utilise cette procédure, appliquer les dispositions concernant les dépassements ».

(Inséré par [Avenant n° 5](#), art. 3, approuvé par Arr. n° 101 CM 28 janvier 2013 puis abrogé par [Avenant n° 6](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 516 CM du 27 mars 2014).

(Inséré par [Avenant n° 6](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 516 CM du 27 mars 2014)
« Les feuilles de soins rejetées et régularisées donnent lieu à un traitement prioritaire ».

§ 3 Adaptation aux techniques nouvelles

Pour faciliter les relations entre les infirmières et la Caisse, les parties considèrent qu'elles doivent s'adapter à l'évolution des moyens de communication et prendre en compte l'usage des nouvelles techniques, notamment informatiques.

L'utilisation de nouvelles techniques de transmission des informations dans le cadre conventionnel devra faire l'objet, le cas échéant, d'un avenant conventionnel.

Les parties signataires s'interdisent de mettre en œuvre toute technique nouvelle de recueil ou de transfert des données (visant notamment à remplacer les feuilles de soins) sans information préalable de l'ensemble des partenaires conventionnels.

Article 6 - Télétransmission des documents nécessaires au remboursement

- Engagement à la télétransmission

Lorsque les conditions techniques et réglementaires seront effectives, le praticien adhérent à la présente convention devra, dans la mesure de ses possibilités, télétransmettre les feuilles de soins relatives aux ressortissants de l'un des régimes de protection sociale de Polynésie française.

- Modalités de fonctionnement

Pour assurer la télétransmission des feuilles de soins électroniques, l'infirmier se conformera aux spécifications définies et validées d'un commun accord avec la CPS.

- Traitement des incidents

Dans le but de garantir la continuité du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques, les parties signataires s'engagent à s'informer réciproquement de tout

dysfonctionnement du système et à collaborer pour y apporter une réponse appropriée dans les meilleurs délais.

Article 7 - De la prise en charge des soins infirmiers

1. Vérification de l'ouverture des droits

L'infirmière est tenue de vérifier chaque fois qu'il est nécessaire auprès du ressortissant l'ouverture de ses droits aux prestations au vu des informations fournies par la Caisse :

- la carte verte C.P.S. ;
- la carte rouge C.P.S. ;
- le site Internet de la C.P.S. ;
- toute attestation de prise en charge écrite de la C.P.S.

Dans le cas particulier où l'infirmière n'a pas, lors de la demande de soins, la preuve de l'affiliation d'un patient à l'un des régimes d'assurance maladie et accidents du travail, et de l'existence de ses droits, le praticien concerné lui demande le paiement direct de ses honoraires et lui délivre une feuille de soins dûment complétée, accompagnée de la prescription et le cas échéant, de la (*Remplacé par [Avenant n° 13](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021*) « Demande d'Accord Préalable (DAP) ».

L'ouverture des droits s'apprécie par rapport à la date de la prescription médicale. Ni la délivrance d'un carnet de « longue maladie » ni l'accord d'une (*Remplacé par [Avenant n° 13](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021*) « Demande d'Accord Préalable » par la Caisse, ne sont la preuve de l'ouverture des droits du ressortissant concerné.

2. Dispense d'avance des frais

Les ressortissants, qui le souhaitent, sont dispensés de l'avance des frais pour la part garantie par les régimes d'assurance maladie et accident du travail gérés par la C.P.S.

Conformément à la réglementation en vigueur, pour l'application du tiers payant l'infirmière utilise le document établi ou agréé par la C.P.S.

Les ressortissants sont dispensés de l'avance des frais pour la part garantie par les régimes d'assurance maladie et accidents du travail gérés par la C.P.S.

Les honoraires sont réglés par la Caisse directement à l'infirmière. En dehors de ces cas particuliers, le patient règle directement à l'infirmière ses honoraires.

Lorsque le patient a bénéficié d'actes dispensés à titre gratuit, l'infirmière porte sur la feuille de soins ou sur l'ordonnance la mention "acte gratuit".

3. Facturation des actes

(Modifié par [Avenant n° 13](#), art. 4, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021)

« Outre les dispositions prévues à l'article 2.1.b de la présente convention, en cas de DAP téléversée, le praticien adresse à la Caisse la feuille de soins en y reportant le numéro de la demande d'accord (DA).

En cas de DAP papier, le praticien adresse à la Caisse les documents suivants :

- la feuille de soins ;
- l'ordonnance médicale ;
- le formulaire de demande d'accord préalable avec l'avis du Contrôle médical.

Pour les actes non soumis à accord préalable, le praticien adresse à la Caisse la feuille de soins accompagnée de l'ordonnance médicale.

A défaut de fournir l'original de l'ordonnance médicale, le praticien s'engage à fournir le duplicata de l'ordonnance ou la photocopie de l'ordonnance certifié(é) conforme à l'original, daté et signé par ses soins.

En cas d'erreurs (de destinataires, documents incomplets, non-respect de la nomenclature, absence de numéro de DA...), la CPS retourne la feuille de soin au praticien pour régularisation ».

4. Remboursement des honoraires et des frais de déplacement.

La Caisse s'engage à rembourser les honoraires et frais accessoires correspondant aux soins délivrés par l'infirmière placée sous le régime de la présente convention, dans les conditions définies au Titre XII et sur la base des tarifs fixés en ANNEXE 1 de la présente convention.

Conformément à l'article 2.1.a de la présente convention, et sous réserve des dispositions réglementaires relatives aux zones de conventionnement des professionnels de santé du secteur privé, les frais de déplacement des infirmières ne sont pris en charge que s'ils sont justifiés par l'état de santé du patient.

- a) L'indemnisation kilométrique n'est due qu'au-delà du 5^{ème} kilomètre à partir du cabinet ou du lieu de résidence (adresse géographique) du praticien concerné. Il en est de même pour le retour.
- b) En cas d'intervention sur demande du patient sur une autre agglomération que la sienne, l'infirmière calcule l'indemnité kilométrique par assimilation, sur la base de ce à quoi aurait eu droit le professionnel le plus proche.
- c) En cas de visites en série et après application de la règle d'assimilation exposée en b). il ne peut y avoir facturation pour un patient que pour le surplus de kilomètres parcourus par rapport aux précédents patients.

En cas de visites en série dans un même immeuble, une seule indemnité kilométrique de déplacement sera prise en charge pour l'ensemble des patients et une indemnité forfaitaire sera facturée par patient.

Lorsque le praticien visite à domicile plusieurs malades habitant ensemble sous le même toit, une seule facturation de déplacement peut être prise en charge par l'organisme de gestion.

5. Modalités de règlement

Sous réserve des dispositions particulières prévues au paragraphe 1 et 2 du présent article, la C.P.S. règle directement aux infirmières, les sommes correspondantes à la part garantie par l'assurance maladie et accidents du travail.

(Modifié par [Avenant n° 6](#), art. 2, approuvé par Arr. n° 516 CM du 27 mars 2014) « La CPS s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour régler les dossiers validés dans un délai de **30 jours calendaires** en cas de dépôt de feuilles de soins papier et de **15 jours ouvrés** en cas de télétransmission, à compter de la date de réception des documents justificatifs ».

(Inséré par [Avenant n° 6](#), art. 2, approuvé par Arr. n° 516 CM du 27 mars 2014) « Les feuilles de soins rejetées et régularisées donnent lieu à un traitement prioritaire ».

En cas d'erreur de facturation repérée après règlement par la C.P.S., celle-ci établit un ordre de recette adressé à l'infirmière concernée.

TITRE II

ACCES AU SECTEUR CONVENTIONNEL

Article 8 - Régulation de la démographie de la profession

Les modalités pratiques d'accès au conventionnement des infirmières sur le Territoire sont applicables suivant la réglementation en vigueur, portant dispositions relatives au dispositif conventionnel entre la C.P.S. et les professionnels de santé du secteur privé.

1. Demande de conventionnement

L'infirmière qui sollicite son conventionnement doit au préalable être immatriculé à la C.P.S. et obtenir un numéro D.N.

Elle pourra ensuite adresser une demande écrite à la C.P.S. A l'appui de sa demande, elle est tenue de fournir les documents ci-après :

- un dossier de demande de conventionnement ;
- une photocopie du ou des diplôme(s) dont l'original est préalablement enregistré(s) au Greffe du Tribunal de PAPEETE et à la Direction de la Santé ou une photocopie de l'attestation d'inscription de diplôme(s) délivrée par la Direction de la Santé ;
- un extrait du casier judiciaire ;
- une photocopie d'une pièce d'identité.

Le praticien doit indiquer la zone de conventionnement et la commune où il souhaite exercer son activité.

Les dossiers de demande de conventionnement sont remis en mains propres ou envoyés par courrier recommandé avec accusé de réception à la C.P.S. Les dossiers complets sont enregistrés suivant leur date de réception, sous réserve que la demande soit accompagnée des justificatifs requis.

Toutes les demandes incomplètes seront purement et simplement rejetées.

2. Examen des demandes

a) Principe général

Le conventionnement est accordé par la Caisse à toute infirmière qui remplit les conditions fixées par la réglementation en vigueur pour l'exercice de sa profession réserve faite des dispositions relatives à l'accès au conventionnement sur certaines zones géographiques gelées.

b) Accès au conventionnement sur les zones géographiques gelées

La Caisse transmet la demande de conventionnement, accompagnée de toutes les pièces justificatives, à la commission de régulation des conventionnements des infirmiers libéraux qui statue sur la demande suivant les modalités fixées par la réglementation en vigueur.

Le conventionnement accordé par la Caisse est subordonné à :

- la publication au journal officiel de la Polynésie française de l'arrêté pris par le conseil des ministres de la Polynésie française autorisant le praticien concerné à bénéficier des dispositions conventionnelles dans la zone gelée demandée ;

- la confirmation écrite de l'infirmière concernée, de se placer sous le régime de la présente convention, suivant la procédure prévue au paragraphe 3 du présent article.

3. Adhésion à la convention

La C.P.S. adresse au praticien nouvellement conventionné copie en deux (2) exemplaires de la convention, par lettre recommandée avec accusé de réception.

L'infirmière dispose alors d'un délai d'un (1) mois, à compter de la réception du courrier, pour renvoyer un (1) exemplaire dûment paraphé, mentionné, daté et signé suivant les dispositions prévues à l'article 45 de la présente convention (notification convention).

Passé ce délai, la Caisse considérera que le praticien ne souhaite pas bénéficier des présentes dispositions conventionnelles.

Toute nouvelle demande devra faire l'objet de la procédure prévue aux paragraphes 1, 2a) et 2b) du présent article.

Cette décision est portée à la connaissance de la commission conventionnelle paritaire par la C.P.S.

En cas de contestation, le praticien dispose d'un recours de droit commun devant le tribunal compétent.

4. Conditions de validité des décisions

(Modifié par [Avenant n° 14](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 107 CM du 03 février 2022)

« Les autorisations de conventionnement sont accordées à titre nominatif et individuel pour l'exercice de la profession d'infirmière libérale, sous réserve de l'installation et de l'entrée en activité du praticien dans le délai de trois (3) mois à compter de la date d'enregistrement de l'adhésion par la Caisse.

Toute demande de prorogation de ce délai sera soumise à l'avis préalable de l'ARASS. »

5. Cession du droit de présentation à clientèle

Les infirmières conventionnées ont la possibilité de céder leur droit de présentation à clientèle. L'infirmière cessionnaire réglementairement autorisée à exercer en Polynésie française bénéficie de droit du régime conventionnel, dans le respect des règles d'accès au conventionnement définies au paragraphe 1 ci-dessus et sous réserve du renoncement au conventionnement du praticien cédant sa clientèle.

Dans ce cas, le cédant et le cessionnaire devront se présenter ensemble à la Caisse afin d'effectuer les démarches nécessaires.

La disposition prévue au premier alinéa du présent article s'applique également au bénéficiaire des héritiers en cas de décès de l'infirmière conventionnée. Le transfert du droit au régime conventionnel devra se faire dans les six (6) mois qui suivent le décès, terme au-delà duquel il deviendra caduc.

6. Associations

Les demandes de conventionnement pour exercer en association sont soumises aux dispositions du présent article 3.

7. Listes des praticiens conventionnés

Afin d'assurer la meilleure information possible des praticiens conventionnés, les parties signataires acceptent que la C.P.S. leur transmette individuellement chaque semestre la liste nominative mise à jour des infirmières conventionnés.

Article 9 - Honoraires opposables

Les praticiens conventionnés s'engagent à respecter les tarifs fixés en annexe 1, qui sont déterminés selon les modalités prévues au Titre XII de la présente convention.

Article 10 - Relevé Individuel d'Activité Professionnel (RIAP)

(Modifié par [Avenant n° 7](#), art. 2, approuvé par Arr. n° 115 CM du 30 janvier 2015)
« L'organisme payeur s'engage à communiquer aux praticiens exerçant sous le régime de la présente convention, chaque semestre, le montant global des actes effectués et pris en charge

par l'assurance maladie et accident du travail (date de soins), figurant sur leur relevé individuel d'activité professionnel (RIAP) ».

(Modifié par [Avenant n° 6](#), art. 3, approuvé par Arr. n° 516 CM du 27 mars 2014) « Ce relevé est communiqué à titre d'information des praticiens conventionnés. Il ne constitue pas un document déclaratif destiné à l'administration fiscale ».

(Inséré par [Avenant n° 6](#), art. 4, approuvé par Arr. n° 516 CM du 27 mars 2014) « Par ailleurs, les parties signataires s'accordent pour étudier les possibilités d'utilisation des éléments chiffrés en date de soins d'une part et en date de paiement d'autre part ».

TITRE III

DES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE LA QUALITE DES SOINS

Article 11 - Des modalités d'exercice

Les infirmières sont tenues de faire connaître à la Caisse l'adresse géographique de leur lieu d'exercice professionnel principal et/ou secondaire, conformément à la réglementation en vigueur, à défaut celle de leur lieu de résidence, ainsi que leur zone d'activité et de transmettre une copie du diplôme enregistré au Greffe du Tribunal et à la Direction de la Santé Publique.

Dès la mise en place de l'Ordre des infirmiers, les infirmiers seront tenus de faire connaître à la Caisse leur numéro d'inscription.

Le cabinet professionnel peut être soit un cabinet personnel, soit un cabinet de groupe ou de société. Il doit être réservé à l'exercice de la profession d'infirmière.

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

Dans le cas d'une association, les contrats doivent être préalablement soumis à l'approbation du Conseil de l'Ordre et communiqués à la Caisse.

Lorsqu'une infirmière a la qualité de salariée d'un membre d'une profession à compétence médicale, ou d'un directeur de laboratoire, elle doit faire connaître à la Caisse le nom, l'adresse et la qualité de son employeur, ainsi que l'indication de son propre numéro de C.P.S.

Les infirmières doivent faire connaître à la Caisse toutes les modifications intervenues dans les conditions d'exercice de leur profession, notamment en cas de changement de secteur d'activité, dans un délai de un mois maximum.

La C.P.S. communiquera à chaque professionnel la liste mise à jour des infirmières conventionnées.

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

Article 12 - Des conditions d'installation en exercice libéral sous convention

Les parties signataires conviennent que la qualité des soins dispensés à titre libéral par les professionnelles relevant de la présente convention ou leurs remplaçantes est garantie dès lors qu'elles justifient d'une expérience professionnelle d'infirmière de 3 ans.

Article 13 - Conditions d'exercice des remplaçantes

Les parties signataires conviennent de la nécessité de mettre en œuvre des moyens permettant d'identifier et de suivre l'activité des remplaçants.

Une infirmière qui cesse momentanément tout exercice professionnel est tenue de communiquer à la C.P.S. préalablement au début du remplacement, le nom de son remplaçant ainsi que les dates de début et de fin du remplacement. Il lui appartient de vérifier que son remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement.

La remplaçante n'est pas conventionnée.

La durée du remplacement, sauf exception fixée en annexe II ne peut être inférieure à 24 heures ou excéder plus de six mois par an, sauf avis favorable de la Commission Conventionnelle Paritaire.

La remplaçante d'une infirmière placée sous le régime de la présente convention est tenue de se conformer à l'ensemble du dispositif conventionnel (notamment en ce qui concerne la fourniture des documents prévue à l'article 8 paragraphe 1) et aux règles suivantes :

- être titulaire d'un diplôme d'Etat d'infirmière préalablement enregistré au Greffe du Tribunal de Papeete (ou Uturoa) et à la Direction de la Santé de Polynésie française ;
- conclure un contrat de remplacement avec l'infirmière libérale remplacée dès lors que le remplacement dépasse une durée de 24 heures ou s'il est d'une durée inférieure mais répétée ;
- ne remplacer au maximum que deux infirmières simultanément ;
- justifier d'une activité professionnelle de trente six mois, soit un total de 4800 heures de temps de travail effectif, dans les six années précédant la date de demande de remplacement.

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

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

L'infirmière remplacée doit faire connaître à la C.P.S. le nom du ou des remplaçants, la durée et les dates de son remplacement, dans l'attente de la création du Conseil de l'Ordre des Infirmiers.

La Caisse peut demander, en tant que de besoin, la communication du contrat de remplacement.

L'infirmière remplaçante prend la situation conventionnelle de l'infirmière qu'elle remplace.

En conséquence, l'infirmier remplaçant ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, une infirmière déconventionnée.

Article 14 - Cessation d'activité

Tout praticien qui cesse son activité pendant une durée supérieure à trois (3) mois consécutifs doit en informer la C.P.S. en précisant les dates de début et de fin de la période concernée. Cette obligation d'information ne fait toutefois pas obstacle au contrôle de l'exercice conventionnel effectif de la profession en libéral effectué chaque semestre par la Caisse et prévu par les dispositions de l'article suivant.

Lorsque la Caisse a connaissance de la cessation d'activité d'une infirmière n'ayant pas satisfait à cette obligation, elle rappelle à l'intéressée, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, les dispositions des paragraphes 1 et 3 du présent article.

Si la lettre est retournée par l'administration des postes avec la mention « non réclamée », « inconnu », « parti » ou toute autre mention équivalente, un nouvel envoi est effectué dans un délai minimum de quinze (15) jours à compter de la date de retour du premier courrier recommandé. Si le second envoi est également renvoyé pour un motif analogue, la C.P.S. procède à la radiation d'office de l'infirmière concernée qui est réputée avoir définitivement cessé d'exercer.

La Caisse en informe la commission conventionnelle paritaire.

Article 15 - Exercice conventionnel effectif de la profession en libéral

Conformément aux dispositions de la délibération 95-109/AT modifiée, les praticiens conventionnés doivent, pour conserver le bénéfice du conventionnement, justifier de l'exercice conventionnel effectif de la profession en libéral.

Les parties s'entendent pour définir que l'exercice conventionnel effectif de la profession en libéral tient compte :

(Modifié par [Avenant n° 7](#), art. 3, approuvé par Arr. n° 115 CM du 30 janvier 2015) « - du nombre d'actes effectués par le praticien et/ou son remplaçant ; »

- du nombre de patients concernés par ces (Remplacée par [Avenant n° 7](#), art. 4, approuvé par Arr. n° 115 CM du 30 janvier 2015) « soins » ;

- du temps consacré à l'exercice conventionnel de la profession.

(Modifié par [Avenant n° 7](#), art. 5, approuvé par Arr. n° 115 CM du 30 janvier 2015) « Chaque semestre, la Caisse expédie à chaque praticien conventionné son relevé individuel d'activité professionnel (RIAP), sur lequel figure le nombre d'actes effectués par le praticien et/ou son remplaçant pour la période concernée ainsi que le nombre de patients traités, relevant de l'un des régimes de protection sociale gérés par la Caisse ».

(Modifiées par [Avenant n° 2](#), art. unique, approuvé par Arr. n° 2009 CM du 8 novembre 2010) « A partir du relevé annuel, la Caisse identifie les praticiens disposant d'un nombre d'actes coefficientés inférieurs à 4 000 AIS ».

(Modifié par [Avenant n° 7](#), art. 6, approuvé par Arr. n° 115 CM du 30 janvier 2015)
« Ce nombre minimum d'actes effectués par le praticien peut être révisé annuellement par avenant à la convention ».

En respectant la procédure prévue à l'article 36, elle rappelle aux intéressés, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, les dispositions des alinéas 1, 2 et 4 du présent article, et informe qu'ils disposent d'un délai de trente (30) jours à compter de la réception de la lettre recommandée, pour donner des explications sur leur faiblesse (*Remplacées par [Avenant n° 7](#), art. 7, approuvé par Arr. n° 115 CM du 30 janvier 2015*) « activité effectuée ». A défaut, la C.P.S. procède à la radiation d'office de l'infirmière concernée qui est réputée avoir définitivement cessé d'exercer.

Si la lettre est retournée par l'administration des postes avec la mention « non réclamée », « inconnu », « parti » ou toute autre mention équivalente, un nouvel envoi est effectué dans un délai minimum de quinze (15) jours à compter de la date de retour du premier courrier recommandé. Si le second envoi est également renvoyé pour un motif analogue, la C.P.S. procède de la même manière à la radiation d'office de l'infirmière concernée qui est réputée avoir définitivement cessé d'exercer.

En cas de contestation, le praticien dispose d'un recours de droit commun devant le tribunal compétent.

TITRE IV

ACCES ET QUALITE DES SOINS INFIRMIERS

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

Article 16 - Qualité des soins

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

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

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

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

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

TITRE V

MAITRISE MEDICALISEE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES

Les parties signataires rappellent la nécessité de parvenir à une régulation concertée de l'évolution des dépenses de soins infirmiers pris en charge par l'Assurance maladie. La régulation est fondée sur une amélioration de la connaissance des besoins de la population, le développement de l'évaluation et la valorisation des soins de qualité.

D'un commun accord, les parties signataires définissent ci-après les modalités de mise en œuvre de cette maîtrise :

Article 17 - Du principe de la régulation

La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé contribue au financement du progrès médical pour tous en visant à améliorer la qualité et l'efficacité du système de soins. Le dispositif de maîtrise est mis en œuvre dans le cadre conventionnel où sont notamment adoptés :

- les procédures de recueil d'informations et de statistiques sanitaires ;
- les soins coordonnés à domicile ;
- l'exercice du contrôle médical ;
- le plafond d'efficience au-delà duquel les parties signataires conviennent que la qualité des soins dispensés par une infirmière n'est plus assurée.

Article 18 - Recueil d'informations

Les praticiens facturant des actes ou des prestations remboursables par les régimes de protection sociale de Polynésie française s'engagent à communiquer à l'organisme de gestion, sur les feuilles de soins ou autres imprimés de facturation, leur numéro de code praticien, leur zone de conventionnement, le code des actes effectués.

Les données visées au premier alinéa servent à l'élaboration des relevés individuels d'activité professionnelle (RIAP). Ces informations servent également de base à la réalisation d'analyses médico-économiques par la C.P.S. et les instances paritaires.

En outre, elles peuvent être transmises annuellement à la Direction de la Santé, de manière anonyme, afin de réaliser l'analyse de la morbidité de la population à des fins épidémiologiques.

La commission conventionnelle paritaire est rendue destinataire du résultat de l'exploitation de ces données par la C.P.S. et procède à leur analyse.

Article 19 - Soins coordonnés à domicile

Dans le cadre de la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé tout en garantissant une qualité de soins, la commission conventionnelle paritaire est chargée d'élaborer une réflexion et de développer une proposition de soins coordonnés à domicile.

Un projet de protocole devra être soumis aux instances paritaires des conventions des masseurs kinésithérapeutes et des médecins pour y recevoir leurs observations éventuelles et leur approbation dans les meilleurs délais pour une mise en place pendant la durée de la convention.

Article 20 - Exercice du contrôle médical

L'exercice du médecin conseil s'inscrit dans le cadre de mission de santé publique.

A cet effet, il est un observateur privilégié en matière d'épidémiologie. Il est chargé d'un rôle d'information général, de conseil et de contrôle. Dans le cadre de sa mission, il lui appartient de donner à la Caisse tout avis de sa compétence, notamment sur l'opportunité de la prise en charge médicale et les appareillages mis en œuvre, sur la constatation des abus en matière de soins et d'application de la tarification des honoraires.

Dans le cadre de la commission conventionnelle paritaire, il lui appartient d'informer les représentants du ou des syndicats signataires des erreurs ou incompréhensions habituellement rencontrées, ou de tout autre sujet intéressant les relations des professionnels de santé avec la Caisse.

Dans ce cadre, il assure en partenariat avec le service de relations conventionnelles, une coordination de cette information vers tous les professionnels de santé intéressés.

Article 21 - De la mise en œuvre de la régulation

Le dispositif de maîtrise est mis en œuvre de la façon suivante :

Afin de suivre la bonne application des dispositions précitées, les parties signataires conviennent de se réunir au moins une (1) fois par an. Un bilan est effectué portant notamment sur :

- l'application de la réglementation mentionnée dans la présente convention,
- l'application des dispositions conventionnelles,
- le suivi de l'évolution des dépenses de soins infirmiers remboursés par l'Assurance maladie,
- le suivi des relevés annuels d'activité individuelle professionnelle (RIAP),
- les réajustements nécessaires, après analyse des responsabilités respectives, entraînant si besoin un report de date d'application des revalorisations tarifaires.

§ 1. Plafond d'efficience

(Modifié par [Avenant n° 7](#), art. 8, approuvé par Arr. n° 115 CM du 30 janvier 2015)
« Les parties signataires conviennent de définir un plafond d'efficience compatible avec la qualité des soins telle que définie à l'article 16. Ce plafond d'efficience correspond à l'ensemble des actes inscrits à la (Remplacé par [Avenant n° 13](#), art. 1, approuvé par

Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021) « Nomenclature Polynésienne des Actes professionnels » exprimés en coefficients effectués par l'infirmier exerçant à titre libéral et/ou son remplaçant, pris en charge par l'assurance maladie-accident du travail, au cours de l'année civile considérée ».

Ce plafond d'efficience constitue un engagement des professionnels à maintenir leur activité dans des conditions compatibles avec une distribution de soins de qualité. Il en est de même des indemnités kilométriques dont le seuil au-delà duquel l'indemnité n'est plus prise en charge est fixé conventionnellement en annexe de la présente convention.

Le plafond d'efficience d'activité individuelle, tel que défini ci-dessus, compatible avec la dispensation de soins éclairés et de qualité s'établit à (Remplacée par [Avenant n° 12](#), art. unique, approuvé par Arr. n° 110 CM du 30 janvier 2020) « 33 000 » coefficients AMI et/ou AIS pour l'année civile considérée. Au-delà de ce plafond, les actes ne sont plus pris en charge par la Caisse et considérés comme un indu.

§ 2. Suivi de l'activité

Les parties signataires conviennent de mettre en place un dispositif de suivi de l'activité des praticiens conventionnés.

(Modifié par [Avenant n° 7](#), art. 9, approuvé par Arr. n° 115 CM du 30 janvier 2015) « L'activité étudiée est examinée à partir des relevés individuels d'activité professionnelle (RIAP) transmis par la Caisse à chaque praticien. Les relevés correspondent aux actes effectués et remboursés par la C. P. S. pour les régimes de protection sociale qu'elle gère durant une période de référence ».

Il est convenu (Remplacées par [Avenant n° 7](#), art. 11, approuvé par Arr. n° 115 CM du 30 janvier 2015) qu'« un relevé de l'ensemble des actes effectués » des actes¹ du premier semestre et de fin d'exercice sera adressé au praticien dans les délais suivants :

- le premier, avant la fin du troisième trimestre ;
- le second, dans le courant du premier trimestre de l'année civile suivante.

La constatation du dépassement du plafond d'efficience d'activité individuelle est effectuée dans le courant du premier semestre de l'année civile suivante selon les modalités prévues à l'article suivant.

Article 22 - Du dépassement du plafond d'efficience

Lorsque le plafond d'efficience de (Remplacée par [Avenant n° 12](#), art. unique, approuvé par Arr. n° 110 CM du 30 janvier 2020) « 33 000 » AMI et/ou AIS est atteint, la Caisse invite le praticien concerné à formuler ses observations selon les modalités prévues à l'article 36.

Au-delà du plafond d'efficience d'activité individuelle, les actes effectués ne sont plus remboursés par la Caisse et un reversement, constitué de la partie des dépenses remboursées par l'Assurance maladie correspondant aux prestations indûment perçues au titre des soins dispensés, est effectué par le praticien concerné à la Caisse.

Dans tous les cas, les déplacements ne donnent plus lieu au paiement des indemnités dès lors que sera atteint le plafond d'efficience d'activité individuelle de (Remplacée par [Avenant](#)

¹ Erreur lors de la modification. Il convient de ne pas tenir compte des termes « des actes »

n° 12, art. unique, approuvé par Arr. n° 110 CM du 30 janvier 2020) « 33 000 » AMI et/ou AIS et les indemnités perçues indûment font également l'objet d'un reversement.

Le délai de reversement est de trente (30) jours à compter de la réception de la lettre, l'éventuelle contestation de l'intéressé (*Remplacées par Avenant n° 7, art. 12, approuvé par Arr. n° 115 CM du 30 janvier 2015) « est suspensive » au regard de cette obligation.*

Si la lettre est retournée par l'administration des postes avec la mention « non réclamée », « inconnu », « parti », ou toute autre mention équivalente, un nouvel envoi est effectué dans un délai minimum de quinze (15) jours à compter de la date de retour du premier courrier recommandé. Si le second envoi est également renvoyé pour un motif analogue, la C.P.S. procède à la radiation d'office de l'infirmier concerné qui est réputé avoir définitivement cessé d'exercer.

(Modifié par Avenant n° 7, art. 13, approuvé par Arr. n° 115 CM du 30 janvier 2015) « L'inexécution de l'obligation de reversement, le cas échéant après une décision de justice devenue irrévocable, entraîne de plein droit, et sans qu'il soit besoin de le notifier par courrier à l'intéressé, une mesure de déconventionnement du praticien concerné durant une période de trois (3) mois à compter de la fin du délai de reversement ».

Passé ce délai, si l'intéressé n'a toujours pas exécuté son obligation de reversement, une mesure de déconventionnement définitive est prononcée par la Caisse par courrier recommandé avec demande d'avis de réception. La mesure de déconventionnement définitive prend effet quinze (15) jours après la réception de la lettre.

La Caisse prend alors toutes les dispositions qui s'imposent pour recouvrer sa créance.

Il est rappelé par ailleurs que toute mesure de déconventionnement entraîne la suspension de tous les avantages éventuels prévus par le statut du conventionnement pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

Les décisions de la Caisse sont portées à la connaissance de la commission conventionnelle paritaire par la C.P.S.

En cas de contestation, le praticien dispose d'un recours de droit commun devant le tribunal compétent.

TITRE VI

DES STRUCTURES DE DISTRIBUTION DE SOINS

Article 23 - L'infirmière libérale et l'offre en structure

La Caisse exprime sa volonté de s'abstenir, pendant la durée de la convention, de toute action tendant à un développement des organismes de distribution de soins infirmiers pouvant être considérés par les infirmières comme étant susceptibles de nuire à l'exercice libéral de leur profession dans le cadre du régime conventionnel.

L'intervention des infirmières libérales à domicile doit s'articuler avec les réponses apportées par les autres composantes de l'offre de proximité, telles que notamment les structures de Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), d'Hospitalisation A Domicile

(HAD), les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes et les Centres de Soins Infirmiers.

Les parties signataires s'engagent à favoriser la complémentarité et la cohérence de l'intervention des différentes composantes de l'offre de soins.

TITRE VII

DE LA PREVENTION ET DE L'EDUCATION SANITAIRE

Article 24 - De la prévention

Les parties signataires rappellent que la prévention est un élément essentiel de la politique de santé.

La nature et les modalités de participation des infirmières libérales à ces actions font l'objet d'un protocole négocié.

Article 25 - De l'éducation sanitaire

Les parties signataires favorisent la diffusion, vers les infirmières libérales et les assurés, des informations en vue d'une meilleure utilisation du système de soins. Celles-ci portent également sur l'évolution des dépenses de l'Assurance maladie.

Des campagnes communes d'éducation sanitaire sont définies et organisées conjointement.

TITRE VIII

FORMATION CONTINUE CONVENTIONNELLE (FCC)

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

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

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

Elles décident dans ce cadre de favoriser le développement de cette formation continue en contribuant à son financement. Les conditions dans lesquelles la Caisse peut participer à ce financement seront définies ultérieurement par avenant.

Les parties signataires conviennent de déterminer les conditions de la participation des infirmiers aux actions de formation continue conventionnelle, les objectifs et les modalités d'organisation et de financement de cette formation.

Article 26 - Objectifs et contenu de la formation continue conventionnelle

La formation continue est un élément essentiel de la qualité et du bon usage des soins. Elle concourt à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses.

La formation continue conventionnelle porte sur :

- l'entretien des connaissances ;
- l'évolution des techniques et des pratiques préventives, diagnostiques et thérapeutiques ;
- l'économie de la santé ;
- l'harmonisation des pratiques au sein de la profession quel que soit le mode d'exercice ou secteur d'activité des praticiens.

Article 27 - La commission chargée de la formation continue conventionnelle

Une commission chargée de la FCC est instituée. Elle est composée du directeur de la Caisse ou de son représentant qui en assure la présidence, de l'agent-comptable de la Caisse ou de son représentant et d'un médecin conseil de la C.P.S. ainsi que de trois infirmiers désignés par le syndicat signataire.

Elle délibère si au moins quatre (4) des membres qui la composent, assistent à la séance et à la majorité des voix des membres présents.

Article 28 - Mise en place et organisation du dispositif de formation

Les parties signataires conviennent de définir les orientations et thèmes d'action de la formation continue qu'elles entendent soutenir dans le cadre conventionnel.

La commission chargée de la formation continue conventionnelle est chargée à ce titre :

- de définir la liste des thèmes de formation conventionnelle qu'elle juge prioritaires pour l'année suivante ;
- d'élaborer le cahier des charges du programme de FCC ;
- de fixer les modalités d'évaluation de la FCC ;
- de favoriser une participation multidisciplinaire à ces formations pour la prise en charge complète des besoins de santé et pour assurer la continuité des soins.

Chaque année, tout ou partie de l'organisation pédagogique de la FCC peut être confiée par la Caisse à un organisme ou une association répondant à un cahier des charges approuvé par la commission chargée de la formation continue conventionnelle. Cet organisme ou cette association devient ainsi le maître d'oeuvre de la FCC et gère tout ou partie de la dotation prévue à l'article 4 pour le financement des actions de formation.

Article 29 - Financement des actions de formation

Les frais entraînés par la mise en œuvre des actions de formation agréées par l'instance paritaire (frais pédagogiques, frais matériels, organisation, etc.) sont financés par une dotation annuelle de la Caisse.

(Modifié par [Avenant n° 13](#), art. 5, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021)

« Le montant de cette dotation figurant en Annexe IV, est fixé chaque année par avenant ».

La commission chargée de la FCC est chargée de la répartition des fonds nécessaires aux différentes actions de FCC.

Article 30 - Evaluation de la formation continue conventionnelle

Les instances conventionnelles paritaires analysent chaque année le bilan des actions de formation conventionnelle dressé par l'organisme ou l'association à qui la réalisation desdites actions a été confiée. Cette évaluation porte sur le coût, les conditions d'organisation et la qualité de la formation.

TITRE IX **DES DISPOSITIONS DIVERSES**

Article 31 - Des modalités particulières d'exercice

La Caisse peut communiquer à l'organisation syndicale signataire les documents résultant d'études préparatoires à l'élaboration de tout texte concernant l'organisation des soins en hospitalisation à domicile, des soins aux personnes âgées et des urgences.

Une réflexion pourra être menée à ce sujet par les parties signataires en tant que de besoin.

TITRE X **DES ORGANES DE CONCERTATION**

Article 32 - De la composition de la Commission Paritaire

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle et mettent en place pour en faciliter l'exercice : une Commission paritaire composée d'une section professionnelle et d'une section sociale.

La section professionnelle comprend :

- 3 représentants désignés par l'organisation syndicale des infirmières parmi leurs adhérents placés sous le régime de la présente convention.

La section sociale comprend :

- 3 représentants désignés par la Caisse parmi les administrateurs.

L'organisation syndicale ainsi que la Caisse peuvent désigner chacune des représentants suppléants, dans les mêmes conditions que les représentants titulaires.

Les membres suppléants ne siègent aux séances qu'en l'absence d'un des représentants titulaires appartenant à la même organisation syndicale ou à la Caisse.

Sans remettre en cause le caractère paritaire de la commission, le directeur, l'agent comptable et un (1) médecin conseil de la Caisse, ou leurs représentants, sont membres de droit de la commission, avec voix consultative. De même, les salariés de la Caisse désignés par le directeur et chargés de la gestion administrative des séances de la commission sont membres de droit de la commission avec voix consultative.

§ 1- En cas de cessation de fonction de l'un des membres de la Commission, les parties signataires intéressées pourvoient au remplacement de celui-ci dans les meilleurs délais.

L'organisme ayant désigné un ou plusieurs représentants peut, en cours de mandat, procéder au remplacement de celui-ci dans les meilleurs délais.

§ 2- La section professionnelle et la section sociale élisent chacune un président choisi parmi leurs membres. Le président de la section sociale et le président de la section professionnelle assurent, à tour de rôle, par période d'un an, la présidence et la vice-présidence de la Commission paritaire.

§ 3- Les membres de la Commission peuvent se faire assister de conseillers techniques à raison de trois par section.

§ 4- En cas de carence de la Commission, ou faute de décision de cette dernière dans le délai imparti, la Caisse peut exercer les attributions dévolues à cette instance. »

Article 33 - Du rôle de la Commission Paritaire

La Commission Paritaire a pour rôle de faciliter l'application de la convention par une coopération permanente de la Caisse et du ou des syndicats des infirmières.

Elle réunit les informations utiles à la bonne application des règles conventionnelles. Elle est régulièrement informée des conditions générales et individuelles d'application de la convention.

Elle est saisie de toutes difficultés d'application et notamment du respect des dispositions définies en matière d'amélioration de la qualité des soins et du suivi des mécanismes de régulation concertée.

La Commission est informée par la Caisse du nombre et de la répartition des professionnelles dont les plafonds d'efficience d'activité individuelle sont supérieurs à ceux définis.

Dans un délai d'un mois suivant la transmission des relevés par la Caisse, la Commission constate et valide les dépassements du plafond d'efficience d'activité individuelle après examen de l'activité des infirmières concernées.

Elle examine également les situations particulières liées à des modalités d'exercice spécifiques dans les zones où la densité des infirmières libérales par rapport à la population est faible et s'assure du respect de l'égal accès aux soins infirmiers.

Elle suit l'évolution des dépenses et propose aux parties signataires de la convention les mesures d'ajustement utiles pour garantir la maîtrise de l'évolution de ces dépenses.

Elle propose aux parties signataires pour l'année suivante les plafonds d'efficience d'activité individuelle compatibles avec la qualité des soins.

Elle participe à la mise en place de la formation continue conventionnelle et notamment fixe pour l'année les thèmes de formation.

Article 34 - Règlement intérieur type de l'instance conventionnelle

- § 1 La Commission se réunit chaque fois qu'il est nécessaire et au moins une (1) fois par an.
La réunion est de droit lorsqu'elle est demandée par le président ou par le vice-président.
- § 2 La Commission Paritaire se réunit au siège de la Caisse ou en tout autre lieu qu'elle choisit à cet effet.

Le secrétariat est assuré par un membre du personnel administratif de la Caisse.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la Commission au moins (*Remplacées par [Avenant n° 7](#), art. 14, approuvé par Arr. n° 115 CM du 30 janvier 2015*) « quinze (15) jours », sauf urgence, avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour.

L'ordre du jour est établi à la demande de la section professionnelle et/ou de la section sociale par le secrétariat de la Commission en liaison avec les Présidents de chaque section.

- § 3 La Commission ne peut délibérer valablement qu'à parité de ses membres présents ou représentés ; en outre, il est nécessaire que la moitié au moins d'entre eux assiste à la séance. Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations.

En cas d'absence, les membres de la Commission peuvent soit donner délégation de vote à un autre membre de la même section (dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation), soit se faire représenter dans les conditions prévues à l'article 1^{er} ci-dessus.

Dans le cas où le quorum prévu au présent article ne serait pas atteint, la Commission est convoquée à nouveau dans un délai de quinze jours avec le même ordre du jour. Aucune exigence de quorum n'est alors requise.

Les décisions sont prises à la majorité simple des voix ou des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls. En cas de partage égal des voix et s'il n'est pas présenté de proposition transactionnelle, la délibération sur le point litigieux est reportée à une réunion ultérieure de l'instance intervenant au plus tard dans le mois qui suit.

Il est alors procédé à un second vote. La décision est adoptée à la majorité simple des voix exprimées. En cas de maintien du partage égal des voix lors de cette deuxième réunion, la voix du président est prépondérante.

Les délibérations font l'objet d'un procès verbal, établi par le secrétaire dans les deux mois de la tenue de la commission, signé par le président et par le vice-président à défaut, par un membre de chacune des sections ayant pris part à la réunion. Ce document, conservé par le secrétariat, est adressé à chaque membre, titulaire ou suppléant, de la commission, puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante.

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

§ 5 Carence :
Il y a situation de carence dans les cas suivants :
- non tenue de réunion résultant de l'incapacité répétée (deux fois consécutives) des sections soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section,
- absence répétée de quorum (deux fois consécutives) à des réunions ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre des sections,
- refus répété (deux fois consécutives), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour.

Dans tous les cas, un constat de carence est dressé. Le cas échéant, la section à l'origine de la situation de carence, est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation dans les meilleurs délais. Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.

Article 35 - Des attributions de la Commission

La Commission Paritaire exerce les attributions qui lui sont confiées par la convention et qui sont définies à l'article 33 et au Titre XI de la convention.

TITRE XI **DU NON-RESPECT DES REGLES CONVENTIONNELLES**

Article 36 - Procédures conventionnelles

Les parties signataires sont convenues de définir dans le présent paragraphe les situations pour lesquelles un professionnel qui, dans son exercice, ne respecte pas ses engagements conventionnels, est susceptible de faire l'objet d'un examen de sa situation par les instances paritaires et d'une éventuelle sanction.

Les partenaires conventionnels souhaitent néanmoins que la Caisse et les professionnels favorisent autant que possible le dialogue et la concertation avant d'entamer une procédure.

Ils rappellent que les sanctions conventionnelles visent avant tout à atteindre un changement durable de comportement qui ne serait pas conforme à la convention.

*(Modifié par [Avenant n° 6](#), art. 5, approuvé par Arr. n° 516 CM du 27 mars 2014 puis modifié par [Avenant n° 9](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 192 CM du 23 février 2017) « § 1.- Lorsqu'une infirmière ne respecte pas les dispositions conventionnelles, législatives ou réglementaires en vigueur, elle peut, après mise en œuvre des procédures définies aux paragraphes 2, 3, 4, **5 ou 6** du présent article, encourir un avertissement, une mise en garde, un déconventionnement temporaire ou définitif, ou le reversement des prestations remboursées au-delà du plafond d'efficience ».*

Les déconventionnements temporaires sont de un (1), trois (3) ou six (6) mois selon l'importance des griefs. Elles peuvent être assorties d'un sursis sans confusion des mesures précitées en cas de nouvelle mesure. Le déconventionnement peut également être prononcé pour la durée de la convention ou à titre définitif.

Tout déconventionnement entraîne la suspension de tous les avantages éventuels prévus par le statut du conventionnement pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

§ 2.- Lorsqu'une infirmière a de façon répétée :

- omis de fournir les informations prévues à l'article II de la présente convention,
- refusé les contrôles diligentés par le service contrôle médical de la Caisse,
- pratiqué des honoraires supérieurs aux tarifs opposables,
- manqué aux obligations de remplir les feuilles de soins et imprimés réglementaires, d'inscrire le montant des honoraires perçus,
- ignoré le tact et la mesure dans la fixation du montant des honoraires de ses soins,
- ignoré les dispositions de la *(Remplacé par [Avenant n° 13](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021)* « Nomenclature Polynésienne des Actes professionnels »,
- fait de fausses déclarations ou fraudé,
- et tout manquement aux règles conventionnelles,

la Caisse communique le relevé de ses constatations à la commission conventionnelle paritaire et à l'infirmière concernée qui dispose d'un délai d'un (1) mois pour présenter ses observations et justifications à la commission paritaire ou demander à être entendue par elle.

L'infirmière peut se faire assister par un avocat ou une personne de son choix dans la mesure où il n'a pas la qualité de représentant de l'une des sections siégeant à la commission. Cette personne ne peut avoir la qualité de membre de l'un des conseils d'administration ou comité de gestion de l'un des régimes de protection sociale de Polynésie française.

La commission conventionnelle paritaire doit rendre son avis dans le délai de deux (2) mois suivant la réception des observations du praticien concerné ou de sa demande de comparution.

(Remplacées par [Avenant n° 6](#), art. 6, approuvé par Arr. n° 516 CM du 27 mars 2014) « Le Directeur de la Caisse » notifie sa décision motivée à l'infirmière concernée.

(Inséré par [Avenant n° 6](#), art. 7, approuvé par Arr. n° 516 CM du 27 mars 2014) « § 3.-Lorsqu'une infirmière a dépassé le plafond d'efficience :

La Caisse communique le relevé de ses constatations à la commission conventionnelle paritaire et à l'infirmière concernée qui dispose d'un délai d'un (1) mois pour présenter ses observations et justifications à la commission paritaire ou demander à être entendue par elle.

L'infirmière peut se faire assister par un avocat ou une personne de son choix dans la mesure où il n'a pas la qualité de représentant de l'une des sections siégeant à la commission. Cette personne ne peut avoir la qualité de membre de l'un des conseils d'administration ou comité de gestion de l'un des régimes de protection sociale de Polynésie française.

La commission adresse son avis dûment motivé à la Caisse de prévoyance sociale sur l'opportunité de mettre en œuvre la procédure de reversement prévue à l'article 22.

Elle se prononce au regard, notamment de :

- La date d'installation de l'infirmière ;
- La zone d'exercice ;
- L'activité moyenne effective des infirmières sur la zone ;
- Le nombre d'infirmières en dépassement dans la zone ;
- Le niveau de dépassement de l'infirmière ;
- Le caractère récurant des dépassements ;
- Le mode d'exercice de l'infirmière ;
- L'analyse de l'activité.

Elle rend son avis motivé dans le délai de deux (2) mois suivant la réception des observations du praticien concerné ou de sa demande de comparution.

Au vu de l'avis de la commission, le Directeur de la Caisse décide, le cas échéant, de mettre en œuvre la procédure de reversement.

Il notifie sa décision motivée à l'infirmière concernée ».

(Inséré par [Avenant n° 9](#), art. 2, approuvé par Arr. n° 192 CM du 23 février 2017) « § 4.- Lorsqu'une infirmière dispose d'un nombre d'actes coefficientés annuel inférieur à 4.000 AIS :

La Caisse communique le relevé de ses constatations à la commission conventionnelle paritaire et à l'infirmière concernée conformément à la procédure de l'article 15.

L'infirmière peut se faire assister par un avocat ou une personne de son choix dans la mesure où il n'a pas la qualité de représentant de l'une des sections siégeant à la commission. Cette personne ne peut avoir la qualité de membre de l'un des conseils d'administration ou comité de gestion de l'un des régimes de protection sociale de Polynésie française.

La commission adresse son avis dûment motivé à la Caisse de prévoyance sociale.

Elle se prononce au regard, notamment de :

- La date d'installation de l'infirmière ;
- La zone d'exercice ;
- L'activité effective des infirmières sur la zone ;
- Le nombre d'infirmières en-dessous du seuil de 4000 AIS ;
- Le niveau d'activité en-dessous du seuil de 4000 AIS de l'infirmière ;
- Le caractère récurrent du non respect de cette activité minimale ;
- Le mode d'exercice de l'infirmière ;
- L'existence de contre-indications médicales.

La commission conventionnelle paritaire rend son avis motivé dans le délai de deux (2) mois suivant la réception des observations du praticien concerné ou de sa demande de comparution.

Le Directeur de la Caisse notifie sa décision motivée à l'infirmière concernée ».

(Modifié par [Avenant n° 6](#), art. 8, approuvé par Arr. n° 516 CM du 27 mars 2014 puis modifié par [Avenant n° 9](#), art. 3, approuvé par Arr. n° 192 CM du 23 février 2017) « § 5.- Dans le cadre de l'application des paragraphes 2, 3 et 4 du présent article, la carence de la commission conventionnelle paritaire ne peut faire obstacle à la poursuite d'une des procédures engagées sur l'initiative de la Caisse : en cas de carence de l'instance paritaire, la C.P.S. peut décider de notifier à l'infirmière concernée l'une ou les mesures prévues au paragraphe 1 du présent article ».

(Remplacée par [Avenant n° 6](#), art. 9, approuvé par Arr. n° 516 CM du 27 mars 2014 puis remplacée par [Avenant n° 9](#), art. 4, approuvé par Arr. n° 192 CM du 23 février 2017) « § 6 » -Les décisions prises en application du présent article s'appliquent quinze (15) jours après la date de leur notification au praticien concerné. Elles sont portées à la connaissance de la commission conventionnelle paritaire après avoir été notifiées à l'intéressée.

Le praticien dispose d'un recours de droit commun devant le tribunal compétent.

Article 37 - Condamnation par une instance ordinale ou judiciaire

Lorsque l'Ordre ou une autre juridiction a prononcé, à l'égard d'une infirmière, une sanction devenue définitive :

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

le professionnel se trouve placé de fait et simultanément hors convention, à partir de la date d'application de la sanction ordinale ou judiciaire, et pour une durée équivalente déduction faite de la durée de la peine éventuellement effectuée en Métropole ou dans les D.O.M., les T.O.M., les P.O.M. et toutes autres collectivités de la République avant son installation en Polynésie française.

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

Le directeur de la Caisse informe le professionnel de sa situation par rapport à la convention.

Une copie de cette lettre est adressée aux membres de la Commission Conventionnelle Paritaire.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituent, en outre, une infraction au regard des règles et/ou des pratiques conventionnelles, la Caisse peut envisager à l'encontre du professionnel concerné l'une des mesures prévues à l'article précédent, en application de la procédure décrite dans le même article.

Article 38 - Du déconventionnement

Les décisions de mises hors convention prises en application de l'article 36 s'appliquent quinze (15) jours après la date de leur notification au praticien concerné.

Elles sont portées à la connaissance de la Commission Paritaire après avoir été notifiées à l'intéressée.

L'infirmière dispose d'un recours de droit commun devant le tribunal compétent.

La Caisse conserve le droit, en cas de faute, fraude ou abus, de recourir aux procédures prévues par la réglementation.

TITRE XII **DES TARIFS D'HONORAIRES**

Article 39 - Valorisation de l'activité

Afin de mieux rémunérer les contraintes liées à l'activité des infirmières libérales, les parties signataires décident de revaloriser les tarifs des actes de la profession selon le tableau figurant à l'annexe tarifaire de la présente convention et gelés sur une période de trois (3) ans.

Article 40 - Fixation des honoraires

Les tarifs d'honoraires, frais accessoires (2) et les majorations correspondant aux soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit de l'un des régimes de protection sociale de Polynésie française sont fixés à l'annexe tarifaire de la présente convention.

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

(2) Par frais accessoires, on entend l'indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) et l'indemnité kilométrique (IK).

Article 41 - Dépassements

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

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

Elle indique le motif du dépassement sur la feuille de soins (DE ou DD) et en avertit l'assuré dès le début des soins.

Dans les cas prévus ci-dessus l'infirmière fixe ses honoraires avec tact et mesure et indique le montant total perçu sur la feuille de soins.

Article 42 - Révision des tarifs d'honoraires

§ 1. Constat annuel

Avant le 15 octobre de chaque année, les parties signataires établissent un constat qui comporte pour l'année précédente :

- un bilan du fonctionnement des instances conventionnelles ;
- une analyse des écarts par rapport aux objectifs cibles corrigés de l'impact des actions liées à la maîtrise médicalisées des dépenses de santé ;
- une analyse de l'évolution des frais inhérents à la tenue d'un cabinet et/ou de ses charges professionnelles, ou à l'activité professionnelle pour ceux qui ne possèdent pas de cabinet infirmier.

§ 2. Révision

La révision des tarifs constitue au même titre que les autres dispositions un des éléments de l'équilibre conventionnel.

Avant le 30 octobre de chaque année, les tarifs sont discutés en commission conventionnelle paritaire qui transmet aux conseils d'administration et comité de gestion des régimes de protection sociale de Polynésie française un avenant qui propose pour l'année suivante les tarifs des honoraires et des frais accessoires.

Les dispositions de cet avenant entrent en vigueur après approbation du Conseil des ministres.

En tout état de cause, la première révision ne pourra être discutée et prendre effet qu'au terme d'une période de 3 ans à compter de la signature de la présente convention.

(Inséré par [Avenant n° 11](#), art. 2, approuvé par Arr. n° 1348 CM du 19 juillet 2019)
« Par dérogation et sous réserve de l'entrée en vigueur de la modification et l'adaptation de la NGAP, à compter de l'entrée en vigueur du présent avenant, les tarifs sont déterminés pour la période de l'exercice 2019 restant à courir et pour les deux années civiles 2020 et 2021, la prochaine révision tarifaire étant discutée à compter du 30 juin 2021 pour une prise d'effet en 2022. Toutefois, pour l'exercice 2021, est réservée la possibilité d'une révision en cas de variation significative de plus de 10% des montants remboursés, constatée sur la période du 1^{er} semestre 2020 ».

(Inséré par [Avenant n° 13](#), art. 6, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021)
« Compte tenu de la variation de plus de 10% des montants remboursés, constatée sur la période du 1^{er} semestre 2020 et en raison de la crise sanitaire liée à la COVID-19, les parties sursoient d'un an à l'application des tarifs prévus initialement pour l'exercice 2021. Par suite, les tarifs applicables en 2020 sont maintenus pour l'exercice 2021. »

TITRE XIII

VIE CONVENTIONNELLE

Article 43 - Date d'entrée en vigueur et durée

La convention est conclue pour une période de trois (3) années civiles restant à courir à compter de son entrée en vigueur, soit à la date de sa publication au Journal Officiel de la Polynésie française.

(Modifié par [Avenant n° 11](#), art. 3, approuvé par Arr. n° 1348 CM du 19 juillet 2019)
« Elle est renouvelable par tacite reconduction par période de trois (3) années civiles à compter du 1^{er} janvier 2020 ».

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

Article 44 - Dénonciation

La convention peut être dénoncée trois (3) mois au moins avant sa date d'échéance par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par tout autre moyen certain de transmission, adressée par l'un des régimes de protection sociale de Polynésie française ou le ou les syndicats signataires.

Dans ce cas, les effets des présentes perdurent durant ce délai de trois (3) mois pendant lequel une nouvelle convention devra être négociée.

Article 45 - Notification de la convention - Délai d'option - Renonciation du praticien

La Caisse adresse à chaque praticien concerné, le texte de la convention par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou tout autre moyen certain de transmission.

Ne peuvent adhérer que les infirmières remplissant les conditions d'exercice définies par la réglementation en vigueur et par la présente convention.

L'infirmière qui veut bénéficier du conventionnement et qui souhaite exercer sous le régime de la présente convention, le notifie à la Caisse, dans le mois suivant la réception du texte de la convention.

A peine de nullité, elle doit parapher chaque page de la convention, puis dater, apposer la mention :

« J'ADHERE AUX DISPOSITIONS CONVENTIONNELLES PRECEDENTES
ET AUX ANNEXES »

et signer la dernière page.

Elle devra enfin dater et signer l'Annexe I et l'Annexe II de la présente convention.

La convention entrera en vigueur dans le cadre des relations entre la Caisse et le praticien concerné, à compter de la date de notification par l'infirmière de sa volonté de se placer sous son régime, en retournant à la Caisse la convention correctement paraphée et signée.

Le défaut de signature de la convention vaut renonciation au bénéfice du conventionnement.

La même procédure s'applique à tout avenant.

Elle s'applique également en cas de nouvelle installation.

Toute infirmière exerçant sous le régime de la convention peut sortir du champ d'application de la convention. Elle en informe la Caisse par écrit.

Elle ne pourra exercer à nouveau sous le régime conventionnel qu'au moment du renouvellement de la convention et sous réserve des dispositions relatives à l'accès au conventionnement en vigueur.

Article 46 - Résiliation de la convention

La présente convention est résiliée de plein droit à compter de la publication au Journal Officiel de la Polynésie française de l'arrêté d'approbation d'une convention entre un ou plusieurs syndicats représentatifs des infirmières libérales et l'organisme de gestion.

Elle peut être résiliée d'accord partie et sans délai en cas de signature d'une nouvelle convention entre la Caisse et un ou plusieurs syndicats représentatifs des infirmières libérales.

Elle peut être résiliée sur l'initiative de l'un des régimes de protection sociale de Polynésie française ou le ou les syndicats signataires par lettre recommandée avec demande d'avis de réception en précisant les motifs sur lesquels ils estiment devoir fonder leur décision :

- en cas de violation grave et répétée des engagements conventionnels du fait d'une autre partie ;
- en cas de modification législative ou réglementaire mettant en cause les bases sur lesquelles repose l'engagement des signataires.

La résiliation ne prend effet qu'à l'échéance d'un préavis de trois (3) mois à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée.

TITRE XIV

COORDINATION DES SOINS - CONTRAT DE BONNES PRATIQUES

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

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

Article 47 - Plan de Soins Infirmiers

Dans le respect du libre choix du patient, les partenaires conventionnels sont conscients du rôle spécifique de l'infirmière libérale dans le système de soins, notamment en matière de prise en charge des patients à domicile au travers notamment de l'exercice de leur rôle propre.

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

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

En recentrant la profession d'infirmier sur son rôle propre le plan de soins infirmiers vise à améliorer les conditions du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie.

Les parties signataires considèrent que ce plan favorise la qualité des soins infirmiers en renforçant leur coordination.

Aussi, conviennent-elles d'un accord de bon usage du plan de soins infirmiers.

Cet accord, qui entend valoriser le rôle propre des infirmiers et préserver leur champ de compétence, a pour finalité une meilleure adéquation des soins infirmiers à domicile aux besoins de la population.

Il vise également une utilisation optimisée des imprimés dédiés au plan de soins infirmiers.

Article 48 - Objectifs médicalisés d'évolution des pratiques

Les parties signataires entendent, par cet accord, contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge infirmière à domicile par une meilleure coordination des soins.

Au travers de l'élaboration du plan de soins, et quel que soit le nombre de personnes prises en charge, cet accord a pour objectifs médicalisés d'évolution des pratiques, à savoir :

- de renforcer l'action des infirmières dans le maintien à domicile ;
- de valoriser leurs compétences, ce qui suppose une meilleure distribution de leur activité entre les séances de soins infirmiers ;
- et d'apporter une meilleure réponse aux besoins de la population.

Cet accord vise également à obtenir des infirmières une utilisation optimisée des imprimés dédiés au plan de soins infirmiers au regard des obligations de la (*Remplacé par [Avenant n° 13](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021*) « NPAP ».

Une attention particulière sera apportée à la promotion des modalités de surveillance et de prise en charge des soins, comprenant :

- l'éducation des patients et/ou de leur entourage ;
- la vérification de l'observance des traitements et du régime alimentaire ;
- le contrôle de la pression artérielle ;
- la participation au dépistage et le suivi des éventuelles complications :
 - * la prévention de l'apparition des complications liées au décubitus ;
 - * la tenue d'une fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant, qui doit être immédiatement alerté en cas de risque de complications ;
 - * la tenue, si nécessaire, de la fiche de liaison et la transmission des informations utiles à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue.

Article 49 : Engagements de l'infirmière

1. Engagements relatifs au suivi des patients.

L'infirmière s'engage, pour la prise en charge de ces patients, à assurer un suivi personnalisé, une coordination des soins avec tous les professionnels de santé appelés à soigner le patient concerné et une liaison avec l'entourage des patients.

Elle tient une fiche de surveillance hebdomadaire, dont le modèle figure en annexe III.

2. Engagements relatifs aux modalités de suivi de l'activité avec le service du contrôle médical

L'infirmière s'engage à prendre en compte les recommandations de bonne pratique.

Le suivi de son activité, notamment par le service du contrôle médical, qui pourra à cet effet demander tout document à l'infirmière, portera plus particulièrement, pour la durée de la convention, sur l'application :

- du plan de soins infirmiers à travers l'analyse statistique semestrielle des différentes cotations des actes pris en charge par les régimes de protection sociale gérés par la Caisse et l'analyse qualitative du remplissage des formulaires homologués ;
- et des soins techniques pour lesquels la tenue d'un dossier de soins et la transmission d'informations au médecin traitant sont nécessaires et inscrites à la (*Remplacé par [Avenant n° 13](#), art. 1, approuvé par Arr. n° 356 CM du 18 mars 2021*) « NPAP ».

Les instances conventionnelles feront un bilan annuel de ce dispositif.

3. Engagements relatifs aux niveaux d'activité

L'infirmière est tenue dans tous ses actes d'observer dans le cadre de la législation, de la réglementation et de la convention le concernant, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

4. Engagements relatifs à la participation de l'infirmière aux actions de la C.P.S. à destination des ressortissants

L'infirmière pourra participer aux programmes d'information et collaborer aux différents services que la CPS met en place à destination des ressortissants, notamment en contribuant à la rédaction de supports d'information et en intervenant sur des plates-formes de services.

Article 50 - Mise à disposition de supports d'information

Sont mis à la disposition des infirmières les formulaires relatifs au plan de soins infirmiers, annexés aux présentes.

Fait à PAPEETE, le 05-01-2009
en quatre (4) exemplaires originaux.

Pour le Syndicat des Infirmiers
libéraux de la Polynésie française :
LE PRESIDENT,

Pour la Caisse de Prévoyance Sociale
de la Polynésie française :
LE DIRECTEUR,

M. Philippe SCHAEFFER

Alexandre LEONTIEFF

Dispositions diverses :

(1) [Avenant n° 4](#), art.1, approuvé par arrêté n° 341 CM du 8 mars 2012

Article 1^{er} – Est reconduite pour une durée d'un an, la convention organisant les rapports entre la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et les infirmières libérales, en date du 5 janvier 2009.

(2) [Avenant n° 5](#), art. 1, approuvé par arrêté n° 101 CM du 28 janvier 2013

Article 1^{er} – Est reconduite pour une durée d'un an, la convention organisant les rapports entre la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et les infirmières libérales, en date du 5 janvier 2009.

(3) [Avenant n° 11](#), art. 5, approuvé par Arr. n° 1348 CM du 19 juillet 2019

Article 5 – Contribution au budget de formation

Par exception aux articles 27 et 28, les Infirmières Libérales acceptent que, pour l'exercice 2019, la contribution de l'organisme payeur au financement des actions de formation agréées prévues à l'article 29 de la convention du 05 janvier 2009 soit fixée dans une limite de CINQ MILLIONS DE FRANCS PACIFIQUE (5 000 000 XPF) pour l'ensemble des professions de santé conventionnées au regard de l'intérêt médico-économique de la ou des formation(s), notamment en termes d'amélioration de la qualité des soins, de réduction de la durée des traitements, de mise en place de réseau.

(Remplacées par [Avenant n° 14](#), art. 2, approuvé par Arr. n° 107 CM du 03 février 2022)

Les tarifs d'honoraires et frais accessoires pour les soins dispensés aux ressortissants et à leurs ayants droit, des régimes de protection sociale gérés par la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française sont fixés, **pour 2022**, ainsi qu'il suit :

LIBELLE	Tarifs 2022
AMI	526 XPF
AIS	443 XPF
DI (démarche soins Infirmier)	1 000 XPF
IFD (indemnité forfaitaire de déplacement)	418 XPF
IK (indemnité kilométrique – distance supérieure à 5 kms)	84 XPF
Majoration de nuit	1 529 XPF
Majoration de dimanche et jours fériés	1 337 XPF
MCI (majoration de coordination infirmier(ière))	835 XPF
MAU (majoration d'acte unique)	226 XPF

Les IFD et IK n'étant dues par la Caisse que lorsque l'état du ressortissant justifie médicalement les soins à domicile.

ANNEXE II : « Conditions de remplacement des infirmières libérales conventionnées »

Une infirmière qui cesse momentanément tout exercice professionnel est tenue de communiquer à la C.P.S. **préalablement** au début du remplacement, le nom de son remplaçant ainsi que les dates de début et de fin du remplacement. Il lui appartient de vérifier que son remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement.

La remplaçante n'est pas conventionnée.

La durée du remplacement, sauf exception fixée ci-après, ne peut être inférieure à 24 heures ou excéder plus de six mois par an, sauf avis favorable de la Commission Conventionnelle Paritaire.

La déclaration de remplacement en demi-journée est toutefois possible dans les conditions ci-dessous :

- infirmières **en longue maladie, acceptée par le Contrôle médical de la C.P.S. ;**
- infirmières **en maternité déclarées à la C.P.S. ;**
- infirmières **en arrêt de travail avec mi-temps thérapeutique ;**
- infirmières **en formation continue,**

- sous réserve que l'infirmière souhaitant bénéficier de cette mesure ait fait une demande argumentée auprès du Contrôle médical de la C.P.S. Ce dernier informera de sa décision le Service des relations conventionnelles de Santé qui, en fonction de celle-ci, traitera les déclarations de remplacement en demi-journée,
- **et que les déclarations de remplacement en demi-journée comportent un minimum de trois (3) jours consécutifs de remplacement.**

(Inséré par [Avenant n° 8](#), art. 2, approuvé par Arr. n° 83 CM du 28 janvier 2016) « La déclaration de remplacement en demi-journée est également possible pour les infirmières en mission de représentation syndicale dans le cadre de la mise en œuvre du présent dispositif conventionnel, sous réserve que l'infirmière ait informé le service des relations conventionnelles avant le début du remplacement ».

La remplaçante d'une infirmière placée sous le régime de la présente convention est tenue de se conformer à l'ensemble des règles conventionnelles de la présente, notamment celles définies aux articles 8 et 13.

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

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

L'infirmière remplacée doit faire connaître à la C.P.S. le nom du ou des remplaçants, la durée et les dates de son remplacement, dans l'attente de la création du Conseil de l'Ordre des Infirmiers.

La Caisse peut demander, en tant que de besoin, la communication du contrat de remplacement.

L'infirmière remplaçante prend la situation conventionnelle de l'infirmière qu'elle remplace.

En conséquence, l'infirmière remplaçante ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, une infirmière déconventionnée.

Tous les actes effectués durant la période de remplacement seront imputés sur le relevé d'activité du remplacé.

ANNEXE III : « MODELE DE FEUILLE DE SURVEILLANCE »

Date															
CONSTANTES															
ta															
pls															
t°															
diurèses															
selles															
NURSING															
t au lit															
douche															
Prev escarre															
DISTRIMED															
injectable															
perfusion															
p.o.															
TYPE DE PLAIE															
LOCALISATION															
DOULEUR															

(Inséré par [Avenant n° 13](#) puis modifiée par [Avenant n° 14](#), art. 3, approuvé par Arr. n° 107
CM du 03 février 2022)

ANNEXE IV : « CONTRIBUTION AU BUDGET DE FORMATION »

« Par dérogation aux articles 27 et 28 de la convention, les Infirmières Libérales acceptent que, pour **l'exercice 2022**, la contribution de l'organisme payeur au financement des actions de formation agréées prévues à l'article 29 de la convention du 05 janvier 2009, soit fixée dans une limite de **CINQ MILLIONS DE FRANCS PACIFIQUE (5 000 000 XPF)** pour l'ensemble des professions de santé conventionnées au regard de l'intérêt médico-économique de la ou des formation(s), notamment en termes d'amélioration de la qualité des soins, de réduction de la durée des traitements, de mise en place de réseau. »