

2.8

Accusé de réception de la préfecture : 059-225900018-20241216-329923-DE-1-1

Date de réception en préfecture le 23 décembre 2024

Publié le 26 décembre 2024

**Suite à la convocation en date du 2 décembre 2024**  
**LA COMMISSION PERMANENTE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL**  
**Réunie à Lille le 16 DÉCEMBRE 2024**

**Sous la présidence de Christian POIRET, Président du Conseil Départemental**

Nombre de membres en exercices : 82

Etaient présents : Salim ACHIBA, Martine ARLABOSSE, Barbara BAILLEUL, Bernard BAUDOUX, Charles BEAUCHAMP, Valentin BELLEVAL, Pierre-Michel BERNARD, Stéphanie BOCQUET, Anne-Sophie BOISSEAUX, Frédéric BRICOUT, François-Xavier CADART, Benjamin CAILLIET, Olivier CAREMELLE, Yannick CAREMELLE, Loïc CATHELAIN, Marie CHAMPAULT, Isabelle CHOAIN, Marie CIETERS, Sylvie CLERC, Barbara COEVOET, Valérie CONSEIL, Jean-Luc DARCOURT, Sylvie DELRUE, Agnès DENYS, Jean-Luc DETAVERNIER, Carole DEVOS, Stéphane DIEUSAERT, Monique EVRARD, Soraya FAHEM, Marie-Laurence FAUCHILLE, Michelle GREAUME, Maël GUIZIOU, Jacques HOUSSIN, Simon JAMELIN, Nicolas LEBLANC, Vincent LEDOUX, Michel LEFEBVRE, Sébastien LEPRETRE, Maryline LUCAS, Didier MANIER, Françoise MARTIN, Elisabeth MASSE, Anne MIKOLAJCZAK, Luc MONNET, Charlotte PARMENTIER-LECOCQ, Laurent PERIN, Max-André PICK, Michel PLOUY, Christian POIRET, Eric RENAUD, Marie-Paule ROUSSELLE, Caroline SANCHEZ, Céline SCAVENNEC, Frédérique SEELS, Sébastien SEGUIN, Marie TONNERRE-DESMET, Patrick VALOIS, Aude VAN CAUWENBERGE, Anne VANPEENE, Philippe WAYMEL, Isabelle ZAWIEJA-DENIZON.

Absent(e)(s) représenté(e)(s) : Paul CHRISTOPHE donne pouvoir à Martine ARLABOSSE, Claudine DEROEUX donne pouvoir à Eric RENAUD, Jean-Claude DULIEU donne pouvoir à Isabelle CHOAIN, Isabelle FERNANDEZ donne pouvoir à Valérie CONSEIL, Valérie LETARD donne pouvoir à Stéphane DIEUSAERT, Bertrand RINGOT donne pouvoir à Didier MANIER, Marie SANDRA donne pouvoir à Luc MONNET, Karima ZOUGGAGH donne pouvoir à Marie TONNERRE-DESMET.

Absent(e)(s) excusé(e)(s) : Christine DECODTS, Frédéric DELANNOY, Béatrice DESCAMPS-MARQUILLY, Marie-Hélène QUATREBOEUF.

Absent(e)(s) : Grégory BARTHOLOMEUS, Doriane BECUE, Josyane BRIDOUX, Régis CAUCHE, Laurent DEGALLAIX, Mickaël HIRAUX, Sylvie LABADENS, Nicolas SIEGLER, Jean-Noël VERFAILLIE.

**OBJET** : Conventions avec les CPAM dans les domaines de la PMI et de la Prévention Santé, avec le Musée d'Histoire Naturelle de Lille, avenant financier avec le Centre Hospitalier de Valenciennes pour les missions CeGIDD et attribution d'aides financières.

Vu le rapport DGAEFS-SG/2024/236

## **DECIDE à l'unanimité:**

- d'approuver et d'autoriser Monsieur le Président à signer la convention de financement et de partenariat entre les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et le Département du Nord, relative au remboursement des activités médicales de prévention réalisées en Protection Maternelle et Infantile (PMI), dans les termes du projet ci-joint en annexe 1 ;
- d'approuver et d'autoriser Monsieur le Président à signer la convention entre les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et le Département du Nord, relative au remboursement des vaccins délivrés en centres d'examens de santé et en centres de vaccination du Département du Nord, dans les termes du projet ci-joint en annexe 2 ;
- d'approuver et d'autoriser Monsieur le Président à signer l'avenant n°2 à la convention de partenariat entre le Centre Hospitalier de Valenciennes et le Département du Nord, relative à la continuité de la mission de Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) sur le Valenciennois, dans les termes du projet ci-joint en annexe 3 ;
- d'attribuer une aide financière de fonctionnement de 15 000 € à l'association « Fête de la vie », au titre de l'année 2024 ;
- d'attribuer une aide financière de fonctionnement de 6 000 € au Centre social Saint-Roch de Cambrai au titre de l'année 2024 et d'autoriser Monsieur le Président à signer la convention financière de fonctionnement entre le Département du Nord et ledit Centre social, dans les termes du projet ci-joint en annexe 4 ;
- d'approuver et d'autoriser Monsieur le Président à signer la convention de coopération entre le Département du Nord et la Ville de Lille/le Musée d'Histoire Naturelle de Lille, dans les termes du projet ci-joint en annexe 5.

---

Le quorum a été vérifié à l'appel de l'affaire à 16 h 46.

Madame LETARD (membre du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Valenciennes) avait donné pouvoir à Monsieur DIEUSAERT. Elle ne peut prendre part au délibéré et à la prise de décision même par procuration. Il n'est donc pas tenu compte de ce pouvoir pour cette affaire.

61 Conseillers départementaux étaient présents en séance. Ils étaient donc porteurs de 7 pouvoirs.

**Décision acquise par assentiment de l'assemblée.**

Signé électroniquement



Pour le Président du Conseil Départemental  
et par délégation,  
Le Directeur Adjoint des Affaires Juridiques et de  
l'Achat Public,

Eric LECAT



**CONVENTION**  
**de financement et de partenariat**  
**entre les Caisses Primaires d'Assurance Maladie du Nord et le Département**

Convention établie pour assurer la prise en charge, par l'Assurance maladie, des prestations réalisées par les services départementaux de Protection Maternelle et Infantile (PMI) au titre :

- des activités de protection de la santé maternelle et infantile,
- des activités de santé sexuelle.

Conclue entre :

- La CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES FLANDRES, dont le siège est situé rue de la Batellerie – 59386 DUNKERQUE Cedex 1  
Représentée par Madame Magali MARCOTTE-EVEN, Directrice
- La CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU HAINAUT, dont le siège est situé 63 rue du Rempart – BP 60499 – 59321 VALENCIENNES Cedex  
Représentée par Madame Ghislaine LIEKENS, Directrice
- La CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE LILLE/DOUAI, dont le siège est situé 2 rue d'Iéna – BP 01 – 59895 LILLE Cedex 9  
Représentée par Madame Carole GRARD, Directrice
- La CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE ROUBAIX TOURCOING, dont le siège est situé 6 rue Rémy COGGHE – 59065 ROUBAIX Cedex 1  
Représentée par Madame Christine WENDLING-BOCQUET, Directrice

Ci-après dénommées « les Caisses Primaires d'Assurance Maladie »

D'une part,

Et

- Le DEPARTEMENT DU NORD, situé à l'Hôtel du Département – 51 rue Gustave Delory 59047 LILLE Cedex,  
Représenté par Monsieur Christian POIRET, son Président par décision de l'Assemblée départementale du 1<sup>er</sup> juillet 2021 (DAJAP/2021/231) et du 30 mai 2022 (DAJAP/2022/149),  
Ci-après dénommé « le Département »

D'autre part,

## PREAMBULE

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

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

## DISPOSITIONS GENERALES

### Article 1 – Objet de la convention

La convention a pour objet :

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

La présente convention ne pourra avoir pour effet de financer une activité ou une prestation déjà prise en charge par une autre administration ou un autre organisme, au titre de sa compétence légale ou déjà financée dans le cadre des compétences propres du Département.

### Article 2 – Etablissement concernés

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

## TITRE I

### PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

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

#### Article 3 – Les bénéficiaires concernés

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

#### Article 4 – Les prestations prises en charge

L'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'Assurance maladie sont recensées dans le « tableau récapitulatif des actes et des prestations pris en charge par l'Assurance maladie » joint en annexe 1. Il est mis à jour en tant que de besoin par la Caisse Nationale d'Assurance maladie (CNAM) et transmis au Département du Nord par la caisse d'Assurance maladie sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant à la présente convention.

#### Article 5 – Principes de prise en charge

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

La participation de la caisse d'Assurance maladie intervient :

- dans le cadre de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité,
- sur la base des tarifs conventionnels applicables,
- sur la base du taux de prise en charge lié aux différents actes,
- dans la limite de 65% du prix public TTC réglementé et applicable en officine pour les vaccins inscrits sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, à l'exception :
  - ✓ des vaccins pour lesquels un taux de remboursement à 100% est prévu : vaccin Rougeole Rubéole Oreillons pour les enfants de moins de 6 ans et vaccin contre la

grippe saisonnière pour les enfants et les femmes enceintes concernés par les recommandations vaccinales.

- ✓ des vaccins qui n'ont pas de prix, exemple le BCG. La situation est examinée au cas par cas.

## Article 6 – Désignation d'une sage-femme référente

Le statut de sage-femme référente a été prévu par la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (dite « loi Rist ») et précisé par décret n° 2023-1035 du 9 novembre 2023.

Afin que les femmes enceintes suivies pour leur grossesse par une sage-femme de PMI bénéficient des mêmes prestations que celles suivies en libéral, elles ont la possibilité de désigner leur sage-femme de PMI comme sage-femme référente **dès lors que la sage-femme de PMI exerce les missions dévolues à la sage-femme référente**. Ce dispositif bénéficie aux assurées sociales et ayant droits.

### 6.1. Le rôle de la sage-femme référente

La sage-femme référente réalise elle-même la majorité des rendez-vous du parcours de la grossesse et du suivi post natal (en particulier le bilan prénatal, l'entretien prénatal précoce, les examens pré et post-nataux, le cas échéant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, les séances de rééducation périnéale...). Si elle ne réalise pas elle-même ces rendez-vous, elle rappelle à sa patiente l'importance de ces rendez-vous et l'oriente le cas échéant pour sa prise en charge en assurant la transmission d'informations à ce titre.

La sage-femme référente :

- A un rôle de prévention vis-à-vis de sa patiente tout au long de sa grossesse et après la naissance ;
- Fait le lien avec la maternité et veille à ce que la femme ait bien pour elle et le nouveau-né un suivi à domicile programmé et réalisé à sa sortie de maternité ;
- Est en charge de la coordination des soins de la patiente et assure à ce titre l'alimentation de "Mon espace Santé" (avec l'accord de la patiente) pour les soins qu'elle réalise ;
- Fait le lien avec le médecin traitant, l'informe notamment sur la sortie de la patiente de la maternité ou, le cas échéant, en cas de difficultés ;
- Réalise le suivi médical du nouveau-né ou rappelle à sa patiente l'importance de ce suivi et l'oriente le cas échéant vers un autre professionnel de santé en assurant la transmission d'informations à ce titre ;
- Informe la patiente de ses droits et des démarches administratives durant la période périnatale nécessaires à leur obtention.

## 6.2. Modalités de déclaration de la sage-femme référente

L'accord entre la sage-femme de PMI et l'assurée est formalisé au moyen d'un formulaire Cerfa spécifique (annexe 2). Il est à compléter et à signer par la sage-femme et l'assurée. La version imprimable de ce formulaire est mise à disposition sur [ameli.fr](http://ameli.fr) et peut, le cas échéant être demandé à la caisse.

La sage-femme de PMI peut être déclarée comme référente par l'assurée au plus tard avant la fin du 5e mois de grossesse de la patiente.

Le formulaire doit être établi avant la fin du 5ème mois de grossesse de la patiente au cours d'un rendez-vous de suivi :

- L'assurée envoie son exemplaire dûment complété, daté et signé des deux parties, à sa caisse d'Assurance maladie de rattachement afin que cette information y soit archivée. Il est à noter que l'envoi du document est déterminant pour la rémunération forfaitaire. Chaque caisse tient un tableau de la volumétrie de formulaires réceptionnés, ainsi que le nombre total de sages-femmes référentes associées.
- La sage-femme référente conserve son exemplaire.

La patiente peut également renseigner le nom de sa sage-femme référente dans son profil médical de « Mon espace santé », rubrique « Mes professionnels de santé ». La sage-femme référente s'en assurera auprès d'elle.

## 6.3. Modalités de facturation de la mission de la sage-femme référente

Le dispositif sage-femme référente est valorisé à hauteur de 45 euros **par suivi de grossesse**.

La sage-femme référente établit sa facturation soit via une FSE ou une FSP **dans les 12 jours suivant l'accouchement en utilisant le forfait SFR**.

Le forfait est facturable une seule fois et il est pris en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité.

Cas particuliers :

- Si la patiente change de sage-femme référente au cours de la grossesse avant la fin du 5<sup>ème</sup> mois et qu'elle déclare comme nouvelle référente :
  - ✓ une autre sage-femme exerçant au sein de la même PMI, le forfait sera bien versé au SDPMI ;
  - ✓ une sage-femme exerçant dans une autre PMI, le forfait sera versé au SDPMI de rattachement de la dernière sage-femme référente déclarée ;
  - ✓ une sage-femme libérale ou exerçant dans un centre de santé, seule la dernière sage-femme référente déclarée bénéficiera du forfait ;

- Si la patiente décide de ne plus avoir de sage-référente (manifestation expresse de l'assurée via un courrier ou un mail, dans ce cas un commentaire sera apposé sur le Cerfa archivé par la caisse), le forfait de suivi ne sera pas versé au SDPMI ;
- En cas de décès de la mère, de l'enfant, d'interruption de grossesse après la fin du 5ème mois : le forfait de suivi pourra être versé au SDPMI.

#### **6.4. Rôle de la Caisse d'Assurance maladie**

La caisse d'Assurance maladie :

- Accompagne la PMI dans la mise en œuvre de ce dispositif,
- Traite les formulaires Cerfa,
- Suit la volumétrie des formulaires reçus,
- Verse le forfait SFR à la PMI.

### **Article 7 – Modalités de facturation**

L'ensemble des prestations facturées relève de la procédure de tiers payant et donne lieu à une facturation, respectant la codification en vigueur, par le service de PMI sur les supports suivants :

#### **7.1. Support électronique**

La facturation des prestations sur supports électroniques est la règle. En cas de difficultés techniques, le service de PMI est invité à se rapprocher de la Caisse d'Assurance maladie.

Un protocole de télétransmission est annexé à la présente convention (annexe 3).

#### **7.2. Support papier**

En cas d'impossibilité de télétransmettre, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles règlementaires ou établis spécifiquement.

#### **7.3 Modalités particulières de facturation des vaccins :**

La facturation des vaccins obligatoires et recommandés par le calendrier vaccinal de l'année en cours délivrés pour les enfants de moins de 6 ans, et les femmes consultant pour la surveillance de leur grossesse ou lors de la période postnatale, est établie exclusivement sur un imprimé spécifique joint en annexe 4.

Les documents de facturation doivent comporter obligatoirement :

- l'identification du service départemental exerçant les missions de protection maternelle et infantile, son n° FINESS,

- le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS,
- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins,
- la codification des actes et prestations réalisés.

Ces documents sont adressés aux caisses d'Assurance maladie, selon la périodicité XXXX (à préciser entre les partenaires).

#### 7.4. Modalités spécifiques de remboursement au département des actes délégués à d'autres professionnels de santé ou structures publiques ou privées

Dans des cas exceptionnels, lorsque le patient ne peut réaliser les actes dans des structures publiques ou privées, si la PMI peut déléguer un certain nombre d'actes et de prestations, identifiés dans la convention, à des professionnels de santé libéraux ou des structures publiques ou privées et que le Conseil Départemental règle directement l'exécutant, elle peut en obtenir le remboursement, par l'Assurance maladie sous réserve de la production des documents suivants :

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

- l'identification de l'établissement qui a dispensé les soins : le N° FINESS géographique,
- l'identification du professionnel qui a dispensé les soins : le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS,
- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins (NIR, ou le cas échéant le numéro fictif ou personnes ne relevant pas d'un régime de base concernant le dépistage et traitement des IST et dans les autres cas de procédure d'anonymat réglementairement prévue),
- la codification des actes et prestations réalisés,
- la date des soins.

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

- l'établissement ou le professionnel qui a effectué les soins,
- l'identification de la personne bénéficiaire (NIR ou le numéro fictif),
- le taux de remboursement des actes réalisés,
- le montant attendu par le Département.

et attestant le service fait par une mention « *service fait* » en fin de tableau.

La liste des personnes habilitées par le Président du Département à attester du service fait est fournie en annexe de la convention par le Département à la caisse d'Assurance maladie et actualisée en tant que de besoin.

## TITRE II

### ACTIVITES REALISEES PAR LE CENTRE DE SANTE SEXUELLE

Sont visées dans ce cadre, certaines actions de santé sexuelle mises en œuvre par le service de PMI. Les prestations prises en charge par la caisse d'Assurance maladie sont déterminées en référence au code de la santé publique et au code de la sécurité sociale.

#### Article 8 – Les bénéficiaires concernés

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

#### Article 9 – Les prestations prises en charge

L'ensemble des prestations éligibles à une participation financière de l'Assurance maladie sont recensées dans le « tableau récapitulatif des actes et prestations pris en charge par l'Assurance maladie » joint en annexe 1. Il est mis à jour en tant que de besoin par la CNAM et transmis au Département par la caisse d'Assurance maladie sans qu'il soit nécessaire de recourir à un avenant à la présente convention.

#### Article 10 – Les principes de prise en charge

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

La participation de la caisse d'Assurance maladie intervient :

- dans le cadre de l'assurance maladie,
- sur la base des tarifs conventionnels applicables,
- sur la base d'un forfait pour l'IVG par voie médicamenteuse réalisée hors établissements de santé, conformément aux textes réglementaires en vigueur relatifs aux forfaits relatif afférents à l'IVG.

## Article 11 – Les modalités de facturation

L'ensemble des prestations facturées relève de la procédure de tiers payant et donne lieu à une facturation, respectant la codification en vigueur, par le service de PMI sur les supports suivants :

### 11.1. Support électronique

La facturation des prestations sur supports électroniques est la règle. En cas de difficultés techniques le service de PMI est invité à se rapprocher de la caisse d'Assurance maladie. Un protocole de télétransmission est annexé à la présente convention (annexe 3).

### 11.2. Support papier

En cas d'impossibilité de télétransmettre, les prestations dispensées peuvent être facturées sur les supports papier conformes aux modèles règlementaires ou établis spécifiquement.

Les documents de facturation doivent comporter obligatoirement :

- l'identification du service départemental exerçant les missions de protection maternelle et infantile, son n° FINESS,
- le nom du professionnel de santé concerné, son n° RPPS,
- l'identification de l'assuré et du bénéficiaire des soins, en l'absence de procédure du respect de l'anonymat spécifiquement prévue,
- la codification des actes et prestations réalisées.

Ces documents sont adressés aux Caisses d'Assurance maladie, selon la périodicité XXXX (à préciser entre les partenaires).

### 11.3. Spécificités de facturation

Dans certaines situations, une procédure de facturation spécifique est mise en œuvre afin de préserver l'anonymat.

#### 11.3.1 Les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse réalisées hors établissements de santé

Les modalités de prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse **garantissent l'anonymat de la patiente mineure sans consentement parental.**

- Le tiers payant doit être systématiquement appliqué par les professionnels de santé mettant en œuvre l'IVG, sauf opposition contraire de l'assuré.

- Le respect de l'anonymat doit être garanti avec, de façon transitoire le recours au NIR fictif 2 55 55 55 + code caisse + 030 associé à la date de naissance réelle de l'assuré.
- La facturation en mode SESAM sans Vitale à titre dérogatoire est autorisée dans l'attente de l'évolution des textes. Dès lors, la PMI devra mettre à jour son logiciel SESAM-Vitale.

**Pour les autres patientes assurées sociales ou ayant droit ou bénéficiaires de l'AME**, non assujetties à une procédure d'anonymat spécifique, la facturation suit les modalités de facturation de droit commun, renforcées par un principe de confidentialité assurant la neutralité des codes actes et du décompte. L'identification de l'assurée est nécessaire et la confidentialité est assurée par l'utilisation de lettres-clefs spécifiques suivantes :

- FHV : forfait honoraires de ville,
- FMV : forfait médicaments de ville.

Le décompte adressé à l'assuré(e) ne fait lui-même apparaître que la mention "Forfait médical". La feuille de soins (électronique ou papier) comportant l'identification de l'assurée est adressée directement à la caisse d'Assurance maladie qui procède à son remboursement.

### **11.3.2 Dépistage et traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle**

Le service de PMI assure de manière anonyme le dépistage et le traitement des maladies transmises par voie sexuelle.

**→ Pour les mineurs qui en font la demande et les personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime.**

Les organismes d'assurance maladie, en application de l'article R 162-57 du code de la sécurité sociale, prennent en charge intégralement les dépenses d'analyses et d'examens de laboratoire ainsi que les frais pharmaceutiques afférents au dépistage et au traitement des maladies transmises par voie sexuelle.

La caisse d'Assurance maladie est chargée du règlement des factures pour le compte des régimes obligatoires d'Assurance maladie.

Le centre de santé sexuelle établit chaque trimestre une facturation sur l'imprimé 709 Cnam IST joint en annexe 5, faisant apparaître le nombre et la nature des actes effectués et les frais pharmaceutiques.

→ Pour les autres patientes assurées sociales, ayants droit ou bénéficiaires de l'AME

Le remboursement est effectué dans les conditions habituelles.

### 11.3.3 Modalités spécifiques de remboursement au département des actes et prestations délégués à d'autres professionnels de santé ou structures publiques ou privées

Le remboursement des actes et prestations délégués s'effectue à titre exceptionnel dans les conditions prévues à l'article 7.4 de la présente convention.

## TITRE III

### AUTRES ACTIONS DE PREVENTION MEDICO - SOCIALE

#### Article 12 – Actions visées

Au-delà de la prise en charge financière des prestations visées aux titres I et II de la présente convention, un partenariat entre le service de PMI et la caisse d'Assurance maladie peut être mis en œuvre dans un objectif d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Les actions sont déterminées conjointement et tiennent compte des priorités définies au niveau national et régional.

Au niveau national, l'Assurance maladie propose de retenir des actions liées aux thèmes et objectifs stratégiques suivants :

- ✓ **Vaccinations et prévention des maladies infectieuses :**
  - amélioration de la couverture vaccinale ROR pour les enfants de moins de 6 ans avec un rattrapage éventuel pour ceux n'ayant pas eu deux doses de vaccins,
  - amélioration de la couverture vaccinale Méningocoque C pour les enfants de 12 mois avec un rattrapage éventuel pour ceux qui n'ont pas été vaccinés,
  - vaccination des femmes enceintes contre la grippe saisonnière et le Covid-19, dans le cadre de la campagne de vaccination de l'Assurance maladie,
  - vaccination des femmes enceintes contre la coqueluche,
  - information des familles de jeunes enfants sur la prévention de la bronchiolite.
  
- ✓ **Périnatalité et soutien à la parentalité :**
  - Amélioration du suivi de grossesse, particulièrement pour les femmes en situation de vulnérabilité et accompagnement à la parentalité (promotion et réalisation du bilan de prévention, de l'entretien prénatal précoce et de l'entretien postnatal précoce).

Ce partenariat s'inscrit, notamment, dans le cadre du parcours maternité de l'Assurance maladie et peut prendre la forme, d'une collaboration pour l'organisation et l'animation des ateliers collectifs santé et prévention.

Sur ces thématiques une participation financière spécifique de l'Assurance maladie peut être envisagée notamment dans le cadre de l'appel à projets annuel sur le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information sanitaire (FNPEIS).

- ✓ **Prévention du surpoids et de l'obésité infantile :**
  - prescription de la prise en charge pluridisciplinaire prévue par le dispositif « Mission Retrouve Ton Cap » (MRTC) pour les enfants de 3 à 12 ans repérés à risque d'obésité,

en surpoids ou en obésité non complexe ; et orientation des enfants et de leur famille vers une structure référencée MRTC (maison de santé pluriprofessionnelle ou centre de santé) pouvant dispenser la prise en charge prescrite. La liste des structures référencées mise à jour régulièrement, est disponible sur [ameli.fr](http://ameli.fr).

✓ **Addictions et mésusage des écrans :**

- Développement du repérage et de l'accompagnement à la prévention des consommations à risque, du syndrome d'alcoolisation fœtale et du mésusage des écrans pour les femmes enceintes et leur enfant suivis en PMI pendant leur grossesse dans le cadre d'un appel à candidature adressé aux conseils départementaux et financé sur le Fond de Lutte Contre les Addictions.

Par ailleurs, l'Assurance maladie fait bénéficier les professionnels de santé de la PMI des outils et actions conçus pour les professionnels libéraux sur des thématiques de prévention et promotion de la santé ; exemple : visites des délégués de l'Assurance maladie.

## TITRE IV DISPOSITIONS COMMUNES

### **Article 13 – Mise en œuvre de la convention**

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

Le Département s'engage à systématiser l'informatisation des centres de PMI et à généraliser la télétransmission de l'ensemble des actes réalisés en PMI pouvant faire l'objet d'une facturation à l'Assurance maladie. Le service de PMI peut utiliser l'application ADRi afin de s'assurer de l'ouverture des droits des consultants.

Les Caisses d'Assurance maladie s'engage à fournir une assistance technique par le biais de formations, d'informations ou autres mesures d'accompagnement nécessaires et à accompagner le service de PMI notamment dans la connaissance de la codification en vigueur.

### **Article 14 – Promotion du parcours de soins**

Les professionnels de santé de PMI s'engagent à promouvoir le parcours de soins coordonné auprès de leurs patients. En tant que de besoin, les professionnels de santé de la PMI se mettent en relation avec le médecin traitant de l'enfant et de la femme et assurent la transmission des informations nécessaires à ces derniers. Ils assurent l'information, auprès des familles, sur l'intérêt de désigner un médecin traitant pour eux ou leur enfant et d'activer leur Espace Santé ou celui de leur enfant.

Mon espace santé est un espace numérique personnel et sécurisé. Il permet aux parents de retrouver en un seul et même endroit, sûr et facile d'accès, toutes les informations de santé : carnet de vaccination, traitements, résultats d'examens, radios, ordonnances...

### **Article 15 – Accès aux soins**

L'Assurance maladie et le service de PMI s'engagent :

- à développer l'accès aux droits (droits de base PUMA, complémentaire santé solidaire, AME, soins urgents...) des personnes, enfants et parents, reçus par les services des PMI,
- à mettre en place un accompagnement permettant l'information des consultants et la fluidité des circuits d'instruction des droits,
- à proposer aux assurés, en renoncement aux soins, les services développés par l'équipe dédiée de la caisse gérant l'accès aux soins.

## Article 16 - Télétransmission

Une annexe organisant la mise en œuvre de la télétransmission est jointe à la convention (annexe 3).

## Article 17 – Paiement au département

Les règlements sont effectués à :

- Identité : Paierie Départementale
- Code Banque : 3001
- Code Guichet : 00468
- N° Compte : C 5990000000-42

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

## Article 18 – Contrôle des règlements

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

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

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

## Article 19 – Suivi et évaluation

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

- La mise en œuvre de la télétransmission,
- Les difficultés rencontrées (qualité de la facturation, qualité et délai du règlement et actions mises en œuvre ou à mettre en œuvre pour systématiser la télétransmission),
- Les montants remboursés au service de PMI par postes de dépenses,
- L'accompagnement des consultants, par le service de PMI et la caisse d'Assurance maladie, dans leurs démarches en vue d'acquérir une couverture sociale,
- La mise en œuvre, l'évaluation des actions de prévention menées conjointement et la définition de propositions d'actions de prévention communes pour l'année suivante.

## Article 20 – Date d’effet et durée de la convention

La présente convention est signée pour une durée de 3 ans.

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

## Article 21 – Résiliation

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

## Article 22 – Règlement des litiges

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

Fait à....., le .....en CINQ exemplaires originaux.

<b>Christian POIRET</b> Président du Département du Nord	<b>Magali MARCOTTE – EVEN</b> Directrice CPAM des Flandres
<b>Ghislaine LIEKENS</b> Directrice du Hainaut	<b>Carole GRARD</b> Directrice CPAM Lille/Douai
<b>Christine WENDLING – BOCQUET</b> Directrice CPAM Roubaix Tourcoing	

## LES ANNEXES DE LA CONVENTION

### ▪ Annexe 1 de la convention (art. 4 – art.9)

Tableau de « participation de l'Assurance Maladie aux actions réalisées par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantiles –document mis à jour en mars 2024 »

### ▪ Annexe 2 de la convention (art. 6)

Cerfa 16295\*01 déclaration de choix d'une sage-femme référente

### ▪ Annexe 3 de la convention (art. 7.1 – art 11.1 – art 16)

Protocole de télétransmission

### ▪ Annexe 4 de la convention (art. 7.3)

Imprimé CNAMTS 708 -12-2016 - Vaccination – Volet de facturation PMI

### ▪ Annexe 5 de la convention (art. 11.3.2)

Imprimé CNAMTS 709 -12-2016 – Facture relative au dépistage et au traitement des infections sexuellement transmissibles, réalisés sous couvert de l'anonymat PMI

# **PARTICIPATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE AUX ACTIONS RÉALISÉES PAR LE SERVICE DÉPARTEMENTAL DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE**

**Actions de protection maternelle et infantile**

**Document mis à jour en Mars 2024**

Type de prestations	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	Code prestation ou acte à facturer selon le professionnel de santé
---------------------	-----------------------------------	--------------------	---	---------------------------	---	--

### Actions de prévention concernant les futurs parents

<b>Consultation prénuptiale</b> L2112-2, L2112-7 du Code de la Santé Publique (CSP)	Futurs conjoints souhaitant bénéficier d'un examen médical avant de se marier	<b>Consultation</b>	Assurés sociaux et ayants droit***	70%	L. 160-8 du Code de la Sécurité Sociale (CSS)	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS <sup>1</sup>
<b>Examens prénataux systématiques</b> L2112-2, L2112-7, L2122-1, R2122-1, R2122-2 du CSP	Femmes enceintes	<b>7 examens prénataux obligatoires</b> (consultations) réalisés par un médecin ou une sage-femme	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 2112-7 du Code de Santé Publique (CSP), L 331-1, L 160-9, D 160-3 du CSS	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS <sup>1</sup>  Sage-femme : C + MSF
		<b>3 échographies proposées systématiquement</b>	Assurées sociales et ayants droit***	2 premières : 70% 3 <sup>ème</sup> : 100%	CCAM	Médecin et sage-femme  Cf. cotations sur les échographies CCAM
		<b>1 bilan de prévention prénatal</b> réalisé par une sage-femme à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24 <sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée	Assurées sociales et ayants droit***	70%	CCAM Décision UNCAM du 19/12/2019	Sage-femme : SF 12,6
		<b>1 Entretien Prénatal Précoce (EPP)</b>	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 331-1, L 160-9, D 160-3 du CSS, Arrêté du 03/12/2004, Décision UNCAM du 05/02/2008, Décision UNCAM du 28/03/2022.	Médecin : 2,5 C  Sage-femme : SF 15
		<b>7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité</b>	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 331-1, L 160-9, D 160-3 du CSS, Arrêté du 3/12/04, Décision UNCAM du 05/02/08, Décision UNCAM du 28/03/22.	Médecins : • Séances dispensées jusqu'à 3 personnes simultanément (par patiente) : 2 C • Séances dispensées à plus de 3 personnes simultanément et jusqu'à un maximum de 6 personnes (par patiente) : 0,9 C  Sage-femme : • Séances dispensées à 1 seule femme ou couple, la séance par patiente ou couple : SF12 • Séances dispensées à 2 ou 3 femmes ou couples simultanément, la séance par patiente ou couple : SF11,6 • Séances dispensées à 4 femmes ou couples et plus simultanément et jusqu'à un maximum de 6 personnes ou couples, la séance par patiente ou couple : SF6
<b>Examens médicaux intercurrents</b> en cas de besoin	Femmes enceintes	<b>Consultation ou visite à domicile</b>	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1 <sup>er</sup> jour du 6 <sup>ème</sup> mois 100% à partir du 1 <sup>er</sup> jour du 6 <sup>ème</sup> mois	Décision UNCAM 05/02/2008 Décision UNCAM 14/02/2013	• Médecin généraliste : G ; VG • Médecin spécialiste : CS <sup>1</sup> ; VS <sup>1</sup>  Sage-femme • Au cabinet : C + MSF • Visites à domicile : V + MSF
<b>Observation et traitement à domicile</b> d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive	Femmes enceintes	<b>Examen de suivi à domicile</b>	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1 <sup>er</sup> jour du 6 <sup>ème</sup> mois 100% à partir du 1 <sup>er</sup> jour du 6 <sup>ème</sup> mois	Titre XI Article 2 de la NGAP	Sage-femme : 9 SF
<b>Observation et traitement au cabinet ou à domicile d'une grossesse pathologique, à partir de la 24<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée,</b> comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin	Femmes enceintes	<b>Examen de suivi en cabinet ou à domicile</b>	Assurées sociales et ayants droit***	70% avant le 1 <sup>er</sup> jour du 6 <sup>ème</sup> mois 100% à partir du 1 <sup>er</sup> jour du 6 <sup>ème</sup> mois	Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11/03/2005/ actes liés à la gestation et à l'accouchement/section 2 : actes réalisés par les sages-femmes Décision UNCAM du 02/10/2012	Sage-femme • grossesse unique : 15,6 SF • grossesse multiple : 22,6 SF

\*+/- majorations associables selon la spécialité du médecin prévus en NGAP et dans la convention médicale.

Type de prestations	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	Code prestation ou acte à facturer selon le professionnel de santé
<b>Examen de grossesse</b> comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal. À réaliser à partir de la 24 <sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée (avec un maximum de deux sauf urgence dûment justifiée dans le CR). Entre 41SA et 41SA+6J, cet examen pourra être renouvelé autant que de besoin, selon les recommandations en vigueur.	Femmes enceintes	<b>Examen</b>	Assurées sociales et ayants droit***	100%	Chapitre II NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11/03/2005/actes liés à la gestation et à l'accouchement /section 2 : actes réalisés par les sages-femmes, Décision UNCAM 28/03/22	<b>Sage-femme :</b> • grossesse unique : 12,5 SF • grossesse multiple : 19,5 SF
<b>Examen du futur père</b> L2112-7, L 2122-3, du CSP	Futur père	<b>Consultation + Examens complémentaires</b> si l'examen de la mère ou les antécédents familiaux les rendent nécessaires	Assurés sociaux et ayants droit***	100%	L 331-1, L. 160-9 du CSS	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS <sup>1</sup>
<b>Suivi postnatal</b> L2112-7, L 2122-1, R 2122-3 du CSP	Couple mère/enfant	<b>Forfait journalier de surveillance à domicile mère-enfant :</b> chaque mère et son enfant peuvent bénéficier en fonction des besoins, de séances de suivi à domicile réalisées par une sage-femme à la sortie de la maternité suite à l'accouchement (J0) entre J1 et J12.	Assurées sociales et ayants droit***	100% jusqu'au 12 <sup>ème</sup> jour après l'accouchement	Chapitre II NGAP, L.162-1-11 du CSS, Décret n° 2012-1249 du 09/12/12.	<b>Sage-femme</b> Pour un enfant : • les deux premiers forfaits : 16,5 SF • les autres forfaits : 12 SF Pour deux enfants ou plus : • les deux premiers forfaits : 23 SF • les autres forfaits : 17 SF Majoration sortie précoce applicable sur le 1er forfait journalier : DSP (uniquement en cas de sortie précoce)
		<b>Entretien post natal précoce obligatoire</b> réalisé par une sage-femme ou un médecin entre la 4 <sup>ème</sup> et la 8 <sup>ème</sup> semaine après l'accouchement (à domicile ou au cabinet)	Assurées sociales et ayants-droit***	70%	Article 86 de la loi n° 2021-1754 du 23/12/2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, Avenant 5 à la convention nationale des sages-femmes conclu le 17/12/21, Décision UNCAM 28/03/22.	Médecin généraliste : G ; VG Médecin spécialiste : CS <sup>1</sup> ; VS <sup>1</sup>  <b>Sage-femme :</b> à domicile 14 SP - au cabinet 12 SP
	Femmes – Après l'accouchement	<b>2<sup>ème</sup> entretien postnatal réalisé en cas de besoin par une sage-femme ou un médecin</b> entre la 10 <sup>ème</sup> et la 14 <sup>ème</sup> semaine après l'accouchement, pour les femmes primipares et les femmes qui présentent un facteur de risque psychologique (à domicile ou au cabinet)	Assurées sociales et ayants-droit***	70%	Article 86 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, Avenant 5 à la convention nationale des sages-femmes conclu le 17/12/21, Décision UNCAM du 28/03/2022.	Médecin généraliste : G ; VG Médecin spécialiste : CS <sup>1</sup> ; VS <sup>1</sup>  <b>Sage-femme :</b> à domicile 14 SP - au cabinet 12 SP
		<b>Au maximum 2 séances de suivi postnatal du 8<sup>ème</sup> jour à la 14<sup>ème</sup> semaine après l'accouchement</b> réalisées par une sage-femme, en cas de besoin	Assurées sociales et ayants droit***	100% jusqu'au 12 <sup>ème</sup> jour après l'accouchement	Décision UNCAM du 05/02/08	<b>Sage-femme :</b> • par patiente ou couple 9 SP • par patiente ou par couple, dispensée simultanément à 2 ou 3 femmes ou couples 7 SP • par patiente ou par couple, dispensée simultanément à 4 ou 6 femmes ou couples 6 SP
				Après le 12 <sup>ème</sup> jour : 70%	Décision UNCAM du 28/03/22	
		<b>Une consultation médicale postnatale obligatoire dans les 8 semaines</b> suivant l'accouchement	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 331-1, L. 160-9, D. 160-3 du CSS	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS <sup>1</sup>  <b>Sage-femme :</b> C + MSF
		<b>Séances de rééducation périnéale et abdominale</b> effectuées par une sage-femme ou un kinésithérapeute	Assurées sociales et ayants droit***	100%	L 331-1, L. 160-9 du CSS, Arrêté 23/12/2004 fixant la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité, Décision UNCAM du 28/03/22.	Rééducation active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback : • <b>Sage-femme :</b> SF 7.5
		<b>Visite à domicile</b> en cas de besoin médical	Assurées sociales et ayants droit***	Les 12 premiers jours : 100%	L. 160-8.5° du CSS	<b>Médecin généraliste :</b> VG <b>Médecin spécialiste :</b> VS <sup>1</sup>  <b>Sage-femme :</b> V
Après le 12 <sup>ème</sup> jour 70%						

Type de prestations	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	Code prestation ou acte à facturer selon le professionnel de santé
Dispositif de désignation d'une sage-femme référente	Femmes enceintes	Désignation d'une sage-femme référente de PMI avant la fin du 5 <sup>ème</sup> mois de grossesse de la patiente pour notamment l'informer sur son parcours de grossesse et sur le suivi médical du nourrisson	Assurées sociales et ayants droit***	100%	Avenant 6 à la convention des sage-femme du 12/12/22 ; Loi du 26/04/21 ; Décret n°2023-1035 du 09/11/23	Sage-femme : SFR  Le forfait « SFR » doit être facturé dans les 12 jours suivant l'accouchement
Vaccinations obligatoires et recommandées	Femmes enceintes ou lors de la période post natale	Vaccinations obligatoires et recommandées par le calendrier vaccinal de l'année en cours et inscrites dans l'arrêté du 16-09-2004 modifié le 26 mars 2010	Assurées sociales et ayants droit***	Avant le 1 <sup>er</sup> jour du 6 <sup>ème</sup> mois et après le 12 <sup>ème</sup> jour suivant l'accouchement 65 %  100% du 1 <sup>er</sup> jour du 6 <sup>ème</sup> mois au 12 <sup>ème</sup> jour après l'accouchement	L. 160-8.5°du CSS	Vaccin remboursé via le bordereau de facturation et injection le cas échéant par une IDE (par télétransmission)
Dépistage du saturnisme	Femmes enceintes	Consultations et plombémies de dépistage	Assurées sociales et ayants droit***	Avant le 1 <sup>er</sup> jour du 6 <sup>ème</sup> mois et après le 12 <sup>ème</sup> jour suivant l'accouchement 100 %  100% du 1 <sup>er</sup> jour du 6 <sup>ème</sup> mois au 12 <sup>ème</sup> jour après l'accouchement	L 1411-6 du CSP Arrêté du 18 janvier 2015	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS¹

Type de prestations	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	Code prestation ou acte à facturer selon le professionnel de santé
---------------------	-----------------------------------	--------------------	---	---------------------------	---	--

**Enfant de 0 à 6 ans : examens médicaux, vaccinations obligatoires et recommandées**

<b>Examen obligatoires de l'enfant de moins de 6 ans</b> L2112-7 L 2132-2, R 21321-1 du CSP	Enfants de moins de 6 ans	<b>Dix examens au cours de la 1<sup>ère</sup> année.</b> <b>Trois examens au cours de la 2<sup>ème</sup> année.</b> <b>Un par an jusqu'aux 5 ans.</b> Age des examens et cotations spécifiques détaillés dans les documents en ligne consultables via les liens disponibles dans la colonne 'code prestation ou acte à facturer'	Ayants droit	100% sur le risque maternité jusqu'aux 12 jours de l'enfant  100% sur risque maladie à partir du 13 <sup>ème</sup> jour de vie de l'enfant	L 331-1, L 160-9 du CSS Arrêté du 26 mars 1973 modifié le 21 sept 1976, Décret n°2019-137 du 26 février 2019, Arrêté du 26 février 2019.	Cotations détaillées dans les documents en ligne consultables via les liens ci-dessous :  <a href="https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Calendrier-examen-enfant_metro-pole.pdf">https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Calendrier-examen-enfant_metro-pole.pdf</a>  <a href="https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Calendrier-examen-enfant_DROM.PDF">https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Calendrier-examen-enfant_DROM.PDF</a>
<b>Bilan de santé à 3-4 ans en école maternelle</b>	Enfants scolarisés en école maternelle	<b>Bilan de santé exclusivement réalisé par un médecin</b> (dans l'attente du protocole de coopération)	Ayants droit	100%	L.2112-7 du CSP, Arrêté du 20 août 2021 modifiant l'arrêté du 3 novembre 2015 relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation.	
<b>Bilan de santé des enfants admis à l'aide sociale à l'enfance</b>	Mineurs admis à l'ASE	<b>Bilan de santé systématique dès le début de la mesure de protection</b>	Assurés	70%	L. 223-1-1 du CASF, Décision UNCAM 13/01/2022.	Médecin généraliste et pédiatre : ASE (en feuille de soins papier : CCX)
<b>Vaccinations obligatoires et recommandées</b>	Enfants de moins de 6 ans	<b>Vaccinations obligatoires et recommandées</b> par le calendrier vaccinal de l'année en cours	Ayants droit	65% Sauf ROR (12 mois –17 ans à 100%)	L 160-8.5° du CSS, Décret n° 2016-743 du 2/06/2016 relatif aux compétences des sages-femmes.	Vaccin remboursé via le bordereau de facturation

Type de prestations	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	Code prestation ou acte à facturer selon le professionnel de santé
---------------------	-----------------------------------	--------------------	---	---------------------------	---	--

### Dépistage

Dépistage saturnisme	Enfants de moins de 6 ans	Consultation de dépistage. Consultation réalisée à la PMI et ne pouvant pas être faite lors des examens obligatoires de l'enfant (ne peut donner lieu à une cotation lors des actions collectives)	Ayants droit	100%	L 1411-6 du CSP, Arrêté du 18 janvier 2015	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS <sup>1</sup>
		Plombémies de dépistage				Biologie
Audition	Enfants avant l'âge de 3 ans	Épreuves de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans réalisées individuellement à la PMI par un médecin (si non réalisées à la maternité)	Ayants droit	70%	CCAM	Médecin : CDRP002
Vision	Enfants de moins de 6 ans	Examen de la vision bino-culaire réalisé individuellement à la PMI par un médecin	Ayants droit	70%	CCAM	Médecins : BLQP010
Apprentissage : troubles dys	Enfants de moins de 6 ans	Tests neuropsychologiques (dont évaluation d'un trouble du langage) réalisés individuellement à la PMI par un médecin	Ayants droit	70%	CCAM	Médecins : ALQP006
Troubles du Neuro développement	Enfants de moins de 6 ans	Consultation de repérage des signes de trouble du neuro-développement Cette consultation très complexe est réalisée par un médecin généraliste ou un pédiatre, dans le but de confirmer ou d'infirmer un risque de TND chez un enfant, présentant des signes inhabituels du développement, à partir de signes d'alerte	Ayants droit	60� en métropole 72� dans les DROM  Consultation pouvant être facturée une fois par an par enfant	NGAP	Médecin généraliste et pédiatre : CTE consultation de repérage chez l'enfant (en feuille de soins papier : CCE)  Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CTE dans le dossier médical du patient.
		Test d'évaluation de l'efficacité intellectuelle de l'enfant	Ayants droit	70%	CCAM	Médecin : cotation <b>ALQP002</b> (pas de cumul possible avec la facturation d'une consultation)

# **PARTICIPATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE AUX ACTIONS RÉALISÉES PAR LE SERVICE DÉPARTEMENTAL DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE**

**Actions réalisées par le centre de santé sexuelle**

**Document mis à jour en Mars 2024**

Type de prestations	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	Code prestation ou acte à facturer selon le professionnel de santé
Contraception	Personne de moins de 26 ans	Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour filles et garçons (dénommée Consultation de contraception et prévention) réalisée par un médecin ou une sage-femme	Assurés sociaux et ayants droit*** jusqu'à 26 ans  <i>Pour les mineurs souhaitant garder le secret, et les personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire, ces frais sont supportés par les centres de santé sexuelle</i>	100%	Décision UNCAM du 19/12/2019, Article 85 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, Article L2311-4 du CSP, Décision UNCAM 28/03/2022.	Médecin : CCP  Sage-femme : CCP (ouverture de la CCP aux jeunes garçons à partir du 22 février 2024)
		Consultation annuelle de suivi réalisée par un médecin ou une sage-femme lors de la première année d'accès à la contraception				Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS¹  Sage-femme : C + MSF
		Consultation annuelle réalisée, à partir de la 2 <sup>ème</sup> année d'accès à la contraception, par un médecin ou une sage-femme en vue d'une prescription de contraception ou d'examens biologiques en lien avec la contraception				Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS¹  Sage-femme : C + MSF
		Actes donnant lieu à la pose et au retrait d'un contraceptif				Médecin : • ZLA004 : pose d'implant pharmacologique sous cutané • QZGA002 : ablation ou changement d'implant [...] sous cutané • JKLD001 : pose d'un dispositif intra-utérin • JKKD001 : changement d'un dispositif intra-utérin  Sage-Femme : • SF 22,4 : ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale
	Personnes de plus de 26 ans	Consultations réalisées par un médecin ou une sage-femme	Assurées sociales et ayants droit***	70%	L2112-2 du CSP, L160-8 du CSS.	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS¹  Sage-femme : C + MSF
		Contraceptifs remboursables délivrés par la PMI				Contraceptifs remboursés via le bordereau de facturation spécifique
Prévention dépistage et traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle L2311.5, R2311-14 du CSP	Toute population Soit à la demande des consultants, soit sur proposition du médecin	Consultations, analyses et examens de laboratoire	Assurées sociales et ayants droit***	70%	L160-8. 5° du CSS, R162-56 du CSS, R162-55 du CSS, R162-58 du CSS.	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS¹  Sage-femme : C + MSF
		Frais pharmaceutiques afférents à la prévention au dépistage et au traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle  Vaccinations HPV, hépatite B, hépatite A				Mineurs qui en font la demande et personnes ne relevant pas d'un régime de base d'Assurance Maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts
Dépistage du cancer du col de l'utérus	Entre 25 et 65 ans	Frottis	Assurés sociaux et ayants droit***	70%		Médecin et sage-femme : JKHD001 : Frottis Cervico-Vaginal.  Le cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervico-vaginal avec ceux de la consultation est possible

Type de prestations	Population concernée par l'action	Prestations visées	Bénéficiaires de la prise en charge de la Caisse d'Assurance Maladie*	Taux de prise en charge**	Textes de référence pour la prise en charge	Code prestation ou acte à facturer selon le professionnel de santé
IVG par voie Médicamenteuse L 2212-2, L2311.3 du Code de la Santé Publique (CSP)	Femmes souhaitant recourir à l'IVG médicamenteuse hors établissement.	<b>Forfait</b> comprenant : <ul style="list-style-type: none"> <li>1 consultation de recueil de consentement</li> <li>2 consultations d'administration du médicament</li> <li>1 consultation de contrôle (codage FMV-FHV)</li> <li>examens de biologie médicale et échographie</li> </ul>	Assurés sociaux et ayants droit***	100%	L. 160-8. 4°, D 132-1 du CSS, Arrêté du 1 <sup>er</sup> mars 2024 modifiant l'arrêté du 26 février 2016, Décret n°2016-743 du 02/06/2016, Arrêté du 11 août 2016 modifiant l'arrêté du 26 février 2016, Arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011, Loi n° 2022-295 du 2 mars 2022, Journal officiel du 3 mars, Décret n° 2022-212 du 19 février 2022, Article L162-1-21 du code de la sécurité sociale, Article 63 de la LFSS pour 2021	Un médecin ou une sage-femme qui effectue une IVG : ICS, puis le FHV et le FMV, puis une ICS (ou IVE en cas d'échographie lors de la consultation de contrôle)
			Mineures sans consentement parental Secret/anonymat garantis			
Entretien préalable à l'IVG réalisé par un médecin ou une sage-femme L2212-4, L2212-7, L2311-3, R 2311-7.4 du CSP	Obligatoire pour les mineures  Proposé systématiquement à toutes les femmes	<b>Consultation</b> <i>Cet entretien s'entend hors forfait IVG médicamenteuse.</i>	Assurées sociales et ayants droit*** (hors mineures souhaitant garder le secret)	70%	L 160-8 du CSS	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS <sup>1</sup>  Sage-femme : C + MSF
			Mineures souhaitant garder le secret (NIR fictif à utiliser en cas de besoin)	100%	L132-1 du CSS	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS <sup>1</sup>  Sage-femme : C + MSF
Entretien relatif à la régulation des naissances faisant suite à une IVG réalisé par un médecin ou une sage-femme L2212-7 du CSP	Obligatoire pour les mineures	<b>Consultation</b> <i>Cet entretien s'entend hors forfait IVG médicamenteuse</i>	Assurées sociales et ayants droit*** (hors mineures souhaitant garder le secret)	70%	L 160-8 du CSS	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS <sup>1</sup>  Sage-femme : C + MSF
			Mineures souhaitant garder le secret (NIR fictif à utiliser en cas de besoin)	100%	L132-1 du CSS	Médecin généraliste : G Médecin spécialiste : CS <sup>1</sup>  Sage-femme : C + MSF

Prise en charge au titre de l'assurance maternité 

Prise en charge au titre de l'assurance maladie 

**\*Bénéficiaires de L'AME :**

Les actes et prestations réalisés au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans par les SDPMI et pouvant être prises en charge au titre de l'Aide Médicale de l'Etat sont visées à l'article L.251-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles par renvoi aux articles L. 160-8 et L. 160-9 du Code de la Sécurité Sociale. L'assurance maladie qui exerce, au nom de l'Etat, les compétences dévolues à ce dernier pour l'attribution et le versement des prestations d'aide médicale (art. L.182-1 du Code de la Sécurité Sociale), prendra en charge au titre de l'AME les actes et prestations réalisés par les SDPMI conformément aux articles cités ci-dessus et ce dans les conditions habituelles de gestion en vigueur pour la médecine de ville. La prise en charge des prestations par l'AME s'effectue dans la limite des tarifs de responsabilité avec dispense totale d'avance des frais. La prise en charge des prestations par l'AME s'effectue dans la limite des tarifs de responsabilité avec dispense totale d'avance des frais.

\*\*Base du montant remboursé au département pour cette prestation.

\*\*\*L'article 59 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 fait disparaître la qualité d'ayant droit pour les personnes majeures au profit de la qualité d'assuré social à titre personnel sur critère de résidence. La notion d'ayant droit majeur ne perdure que pour une période transitoire jusqu'au 31 décembre 2019.

**N.B. :**

- Tous les actes des sages-femmes côtés SF peuvent être réalisés en télésoin dans le respect des textes conventionnels et de la NGAP (cotation TFS avec le coefficient indiqué en SF),
- La consultation (C ou CS) peut être réalisée en téléconsultation (cotation des codes TCG ou TC)

# DÉCLARATION DE CHOIX D'UNE SAGE-FEMME REFERENTE

N°16295\*01

(articles L.162-8-2° du code de la sécurité sociale (CSS) et décret n° (à compléter))

**IMPORTANT** { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules  
 { inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

## Identification de l'assuré(e) et de la bénéficiaire des soins

<b>L'assuré(e)</b>	
Nom de famille (de naissance) <i>suivi du nom d'usage, s'il y a lieu</i>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
N° de sécurité sociale	<input type="text"/>
<b>La bénéficiaire des soins</b>	
Nom de famille (de naissance) <i>suivi du nom d'usage, s'il y a lieu</i>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>
Adresse de l'assuré(e)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

## Identification de la structure d'exercice de la sage-femme référente

Raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)	Nom et prénom de la sage-femme référente
N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) <input type="text"/> (*) centre de santé, établissement ou service médico-social	Nom <input type="text"/>
	Prénom <input type="text"/>
	Identifiant (N° RPPS) <input type="text"/>

## Déclaration conjointe de la bénéficiaire/f gultqlpu et de la sage-femme référente

La bénéficiaire (ou son représentant) et la sage-femme référente s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L.162-8-2 du code de la sécurité sociale (CSS)

Bénéficiaire des soins (et/ou le parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs - voir notice -)	Sage-femme référente
Je soussigné(e), Mme,  déclare choisir la sage-femme ci-dessus comme sage-femme référente	Je soussigné(e), Mme, M,  déclare être la sage-femme référente de la bénéficiaire citée ci-dessus
Signature(s) _____	Signature _____

Nom/prénom du médecin traitant de la bénéficiaire des soins : .....

Déclaration signée le

**Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.**

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données du site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés. Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

## Quelques conseils pour remplir votre "Déclaration de choix de la sage-femme référente"

La sage-femme référente déclarée est la sage-femme qui vous connaît le mieux et à laquelle vous vous adressez en priorité pendant et après votre grossesse. Elle travaille en coordination avec votre médecin traitant.

Pour permettre la bonne coordination de vos soins pendant et après la grossesse, chaque assuré(e) ou bénéficiaire des soins déclare à sa caisse d'assurance maladie le nom de la sage-femme qu'elle souhaite choisir et déclarer comme sage-femme référente. Ce choix doit être fait en accord avec la sage-femme.

Cette déclaration doit être réalisée avant la fin du cinquième mois de grossesse (22ème semaine de grossesse ou 24ème semaine d'aménorrhée).

Remplissez avec la sage-femme de votre choix ce formulaire.

- ▶ Dans la rubrique "Identification de l'assuré(e) et de la bénéficiaire des soins" :
  - si vous êtes l'assuré(e), écrivez, dans la zone "L'assuré(e)", vos noms, prénom et numéro de sécurité sociale et dans la zone "La bénéficiaire des soins", votre date de naissance,
  - si vous n'êtes pas l'assuré(e) mais la bénéficiaire des soins : conjointe, concubine, personne liée à l'assuré(e) par un PACS, enfant mineur ou autre personne à charge, écrivez, dans la zone "L'assuré(e)", les noms, prénom et numéro de sécurité sociale de la personne à laquelle vous êtes rattaché(e) et inscrivez, dans la zone "Le bénéficiaire des soins", vos noms, prénom et date de naissance,
  - indiquez l'adresse de l'assuré(e) dans la zone prévue à cet effet.
- ▶ Dans la rubrique "Identification de la structure d'exercice de la sage-femme référente" :
  - la sage-femme appose son cachet ou écrit lisiblement ses nom, prénom et adresse et indique son numéro d'identification professionnel dans la grille prévue à cet effet.

Ensuite, vous complétez ensemble la rubrique "Déclaration conjointe" en écrivant votre nom et celui de la sage-femme choisie.

### IMPORTANT :

N'oubliez pas de signer tous les deux cette déclaration (la déclaration doit être signée par la bénéficiaire des soins et la sage-femme).

- ▶ Dans le cas où la bénéficiaire est une mineure non émancipée âgé de 16 à 18 ans, elle doit signer cette déclaration ainsi qu'au moins l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale en sa qualité de représentant légal.
- ▶ Dans le cas où la bénéficiaire est une mineure de moins de 16 ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale, en sa qualité de représentant légal, indique ses nom et prénom et signe cette déclaration.

Votre déclaration de choix de sage-femme référente est terminée.

Après avoir vérifié que toutes les rubriques sont bien remplies, il ne vous reste plus qu'à l'adresser par courrier à votre caisse d'assurance maladie.

**Protocole de télétransmission des feuilles de soins  
entre le Conseil Départemental et la caisse d'Assurance Maladie  
au titre des prestations réalisées par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile, en  
application de la convention**

La convention signée entre la caisse d'Assurance Maladie et le Conseil Départemental recense les prestations réalisées par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile au titre de la protection maternelle et Infantile et de la planification et de l'éducation familiale et faisant l'objet d'une participation financière de l'Assurance Maladie.

Ces prestations sont remboursées au département par la caisse dont dépend l'assuré. Les assurés et leurs ayants droit doivent présenter leur carte vitale (physique ou application mobile) ou leur attestation vitale en cours de validité ou leur carte d'admission à l'AME.

La facturation à l'acte s'applique sur les tarifs d'honoraires conventionnels.

Dans ce cadre, la télétransmission des feuilles de soins permet un accès aux soins facilité et un partenariat plus efficient entre le département et la caisse d'Assurance Maladie.

Le présent protocole, annexé à la convention, fixe les modalités de transmission des feuilles de soins électroniques (FSE).

**I - La transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire**

**Article 1 - Le système SESAM-Vitale**

Le système SESAM-Vitale (Système Électronique de Saisie de l'Assurance Maladie) a été mis en place en 1997, pour simplifier et accélérer le remboursement des soins par l'utilisation de nouvelles technologies (cartes à puce, outils informatiques, réseaux de communication) permettant en particulier la dématérialisation des documents papiers nécessaires au remboursement des soins.

Pour cela, les centres de PMI doivent s'informatiser et générer sur leur poste de travail les informations nécessaires à la dématérialisation des flux, et se doter de carte de professionnel de santé (CPS) émise par l'ANS (Agence du numérique en santé).

**Article 2 - Principe de télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE)**

La facturation des actes et prestations s'effectue par principe selon une transmission électronique sécurisée grâce au service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale). En cas d'impossibilité, la facturation peut s'effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » ou de la feuille de soins sur support papier.

On entend par « feuille de soins électronique » ci-après désignée « FSE », la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la carte Vitale (physique ou application mobile) et de la carte de professionnel de santé (CPS).

On entend par feuille de soins SESAM « dégradé », la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la seule carte du professionnel de santé.

On entend par feuille de soins papier, la feuille de soins sur support papier établie conformément au modèle CERFA.

La facturation à l'Assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions de la présente convention ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM Vitale et en utilisant une solution agréée par le Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDA) de l'Assurance maladie ou homologuée GIE SESAM-Vitale.

### **Article 3 - L'utilisation de la carte de professionnel de santé**

La réalisation et l'émission de FSE conformément aux spécifications SESAM-Vitale nécessitent l'utilisation d'une carte de professionnel de santé (CPS).

Le coût des cartes de professionnel de santé délivrées dans ce cadre est pris en charge par l'Assurance maladie. Il en va de même pour les cartes dites « de personnel d'établissement » (CPE).

### **Article 4 - L'utilisation de la carte vitale**

La « carte Vitale » est utilisée pour identifier électroniquement l'assuré afin de permettre la prise en charge des soins par les organismes gestionnaires de l'assurance maladie. La « carte Vitale » se présente sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile.

La facturation à l'assurance maladie intervient par principe selon une transmission électronique sécurisée. Dans ce cadre, le centre de PMI vérifie l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit sur les données contenues dans la carte d'assurance maladie dite « Vitale » sous la forme d'une carte physique. Dans ce cadre, le centre de PMI recommande à l'assuré l'actualisation de sa carte Vitale physique en pharmacie.

La vérification de l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit peut également se faire sur la base du service d'acquisition des informations relatives à la situation administrative de l'assuré, intégré au poste de travail (ADRI). Ce service permet au centre de PMI d'obtenir une situation de droit à jour pour le patient lors de l'établissement de la feuille de soin électronique, en interrogeant directement les droits de ce dernier dans les bases de données de l'Assurance Maladie.

L'utilisation de la carte Vitale sous sa forme application mobile fait appel systématiquement au service en ligne de consultation des droits des assurés de l'assurance maladie. La situation ainsi obtenue par appel au service d'acquisition des droits de l'assuré est opposable à la caisse gestionnaire de la même manière que le sont les données de droits présentes dans la « carte Vitale » physique.

L'appréciation de la justification de l'ouverture des droits s'effectue à la date des soins.

### **Article 5 - Les règles de télétransmission de la facturation**

#### **Article 5.1 - L'équipement informatique des caisses d'assurance maladie**

Les caisses s'engagent à maintenir un niveau et une qualité de service informatique afin d'assurer le règlement des FSE dans les conditions prévues par la présente convention.

## **Article 5.2 - Equipement informatique des centres de PMI**

Le centre de PMI met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur ;
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de télétransmission des feuilles de soins électroniques.

## **Article 5.3 - Liberté de choix du réseau**

Le Conseil Départemental a la liberté de choix pour ces centres de PMI, de l'équipement informatique grâce auquel ils effectuent la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE), sous réserve que la solution informatique soit agréée par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'assurance maladie, ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant un protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale.

Le Conseil départemental a le libre choix pour ces centres de PMI du fournisseur d'accès internet ou de tout service informatique dès lors qu'ils sont conformes aux spécifications du système SESAM-Vitale, et compatibles avec la configuration de leur équipement. Les parties signataires mettent en œuvre les moyens nécessaires pour faire en sorte que les logiciels agréés SESAM-Vitale intègrent au minimum une interface qui les rende compatibles avec le plus grand nombre des fournisseurs d'accès internet.

Le Conseil Départemental peut aussi recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et relatives à la confidentialité et l'intégrité des flux de FSE.

Cet organisme tiers, pour lequel le Conseil Départemental a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité du service de PMI avec lequel il conclut un contrat à cet effet.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le service de PMI doit impérativement s'assurer que les procédures mises en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de feuilles de soins électroniques, pour la part régime obligatoire. L'OCT doit notamment fournir des garanties relatives à la confidentialité du service, à la liberté de choix et à la neutralité.

## **Article 6 - Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques**

### **Article 6.1 - Etablissement des FSE**

La télétransmission des FSE s'effectue selon les règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions de la présente convention.

## **Article 6.2- Délai de transmission des FSE**

Le service de PMI s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés.

## **Article 6.3 - Délai de paiement en cas de dispense d'avance des frais**

La caisse d'Assurance maladie obligatoire traite les FSE et émet l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de cinq jours ouvrés, à compter du jour de la réception de l'accusé de réception logique (ARL positif).

## **Article 6.4 - Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais**

Les organismes d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés en mode sécurisé via la carte vitale (physique ou application mobile), sur la base des informations, relatives à la couverture maladie obtenue quel que soit le support utilisé (physique ou application mobile), pour la facturation au jour de la réalisation de l'acte.

En cas de tiers-payant intégral coordonné par l'assurance de maladie obligatoire **pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S)**, les organismes d'assurance maladie s'engagent à effectuer le paiement de la part obligatoire et de la part complémentaires des FSE sur la base des informations relatives à la couverture maladie obtenues via la carte vitale physique ou application mobile à la date de réalisation de l'acte.

## **Article 6.5 - Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique**

En cas d'échec d'émission d'une FSE, le centre de PMI fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.

En cas de nouvel échec de la télétransmission de la FSE et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, le centre de PMI établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la feuille de soins électronique non transmise (numéros de FSE et de lot).

En cas de duplicata avec dispense des frais consentie à l'assuré, le service de PMI adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré le duplicata de la feuille de soins signé par lui-même et par l'assuré. À défaut, si l'assuré n'est pas en mesure de signer la feuille de soins, le service de PMI l'adresse lui-même à la caisse d'affiliation de l'assuré en indiquant que l'assuré n'a pas pu signer la feuille de soins.

Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, le service de PMI remplit une feuille de soins papier.

## **II - Les autres procédures de facturation**

### **Article 1 - La feuille de soins SESAM « dégradé »**

#### **Article 1.1 - Procédure exceptionnelle**

En cas d'impossibilité de produire des FSE sécurisée Vitale du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte d'assurance maladie (La « carte Vitale » présente sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile), le centre de PMI réalise une feuille de soins SESAM « dégradé ».

Les parties s'engagent à en limiter l'utilisation au profit de la seule transmission de FSE.

#### **Article 1.2 -Télétransmission des feuilles de soins SESAM « dégradé »**

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé », y compris hors département, le centre de PMI réalise une feuille de soins papier parallèlement au flux électronique.

Le service de PMI adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives de la transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (feuille de soins sous forme papier).

Les feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement prévue à l'article 6.4.

La caisse règle directement au service de PMI les sommes correspondantes au remboursement dû par l'Assurance maladie.

Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

### **Article 2 - La facturation via la feuille de soins sur support papier**

En cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins électroniques ou SESAM « dégradé », la facturation est effectuée via la feuille de soins papier.

Le service de PMI facture directement la part obligatoire des actes et prestations à la caisse d'affiliation de l'assuré.

Dans ce cas, la caisse règle directement au service de PMI les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie.

Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

### **Article 3 - Le déploiement de la norme NOEMIE 580**

Equipé d'un logiciel de facturation agréé « suivi des factures sur la base de la norme NOEMIE 580 », le centre de PMI bénéficie d'un retour d'information amélioré permettant :

- un meilleur suivi des paiements, rejets et régularisations de factures :
  - o identification de la facture de façon unique (indication du numéro et type de facture, date de facturation et lieu d'exécution) ;
  - o information au niveau de la facture : payée, rejetée ou différée, avec le détail de la part obligatoire et de la part complémentaire pour chaque facture ;

- motifs des rejets clairement identifiés avec l'indication :
  - de la part concernée par le rejet (part obligatoire ou part complémentaire) ;
  - du niveau de rejet (facture, prestation, code affiné) ;
  - de la nature de la prestation ;
  - du libellé de rejet.
- un rapprochement facilité entre les factures et les virements bancaires, avec l'indication de la référence du virement bancaire et des factures concernées par ce dernier ;
- les retours d'information sur les factures sont regroupés par date comptable et référence de virement, ce qui permet de lister simplement les factures correspondant à un virement donné ;
- une meilleure lisibilité des mouvements financiers avec une distinction des types de retours :
  - liquidation de factures ;
  - régularisation de factures ;
  - paiements ponctuels ou forfaitaires ;
  - retenues ponctuelles.

# vaccination - volet de facturation

# PMI

ANNEXE 4 - convention CPAM/DPT - art. 7.3 (article L. 160-8 5° du Code de la sécurité sociale)

cet imprimé est spécifiquement réservé aux professionnels de santé des centres de protection maternelle et infantile ayant délivré un vaccin à un enfant de moins de six ans ou à une femme suivie en PMI pour sa grossesse

## bénéficiaire de la vaccination et assuré(e)

### ● bénéficiaire de la vaccination

nom et prénom

numéro d'immatriculation

date de naissance

### ● assuré(e) (à compléter si le bénéficiaire de la vaccination n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

numéro d'immatriculation

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste

### ● adresse de l'assuré(e)

CPAM (code 1)

MSA (code 2)

RSI (code 3)

SLM (code 4)

## vaccin

vaccin délivré	code CIP	date de vaccination	prix du vaccin délivré
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€
			€

## paiement

● montant total

€

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

## identification du praticien et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale  
adresse

identifiant

n° structure  
(FINESS)

signature du médecin ou de la sage-femme

signature de l'assuré(e)

date



**CONVENTION de FINANCEMENT entre  
Les Caisses d'Assurance Maladie et le Département du Nord  
pour la prise en charge des vaccins**

Conclue entre :

**Le Département du Nord**, situé à l'Hôtel du Département – 51, rue Gustave Delory 59047 LILLE CEDEX, représenté par Monsieur Christian POIRET, Président du Conseil Départemental du Nord,

Ci-après dénommé « le Département »

**D'une part,**

**ET**

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie désignées ci-dessous :

**C.P.A.M. DES FLANDRES** dont le siège est situé rue de la Batellerie – BP 4523  
59386 DUNKERQUE CÉDEX 1, représentée par sa Directrice Magali MARCOTTE-EVEN

**C.P.A.M. DU HAINAUT** dont le siège est situé 63 rue du Rempart - BP 60499 - 59321 VALENCIENNES  
CEDEX, représentée par sa Directrice Ghislaine LIEKENS

**C.P.A.M. LILLE-DOUAI** dont le siège est situé au 2 Rue d'Iéna à LILLE (adresse postale : 125 rue St Sulpice  
- CS 20821 - 59508 DOUAI CEDEX), représentée par sa Directrice Carole GRARD

**C.P.A.M. ROUBAIX-TOURCOING** dont le siège est situé 6, RUE Rémy Cogghe - 59065 ROUBAIX CÉDEX 1,  
représentée par sa Directrice Christine WENDLING-BOCQUET

Ci- après dénommées « les caisses »

**D'autre part,**

Vu le Code général des collectivités territoriales,

Vu le Code de la santé Publique, et plus particulièrement ses articles L. 3111-11, R. 5124-45 et R. 5124-60-2,

Vu le Code de la sécurité sociale et notamment son article L. 161-35,

Vu l'arrêté DPPS XXXX du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé des Hauts de France portant décision d'attribution de la mission de vaccination au conseil départemental du Nord du XXXXX,

Vu la délibération de la Commission Permanente du Conseil Départemental du ..... autorisant la signature de la présente convention,

## PREAMBULE

Conformément aux articles L. 3111-1 du code de la santé publique, les vaccinations réalisées par les établissements et organismes habilités dans des conditions fixées par décret sont gratuites pour les patients et prises en charge par l'Etat.

Le Conseil départemental exerce une mission de vaccination déléguée par l'Etat. Les vaccinations réalisées dans ce cadre sont gratuites.

Le Conseil départemental achète les vaccins pour le compte de centres d'examens de santé (CES) notamment pour les CES des CPAM, pour les Centres de Santé Etudiants et Médecins Solidarité Lille-Pédiatres du Monde.

Les vaccins administrés dans les services du Département et dans les CES sont désormais pris en charge financièrement, pour les assurés sociaux ou leurs ayants droit, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat, dans les conditions prévues au titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles et selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale.

### Article 1

#### **OBJET DE LA CONVENTION**

La convention a pour objet de prolonger le cadre de partenariat entre le Département et les CPAM du Nord sur la prise en charge financière à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2023 :

- des vaccins achetés par le Département pour le compte des centres d'examens de santé effectuant des vaccinations
- des vaccins achetés et administrés par le Département dans ses centres de vaccination.

La convention cadre également les modalités de commande des vaccins par le Département pour le compte des centres d'examen de santé des CPAM.

## TITRE 1 - DISPOSITIONS LIEES A LA COMMANDE DES VACCINS PAR LE DEPARTEMENT POUR LES CES DES CPAM

### Article 2 ENGAGEMENTS DES CES DES CPAM

Les CES fournissent chaque trimestre leurs besoins en type et nombre de vaccins selon un tableau EXCEL fourni par le Département. Les CES indiquent également leur stock et le nombre de vaccins éventuellement détruits sur le trimestre passé ainsi que les bordereaux de facturation dont le détail est prévu au Titre 2 Article 9 de la convention. Les documents recensant les besoins du CES doivent être obligatoirement signés par le médecin responsable du CES.

Les Caisses remboursent au Département les vaccins administrés par les CES, selon les conditions prévues à l'article 8 de la présente convention.

La livraison des vaccins est réalisée directement par le laboratoire à l'adresse de chaque CES.

Les CES s'engagent à informer le Département de tout changement d'adresse de livraison des CES et à lui fournir un justificatif établissant ce changement d'adresse

Les CES s'engagent à informer immédiatement le Département de tout changement de médecin directeur ou responsable du CES et l'informent en cas de difficultés de livraisons ou de commandes.

### Article 3 ENGAGEMENTS DU DÉPARTEMENT

Selon la réglementation relative à la traçabilité du circuit des médicaments telle que prévue aux articles R.5124-45 et R.5124-60-2 du code de la santé publique, les laboratoires pharmaceutiques ont obligation de contrôler les habilitations à recevoir des médicaments de leurs clients ne relevant ni du secteur hospitalier ni du secteur officinal. A ce titre, un justificatif du type d'activité pratiquée par la structure et la présence au sein de celle-ci d'un médecin directeur ou responsable de l'activité vaccinale est demandé par les laboratoires afin d'autoriser les commandes et livraisons de vaccins.

En l'absence de ces documents justifiant officiellement l'activité des services extérieurs, les laboratoires sont en droit de ne pas donner suite aux commandes passées. Dans cette occurrence, le Département ne pourrait être tenu responsable par les Caisses d'un arrêt de l'approvisionnement en vaccins au titre de la présente convention.

Sous cette réserve, le Département s'engage à commander trimestriellement les vaccins pour le compte des Caisses selon les besoins recensés par celles-ci et dans les possibilités existantes compte tenu des tensions d'approvisionnement intercurrentes.

Article 4	<b>ENGAGEMENTS DES DEUX PARTIES</b>
-----------	-------------------------------------

Au cours de l'année à venir, les parties à la convention s'engagent à entreprendre des travaux visant à se mettre en conformité avec la réglementation relative à la traçabilité du circuit des médicaments telle que prévue aux articles R. 5124-45 CSP et R. 5124-60-2 du code de la santé publique.

<b>TITRE 2 - DISPOSITIONS RELATIVES AU REMBOURSEMENT DES VACCINS EN APPLICATION DE L'ARTICLE L.3111-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE</b>
--

Article 5	<b>LES ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS</b>
-----------	-------------------------------------

Le présent titre s'applique :

- aux centres de vaccination et aux centres de lutte antituberculeux (CLAT) gérés par le Département, habilités ou conventionnés par l'ARS pour cette mission, implantés sur le territoire des caisses et dont la liste a été fournie par l'ARS dans le cadre du recensement effectué suite à l'instruction de la Direction Générale de la Santé. Cette liste qui est complétée en cas de besoin, indique notamment : le nom du centre, ses coordonnées, son numéro d'identification FINESS, et ses numéros et/ou date d'habilitation ou de conventionnement. Elle est mise à jour en tant que de besoin par le Département, en lien avec l'ARS, et au moins une fois par an.
- aux centres d'exams de santé (CES) des CPAM, aux Centres de Santé Etudiants et à l'association Médecins Solidarité Lille-Pédiatres du Monde.

Article 6	<b>LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE</b>
-----------	---

Sont pris en charge les vaccins obligatoires et recommandés par le calendrier des vaccinations de l'année en cours, inscrits sur la liste des spécialités remboursables par l'assurance maladie.

Article 7	<b>LES BÉNÉFICIAIRES CONCERNÉS</b>
-----------	------------------------------------

Les bénéficiaires concernés par les dispositions de la présente convention sont :

- les **assurés sociaux ou leurs ayants droit** des régimes d'assurance maladie obligatoire au titre des articles L.313-3 et L.161-14 du code de la sécurité sociale, et les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat,
- remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations.

Les parties s'engagent à informer et orienter les personnes n'ayant pas de couverture maladie afin que leur situation soit étudiée au regard de la législation en vigueur. Pour ces personnes, la vaccination est réalisée, sans avance de frais, par le centre de vaccination ou le CLAT.

Article 8	<b>PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE</b>
-----------	-------------------------------------

Les Caisses versent directement au Département le montant des prestations dues, pour les assurés et ayant droits du régime général, SLM, de la MSA, du RSI et des régimes spéciaux ainsi que pour les bénéficiaires de l'AME, sur la base d'informations individualisées permettant d'assurer une traçabilité des vaccins remboursés et des bénéficiaires.

La participation des Caisses intervient :

- en remboursement de la part obligatoire,
- sur la base du prix négocié et dans la limite du prix public TTC. Le Département adresse aux Caisses au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, et lors de chaque modification, la copie du ou des marchés passés avec le (s) fournisseur(s) des vaccins.
- Généralement au taux de 65%, et à 100% dans les cas suivants :
  - dans le cadre de l'assurance maternité pour les vaccins délivrés aux femmes pendant la période débutant du 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse et se terminant 12 jours après l'accouchement,
  - dans le cadre d'une exonération prévention pour les vaccins Rougeole Rubéole Oreillons pour les bénéficiaires de moins de 18 ans et du vaccin contre la grippe saisonnière pour les personnes ciblées par les recommandations vaccinales.
  - En remboursement de la part complémentaire pour les bénéficiaires de l'AME et de la Complémentaire santé solidaire (CSS)

L'administration de vaccins dans le centre de vaccination ou le CLAT et dans les CES est, sans avance de frais pour le bénéficiaire. Elle donne lieu à une facturation par le Département afin d'obtenir le remboursement par l'assurance maladie.

La facturation des vaccins administrés aux bénéficiaires par le centre est réalisée sur support dématérialisé dans le cadre d'un circuit de facturation unique et trimestrielle.

Le régime général est l'interlocuteur unique, il intervient pour le compte des régimes d'assurance maladie cités à l'article 6 de la présente convention ainsi que pour la part complémentaire de la CSS et l'AME.

Les bordereaux récapitulatifs sont transmis par trimestre.

Le bordereau de facturation unique comprend les informations pour tous les bénéficiaires, quel que soit leur régime. Il doit comporter obligatoirement :

- l'identification du centre habilité, conventionné ou agréé exerçant les missions de centre de vaccination, de CLAT, de CES,
- l'identification FINESS juridique et géographique
- l'identification du bénéficiaire des soins (nom – prénom – NIR, date de naissance),
- les conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins (nature d'assurance ou exonération – bénéfice de l'AME ou de la CSS)
- le nom du vaccin et son code CIP ou UCD
- la date d'administration du vaccin
- le code régime
- le prix unitaire facturé TTC\*
- le montant à rembourser par l'assurance maladie obligatoire
- **le montant total à rembourser** par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire pour les bénéficiaires de l'AME ou de la CSS.

*\*Le prix unitaire d'un vaccin peut être fractionné si son conditionnement permet plusieurs vaccinations (exemple du BCG SSI).*

Le bordereau récapitulatif est renseigné sous Excel authentifié et signé par le responsable du centre de vaccination et/ou du CES.

Le Département s'engage à contrôler l'ouverture des droits du bénéficiaire du vaccin.

Les Caisses s'engagent à mettre à disposition du Département un équipement permettant de contrôler l'ouverture des droits.

Il est transmis, de manière trimestrielle, par le Département via une solution de transfert de fichiers cryptés par messagerie sécurisée BlueFiles sur un mail unique de la CPAM Lille-Douai qui centralise les remboursements des 4 CPAM du Nord. Un message est envoyé au(x) destinataire(s) pour l(es) inviter à récupérer les fichiers dans un délai de 5 jours ouvrables.

## Article 10 PAIEMENT À DÉPARTEMENT

Les Caisses règlent la totalité de la facture pour l'ensemble des régimes.

Les règlements sont effectués à :

Identité : Paierie départementale du Nord

Code Banque : 30001

Code Guichet : 00468

N° Compte : C 5990000000-42

Les Caisses s'engagent à honorer les demandes de remboursement présentées **dans le mois** qui suit la réception des pièces justificatives, sauf cas de force majeure.

## Article 11 CONTRÔLE DES RÈGLEMENTS

Les Caisses se réservent le droit de procéder à tout contrôle sur la réalité des frais engagés.

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

Le Département s'engage à constituer des dossiers conformes à la réglementation rendant possible ce contrôle.

## TITRE 3 - DISPOSITIONS FINALES

## Article 12 MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION

Le Département et les Caisses désignent en leur sein un référent chargé de la mise en œuvre et du suivi de la convention (cf. annexe 2).

**Article 13 SUIVI ET ÉVALUATION**

Le Département et les Caisses s'engagent à faire un bilan de l'application de la présente convention sur les titres I et II portant notamment sur :

- La mise en conformité des Caisses aux exigences des articles R. 5124-45 et R. 5124-60-2 du code de la santé publique
- La mise en œuvre du paiement
- Les difficultés rencontrées : qualité de la facturation (nombre de rejets), qualité et délai du règlement,
- Les montants remboursés.

**Article 14 DATE D'EFFET ET DURÉE DE LA CONVENTION**

La présente convention est signée pour une durée de trois ans, soit jusqu'au 31 décembre 2025.

**Article 15 MODIFICATION DES MODALITÉS DE FACTURATION**

En cas de modification des modalités de facturation des vaccins décrites dans la présente convention, un avenant signé par les deux parties viendra compléter la présente convention.

**Article 16 RÉSILIATION**

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

Article 17 <b>RÈGLEMENT DES LITIGES</b>
---

En cas de difficultés récurrentes constatées dans le remplissage des divers documents contribuant à la facturation, le Département provoquera une réunion avec les centres d'examen de santé concernés. Après un courrier de mise en demeure envoyé avec accusé de réception, le Département se réserve le droit de suspendre la commande des vaccins pour le compte de ce CES.

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

Fait à....., le .....en CINQ exemplaires originaux.

<b>Christian POIRET</b> Président du Département du Nord	<b>Magali MARCOTTE – EVEN</b> Directrice CPAM des Flandres
<b>Ghislaine LIEKENS</b> Directrice du Hainaut	<b>Carole GRARD</b> Directrice CPAM Lille/Douai
<b>Christine WENDLING – BOCQUET</b> Directrice CPAM Roubaix Tourcoing	

## Liste des annexes de la convention

Annexe 1 : bordereau de facturation

Annexe 2 : Liste des référents

Annexe 3 : Liste des CES et des centres de vaccination/ CLAT



**Annexe 3 : Liste des CES, centres extérieurs et des centres de vaccination/ CLAT**

<b>Liste des centres d'examen de santé</b>	
CES de l'ANPS 2 avenue de Ferrière 59600 MAUBEUGE	CES de l'ANPS 32, rue d'Alger 59400 CAMBRAI
Centre d'examens de santé Eliane Andris 125 rue Saint Sulpice 59509 DOUAI cedex	Centre d'examens de santé des Flandres 2 rue de la Batellerie CS 94523 59386 DUNKERQUE cedex 1
CPES Institut Pasteur de Lille 1 rue du Professeur Calmette 59000 LILLE	CES de l'ANPS 10 Avenue Henri Matisse TERTIA 3000 59300 AULNOYE LEZ VALENCIENNES

<b>Liste des autres centres extérieurs</b>	
Centre de santé des étudiants SIUMPPS (LILLE 2) 125 Boulevard d'Alsace 59000 LILLE	Centre de santé des étudiants SIUMPPS (LILLE 1) Cité Scientifique Bâtiment A10 Avenue Poincaré 59650 VILLENEUVE D'ASCQ
Centre de santé des étudiants SIUMPPS (LILLE 3) Sciences Humaines et Sociales Pont de Bois 2 rue du Barreau 59650 VILLENEUVE D'ASCQ	Université Polytechnique Hauts de France Campus du Mont Houy 59313 VALENCIENNES Cedex 9
Médecins Solidarité Lille Pédiatres du monde 112 Chemin des postes 59120 LOOS	

<b>Liste des SPS centres de vaccination et/ ou CLAT du Département</b>	
<b>SPS de CAMBRAI</b> <b>Centre de vaccination / CLAT</b> 41, rue de Lille 59400 CAMBRAI Tel : 03 59 73 37 70 <b>Responsable : Djamel BELLA</b>	<b>SPS de DOUAI</b> <b>Centre de vaccination / CLAT</b> 310 quater rue Albergotti 59500 DOUAI Tel : 03 59 73 33 00 <b>Responsable : Véronique LAMAND</b>
<b>SPS d'HAUBOURDIN</b> <b>Centre de vaccination / CLAT</b> 16, rue d'Englos - B.P. 128 59482 HAUBOURDIN CEDEX Tel : 03 59 73 09 00 <b>Responsable : Séverine SONNEVILLE</b>	<b>SPS d'HAZEBROUCK</b> <b>Centre de vaccination / CLAT</b> 48 Bd l'Abbé Lemire 59190 HAZEBROUCK Tel : 03 59 73 47 86 <b>Responsable : Sophie FOURNET</b>
<b>SPS SAMBRE AVESNOIS</b> <b>Centre de vaccination / CLAT</b>	<b>SPS de ROUBAIX TOURCOING</b> <b>Centre de vaccination</b>

<p>64 rue Léo Lagrange – CS 50107 59365 AVESNES-SUR-HELPE CEDEX Tel : 03 59 73 18 00 <b>Responsable : Pauline DEGOUSEE</b></p>	<p>25, Boulevard du Général Leclerc 59100 ROUBAIX Tel : 03 59 73 76 50 <b>Responsable : Marie FAUCHILLE</b></p>
<p><b>SPS de DUNKERQUE</b> <b>Centre de vaccination / CLAT</b> 4, rue Monseigneur Marquis – B.P. 5306 59379 DUNKERQUE CEDEX Tel : 03 59 73 44 70 <b>Responsable : Florence LECRIVAIN</b></p>	<p><b>SPS de VALENCIENNES</b> <b>Centre de vaccination / CLAT</b> 57, Avenue Faidherbe 59300 VALENCIENNES Tel : 03 59 73 25 40 <b>Responsable : Mustapha BELGADI</b></p>
<p><b>SPS de LILLE</b> <b>Centre de vaccination / CLAT</b> 8/10, rue de Valmy 59000 LILLE Tél. 03 59 73 69 60 <b>Responsable : Karima CHOUIA</b></p>	<p><b>SPS de VILLENEUVE D'ASCQ</b> <b>Centre de vaccination / CLAT</b> 100, Boulevard Van Gogh 59650 VILLENEUVE D'ASCQ Tel : 03 59 73 92 01 <b>Responsable : Samira LAMKADEM</b></p>

**AVENANT N° 2**  
**A LA CONVENTION DE PARTENARIAT ENTRE LE DEPARTEMENT DU NORD ET LE**  
**CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES POUR LA CONTINUITE DU CEGIDD SUR**  
**LE VALENCIENNOIS**

Entre

Le **DEPARTEMENT DU NORD**, dont le siège se situe 51 rue Gustave Delory, 59047 Lille Cedex, représenté par Monsieur Christian POIRET, Président du Département du Nord,

Et

Le **CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES**, dont le siège est sis avenue Désandrouin, 59322 Valenciennes, représenté par Monsieur Nicolas SALVI, Directeur général,

- Vu le Code général des collectivités,
- Vu le Code de la santé publique, et plus particulièrement ses articles D. 3121-21 à D. 3121-26,
- Vu l'arrêté DPPS 2024/12 du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France portant décision de non renouvellement de l'habilitation CeGIDD du Conseil Départemental du Nord du 18 mars 2024,
- Vu l'arrêté DPPS 2024/003 du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France portant décision d'habilitation CeGIDD du Centre hospitalier de Valenciennes du 18 mars 2024,
- Vu la délibération DGAEFS-SG/2024/158 de la Commission Permanente du Conseil Départemental du 8 juillet 2024 autorisant la signature de la convention,
- Vu la convention de partenariat pour la continuité de la mission CeGIDD sur le Valenciennois entre le Département du Nord et le Centre hospitalier de Valenciennes du 18 juillet 2024,
- Vu la délibération DGAEFS-SG/2024/367 de la Commission Permanente du Conseil Départemental du 18 novembre 2024,
- Vu la délibération DGAEFS-SG/2024/236 de la Commission Permanente du Conseil Départemental du 16 décembre 2024.

**Il est convenu ce qui suit :**

**Article unique :**

En application de l'article 5 de la convention conclue entre le Département du Nord et le Centre Hospitalier de Valenciennes, signée le 18 juillet 2024, le présent avenant a pour objet d'acter le montant total des contributions financières dû par le Centre Hospitalier pour la période totale de six mois (de juillet à décembre 2024) et de clôturer le partenariat.

Au titre des ressources mobilisées (dont le détail est joint en annexe 1) le montant total de ce règlement est fixé à 99 613,13 €.

Fait en deux exemplaires originaux,

Fait à Lille,

le

Pour le Département du Nord,  
Le Président, Christian POIRET

Pour le Centre hospitalier de Valenciennes,  
Le Directeur général, Nicolas SALVI

**ANNEXE 1 DE L'AVENANT : Détail des moyens mis à disposition par le Département du Nord pour la continuité de la mission CeGIDD sur le Valenciennois**

Mise à disposition	Montant (en €) pour 6 mois
Ressources humaines	90 277,13 €
Nettoyage	5 499 €
Fluides	3 837 €
<b>Coût total</b>	<b>99 613,13 €</b>

**Décomposition de l'impact RH :**

FONCTION	ETP	Masse salariale des professionnels mobilisés (en €)						Montant (en €) pour 6 mois
		JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	
I.D.E.	1,6	8914,20	9329,36	9259,94	8798,6	12645,20	8834,89	57 782,19
A.S.	0,1	535,77	536,30	531,90	529,07	769,69	529,07	3 431,83
S.M.S.	0,8	3099,54	3115,36	3077,70	3358,30	4800,57	3358,30	20 809,76
PSY	0,2	1291,70	1291,70	1291,70	1291,70	1794,84	1291,70	8 253,35
<b>TOTAL RH</b>								<b>90 277,13</b>

**CONVENTION FINANCIERE DE FONCTIONNEMENT  
SANTÉ 2024  
Centre Social Saint Roch - CAMBRAI**

ENTRE :

**Le Département du Nord**, dont le siège se situe 51 rue Gustave Delory, 59047 Lille Cedex, représenté par Monsieur Christian POIRET, Président du Département du Nord,

D'une part,

ET :

**Le Centre Social Saint Roch** sis 55 bis allée Saint Roch 59400 CAMBRAI, représenté par Madame Marie-Ange LEFEBVRE, sa Présidente,  
N° dossier ESABORA (le cas échéant) : 2020/00180

D'autre part,

- Vu le Code Général des Collectivités Territoriales, et notamment son article L.1611-4, et ses articles L.3312-4, R.3312-4, R3313-7, relatifs aux autorisations d'engagement ;
- Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu la loi du 1er Juillet 1901 modifiée relative au contrat d'association ;
- Vu la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations et notamment son article 10 ;
- Vu le décret du 06 juin 2001 pris pour l'application de l'article 10 de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens au contrôle des associations, œuvres et entreprises privées subventionnées par des collectivités locales, et notamment ses articles 1er et 2 ;
- Vu le budget départemental 2024 voté par l'Assemblée Départementale ;
- Vu la délibération DGAEFS-SG/2024/236 de la Commission Permanente du Conseil Départemental en date du 16 décembre 2024.

## PREAMBULE

Le Département du Nord porte depuis longtemps une attention particulière à l'état de santé des Nordistes, en veillant directement à maintenir la qualité de son offre de service public en matière de prévention santé à destination des publics les plus vulnérables. Il soutient également les actions de prévention des partenaires associatifs et locaux dans un objectif de complémentarité et de maillage territorial.

Ainsi, le Département du Nord soutient des actions menées autour de :

- La promotion de la santé globale par le biais d'actions diverses
- L'accès aux soins et à la prévention des publics en situation de vulnérabilité ou de précarité.
- La réduction des conduites à risques liées à la sexualité, aux consommations et aux addictions comportementale.

## IL EST CONVENU CE QUI SUIT

### **Article 1er : Objet de la convention**

La présente convention a pour objet le versement d'une subvention pour l'année 2024 à destination de la structure xxxx afin de soutenir le projet intitulé : xxxx

L'attribution de la subvention, objet de la présente convention, fait suite à l'étude des projets reçus dans le cadre de l'appel à projet santé organisé par le Département début 2024.

### **Article 2 : Missions**

L'action « Ma santé : j'y pense, je m'informe et j'agis pour... » est menée au titre de :

- Privilégier l'accès aux soins et à la prévention pour tous avec une attention particulière pour les publics les plus vulnérables

Sur le territoire de la Direction Déléguée du Cambrésis

### **Article 3 : Engagement de l'organisme**

L'organisme s'engage à respecter strictement les termes de la présente convention. En cas de retard pris dans l'exécution de la présente convention, l'organisme en informe le Département du Nord.

L'organisme pourra faire la demande d'une prorogation avant l'expiration du délai. Le département appréciera la recevabilité de cette demande.

Les modalités de mise en œuvre de l'action, son suivi et son évaluation font l'objet d'une concertation avec les services de la Direction Santé et avec les services territorialisés de Prévention Santé.

#### **Article 4 : Participation financière et modalités de versement**

Le Département du Nord accorde à l'organisme, pour la réalisation de l'action visée à l'article 1<sup>er</sup>, une subvention de **6 000 € pour l'année 2024**.

La subvention est versée en une seule fois.

Le compte de l'organisme sera crédité, après signature de la présente convention, selon les procédures comptables en vigueur.

#### **Relevé d'identité bancaire (RIB) du compte à créditer : (à compléter par la structure)**

Titulaire du compte : .....

<b>Identifiant national de compte bancaire – RIB</b>						
Code Banque/ Etablissement	Code guichet	N° de compte	Clé RIB			
<b>Domiciliation :</b>						
<b>IBAN – identifiant international de compte</b>						
<b>BIC – identifiant international de l'établissement</b>						

#### **Article 5 : Evaluation**

Les modalités de mise en œuvre de l'action, son suivi et son évaluation feront l'objet d'un suivi en comité de pilotage avec les services de la Direction Santé et avec les services territorialisés de Prévention Santé.

L'organisme s'engage à présenter pour le 30 juin 2025 au plus tard un bilan quantitatif, qualitatif et financier de l'action en cours.

Les bilans et rapports devront être déposés sur la plateforme ESABORA. En cas d'indisponibilité de la plateforme les modalités de transmission des documents se feront par courriel.

## **Article 6 : Obligations comptables**

L'organisme s'engage à fournir au Département le bilan financier propre à l'objet de la convention, signé par le président ou toute personne habilitée, dans les six mois suivant sa réalisation, ainsi que le bilan de l'association.

Les documents comptables devront être certifiés par le Commissaire aux Comptes si l'organisme est soumis à l'obligation de certification des comptes ou par le président de l'organisme s'il n'y est pas soumis, conformément notamment aux dispositions des articles L.612-4 et R.612-1 du code de commerce.

## **Article 7 : Contrôle des actions**

Le Département se réserve le droit de contrôler ou de faire contrôler, à tout moment, auprès de l'organisme ou de tout organisme tiers, par toute personne désignée à cet effet, le déroulement ou l'effectivité de l'action, ainsi que tous documents budgétaires et comptables.

## **Article 8 : Contrôle du financement**

S'il apparaît, y compris après expiration ou dénonciation de la présente convention, qu'une partie du financement départemental n'a pas été ou ne sera pas utilisée, ou bien qu'elle n'a pas été utilisée conformément aux obligations contractuelles ou réglementaires le trop-perçu sera reversé au Département.

## **Article 9 : Documents de communication**

La participation du Département aux actions visées à la présente convention, doit être mise en valeur par l'association, notamment dans ses documents destinés au public et aux bénéficiaires des actions. Les documents doivent être adressés pour validation à la Direction de la communication du Département du Nord par courriel à l'adresse suivante : [\*\*dircom@lenord.fr\*\*](mailto:dircom@lenord.fr)

## **Article 10 : Durée de la convention**

La présente convention est conclue **pour l'année 2024**.

## **Article 11 : Modification de la convention**

Toute modification qui sera apportée à la présente convention fera l'objet d'un avenant.

## **Article 12 : Résiliation**

Chacune des parties pourra résilier la présente convention à tout moment par lettre recommandée avec avis de réception moyennant un délai de préavis de trois mois avant la fin souhaitée.

**Article 13 : Litiges**

Si un différend survenait à l'occasion de l'exécution de la présente convention, les parties s'efforceraient de le régler à l'amiable.

En cas d'échec de cette procédure et de désaccord persistant, le tribunal administratif de Lille est compétent pour juger des litiges relatifs à la présente convention.

Fait à Lille, le

**Pour la structure**  
*(Nom et qualité du Signataire)*

**Pour le Président du Département du Nord  
et par délégation**

## CONVENTION DE PARTENARIAT

### ENTRE

**La Ville de Lille**, sise à l'Hôtel de Ville, Place Augustin Laurent, CS 30667 Lille cedex, représentée par Le Maire de Lille, agissant en vertu de la délibération n° 24/ du 13 décembre 2024 ou par Marie-Pierre Bresson, Adjointe au Maire déléguée à la Culture, en application des dispositions de l'arrêté n° 184 du 20 juillet 2020 lui portant délégation de fonctions et de signature, agissant pour le compte de la Ville de Lille (Musée d'Histoire naturelle),

Ci-après dénommée indifféremment « **la Ville de Lille ou le Musée d'Histoire Naturelle** » d'une part,

### ET

**Le Conseil Départemental du Nord - Service de la PMI Lille-Moulins**, sis 51 rue Gustave Delory - 59047 Lille cedex, représenté par son Président Christian POIRET,

Ci-après dénommé indifféremment « **le Conseil Départemental du Nord ou le service de la PMI Lille-Moulins** » d'autre part,

### Préambule

Le Musée d'Histoire Naturelle de Lille (MHN) est entré dans la seconde phase de sa rénovation, avec pour objectif une réouverture en 2027. Le projet, résolument inclusif, cherche à se tourner vers tous ses publics et verra la création du Nichoir, un espace muséal dédié aux tout-petits. Dans ce cadre, le Musée travaille pendant sa période de fermeture à la co-création et à l'animation de dispositifs tests de médiation au sein du service de PMI Lille-Moulins et sur la production d'un court métrage documentant les toilettes de bébés.

Le service de PMI est un service territorial de santé publique. Des actions médico-psycho-sociales de prévention à domicile et en consultation en faveur des femmes enceintes, des enfants de moins de 6 ans et de leurs parents sont organisées, ainsi que des activités de promotion de la santé sexuelle (explication et éducation familiale). A la lumière de ces compétences, le MHN a souhaité s'associer au service de la PMI de Lille-Moulins (secteur du musée) afin de profiter de son expertise sur la toute petite enfance.

## 1. Objet de la convention

Le présent accord a pour objectif de fixer le cadre de coopération entre Le Musée d'Histoire Naturelle de Lille et le service de la protection maternelle et infantile (PMI) du Nord, quartier Moulins. Ce partenariat consiste en la collaboration des équipes de la PMI et du MHN pour la mise en place de projets innovants dans le cadre du projet de rénovation du Musée et en prévision de sa réouverture.

### 1) Production audiovisuelle d'un court-métrage documentant la toilette de bébés

Les équipes du MHN et du service de la PMI collaborent pour la conception et la production d'un court-métrage documentaire sur la toilette des bébés. L'accent sera porté sur les gestes et les soins portés aux bébés lors de la toilette. Les familles volontaires seront issues des bénéficiaires de la PMI. La production sera valorisée dans le cadre de l'exposition de réouverture du MHN, et par la diffusion privilégiée du court- métrage aux participants au projet.

### 2) Co-crédation et animation de dispositifs test de médiation au sein du service de PMI- Moulins

Le partenariat aura également comme objectif la co-crédation et programmation d'ateliers culturels à destination des enfants de moins de 3 ans et de leurs accompagnants, en perspective de la création du Nichoir, le futur espace pour les 0-3 ans du MHN. Ces nouvelles animations s'effectueront au sein des lieux de consultations infantiles (salles d'attente) et d'accueil (maison de quartier etc) et prendront la forme de paniers sensoriels, accompagnés par un médiateur du musée.

Ces ateliers ont pour but :

- De faire découvrir aux enfants et à leurs parents les compétences sensorielles des tout-petits, de leur offrir des moments de plaisir partagés, de découverte de l'autre et de soi autour de certaines figures animales, spécifiques de l'univers du Musée d'Histoire Naturelle.
- De familiariser les familles du quartier avec les contenus du Musée d'Histoire Naturelle, avec les médiateurs, afin de créer un lien, une relation entre le parent et l'enfant, entre le musée et l'enfant, entre le musée et le parent.
- D'adapter les contenus des paniers sensoriels aux attentes des familles et aux retours et conseils des professionnels de la PMI.
- De recueillir les avis des familles pour améliorer le dispositif, le cas échéant.

Les consultations infantiles et les temps d'accueil auront lieu sur trois sites lillois :

- Service de PMI, 1 rue Bayard
- Service PMI, 8 rue de Valmy
- Maison de quartier de Moulins, 1 rue Armand Carrel.

## 2. Durée

Le partenariat prendra effet à partir de la signature de la présente convention, pour une durée courant jusqu'à la réouverture du musée.

## 3. Obligations du Musée d'Histoire Naturelle de Lille

### 1) Production audiovisuelle d'un court-métrage documentant la toilette de bébés

Le Musée d'Histoire Naturelle de Lille s'engage dans la production audiovisuelle d'un court-métrage documentant la diversité des toilettes des bébés, où figurent des bénéficiaires volontaires des services de la PMI Lille-Moulins. A ce titre, le MHN a pour obligation :

- En tant que commanditaire, de coordonner et de faciliter les rapports entre les différentes parties du projet (MHN, PMI Moulins, prestataires extérieurs). Cela se concrétisera grâce à la mise en place de réunions de travail et d'un référent sur le projet en interne.
- De valoriser les bénéficiaires volontaires avec plusieurs dispositifs : organisation d'une séance de visionnage privilégié du documentaire, invitations pour un atelier dédié aux participants...
- De fournir à la PMI les autorisations de droit parental à l'image des enfants pour signature auprès des bénéficiaires.
- De respecter l'intimité et les souhaits des bénéficiaires volontaires pendant toute la durée du projet.
- De respecter le vœu des participants bénéficiaires de quitter le projet à n'importe quel moment et ce, sans justification nécessaire et préalable.
- De prévoir une visite privilégiée de l'exposition.

### 2) Co-crédation et animation de dispositifs test de médiation au sein du service de PMI-Moulins

Afin de préparer sa future programmation culturelle à destination du très jeune public, le Musée propose l'utilisation de dispositifs de médiation (exemple : un panier sensoriel pour les marcheurs et pour les non marcheurs) dans les salles d'attente et d'accueil de la PMI. A ce titre, le MHN a pour obligation :

- D'organiser en lien étroit avec le service de PMI-Moulins le planning des animations qui seront proposées dans les locaux de la PMI.
- De faire valider en amont par la PMI les objets composant le panier sensoriel.
- De faciliter les visites des bénéficiaires de la PMI Moulins au Musée grâce à la mise en place de visites adaptées.

#### **4. Obligations du service de la Protection Maternelle et Infantile du Nord, quartier Moulins**

##### **1) Production audiovisuelle d'un court-métrage documentant la toilette de bébés**

Le service de la PMI Lille-Moulins :

- Présélectionne, informe et sélectionne les volontaires au projet parmi ses bénéficiaires, selon des critères définis en accord avec le MHN.
- Met à disposition un agent de son service lors de la venue des équipes de production audiovisuelle sur les lieux de tournage (cadre privé) en amont et pendant le tournage si leur présence est requise, au cas par cas.
- Fait signer les autorisations de droits parentales à l'image des enfants et les transmet au Musée d'Histoire Naturelle.
- Rend compte au MHN de toutes potentielles difficultés.

##### **2) Co-crédation et animation de dispositifs test de médiation au sein du service de la PMI-Lille-Moulins**

Le service de la PMI Lille-Moulins :

- Apporte conseil et expertise auprès des médiateurs du musée dans la conception du dispositif et également en amont des animations auprès des publics de la PMI.
- Propose un terrain d'observation pour programmer et animer l'atelier de paniers sensoriels et des activités de psychomotricité du Musée d'Histoire Naturelle.
- Informe les équipes et les usagers de la proposition du Musée d'Histoire Naturelle.

#### **5. Communication**

Les actions menées par la collaboration entre le MHN et la PMI seront valorisées, notamment au moyen de communication dédiées. Pour toutes les actions de communication provenant du MHN ou du service de la PMI, les deux parties s'accorderont en amont sur les contenus et les délais relatifs aux publications (numérique ou print).

La production audiovisuelle sera quant à elle valorisée au sein de l'exposition temporaire de réouverture du musée de la même manière que tous les partenariats noués pour l'exposition.

A ce titre :

- Le logo du Département du Nord devra être présent sur l'ours de l'exposition, ainsi que certains documents imprimés relatifs à la visite de l'exposition (livrets de visite etc).
- Le partenariat sera mentionné dans la communication sur les différents canaux habituels dédiés à l'exposition (réseaux sociaux, impressions).

## **6. Responsabilités et Assurances**

D'une part, le Musée d'Histoire Naturelle veille au bon déroulement de l'activité, à la remise en ordre initial des locaux et s'assure que chaque utilisateur quitte les lieux à l'issue de l'activité.

Le Musée d'Histoire Naturelle est également responsable des dommages matériels ou corporels qu'il est susceptible de causer aux tiers du fait de son personnel ou des biens dont il a la garde dans le cadre des dispositions légales.

Le Musée d'Histoire Naturelle est tenu de signaler dans les meilleurs délais au personnel du service de la PMI tout sinistre ou incident survenu au cours de la mise à disposition des locaux.

Le Musée d'Histoire Naturelle s'engage à souscrire une police d'assurance auprès d'une compagnie notoirement solvable couvrant sa responsabilité civile pour tout dommage de quelque nature que ce soit pouvant résulter de son occupation des lieux ou des activités exercées dans le local mis à sa disposition.

Le Musée d'Histoire Naturelle fait son affaire personnelle des biens lui appartenant et se trouvant à l'intérieur des lieux. Le service de la PMI ne pourra en aucun cas tenir la Ville de Lille pour responsable de tout vol qui pourrait être commis dans le local mis à sa disposition.

Le Conseil Départemental est responsable pour tout dommage causé dans les locaux de la PMI mis à disposition de la Ville de Lille.

Le Musée d'Histoire Naturelle répondra des dégradations ou pertes causées au local mis à sa disposition pendant le temps qu'elle en aura la jouissance et commises tant par elle-même que par ses préposés.

Le Musée d'Histoire Naturelle est dégagé de toute responsabilité pour les accidents corporels pouvant résulter d'une utilisation des installations non conforme à la réglementation en vigueur.

Le Musée d'Histoire Naturelle s'engage à fournir, dans les 15 jours de la première demande du service de la PMI, une attestation d'assurances précisant les risques et montants garantis.

## **7. Résiliation**

Si l'une des parties contractantes décide de résilier la présente convention, elle doit en aviser l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception dans laquelle elle expose les motifs qui la poussent à vouloir mettre un terme à la convention de partenariat. La convention est résiliée un mois après réception de cette lettre recommandée avec accusé de réception.

Les parties peuvent, d'un commun accord écrit, décider de résilier la présente convention.

Dans l'hypothèse où il surviendrait des événements de force majeure empêchant la réalisation de ces manifestations, le contrat serait résilié de plein droit sans indemnité. La partie empêchée préviendra l'autre dès la survenance des événements.

On entend par événement de force majeure tout événement reconnu comme tel par la loi et la jurisprudence, ainsi que des événements contractuellement assimilés à la force majeure au sens du présent contrat : la menace ou survenance de cataclysmes naturels, grèves générales, émeutes,

mouvements populaires, actes de terrorisme, actes de sabotage, guerre, ou tout événement grave pouvant porter atteinte à la sécurité du public. Faute d'exécution de l'une des stipulations du présent contrat pour toute autre raison qu'un cas de force majeure, le présent contrat pourra être résilié de plein droit quinze jours ouvrables après mise en demeure effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception restée infructueuse.

#### **8. Litiges et loi applicable**

La présente convention est soumise en toutes ses dispositions à la loi française et tous les différends relatifs à son interprétation ou à son exécution relèveraient de la compétence du Tribunal Administratif de Lille après épuisement des voies de règlement à l'amiable.

Fait en double exemplaire à LILLE, le

Pour la Ville de Lille,

Pour le Département du Nord,

Le Maire, par délégation,

Le Président,

L'Adjointe déléguée à la Culture,

Marie-Pierre BRESSON,

Christian POIRET

## COMMISSION PERMANENTE Réunion du 16 décembre 2024

**OBJET** : Conventions avec les CPAM dans les domaines de la PMI et de la Prévention Santé, avec le Musée d'Histoire Naturelle de Lille, avenant financier avec le Centre Hospitalier de Valenciennes pour les missions CeGIDD et attribution d'aides financières.

Promouvoir la santé auprès de l'ensemble de la population du Nord est une des ambitions que poursuit le Département. La délibération cadre de santé du 22 janvier 2024 (DGAEFS-SG/2024/25) renforce sa politique de santé et sa volonté de réduire les inégalités sociales et territoriales en favorisant des actions en direction des publics les plus fragiles présentant des vulnérabilités, voire en difficulté pour leur prise en charge de santé.

Dans ce contexte, le Département s'articule avec ses partenaires en matière de santé et prévoit des conventions et avenant financiers dans les domaines de la protection maternelle et infantile (PMI) et de la prévention santé. Il soutient son partenariat investi et attribue des aides financières pour mener des actions sur l'ensemble du territoire.

Ainsi, le présent rapport propose la signature de conventions et avenant :

- conventions avec les CPAM du Nord pour le remboursement des actes médicaux réalisés en PMI et pour le remboursement des vaccins délivrés en centres d'examen de Santé et centres de vaccination du Département ;
- avenant financier avec le Centre Hospitalier de Valenciennes dans le cadre de missions de Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) ;
- convention de coopération avec le Musée d'Histoire Naturelle de Lille et le Service de PMI Lille-Moulins.

Il propose également l'attribution d'une aide financière à l'association « Fête de la vie » et au centre social Saint-Roch de Cambrai.

### **1. Convention avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie du Nord pour le remboursement des actes médicaux réalisés par la Protection Maternelle et Infantile (annexe 1)**

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

Dans cette optique, une convention de financement et de partenariat entre les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) du Nord et le Département permet la prise en charge par l'Assurance Maladie des prestations réalisées par le service départemental de PMI.

Sont concernées

- les actions médicales de prévention réalisées dans le cadre du suivi médical de prévention des enfants de moins de 6 ans,
- les vaccinations des enfants de moins de 6 ans et des femmes enceintes,

- le suivi médical des femmes enceintes et de la mère,
- les actions médicales de prévention réalisées dans le cadre de la planification familiale et de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles.

Le remboursement annuel moyen de ces actes s'est élevé à 2 538 240 € en 2023, et estimé à 2,5 millions € pour 2024.

Arrivée à échéance, la convention de financement et de partenariat est renouvelée en référence à la convention type proposée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. A cette occasion et en conformité aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, la liste des actes et des prestations justifiant d'une participation financière de l'assurance maladie (cf. les articles suivants : L.2112-2 alinéas 1°, 2°, et 3° et L.2112-7 du code de la Santé Publique) a été actualisée proposant de nouvelles prises en charge médicales et paramédicales.

Il s'agit notamment de l'entretien post-natal précoce, de la désignation d'une sage-femme référente et des consultations infantiles complexes.

L'ensemble des actions proposées dans la liste s'inscrivent dans la mise en œuvre du volet prévention « agir le plus précocement possible pour répondre aux besoins des enfants et de leurs familles » du Contrat Départemental de Prévention et de Protection de l'enfance 2024

Ainsi, les évolutions proposées dans cette nouvelle convention permettent la poursuite du remboursement des actes et prestations relevant d'une prise en charge par l'Assurance Maladie mais aussi de dynamiser le partenariat en matière de promotion de la santé mettant en valeur l'offre de la PMI aux moments clés de la vie des familles nordistes.

## **2. Convention de financement avec les CPAM du Nord pour le remboursement des vaccins délivrés en Centre d'examens de santé et en centres de vaccination du Département (annexe 2)**

La précédente convention étant arrivée à échéance il est proposé son renouvellement. Elle a fait l'objet d'actualisation pour tenir compte des évolutions réglementaires et informatiques.

Les centres de vaccination permettent à tous d'avoir accès gratuitement aux vaccins obligatoires contre la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos, ainsi qu'aux vaccins recommandés en France. Le Département fournit également des vaccins à des structures extérieures, à savoir les centres d'examens de santé de l'Assurance maladie, les services de médecine universitaire et certaines associations humanitaires locales.

La convention a pour objet de :

- décrire la procédure de commande des vaccins par le Département pour le compte des centres extérieurs,
- fixer les conditions de la prise en charge financière des vaccins délivrés dans les centres de vaccination et les services partenaires.

En 2023, 1 146 personnes ont été vaccinées dans les Services de Prévention Santé (SPS) du Département, soit 2 871 doses de vaccins administrées.

La prise en charge par l'assurance maladie repose sur le principe d'un versement au Département du montant des prestations dues, pour les assurés et ayant droits sur la base d'informations individualisées permettant d'assurer une traçabilité des vaccins remboursés et des bénéficiaires.

En tenant compte de l'ensemble des vaccins administrés au sein des SPS et des services partenaires, le montant du remboursement attendu est de 114 000 € environ.

### **3. Avenant financier avec le Centre Hospitalier de Valenciennes dans le cadre de la mission de CeGIDD (annexe 3)**

Le Centre Hospitalier de Valenciennes et le Département ont signé une convention de partenariat d'une durée de 6 mois afin d'assurer la continuité de la mission de Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.

Ce conventionnement a permis d'éviter la rupture d'offre de service jusqu'à la fin de l'année 2024, le temps que le Centre Hospitalier de Valenciennes puisse assurer cette mission dans ses propres locaux à partir de janvier 2025.

Conformément aux dispositions prévues à l'article 7 de la convention, le Centre Hospitalier s'engage à compenser financièrement le Département pour les ressources humaines mobilisées, l'occupation des locaux et les moyens matériels mis à disposition durant la période de juillet à décembre 2024 à hauteur de 99 613,13 €.

### **4. Attribution d'aides financières**

Les différentes actions menées par les partenaires favorisent un accès équitable à l'offre de soins, de prévention et de promotion de la santé et visent à une amélioration durable de l'état de santé des Nordistes, permettant à chacun de prendre soin de soi et renforcer son capital santé.

Par conséquent, le Département souhaite consolider sa politique pour la santé des Nordistes et attribue des aides financières de fonctionnement par convention (annexe 5) pour 2024 à deux acteurs agissant en prévention et promotion de la santé telles que présentées ci-dessous et dont la répartition est détaillée en annexe 4.

#### **Association Fête de la Vie**

Depuis une dizaine d'années, l'association « Fête de la vie » de Wasquehal contribue à la mise en oeuvre dans le Nord d'évènements de promotion de la santé globale et de prévention des conduites addictives au travers de la mise à disposition d'outils d'animation, stands, jeux, parcours d'exploration virtuelle, organisation de mini forums santé dans les centres sociaux, les maisons de quartiers, les établissements scolaires, centres pénitentiaires et différentes structures partenaires.

En 2023, l'association est intervenue au bénéfice de 5 000 habitants de 67 villes de la Région Haut de France, collaborant avec près de 380 structures différentes.

Le Département du Nord entend soutenir l'action en faveur de la santé des Nordistes menée par l'association la « Fête de la vie » en accordant une aide financière de fonctionnement de 15 000 €.

#### **Centre social Saint Roch (annexe 4)**

Le centre social Saint-Roch, situé à Cambrai, est une association reconnue comme un équipement de quartier à vocation sociale globale, gérant différents secteurs d'activités. Ses projets, proposés dans le cadre de la santé, permettent l'accès aux soins et à la prévention pour tous avec une attention particulière pour les publics les plus vulnérables. Ces actions, déjà menées en 2023, ont pour objectif de développer un mieux-être, favoriser le pouvoir d'agir afin de remobiliser les personnes fragilisées à s'engager dans des démarches d'insertion sociales, de prendre soin d'elles et de leur santé.

Pour la poursuite de ce dispositif en cohérence avec la politique santé du Département, il est proposé de reconduire l'aide financière de 6 000 € au Centre Social Saint Roch.

### **5. Convention de partenariat avec le Musée d'Histoire Naturelle de Lille (annexe 5)**

Le Musée d'Histoire Naturelle de Lille (MHN) actuellement en rénovation, avant réouverture en 2027, souhaite créer un espace muséal dédié aux tout-petits, le « Nichoir ». Dans ce cadre, il souhaite engager une coopération avec le service de PMI de Lille-Moulins sur la production d'un court métrage

documentant les toilettes de bébés mettant à profit l'expertise du service en matière de toute petite enfance. Le partenariat a également comme objectif la co-crédation d'ateliers culturels à destination des enfants de moins de 3 ans et de leurs accompagnants, en perspective du Nichoir. Ces nouvelles animations seront testées dans les lieux de consultations infantiles et dans les maisons de quartier : découverte des compétences sensorielles des tout-petits, moments de plaisir partagés, découverte de l'autre et de soi autour de certaines figures animales, spécifiques de l'univers du Musée.

Il s'agit de familiariser les familles du quartier avec le Musée d'Histoire Naturelle en s'appuyant sur la relation parent/enfant.

Il est proposé de formaliser cette coopération qui sera effective dès 2025 par la signature d'une convention de partenariat.

Il est proposé à la Commission permanente :

- d'approuver et d'autoriser Monsieur le Président à signer la convention de financement et de partenariat entre les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et le Département du Nord relative au remboursement des activités médicales de prévention réalisées en Protection Maternelle et Infantile (PMI) dans les termes du projet joint au rapport en annexe 1 ;
- d'approuver et d'autoriser Monsieur le Président à signer la convention entre les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et le Département du Nord, relative au remboursement des vaccins délivrés en Centre d'examens de santé et en centres de vaccination du Département du Nord, dans les termes du projet joint au rapport en annexe 2 ;
- d'approuver et d'autoriser Monsieur le Président à signer l'avenant financier à la convention de partenariat entre le Centre Hospitalier de Valenciennes et le Département du Nord, relative à la continuité de la mission de CeGIDD sur le Valenciennois, dans les termes du projet joint au rapport en annexe 3 ;
- d'attribuer une aide financière de fonctionnement de 15 000 € à l'association « Fête de la vie » au titre de l'année 2024 ;
- d'attribuer une aide financière de fonctionnement de 6 000 € au Centre social Saint-Roch de Cambrai au titre de l'année 2024 et d'autoriser Monsieur le Président à signer la convention de fonctionnement entre le Département du Nord et ledit Centre social dans les termes du projet joint au rapport en annexe 4 ;
- d'approuver et d'autoriser Monsieur le Président à signer la convention de coopération entre le Département du Nord et le Musée d'Histoire Naturelle de Lille dans les termes du projet joint en annexe 5.

CODE GRAND ANGLE		ENGAGEMENTS		
OPERATION	ENVELOPPE	AUTORISES	DEJA CONTRACTES	PROPOSES DANS LE RAPPORT
15002OP002	15002E17			99 613,13 €
15002OP004	15002E15	149 740 €	1 600 €	21 000 €

Barbara COEVOET  
Vice-Présidente