

JORF n°0107 du 6 mai 2012

Texte n°34

ARRETE

Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie

NOR: ETSS1220861A

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement, et le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-16-1,

Arrêtent :

Article 1

Est approuvée la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie annexée au présent arrêté et conclue le 4 avril 2012 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine et l'Union nationale des pharmacies de France.

Article 2

Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère du travail, de l'emploi et de la santé, la directrice générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, le directeur du budget au ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat et le directeur des affaires financières, sociales et logistiques au ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié, ainsi que son annexe, au Journal officiel de la République française.

Annexe

A N N E X E

CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES PHARMACIENS TITULAIRES D'OFFICINE ET L'ASSURANCE MALADIE

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-16-1, L. 162-38 et L. 182-2-5 ;

Vu l'accord mentionné à l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale ;

Il est convenu ce qui suit entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie,

D'une part, et

La Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ;

L'Union des syndicats de pharmaciens d'officine ;

L'Union nationale des pharmacies de France,

D'autre part.

Préambule

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) donne de nouvelles perspectives aux missions et au rôle du pharmacien d'officine qu'elle consacre comme un acteur à part entière du système de soins.

Le pharmacien d'officine doit contribuer aux soins de premier recours, participer à la coopération entre professionnels de santé, participer à la mission de service public de la permanence des soins, concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisée par les autorités de santé et participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients. Il peut également assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement médico-social. Il peut, enfin, être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient.

La loi HPST ouvre ainsi la possibilité d'élargir et de valoriser les compétences du pharmacien d'officine, notamment du point de vue des missions de santé publique. Cette possibilité est concrétisée par les dispositions de l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 qui ouvre la voie de la diversification des modes de rémunération du pharmacien d'officine. En effet, cette disposition permet aux partenaires conventionnels de compléter la marge réglementée obtenue sur la vente des médicaments, d'une part, en mettant en place un honoraire de dispensation et, d'autre part, en permettant de verser au pharmacien une rémunération en contrepartie d'engagements individualisés dont l'objectif est de favoriser la qualité et l'efficacité du système de soins.

Dans ce cadre élargi, les organisations nationales représentatives des pharmaciens

d'officine et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) décident de conclure un dispositif conventionnel rénové confortant le pharmacien dans son rôle de professionnel de santé et valorisant la qualité de l'exercice pharmaceutique et les missions de conseil et d'accompagnement du pharmacien.

Aussi, les partenaires conventionnels constatent que la dispensation de produits de santé constitue l'activité principale des pharmacies d'officines. Ils entendent ainsi valoriser la qualité de cette dispensation en instituant un honoraire de dispensation et son efficience au travers, notamment, d'une implication toujours plus soutenue des pharmaciens dans le développement des médicaments génériques. Ils s'accordent, par ailleurs, sur la nécessité d'optimiser le réseau officinal afin de concilier la préservation de l'équilibre économique des officines et à tout moment l'accès de la population au médicament.

Les partenaires conventionnels affirment, par ailleurs, leur souhait d'optimiser l'offre de soins de premier recours en mettant en place les outils à la fois organisationnels et financiers visant à développer et valoriser les missions d'accompagnement des patients, notamment ceux atteints de pathologies chroniques, sur la base d'objectifs individualisés fixés par pharmacien.

Dans le strict prolongement de la précédente convention, les partenaires conventionnels conviennent de l'intérêt commun que représentent la simplification et la modernisation des échanges entre l'assurance maladie et les pharmaciens d'officine. Ils conviennent dans ce cadre que la dématérialisation à la source et la sécurisation des données transmises dans le cadre de la facturation constituent une étape clef pour y parvenir.

Les parties signataires reconnaissent enfin l'importance de la bonne gestion des dépenses d'assurance maladie et l'enjeu que constitue dans cet objectif la qualité des relations conventionnelles aussi bien aux niveaux local, régional et national afin de favoriser un dialogue constructif et l'élaboration de propositions visant à la qualité et à l'efficience de l'exercice pharmaceutique dans le respect du cadre conventionnel et réglementaire.

TITRE PRÉLIMINAIRE

PORTÉE DE LA CONVENTION NATIONALE

Article 1^{er}

Objet de la convention

La présente convention a pour objet :

1° De rassembler en un dispositif conventionnel unique l'ensemble des principes, modalités et procédures appelés à régir les relations des parties signataires ;

2° De permettre au pharmacien qui respecte les termes de la présente convention de faire bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance des frais ;

3° De déterminer les modalités et procédures de facturation et de règlement des prestations remboursables ;

4° De développer la coordination des soins, les nouvelles missions des pharmaciens ainsi que l'ensemble des dispositifs mis en place dans l'intérêt du patient conformément à

l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale. Ces dispositifs peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques. Ils peuvent également consister en des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins ainsi qu'en toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation ;

5° De favoriser la permanence des soins pharmaceutiques, en assurant son financement ;

6° De rémunérer l'engagement du pharmacien dans la réalisation de l'acte de dispensation conformément aux dispositions de l'article R. 4235-48 du code de la santé publique ;

7° De valoriser et de rémunérer les nouvelles missions prévues à l'article L. 162-16-1 (8°) du code de la sécurité sociale en favorisant l'efficacité de la dispensation ;

8° De fixer des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines ;

9° De définir les principes, modalités et procédures appelés à régir les relations entre les caisses d'assurance maladie et les pharmaciens, en favorisant notamment la dématérialisation et la simplification des échanges ;

10° D'organiser les instances paritaires afin de favoriser la concertation régulière entre les parties conventionnelles aux niveaux national, régional et local.

Article 2

Conventionnement

Le pharmacien qui adhère à la convention bénéficie des droits inscrits dans la convention et s'engage à en respecter les obligations.

La présente convention entre en vigueur le lendemain de la publication au Journal officiel de son arrêté d'approbation. Elle s'applique aux organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire et aux organismes délégataires du régime général.

Est appelé à être conventionné et est désigné comme « le pharmacien » dans la présente convention tout pharmacien titulaire d'une officine exerçant son activité en France, au sein d'une officine, à titre libéral, dans le respect des textes régissant son activité, inscrit au tableau des sections A ou E de l'Ordre national des pharmaciens et appelé à dispenser des prestations remboursables à des assurés sociaux.

Sont désignés comme les « caisses » et « l'assurance maladie » les organismes chargés de la gestion d'un régime d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique. Lorsque seule la caisse primaire d'assurance maladie est visée par la présente convention, elle est réputée agir pour son compte et au nom et pour le compte de tous les organismes d'assurance maladie obligatoire auxquels cette dernière s'applique.

Article 3

Caractère unique et national de la convention

Les parties signataires reconnaissent qu'aucune autre convention, nationale ou locale,

ayant un objet relevant de l'article 1er de la présente convention ne peut régir les rapports entre les caisses et les pharmaciens. A cet effet, tout accord local devra être soumis à l'approbation de la Commission paritaire nationale (CPN) mentionnée à l'article 49 de la présente convention.

La présente convention rend donc caduque tout accord existant et ayant un objet entrant dans le champ de la convention à l'exception des accords que ces mêmes parties souhaitent voir perdurer. La CPN examine lors de sa première réunion la liste des accords que les parties signataires souhaitent maintenir.

Article 4

Champ des prestations

La présente convention s'applique à l'ensemble des produits de santé et des prestations susceptibles d'être délivrés par le pharmacien et facturés aux caisses dans le respect des textes en vigueur.

La notion de produits de santé désigne, dans la convention, tous les médicaments et dispositifs médicaux, au sens du code de la santé publique, remboursables par l'assurance maladie.

Les parties signataires conviennent d'utiliser, en outre, dans la convention les termes : « dispositifs médicaux » pour l'ensemble des produits et prestations associées inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Article 5

Bénéficiaires des dispositions conventionnelles

Les dispositions conventionnelles bénéficient à l'ensemble des ressortissants relevant des risques garantis par les régimes d'assurance maladie, y compris le régime de la couverture maladie universelle, et par celui des accidents du travail et des maladies professionnelles.

TITRE 1^{er}

PROMOUVOIR LA QUALITÉ DE L'EXERCICE PHARMACEUTIQUE, Y COMPRIS LES NOUVEAUX MODES DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Sous-titre 1^{er}

Garantir la qualité de l'exercice pharmaceutique

Section 1

Conditions générales de l'exercice pharmaceutique

Article 6

Le libre choix de l'assuré

Les parties signataires confirment leur attachement à la préservation du libre choix, par l'assuré, de son pharmacien pour la délivrance des médicaments comme des dispositifs médicaux.

Article 7

L'information de l'assuré

A l'occasion de la dispensation de produits de santé remboursables, le pharmacien apporte aux assurés sociaux les informations et les conseils nécessaires à la bonne compréhension et à l'observance des traitements, notamment au bon usage des produits de santé.

Le pharmacien informe également l'assuré, dans la limite des informations dont il dispose, des conditions de prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé qu'il délivre.

Article 8

La confidentialité de l'entretien

Le pharmacien prévoit dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients. Cet espace est réputé adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité.

Section 2

La nature et le contenu de l'exercice pharmaceutique

Article 9

L'acte de dispensation

Le pharmacien doit, conformément aux textes réglementaires en vigueur, assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

- l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
- la préparation éventuelle des doses à administrer ;
- la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.

Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient.

Les partenaires conventionnels confirment leur volonté de poursuivre la recherche permanente de la qualité de la pratique pharmaceutique pouvant conduire à la délivrance des produits de santé. Ils soulignent les principaux éléments concourant à cette qualité :

- favoriser l'observance des traitements ;
- prévenir les incidents ou accidents iatrogènes ;
- participer à des actions de prévention définies par les autorités sanitaires rentrant dans le champ de compétence du pharmacien ;
- développer l'éducation thérapeutique du patient ;
- exercer en coordination avec les autres professionnels de santé sur les champs où la prise en charge optimale du patient l'impose.

A cette fin, les parties signataires reconnaissent l'intérêt de développer d'un commun accord, et conformément à la volonté du législateur, des outils favorisant la prise en charge optimale du patient et garantissant la bonne assimilation et la bonne observance par le patient des traitements prescrits. Ces outils sont élaborés par les partenaires conventionnels conformément aux dispositions de l'article 50.

S'agissant de la prescription de dispositifs médicaux qui répondent à des critères de délivrance souvent spécifiques, l'exigence de qualité implique que le pharmacien respecte non seulement les textes réglementaires relatifs à la formation, à la compétence et à l'exercice professionnel dans ce domaine, mais aussi les modalités de délivrance particulières définies à l'annexe I.1.

Les parties signataires considèrent que l'analyse pharmaceutique de la prescription effectuée par le pharmacien au cours de l'acte de dispensation est un facteur essentiel contribuant à la qualité de cet acte. Elle le conduit plus particulièrement à :

- vérifier la validité de l'ordonnance ;
- contrôler, le cas échéant, la durée légale du traitement et la possibilité du renouvellement du traitement prescrit ;
- vérifier l'adéquation de la posologie prescrite avec celle mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché du médicament ;
- s'assurer du respect des conditions réglementaires de prescription et de délivrance des médicaments prescrits ;
- s'assurer de l'absence d'interactions entre les médicaments prescrits sur l'ordonnance qui lui est présentée ainsi qu'avec les médicaments qui ont pu être prescrits antérieurement et dont le pharmacien a connaissance ;
- apporter aux assurés sociaux les informations et les conseils nécessaires à la bonne compréhension et à l'observance des traitements, notamment au bon usage des produits de santé ;
- opérer un suivi de l'utilisation des produits de santé pour chaque assuré qui recourt régulièrement à ses services, notamment en veillant à ce que les quantités délivrées à l'occasion de dispensations successives soient en adéquation avec le ou les traitements prescrits ;

— rechercher, si nécessaire, la concertation avec les prescripteurs ainsi que les autres acteurs du champ de la santé.

Article 10

Les nouveaux modes de prise en charge du patient

Les parties signataires estiment, par ailleurs, que la prise en charge optimale du patient nécessite la mise en œuvre de nouveaux moyens d'action du pharmacien afin de lui permettre de :

- contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- accompagner les patients souffrant de pathologies chroniques ;
- favoriser la continuité et la coordination des soins ;
- conforter la pratique professionnelle et l'efficacité de la dispensation ;
- se coordonner avec les autres professionnels concernés dans le cadre de la dispensation de certains traitements particuliers, notamment les traitements substitutifs aux opiacés.

Les parties signataires étudient, dans le cadre du comité visé à l'article 50, l'évolution et l'adaptation des outils et des moyens favorisant la qualité de l'exercice pharmaceutique et l'information des malades.

10.1. Les prérequis de l'exercice pharmaceutique

dans le cadre des nouveaux modes de prise en charge du patient

10.1.1. Droits, devoirs et interdictions.

Le pharmacien s'engage, dans le cadre de l'accompagnement et du suivi du patient, à :

- 1° Obtenir son consentement éclairé à intégrer la démarche d'accompagnement ou de suivi qu'il lui propose et, le cas échéant, à respecter sa décision de retirer ce consentement, ce retrait pouvant intervenir à tout moment ;
- 2° Coordonner en tant que de besoin et avec l'accord du patient son action avec les autres professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient, tant en ville que dans les établissements de soins ;
- 3° S'interdire d'établir un diagnostic en exerçant strictement dans le cadre de son champ de compétence professionnelle ;
- 4° S'interdire toute sollicitation de clientèle ainsi que la remise d'avantages pouvant conduire à l'établissement ou au renouvellement d'une prescription par son médecin.

10.1.2. Publicité et communication.

Sans préjudice des dispositions législatives et réglementaires définissant les obligations déontologiques qui lui sont opposables en matière de publicité dans le domaine du médicament et du dispositif médical, le pharmacien s'abstient d'utiliser tout support à finalité publicitaire qui ferait référence à la rémunération qu'il perçoit de l'assurance maladie pour assurer la mise en œuvre des actions d'accompagnement ou de suivi définies par le comité visé à l'article 50.

Le pharmacien peut, dans le cadre des programmes d'actions susvisés, remettre gratuitement au patient des brochures ou des guides.

10.1.3. Continuité de service de l'officine.

Dans le cadre des nouveaux modes de prise en charge du patient, le pharmacien s'organise en sorte de satisfaire à tout moment aux obligations légales ressortissant de son exercice professionnel. Il est rappelé à ce titre que le pharmacien doit exercer personnellement sa profession. L'organisation de son officine doit ainsi lui permettre à la fois d'accomplir ses actes professionnels ou d'en surveiller attentivement l'exécution et d'assurer l'accompagnement des patients pris en charge dans le cadre des programmes d'actions visés à l'article 50.

10.1.4. Utilisation de matériels et consommables.

Le pharmacien doit, autant que de besoin, disposer du matériel nécessaire à l'accompagnement ou au suivi du patient rentrant dans le champ des programmes d'actions définis par le comité mentionné à l'article 50.

10.1.5. Retour d'informations.

Avec l'accord du patient, le pharmacien s'engage à informer le médecin désigné par le patient des conclusions résultant des bilans qu'il doit régulièrement établir dans le cadre de l'accompagnement des patients et de leur suivi. Il en est ainsi lorsque le traitement nécessite d'être adapté ou lorsque le patient fait part de difficultés particulières nécessitant d'être signalées au médecin désigné par le patient.

10.2. L'entretien pharmaceutique

Un entretien pharmaceutique est proposé par le pharmacien aux patients entrant dans le champ des programmes d'actions définis par le comité mentionné à l'article 50.

Les parties signataires considèrent que l'entretien pharmaceutique constitue l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient.

Cet entretien est proposé par le pharmacien aux patients rentrant dans le champ des programmes d'actions définis par le comité mentionné à l'article 50.

L'entretien doit notamment permettre :

- de renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients ;
- de valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament ;

- d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement ;
- de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement ;
- d'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement.

La durée, la fréquence et le contenu spécifique de l'entretien pharmaceutique sont définis, en fonction des programmes d'actions que les parties signataires entendent mener, par le comité mentionné à l'article 50.

10.3. L'accompagnement pharmaceutique du patient

Les parties signataires considèrent que le bon usage des produits de santé est favorisé par la précision et la pertinence des informations et des recommandations qui sont dispensées aux malades. En sa qualité de professionnel de santé contribuant aux soins de premier recours, le pharmacien est amené à jouer, dans cette optique, un rôle primordial.

Les parties signataires soulignent qu'au-delà des obligations réglementaires générales applicables en matière d'information des assurés, il importe de renforcer l'accompagnement des patients par les pharmaciens dans certains cas visés ci-dessous.

La finalité de l'accompagnement pharmaceutique du patient par le pharmacien est de garantir les meilleures conditions d'initialisation, de suivi, d'observance et d'évaluation du traitement. Cet accompagnement est effectué selon les modalités définies dans les programmes d'actions définis par le comité mentionné à l'article 50.

Les parties signataires conviennent que la prise en charge du patient dans ce cadre est particulièrement nécessaire dans plusieurs situations, notamment :

- dispensation de traitement au long cours ;
- dispensation de traitement à des nourrissons et nouveau-nés ;
- dispensation de traitements à des personnes âgées ;
- suivi des patients sous traitement particulier ;
- dispensation de médicaments ou de dispositifs médicaux soumis à des conditions de prescription et de délivrance particulières.

Les informations et préconisations suivantes sont alors fournies aux patients :

- la posologie, y compris la posologie maximale pour les médicaments à prise modulable ou à posologie non précisée sur l'ordonnance (antalgiques, par exemple) ;
- la durée de traitement ;
- les précautions d'emploi ;

- les informations nécessaires au bon usage du médicament ou du dispositif médical délivré ;
- les informations nécessaires lors de la substitution d'un médicament générique à un princeps ;
- les éventuelles précautions particulières à prendre ainsi que tout renseignement utile à la bonne compréhension du traitement par le patient ;
- les analyses biologiques indispensables à l'initiation, à la surveillance et à la poursuite de certains traitements.

10.4. Le suivi pharmaceutique

Le pharmacien d'officine est un acteur prépondérant dans la prévention des incidents ou accidents iatrogènes. En effet, certains médicaments présentent de forts risques d'effets indésirables et nécessitent par conséquent un suivi, voire une adaptation régulière de la posologie.

Ainsi, le pharmacien assure le suivi des actes de dispensation successivement accomplis au sein de son officine au profit d'un même patient et fournit à ce dernier toutes les recommandations pharmaceutiques de bon usage que requièrent les produits de santé qui lui sont délivrés.

Lorsqu'il l'estime nécessaire et avec l'accord du patient, le pharmacien instaure des échanges avec le ou les prescripteurs ainsi que les autres professionnels de santé. Ce contact pourra, avec l'accord du prescripteur, conduire à une intervention du pharmacien consistant dans la modification de la prescription.

Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.

Section 3

Promouvoir la qualité de l'exercice pharmaceutique

Article 11

Formation et actualisation des connaissances

Les parties signataires considèrent que la formation continue des pharmaciens est une garantie indispensable de l'optimisation de la qualité de la pratique pharmaceutique. Elle permet l'actualisation et l'amélioration des connaissances acquises ainsi que l'apprentissage des nouvelles pratiques professionnelles contribuant à la réalisation des impératifs de santé publique.

Afin d'assurer une prise en charge optimale du patient, le pharmacien s'engage sur cette base à acquérir la formation nécessaire à la conduite de l'entretien pharmaceutique et à la maîtrise des principes généraux lui permettant de contribuer de façon optimale à la maîtrise médicalisée des dépenses.

Le pharmacien s'engage, par ailleurs, à s'appuyer dans sa pratique quotidienne sur les recommandations de bonnes pratiques émises par les autorités sanitaires et à intégrer dans le processus de sa démarche professionnelle les priorités de santé publique.

Article 12

Mesures incitatives

Les parties signataires s'accordent pour définir, conformément au 8° de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, de nouveaux modes de rémunération du pharmacien afin de valoriser la qualité et l'efficacité de la pratique pharmaceutique individuelle. Les mesures envisagées dans ce cadre sont déclinées au titre II de la présente convention.

Section 4

Coordination entre pharmaciens

et autres professionnels de santé

Article 13

Le partenariat entre professionnels de santé

Le pharmacien est un acteur privilégié dans la coordination des soins du patient. A ce titre, les parties signataires se déclarent attachées au renforcement des liens devant s'établir, dans l'intérêt des patients, entre l'ensemble des professionnels de santé. Dans ce but, le pharmacien participe à la concertation avec les professionnels de santé. Cette participation est envisagée par les partenaires conventionnels dans le cadre d'un accord conventionnel interprofessionnel tel que visé à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Article 14

Le soutien à domicile

Les parties signataires conviennent :

— de rechercher les meilleurs moyens permettant la continuité des traitements que suivent les patients soignés ou maintenus à leur domicile ou à l'occasion de leur retour à domicile après une hospitalisation ;

— à l'occasion de leur retour à domicile après une hospitalisation, de promouvoir une concertation entre professionnels permettant une prise en charge coordonnée.

Article 15

La dispensation dans le cadre des établissements médico-sociaux

Les parties signataires s'engagent à préciser les modalités d'exercice de la dispensation pharmaceutique au profit des personnes hébergées au sein d'un établissement

médico-social.

En lien avec la convention mentionnée à l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique, ces modalités sont définies par voie d'avenant à la présente convention et visent à promouvoir la qualité, la sécurité et la proximité de la dispensation.

Sous-titre II

Organiser la gestion de l'évolution du réseau des officines

Article 16

Les engagements portant sur l'évolution du réseau

Les parties signataires constatent la nécessité d'adapter le maillage officinal afin de maintenir l'équilibre économique des officines tout en préservant l'accessibilité de la population au médicament. Elles reconnaissent l'intérêt :

— de favoriser l'accès au médicament dans les zones rurales ainsi que dans les zones mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 5125-11 du code de la santé publique ;

— d'optimiser le réseau officinal dans les zones où la densité en officines est élevée ou dans celles où le nombre de pharmacies par habitant est élevé compte tenu, par ailleurs, de l'accessibilité géographique de ces officines.

Les syndicats de pharmaciens signataires s'engagent dans ce cadre à favoriser le regroupement des officines tout en tenant compte de la nécessité de maintenir une offre de proximité dans les zones sous-dotées. Ils utilisent pour ce faire les outils mis à leur disposition par le législateur consistant à encourager, par le biais de mesures financières incitatives, la restructuration du réseau officinal.

Les parties signataires s'engagent à définir, par voie d'avenant à la présente convention et au plus tard pour le 1er janvier 2013, une méthodologie permettant d'optimiser le maillage officinal. Cette méthodologie devra permettre d'identifier les zones où le maillage pourrait être aménagé sans préjudice pour les assurés ainsi que les zones dans lesquelles le réseau officinal devrait être conforté dans le respect des textes en vigueur. Enfin, elle devra permettre d'élaborer des objectifs quantifiés d'évolution du réseau officinal.

Elles s'accordent pour adjoindre à la CPN un observatoire de l'évolution du réseau officinal dont la composition et le fonctionnement sont déterminés par la CPN.

Cet observatoire est chargé :

— de proposer à la CPN une cartographie des officines et une typologie des territoires en fonction de critères fixés par la CPN ;

— d'établir un bilan annuel de l'évolution du réseau officinal ;

— d'assurer le suivi de l'évolution du réseau ;

— de proposer à la CPN des objectifs quantifiés d'évolution du réseau.

Cet observatoire est mis en place par la CPN dans un délai de trois mois suivant l'entrée en vigueur de la présente convention.

Sous-titre III

Permanence pharmaceutique conventionnelle

Article 17

Nécessité d'un service de garde et d'urgence pharmaceutiques

Les parties signataires s'accordent à considérer que la permanence pharmaceutique est l'une des garanties de l'accès aux soins et de leur continuité. Sa pleine efficacité constitue un objectif à poursuivre par la mise en œuvre de moyens optimisés. Elles entendent ainsi contribuer à l'organisation et à la pérennité d'un dispositif efficace et efficient.

Article 18

Organisation de la permanence pharmaceutique conventionnelle

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, les services de garde et d'urgence pharmaceutiques sont organisés par les organisations syndicales représentatives de la profession dans le département afin d'assurer une permanence pharmaceutique, dans l'intérêt des patients.

Une pharmacie habituellement ouverte la nuit ou les dimanches et jours fériés et non inscrite sur la liste des pharmacies de garde établie par les syndicats ne peut percevoir ni l'indemnité d'astreinte ni les honoraires de garde et d'urgence.

18.1. Conditions et critères de la permanence pharmaceutique conventionnelle

Une réponse adéquate aux besoins en médicaments et en dispositifs médicaux de la population implique un découpage des secteurs de garde et d'urgence pharmaceutiques qui garantisse une couverture territoriale rationnelle minimisant le temps de déplacement du patient.

Le nombre de secteurs dans lesquels la permanence pharmaceutique conventionnelle est financée, selon les périodes de permanence considérées, est fixé dans la limite de :

1 150 secteurs pour les nuits ;

1 450 secteurs pour les dimanches et jours fériés.

18.2. Information des caisses par les syndicats

Les organisations syndicales représentatives communiquent à la caisse primaire la liste des secteurs de garde comprenant le nom des pharmacies situées dans chaque secteur.

Cette liste est transmise un mois au plus tard après la date d'entrée en vigueur de la convention et à chaque modification.

Au terme de chaque période de permanence d'un mois, les syndicats envoient à la caisse

primaire, avant le 15 du mois suivant, la liste des pharmacies ayant effectivement assuré les gardes durant cette période.

Les parties signataires s'engagent à organiser par voie d'avenant, au plus tard le 31 décembre 2012, la transmission dématérialisée de ces listes aux caisses.

18.3. Information de l'assuré sur la nature de la permanence pharmaceutique

A l'occasion de chaque dispensation effectuée durant les périodes de permanence, le pharmacien informe l'assuré du contexte dans lequel cette dispensation intervient et de la majoration qu'elle induit dans le remboursement de l'assurance maladie.

Le pharmacien expose sur une affiche visible et aisément intelligible, dans la partie de l'officine destinée à l'accueil des patients, les majorations que le pharmacien est autorisé à facturer.

Article 19

Financement de la permanence pharmaceutique

19.1. Bases de rémunération des astreintes et des honoraires de garde et d'urgence

Le financement conventionnel de la permanence pharmaceutique est assuré sur la base :

— d'une indemnité d'astreinte dont le montant est fixé à 150 euros, révisable par avenant, pour chacune des périodes suivantes :

— la nuit ;

— la journée du dimanche ;

— le jour férié ;

— d'honoraires fixés comme suit :

— la nuit de 20 heures à 8 heures : 8 € par ordonnance ;

— les dimanches et jours fériés, de 8 heures à 20 heures : 5 € par ordonnance ;

— le jour, en dehors des jours et heures normaux d'ouverture, de 8 heures à 20 heures : 2 € par ordonnance.

Ces honoraires ne pourront être perçus que si les produits de santé sont délivrés en dehors des heures normales d'ouverture, ce qui exclut leur perception :

— dans les pharmacies qui se déclarent ouvertes la nuit ou une partie de la nuit ;

— dans les pharmacies assurant un service de garde par roulement la nuit, aux heures où ces pharmacies sont normalement ouvertes au public ;

— dans les pharmacies assurant la garde du dimanche et des jours fériés quand elles restent ouvertes au public.

19.2. Modalités de versement

Chaque pharmacien ayant effectué une ou plusieurs permanences durant une période d'un mois adresse une attestation d'astreinte, conforme au modèle figurant à l'annexe I.2, à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il est installé, au plus tard le 15 du mois suivant celui au cours duquel ces permanences ont été accomplies.

La caisse primaire verse au pharmacien, dans les quinze jours à compter de la réception du tableau validé des astreintes et de l'attestation, le montant dû au titre des gardes.

La répartition du versement entre les différents régimes s'effectue conformément à la clé de répartition des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM).

Article 20

Suivi et de l'évaluation de la permanence pharmaceutique

Un bilan du coût et de l'efficacité du dispositif est établi par la CPN, chaque année avant le 30 avril, au titre de l'année précédente.

Il vise notamment à vérifier que le nombre de secteurs effectivement financés est conforme aux critères conventionnels mentionnés ci-dessus.

Sous-titre IV

Contribuer à un meilleur accès aux soins et à la maîtrise des dépenses

Article 21

Participation du pharmacien à la maîtrise médicalisée des dépenses

Par une dispensation la mieux adaptée aux besoins du patient et dans le respect de la prescription, le pharmacien joue un rôle actif en faveur de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

L'action du pharmacien dans ce domaine tend à favoriser le bon usage des produits de santé, tout particulièrement pour les patients chroniques, ainsi que le développement des médicaments génériques.

Article 22

Rôle moteur du pharmacien dans le développement des spécialités génériques

La croissance continue de la dispensation des spécialités génériques contribue à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé, tout en garantissant la pérennité de la qualité des soins dispensés. Les partenaires conventionnels souhaitent marquer leur attachement constant au maintien et au développement de cette croissance.

Ils entendent ainsi particulièrement encourager la délivrance de médicaments génériques.

Pour ce faire, les parties signataires s'accordent pour fixer des objectifs de substitution

déterminés en lien avec les mesures incitatives prévues au titre II.

Article 23

Modération des prix facturés dans le domaine des dispositifs médicaux de la limitation du reste à charge des assurés

23.1. Limitation du reste à charge des assurés

Afin de favoriser l'accès aux soins des patients, en fonction des possibilités d'approvisionnement et de la disponibilité de dispositifs médicaux équivalents, le pharmacien s'efforce de fixer les prix de vente des dispositifs médicaux qu'il délivre en les rapprochant au mieux des tarifs de remboursement de ces produits, dès lors que des prix limites de vente ne sont pas fixés réglementairement.

Cet effort de modération des prix est particulièrement nécessaire dans le cas des dispositifs médicaux adaptés aux pathologies ou handicaps lourds.

23.2. Transparence des prix des dispositifs médicaux vis-à-vis des assurés

Dans tous les cas où le pharmacien délivre un dispositif médical dont le différentiel entre le tarif et le prix est important, le pharmacien informe avec précision l'assuré du montant qui reste à sa charge.

En cas de prescription de véhicules pour handicapés physiques et, d'une manière générale, de tout dispositif médical onéreux dont le prix de vente est sensiblement supérieur au tarif de prise en charge, le pharmacien s'engage à remettre gratuitement à l'assuré un devis détaillé du matériel susceptible de lui être délivré. L'assuré doit ainsi être en mesure d'en connaître clairement le coût total, la participation financière de l'assurance maladie ainsi que celle restant éventuellement à sa charge.

Article 24

Engagements ayant trait à la couverture maladie universelle

Les parties signataires conviennent de la nécessité de garantir, conformément aux dispositions législatives en vigueur, le respect du principe selon lequel les professionnels proposent aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle des dispositifs médicaux aux prix limites de vente arrêtés par la réglementation.

Dans ce but, le pharmacien dispense à ces bénéficiaires tout conseil leur permettant de se déterminer dans leur choix en leur proposant, en première intention, le ou les dispositifs médicaux qu'il est en mesure de leur délivrer au prix limite de vente, de manière à les exonérer de toute participation financière.

TITRE II

VALORISER L'EXERCICE PHARMACEUTIQUE DANS LE CADRE DES NOUVEAUX MODES DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Les parties signataires entendent promouvoir la qualité de service de l'officine, de la dispensation ainsi que l'efficacité de l'exercice pharmaceutique.

A ce titre, elles s'accordent pour définir de nouveaux modes de rémunération destinés à valoriser la pratique individuelle du pharmacien et à contribuer à la maîtrise des dépenses de santé.

Ces nouveaux modes de rémunération, attribués au titre de l'activité de l'officine dont le pharmacien est titulaire, reposent sur le versement d'un honoraire de dispensation ainsi que sur la rétribution, par l'assurance maladie, du respect, par le pharmacien, d'engagements individualisés sur la base d'objectifs nationaux de qualité et d'efficience de la pratique professionnelle. A cet effet, des indicateurs sont mis en place afin de mesurer l'implication du pharmacien, notamment dans la dispensation de médicaments génériques, dans le suivi et l'accompagnement de certaines pathologies chroniques pour la dispensation de médicaments nécessitant un accompagnement spécifique ainsi que dans la prévention et le dépistage.

La définition et la révision de ces indicateurs interviendront par voie d'avenants à la présente convention.

Sous-titre 1er

Mise en place d'un honoraire de dispensation

Article 25

L'honoraire de dispensation

Les parties signataires s'accordent sur la création d'un honoraire de dispensation destiné à diversifier le mode de rémunération des pharmaciens par rapport à la rémunération à la marge prévue à l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale pour assurer les prestations suivantes :

- vérification de la validité de l'ordonnance ;
- vérification de l'admissibilité des renouvellements ;
- vérification de l'adéquation de la posologie prescrite ;
- vérification du respect des conditions réglementaires de prescription et de délivrance des médicaments à statut ou délivrance particulière ;
- contrôle des interactions au sein de l'ordonnance ;
- contrôle des facteurs de risque et des contre-indications dans les limites des connaissances de l'état de santé du patient ;
- contrôle des prescriptions abusives ;
- vérification de l'absence d'interactions au sein de l'ordonnance et avec les autres ordonnances du patient connues du pharmacien ;
- conseils aux patients :

— le pharmacien doit s'assurer de la bonne compréhension par le patient du bon usage et des précautions d'emploi des produits prescrits. Il doit ainsi vérifier les besoins du patient et fournir les explications nécessaires lors de la dispensation ;

— le pharmacien doit préciser au patient, le cas échéant, les modalités particulières de conservation du produit qui lui a été prescrit ;

— le pharmacien doit s'assurer que le patient connaît la posologie, la durée du traitement prescrit et le moment recommandé pour la prise des médicaments. Le pharmacien doit reporter toutes les indications utiles de la prescription sur le conditionnement des médicaments prescrits ;

— le pharmacien doit rappeler au patient la durée du traitement qui lui a été prescrit, en soulignant de manière argumentée l'importance de se conformer à la posologie ;

— le pharmacien doit informer le patient des effets indésirables possibles ou potentiels des médicaments prescrits ;

— choix du conditionnement des médicaments le plus économe en fonction des posologies prescrites compatible avec l'état de santé du patient.

Article 26

Conditions de mise en œuvre de l'honoraire de dispensation

Les parties signataires considèrent que la mise en œuvre effective de l'honoraire de dispensation est conditionnée à l'évolution des dispositions réglementaires relatives à la marge pharmaceutique prévue à l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale ainsi qu'à l'évolution de la marge pharmaceutique compte tenu des mesures portant sur les médicaments remboursables.

Elles conviennent de faire évoluer les honoraires de dispensation de façon coordonnée à la marge réglementée, en tenant compte des contraintes économiques des officines et des possibilités de l'ONDAM.

Les parties signataires se fixent pour objectif qu'au terme de la présente convention les nouveaux modes de rémunération représentent environ un quart de la marge sur les médicaments présentés au remboursement.

Elles s'accordent pour définir par voie d'avenant avant le 31 décembre 2012 une première étape significative de cette réforme, sur la base d'un objectif de l'ordre de 12,5 % de la marge des médicaments présentés au remboursement, dans le respect de l'ONDAM. L'avenant fixera également le contenu et les modalités de financement de l'honoraire de dispensation ainsi que le détail des procédures de suivi de cette évolution tarifaire (suivi mensuel des nouvelles rémunérations des pharmaciens, montant de la marge des médicaments présentés au remboursement, etc.).

Les parties signataires s'assureront préalablement de l'impact pour chacune des officines de la mise en place de cet honoraire et établiront un suivi mensuel des nouvelles rémunérations des pharmaciens et du montant de la marge des médicaments présentés au remboursement.

Cet avenant pourra prévoir des cotations spécifiques dans le cadre de dispensations particulières, notamment :

- pour la dispensation des traitements nécessitant une vigilance accrue du pharmacien et un conseil adapté ;
- pour les dispensations dans les départements d'outre-mer.

Sous-titre II

La rémunération sur objectifs

Les parties signataires s'accordent sur le principe de la diversification de la rémunération des pharmaciens, notamment en contrepartie du respect d'objectifs individualisés de santé publique (prévention, dépistage, accompagnement des patients chroniques, efficience de la dispensation...). Dans un premier temps, ces engagements visent :

- à favoriser la dématérialisation et la simplification des échanges avec l'assurance maladie aussi bien des feuilles de soins que des pièces justificatives tout en garantissant un haut niveau de sécurité dans la transmission de ces données ;
- à valoriser la qualité de la dispensation afin, d'une part, de prendre progressivement en compte l'accompagnement par les pharmaciens de patients atteints de pathologies chroniques pour notamment réduire les risques d'accidents iatrogéniques, d'autre part, de répondre aux attentes des prescripteurs et des patients sur la stabilité de la dispensation des médicaments génériques, en particulier pour les patients âgés ;
- à garantir la pérennité de l'efficience de la dispensation en favorisant le développement des médicaments génériques dans les conditions prévues par l'accord national visé à l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale ainsi que la progression de la délivrance des conditionnements trimestriels, en conformité avec la prescription, pour atteindre un taux de pénétration de 55 %.

Article 27

Moderniser et simplifier la qualité de service de l'officine

Les parties signataires souhaitent renforcer la démarche de simplification des tâches administratives dans laquelle elles se sont engagées à travers la dématérialisation de la facturation et des pièces justificatives ainsi qu'à terme, l'utilisation, par le pharmacien, d'une prescription dématérialisée à la source. Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'expérimentations menées conjointement après avis des parties signataires réunies en CPN.

27.1. La dématérialisation de la facturation

Les parties signataires constatent à cet égard le succès de la généralisation de la facturation électronique sécurisée telle que définie à l'article 37. Le pharmacien s'engage, dans ce cadre, à maintenir un taux élevé de facturation électronique et à procéder à l'actualisation rapide de ses logiciels de facturation.

Dans le cadre de sa facturation selon le dispositif SESAM-Vitale, le pharmacien s'engage

à transmettre le numéro RPPS du prescripteur hospitalier, dès lors que cette donnée figure sur la prescription qui lui est présentée, sans préjudice des dispositions de l'article R. 161-44 du code de la sécurité sociale.

27.2. La scannérisation des pièces justificatives

Les parties signataires s'accordent sur la nécessité de promouvoir le déploiement rapide de la scannérisation des pièces justificatives telle que définie aux articles 37.6, et de la transmission des pièces justificatives ainsi numérisées sur support CD-rom et, dans les meilleurs délais, par télétransmission.

Les organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine s'engagent, par tout moyen à leur convenance, à valoriser le dispositif de scannérisation et à inciter les pharmaciens à l'intégrer.

Les pharmaciens qui ne seraient pas intégrés dans le dispositif de scannérisation s'engagent à le rejoindre dans les meilleurs délais.

Article 28

Promouvoir la qualité de la dispensation, la prévention, le dépistage et l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques

28.1. Prévenir les risques iatrogéniques

Les parties signataires s'accordent sur l'importance de l'accompagnement des patients par le pharmacien pour prévenir les risques iatrogéniques.

A ce titre, elles conviennent de privilégier dans un premier temps l'accompagnement des patients nécessitant un traitement au long cours d'anticoagulants oraux. Elles conviennent que la première étape de cet accompagnement concernera les patients sous traitement par antivitamine K. L'extension de ce dispositif d'accompagnement à l'ensemble des patients sous anticoagulants oraux interviendra par voie d'avenant, dès lors que des référentiels ou recommandations relatifs au bon usage de ces traitements seront rendus disponibles par les autorités sanitaires.

28.1.1. Eléments de contexte.

Plus d'un million de patients sont traités chaque année par des anticoagulants oraux. Le suivi des patients, dont l'âge moyen est de 73 ans et qui sont à 75 % fidèles à une seule pharmacie, constitue un véritable enjeu de santé publique. En effet, ces médicaments à marge thérapeutique étroite nécessitent une surveillance renforcée en raison du risque hémorragique élevé qu'ils peuvent induire pour les patients. On estime que chaque année les accidents iatrogéniques liés à la consommation d'anticoagulants oraux sont responsables de 17 300 hospitalisations et de 4 000 décès. Ils constituent à ce titre la première cause de iatrogénie en France.

Les parties signataires reconnaissent dans ce cadre la nécessité de s'assurer de la bonne observance du traitement par les patients concernés, de manière à favoriser son efficacité à long terme et une prise en charge optimisée. Pour ce faire, elles estiment nécessaire de s'attacher prioritairement au suivi biologique du patient qui, à lui seul, permet d'évaluer l'efficacité du traitement.

La réalisation régulière de cet examen biologique mesurant de façon normalisée la vitesse de coagulation sanguine (INR) fait l'objet de recommandations de bonnes pratiques sur la base d'un examen mensuel en régime permanent. Un INR supérieur à 5 doit particulièrement attirer l'attention, dans la mesure où il constitue un risque hémorragique majeur.

Les études réalisées par l'assurance maladie ont montré que pour environ 20 % des patients le rythme de réalisation de ces examens biologiques apparaît insuffisant.

28.1.2. Rôle du pharmacien.

Les parties signataires considèrent que l'implication des pharmaciens d'officine, en lien avec les médecins traitants, est de nature à améliorer l'observance des patients et à mieux prévenir les risques iatrogéniques liés aux anticoagulants.

Pour être opérationnel, l'accompagnement par les pharmaciens des patients sous anticoagulants oraux doit s'appuyer sur des moyens issus tant de la coordination interprofessionnelle que de l'investissement du pharmacien dans les nouveaux modes de prise en charge du patient tels que définis au titre 1er. Sur ce dernier point, l'accompagnement du pharmacien passe par :

- un entretien à l'initiation du traitement ;
- la réalisation d'au moins deux entretiens pharmaceutiques annuels, au cours desquels le pharmacien informe et conseille le patient sur le bon usage des médicaments qui lui ont été prescrits dans le cadre de son traitement ;
- le contrôle de la réalisation de l'INR en interrogeant le patient à l'occasion de chaque entretien ;
- en cas de besoin, la prise de contact avec le prescripteur avec l'accord du patient.

Les parties signataires s'engagent, d'une part, à favoriser la coordination avec les prescripteurs dans le cadre d'un accord interprofessionnel visé à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et, d'autre part, à définir par voie d'avenant à la présente convention et au plus tard pour le 1er janvier 2013 les modalités pratiques de mise en œuvre de l'accompagnement par les pharmaciens des patients sous anticoagulants oraux.

28.1.3. Modalités de l'accompagnement des patients sous traitement par anticoagulants oraux.

Le patient a le choix de participer ou non à ce programme.

Il a également le libre choix du pharmacien qu'il souhaite désigner pour son accompagnement. Il peut, à tout moment, désigner un nouveau pharmacien, y compris au sein de la même officine, ou ne plus participer au programme.

En cas d'absence du pharmacien désigné, l'accompagnement peut être assuré par tout pharmacien inscrit à l'ordre et exerçant au sein de cette même officine, après accord du patient.

28.1.3.1. Les supports de l'accompagnement.

Afin de permettre au pharmacien de mettre en place l'accompagnement prévu à l'article 28.1, les partenaires conventionnels ont établi les supports suivants élaborés à partir des référentiels de l'ANSM :

— un guide d'accompagnement du patient, qui constitue un référentiel à l'usage du pharmacien ;

— une fiche de suivi de l'entretien, qui constitue un support d'échanges avec le patient. Le pharmacien tient cette fiche à disposition du service du contrôle médical de l'assurance maladie dans le respect des délais de conservation prévus par la réglementation.

Ces supports figurent à l'annexe II.3 de la présente convention.

Par ailleurs, les parties signataires s'accordent pour promouvoir auprès des patients qui intègrent le dispositif d'accompagnement, l'utilisation du carnet d'information et de suivi du traitement par antivitamine K (AVK) élaboré par l'ANSM.

28.1.3.2. Modalités d'adhésion du patient au dispositif d'accompagnement.

Les patients éligibles au dispositif d'accompagnement sont ceux sous traitement au long cours par antivitamine K pour une durée consécutive, prévisible ou effective supérieure ou égale à six mois. L'appréciation de la durée de traitement de ces patients est fondée sur les données de remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Le versement de la rémunération prévue à l'article 31.2.2 est conditionné au respect de ces conditions.

L'assurance maladie obligatoire adresse un courrier d'information aux patients définis à l'alinéa précédent, sur le contenu et les modalités de l'accompagnement, et les invite à solliciter le pharmacien de leur choix pour intégrer ce dispositif. Un bulletin d'adhésion joint à ce courrier d'information formalise l'intégration du patient dans l'accompagnement ainsi que la désignation du pharmacien choisi par le patient. Ce bulletin d'adhésion, signé par le patient et le pharmacien désigné, est établi en deux exemplaires originaux. Ce bulletin est conservé par le pharmacien dans le respect des délais de conservation prévus par la réglementation.

Le pharmacien met à disposition ce bulletin auprès des organismes d'assurance maladie dans le respect des dispositions relatives à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

Le pharmacien a également la possibilité de proposer au patient mentionné au premier alinéa, à l'initiation du traitement, d'intégrer le dispositif d'accompagnement. Dans ce cadre, outre les éléments d'informations qu'il porte à la connaissance du patient sur les objectifs poursuivis, le pharmacien lui remet le courrier d'information élaboré par l'assurance maladie accompagné du bulletin d'adhésion. Le pharmacien convient avec le patient de formaliser son adhésion éventuellement à l'occasion d'une entrevue ultérieure.

Concernant les patients mentionnés au premier alinéa dont le traitement est en cours, le pharmacien peut s'assurer auprès d'eux qu'ils ont bien été destinataires du courrier d'information de l'assurance maladie mentionné au second alinéa. Dans la négative, il procède à l'information de ces patients selon les modalités précitées.

Les caisses fournissent aux pharmaciens le courrier d'information destiné au patient ainsi que le bulletin d'adhésion sous format électronique, dans l'attente de la mise en ligne de ces documents sur le portail internet de l'assurance maladie dédié aux pharmaciens.

28.1.3.3. Modalités de rémunération sur objectifs.

Le pharmacien est éligible à la rémunération sur objectifs mentionnée à l'article 31.2.2, sous réserve du respect des dispositions de l'article 28.1.3.2, dès lors qu'il réalise au moins deux entretiens pharmaceutiques au cours de l'année civile de référence ou au moins un entretien si l'adhésion intervient à compter du second semestre de l'année, attestée par le renseignement de la fiche de suivi mentionnée à l'article 28.1.3.1.

L'exigence susvisée relative au second entretien ne s'applique pas lorsque le traitement par AVK du patient est arrêté définitivement.

Le pharmacien procède à la déclaration de réalisation des entretiens par télétransmission dans les conditions prévues aux articles 37 et 38.

Le versement de la rémunération intervient auprès de l'officine. Elle est effectuée au cours du premier trimestre de l'année n + 1 sur la base des entretiens pharmaceutiques réalisés au cours de l'année n et déclarés par le pharmacien désigné dans les conditions prévues aux articles 37 et 38. La rémunération perçue pour un patient donné est limitée à une seule officine pour l'année civile de référence considérée. Le paiement sera, dans ce cadre, effectué auprès de la première officine ayant déclaré la réalisation d'entretiens pharmaceutiques.

28.1.3.4. Devoirs du pharmacien.

Le pharmacien s'engage, dans le cadre de l'accompagnement du patient sous traitement par anticoagulants oraux, à respecter les stipulations des articles 8 et 10.1 relatives respectivement à la confidentialité de l'entretien et aux prérequis de l'accompagnement.

Il s'engage également, compte tenu de la mission qui lui est confiée, à se former et à actualiser ses connaissances dans les conditions prévues à l'article 11.

28.1.3.5. Evaluation du dispositif.

Les CPL et les CPR sont chargées d'assurer le suivi de la mise en œuvre de l'accompagnement selon des modalités arrêtées par la CPN.

Un bilan sera présenté en CPN en juin et en décembre de chaque année.

28.1.3.6. Durée de l'accompagnement.

Sur la base des bilans mentionnés à l'article 28.1.3.5, les parties signataires évaluent la pertinence du maintien de l'accompagnement. Elles peuvent décider de modifier ou d'interrompre ce dispositif si les objectifs ne sont pas atteints. »

28.2. Accompagner les patients atteints de pathologies chroniques

Les parties signataires conviennent de la pertinence de développer dans un premier temps une action d'accompagnement des patients asthmatiques.

28.2.1. Eléments de contexte.

L'asthme concerne 6,8 % de la population générale, soit environ 4,5 millions de patients. Parmi ceux-ci, on compte 50 % de patients atteints d'un asthme dit « intermittent », ne nécessitant qu'un traitement des crises, et 50 % de patients atteints d'un asthme dit « persistant », nécessitant un traitement de fond au long cours.

Il est possible d'estimer qu'un patient asthmatique sur 4 est insuffisamment contrôlé. Un asthme insuffisamment contrôlé se caractérise par des crises fréquentes, une altération de la qualité de vie et parfois des hospitalisations, voire des décès. On compte annuellement environ 15 000 hospitalisations liées à l'asthme (chez les 5-44 ans) et 1 000 décès dans la population générale.

Les parties signataires reconnaissent la nécessité de s'assurer, outre de la bonne observance du traitement par les patients visés, de sa bonne administration à long terme s'agissant de traitements inhalés, afin de permettre la prise en charge optimisée des populations concernées. Pour ce faire, elles estiment nécessaire de s'attacher à l'accompagnement des patients asthmatiques non contrôlés sous traitement de fond.

28.2.2. Rôle du pharmacien.

Les parties signataires s'entendent pour que l'accompagnement du pharmacien se traduise par :

- le contrôle de l'observance du traitement de fond ;
- la réalisation d'entretiens pharmaceutiques au cours desquels le pharmacien informe et conseille le patient sur la bonne utilisation de son traitement ;
- le contrôle régulier de la maîtrise de la technique d'inhalation par le patient ainsi que la bonne observance du traitement ;
- en cas de besoin, la prise de contact avec le prescripteur avec l'accord du patient.

Les parties signataires s'engagent à définir par voie d'avenant, au plus tard pour le 30 juin 2013, les modalités de la valorisation de la pratique professionnelle en matière d'accompagnement des patients asthmatiques.

28.3. Assurer la stabilité de la délivrance des médicaments génériques chez les patients âgés

Les parties signataires souhaitent réduire chez les patients âgés les risques éventuels de confusion entre les médicaments liés à la différence de conditionnement et de forme galénique.

Pour ce faire, le pharmacien s'engage à garantir au patient de plus de 75 ans, pour un médicament générique donné, la délivrance dans son officine de la même marque selon les modalités définies par l'article 31.2.1.

Les parties signataires s'accordent pour orienter l'action du pharmacien, dans un premier temps, sur les médicaments prescrits dans le cadre des traitements chroniques en

cardiologie et en diabétologie.

La liste des molécules correspondantes figure en annexe II.2 à la présente convention. La mise à jour de cette liste interviendra par voie d'avenant.

28.4. Développer les actions de dépistage et de prévention

Les parties signataires s'accordent sur l'importance de la prévention et du dépistage et conviennent à ce titre de définir les actions menées par le pharmacien par voie d'avenant à la présente convention.

Article 29

Conforter l'efficacité de la pratique professionnelle portant sur la dispensation de spécialités génériques

Les parties signataires souhaitent valoriser l'engagement des pharmaciens d'officine dans la délivrance de médicaments génériques.

A cette fin, elles décident de mettre en place le dispositif décrit à l'article 31.3, ayant pour objectif, d'une part, d'inciter le pharmacien à progresser dans la délivrance de médicaments génériques et, d'autre part, pour ceux ayant déjà atteint un niveau élevé de reconnaître leur engagement dans la substitution.

De son côté, l'assurance maladie s'engage, conformément aux termes de l'accord national visé à l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale, à promouvoir la prescription et la délivrance de médicaments génériques.

Dans ce cadre, les parties signataires définissent une liste de molécules cibles figurant en annexe II.1. Certaines de ces molécules, désignées « nouvelles molécules » peuvent ne pas figurer au répertoire conventionnel de l'accord national visé à l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale. Par ailleurs, aux objectifs définis par molécule s'ajoute celui se rapportant au reste des molécules figurant au répertoire conventionnel de l'accord national visé à l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale, toutes molécules confondues.

Sous-titre III

Fonctionnement du dispositif de rémunération sur objectif

Article 30

Les indicateurs

Le dispositif repose sur le suivi des indicateurs suivants :

CHAMPS	INDICATEURS
Modernisation de l'officine	
Télétransmission des FSE en SV	Volume de facturation en FSE et taux de télétransmission supérieur à 95 % et version

	du socle technique de référence SESAM-Vitale.
Scannérisation des pièces justificatives	Intégration dans le dispositif de scannérisation et transmission via cd-rom ou par télétransmission.
Qualité de la pratique	
Stabilité de la dispensation des génériques	90 % des patients visés qui se voient délivrer une seule marque de médicament générique pour chacune des molécules de l'annexe II.2., dans les conditions visées à l'article 21.2.1
Accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques	Nombre de patients traités au long cours par anticoagulants oraux inscrits pour le suivi de leur traitement auprès d'un pharmacien désigné
Efficiency de la pratique	
Efficiency de la pratique professionnelle portant sur le générique	Progression et atteinte d'un taux de substitution pour les molécules de l'annexe II.1.

Article 31

Contenu de la rémunération et les modalités de calcul

31.1. Qualité de service de l'officine

31.1.1. La valorisation de la FSE.

Le pharmacien perçoit une contribution à la FSE, d'un montant de 0,05 €, par FSE élaborée, émise et reçue par les caisses selon les spécifications du système SESAM-Vitale. Dès lors qu'il télétransmet les FSE en version 1.40, cette contribution est fixée à 0,064 €.

Cette contribution est versée annuellement et au plus tard au mois de mars de chaque année par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de la pharmacie pour l'ensemble des régimes. Ces versements font l'objet d'un retour d'information dans les conditions définies à l'article 36.6.

La contribution à la FSE est perçue par FSE élaborée, émise et reçue par les caisses au cours de l'année civile précédente selon les spécifications du système SESAM-Vitale.

31.1.2. Incitation forfaitaire à la numérisation et à la télétransmission.

Un montant de 418,60 € est versée annuellement pour les pharmaciens, qui numérisent

les pièces justificatives et qui les adressent à la caisse soit par télétransmission, soit sur un support cd-rom, dans les conditions respectivement des articles 37.9.1 et 37.9.5.

Le versement mentionné à l'alinéa précédent est conditionné au respect, par le pharmacien des dispositions visées à l'article 37.7.2.

Le premier versement de la contribution intervient à l'issue de la période initiale de vérification des pièces justificatives numériques visée à l'article 37.7.2. Les versements ultérieurs interviennent au plus tard au mois de mars de chaque année au titre de l'année N — 1.

Le paiement est effectué par la caisse de rattachement de la pharmacie pour l'ensemble des régimes. Ces versements font l'objet d'un retour d'information dans les conditions définies à l'article 36.6.

31.2. Qualité de la pratique

31.2.1. Stabilité de la délivrance des médicaments génériques.

L'engagement pris par le pharmacien dans le cadre de l'article 28.3 s'apprécie sur l'année civile.

La stabilité est mesurée pour chacune des molécules listées à l'annexe II.2.

La rémunération est accordée dès lors que 90 % des patients visés se voient délivrer une seule marque de médicament générique au cours de la période de référence. Si ce taux n'est pas atteint, la rémunération du pharmacien, telle que définie à l'annexe II.1, est réduite de 20 %, uniquement pour les molécules pour lesquelles le pharmacien n'a pas atteint le taux de stabilité fixé.

Afin que des événements indépendants de la volonté du pharmacien ne le pénalisent pas dans l'atteinte de ce taux de stabilité, ce dernier est calculé en tenant compte des changements de noms de marque, des rachats et/ou fusions de laboratoires et des ruptures d'approvisionnement. A tout moment, le pharmacien peut solliciter un rendez-vous auprès d'un représentant de sa caisse de rattachement pour évoquer sa situation.

31.2.2. Accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques.

Dans le cadre de l'accompagnement des patients traités au long cours par anticoagulants oraux inscrits pour le suivi de leur traitement auprès du pharmacien désigné, une rémunération forfaitaire sur objectif est mise en place. Cette rémunération est fixée annuellement à 40 € par patient inscrit auprès du pharmacien désigné.

31.3. Efficience de l'exercice pharmaceutique portant sur les médicaments génériques

31.3.1. Référentiels.

Les indicateurs individuels sont évalués pour chaque année N. Les molécules adossées à ces indicateurs sont déterminées par les parties signataires en fonction des économies potentielles restant à réaliser sur le niveau de substitution.

Pour chaque pharmacie la période de référence « de départ » est le second semestre de l'année 2011. Cette référence est valable jusqu'à fin 2014.

Pour chaque pharmacie la période de référence « d'arrivée » est l'année N.

31.3.2. Liste des molécules cibles.

La liste des molécules cibles visée à l'article 29 est révisée tous les ans par voie d'avenant et figure en annexe II.1 à la présente convention. Les paramètres sont actualisés tous les ans par voie d'avenant pour tenir compte notamment des évolutions tarifaires et le cas échéant du champ du répertoire conventionnel tel qu'établi dans l'accord national visé à l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale.

31.3.3. Principe de calcul.

Le calcul obéit aux principes suivants :

— si le taux de substitution atteint par le pharmacien est inférieur au seuil bas fixé par l'indicateur tel que défini en annexe II.1, le pharmacien ne perçoit aucune rémunération ;

— si le taux de substitution atteint par le pharmacien est supérieur au seuil bas fixé par l'indicateur mais inférieur au seuil intermédiaire, le pharmacien perçoit une rémunération en fonction de sa progression entre les deux périodes de référence ;

— si le taux de substitution atteint par le pharmacien est supérieur au seuil intermédiaire, le pharmacien perçoit une rémunération en fonction du niveau atteint sur la période de référence « d'arrivée ».

Les modalités de calcul sont définies à l'annexe II.1.

Article 32

Suivi du dispositif

La commission paritaire locale (CPL) mentionnée à l'article 53 assure un suivi régulier du dispositif de rémunération sur objectifs. Un bilan est communiqué à la commission paritaire nationale (CPN) ainsi qu'à la commission paritaire régionale (CPR) mentionnées respectivement aux articles 49 et 52 après chaque réunion de la CPL.

Dans un délai de quatre mois à compter de la mise en œuvre effective du dispositif, la caisse communique à chaque pharmacien une analyse chiffrée de sa situation au vu des engagements précités.

Par la suite, elle lui fournit au moins une fois par trimestre les données nécessaires au suivi de ses indicateurs de performance.

A tout moment, le pharmacien peut solliciter un rendez-vous auprès d'un représentant de la caisse pour tout élément d'information.

TITRE III

MODERNISER ET SIMPLIFIER LES ÉCHANGES

AVEC L'ASSURANCE MALADIE

Sous-titre 1^{er}

Moderniser les relations entre le pharmacien et les caisses

Article 33

Echanges personnalisés avec des correspondants identifiés

La simplification administrative, facteur de gain de temps pour le pharmacien dans son exercice quotidien, peut être notamment favorisée par l'amélioration des relations directes qu'il entretient avec sa caisse de rattachement.

Dans ce cadre, l'assurance maladie s'engage à mettre en place, dans chaque régime, une offre optimisée de la relation téléphonique en proposant un numéro d'appel non surtaxé dédié aux professionnels.

La relation téléphonique est organisée de telle sorte que, sauf cas particuliers, les demandes ayant trait à des informations d'ordre administratif, qu'elles concernent les patients ou le pharmacien, aux paiements, aux rejets et aux commandes d'imprimés fassent l'objet d'une réponse sans renvoi à un second niveau d'expertise. Les questions relatives à l'application de la présente convention, l'orientation vers le service médical et l'assistance technique à l'usage des services en ligne mis à disposition par l'assurance maladie, peuvent justifier l'intervention d'un second niveau d'expertise avec réponse immédiate ou différée. Le délai moyen de réponse est de 48 heures au maximum.

De son côté, le pharmacien qui souhaite bénéficier de ces modalités d'échanges privilégiés communique ses coordonnées téléphoniques et ses coordonnées électroniques professionnelles à l'assurance maladie pour faciliter la communication d'informations.

Les parties signataires étudieront les modalités d'évolution du dispositif, avec pour objectif de renforcer la traçabilité des échanges.

Article 34

Accompagnement des pharmaciens dans leur exercice

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt des programmes d'échanges et d'accompagnement mis en œuvre auprès des professionnels de santé. Elles conviennent dans ce cadre de la nécessité de mettre en place une démarche visant à en rénover le contenu et les modalités d'organisation pour mieux s'adapter à la pratique quotidienne du pharmacien.

Les programmes d'accompagnement font l'objet d'échanges au sein de la CPN définie à l'article 49.

L'assurance maladie s'engage à améliorer le suivi des échanges confraternels entre les pharmaciens et les praticiens conseils ainsi que le suivi des échanges entre le pharmacien et les délégués de l'assurance maladie, en veillant tout particulièrement à favoriser les retours d'information vers le pharmacien en tant que de besoin.

L'assurance maladie s'engage également à optimiser le suivi sur les thèmes abordés au fil des visites (actualisation des informations, etc.).

Un bilan des programmes d'accompagnement et des échanges est présenté au moins une fois par an par la caisse à l'occasion de la CPL définie à l'article 53. Ces présentations sont transmises pour information à la CPR et à la CPN définies respectivement aux articles 52 et 49.

Article 35

Simplification administrative et développement des téléservices

35.1. Simplification administrative

Les parties signataires s'engagent chaque année et dès la mise en place du comité technique paritaire permanent national (CTPPN) visé à l'article 51 à dresser un inventaire des difficultés rencontrées par les pharmaciens dans leur relation avec les caisses et à rechercher des solutions adaptées, le cas échéant, avant la fin de l'année en cours.

35.2. Développement des téléservices

Les parties signataires considèrent que les mesures relatives à la gestion administrative des différents droits et prestations au bénéfice des assurés sociaux ayant pour objet de simplifier les échanges entre les pharmaciens et l'assurance maladie, contribuent à l'optimisation de la pratique et à une réduction des coûts de gestion à la charge de la collectivité.

L'objectif est de mettre à disposition du pharmacien des services accessibles au travers des logiciels utilisés dans leur pratique quotidienne, ce qui évite les doubles saisies et permet de disposer des données à jour nécessaires à la facturation.

L'assurance maladie reconnaît que la mise à disposition des téléservices doit être réalisée en mode navigateur ou intégrée au logiciel. Elle inscrit donc dans ses contraintes de développement technique cette double modalité d'offre de services et s'engage à mettre en œuvre les moyens pour y répondre simultanément.

De manière générale, les parties signataires veillent à la mise à disposition d'outils d'une ergonomie adaptée et d'utilisation rapide, prenant en compte les contraintes de la pratique du pharmacien, et celles de la prise en charge de l'assuré.

A ce titre, les parties signataires s'engagent à travailler de manière concertée notamment dans le cadre et dans les limites de ses compétences, du CTPPN pour améliorer et développer des services mis à disposition des pharmaciens en favorisant, dans la mesure du possible, les phases d'expérimentation préalables à leur utilisation. Cette concertation se poursuit dans tout le processus de déploiement et de généralisation des services offerts.

Par ailleurs, les parties signataires conviennent de l'intérêt que peut représenter pour les assurés la mise à disposition par l'intermédiaire du portail internet de l'assurance maladie, des coordonnées des pharmacies assurant le service de garde pour chaque département. Elles s'accordent pour mettre à disposition ces informations dès que le service sera

opérationnel.

Sous-titre II

Dématérialisation de la facturation et règlement des prestations

Article 36

Règles générales d'attestation des droits et de facturation

36.1. Mode de règlement

Les parties signataires rappellent que le paiement direct reste le principe de facturation. La caisse rembourse alors directement à l'assuré la part correspondant au montant dû par l'assurance maladie.

Cependant, les parties signataires observent que la possibilité de proposer aux assurés sociaux d'être dispensés de l'avance des frais favorise l'accès aux soins. La présente convention ouvre donc cette possibilité, au-delà des cas particuliers pour lesquels le législateur a rendu obligatoire le régime du tiers payant (couverture maladie universelle, accidents du travail...).

Le pharmacien peut pratiquer la dispense d'avance des frais, telle que prévue par le législateur dans le code de la sécurité sociale, au profit des assurés sociaux et de leurs ayants droit sans autre condition ayant trait à la catégorie du bénéficiaire ou à un seuil minimal de facturation.

Pour leur part, les caisses n'instituent pas de seuil minimal de déclenchement du règlement des prestations dues au pharmacien.

En cas de dispense d'avance des frais, le pharmacien se substitue à l'assuré pour l'obtention du paiement dû par la caisse. A ce titre, il dispose des mêmes droits que l'assuré vis-à-vis de ladite caisse sauf en cas d'application des dispositions de l'article 37.15 relatives à la garantie de paiement.

36.2. L'acquisition des informations relatives à la situation administrative de l'assuré

L'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 dispose que la dispense d'avance de frais totale ou partielle consentie à l'assuré est subordonnée à compter du 1er juillet 2007 à la vérification préalable par les pharmaciens d'officine, lors de leur facturation :

— de la non-inscription de la carte de l'assuré sur la liste d'opposition mentionnée à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale ;

— du respect de l'ensemble des conditions auxquelles est soumise la prise en charge des prestations délivrées notamment des exigences prévues aux articles L. 162-17, L. 165-1 et L. 324-1 du même code.

Afin de préserver l'accès aux soins et notamment le bénéfice de la dispense d'avance de frais et de développer la qualité de la prise en charge, les parties signataires affirment leur volonté de veiller à la conformité des informations transmises par le pharmacien, via sa

facturation au regard des droits à prestation de l'assuré.

Les parties signataires réaffirment les principes énoncés à l'article 35.2, s'agissant de l'acquisition des informations relatives à la situation administrative de l'assuré.

L'assurance maladie s'engage dans ce cadre à mettre à disposition du pharmacien un service en ligne d'acquisition de ces données dont les conditions de mise en œuvre et les modalités d'utilisation seront déterminées par voie d'avenant à la présente convention avant le 31 décembre 2013.

Elles s'accordent également pour expérimenter ce service en ligne sur une ou plusieurs informations intéressant la situation administrative de l'assuré.

Le cahier des charges de ce dispositif est examiné en CPN. Il délimite précisément le périmètre de vérification des conditions de prise en charge des prestations. Les parties signataires s'engagent à ce que ce dispositif n'ait pas d'impact significatif sur le temps de dispensation des produits de santé.

A l'issue de l'expérimentation de ce service en ligne, un bilan est réalisé en CPN afin de négocier courant 2013 les conditions de la généralisation du dispositif et de la mise en application de la garantie de paiement.

Dans l'attente, lorsqu'il applique la procédure de la dispense d'avance des frais, le pharmacien vérifie l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit au vu de la carte d'assurance maladie dite « Vitale ». A titre exceptionnel, pour les seules personnes qui n'ont pas la possibilité de présenter leur carte Vitale, le pharmacien vérifie les droits sur la base de l'attestation de droit sur support papier.

L'appréciation de la justification de l'ouverture des droits s'effectue à la date de la facturation des produits de santé.

36.3. L'établissement des feuilles de soins

36.3.1. Qualification de la feuille de soins au regard des modes de transmission.

Les parties signataires s'entendent sur les définitions qui suivent.

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 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 « en norme IRIS B2 » la feuille de soins télétransmise hors du dispositif SESAM-Vitale, sans carte CPS et sans faire appel au module SESAM-Vitale fourni par le GIE SESAM-Vitale.

On entend par feuille de soins papier la feuille de soins sur support papier établie sur l'imprimé conforme au modèle CERFA.

36.3.2. Contenu de la feuille de soins.

La facturation aux caisses de produits de santé remboursables, délivrés par le pharmacien est établie conformément au modèle de feuille de soins arrêté par la réglementation en vigueur. Cette feuille de soins correctement renseignée comporte toutes les informations nécessaires prévues par la réglementation et notamment le code des produits de santé facturés.

36.4. Codage des produits facturés

36.4.1. Exhaustivité de la codification des produits de santé.

Les feuilles de soins transmises aux caisses doivent comporter le codage des produits de santé facturés.

Les parties signataires réaffirment leur volonté de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour arriver à l'exhaustivité de la codification de tous les produits de santé remboursés par l'assurance maladie.

36.4.2. Modalités de transmission du code.

Selon les modalités de transmission de la feuille de soins (cf. titre III, sous-titres II et III), ce code est transmis :

— soit par le biais de la norme d'échanges en cas de télétransmission d'une FSE, d'une feuille de soins SESAM « dégradé » ou d'une feuille de soins « en norme IRIS B2 » ;

— soit par le biais de la vignette pharmaceutique pour les médicaments ou de l'étiquette code à barres ou de l'impression du code LPP pour les dispositifs médicaux, en cas de facturation sur feuille de soins papier.

Dans l'hypothèse où le code est transmis par voie électronique, le pharmacien estampille, conformément à la réglementation, la vignette ou l'étiquette code à barres.

Le pharmacien s'engage à veiller au respect dans son officine de cette formalité, dans la mesure où elle a pour objet d'éviter la réutilisation frauduleuse de vignette ou d'étiquette.

36.4.3. Contrôles automatisés du codage.

Concernant les médicaments, les contrôles automatisés menés par les caisses relatifs aux prix, aux tarifs forfaitaires de responsabilité, et aux taux de prise en charge sont mis en œuvre dans le respect de la réglementation.

Elles respectent les règles fixées à l'annexe III.1 qui ne peuvent être modifiées qu'après avis de la CPN.

Concernant les dispositifs médicaux, leurs tarifs, leurs taux de prise en charge et, le cas échéant, leurs prix limite de vente sont opposables au pharmacien à compter de la date d'application du texte réglementaire les fixant.

Toutefois, dans le cas où la date d'application ne pourrait être respectée par l'une des parties et à titre exceptionnel, les parties signataires examinent des modalités particulières de mise en œuvre pouvant être envisagées.

36.5. L'exécution des ordonnances

36.5.1. La dématérialisation de la prescription.

Les parties signataires constatent l'engagement conventionnel pris par les syndicats représentatifs des médecins sur la dématérialisation de la prescription.

Elles conviennent que ce projet constitue l'une des solutions privilégiées de la démarche de simplification des échanges dans laquelle elles se sont engagées. Elles reconnaissent par ailleurs que la dématérialisation de la prescription permet une meilleure traçabilité de la prescription pour le pharmacien.

A ce titre, sont définies dans le cadre du CTPPN, les modalités d'intégration du pharmacien dans une première expérimentation dès la fin de l'année 2012. Les parties signataires établissent en liaison avec les autres professionnels de santé et les pouvoirs publics les cahiers des charges permettant de déployer la prescription dématérialisée sur la période de la présente convention.

36.5.2. Informations reproduites sur l'ordonnance.

Le pharmacien reporte sur l'original de l'ordonnance et, le cas échéant, sur son duplicata lors de la première délivrance les mentions requises par la réglementation, quel que soit le mode de facturation auquel il recourt, permettant :

- d'une part, aux caisses d'effectuer le rapprochement avec la feuille de soins nécessaire au règlement des produits de santé ;
- d'autre part, de garantir aux assurés sociaux une bonne information sur le coût des produits de santé qui leur sont délivrés.

La CPN veille à l'obtention d'une normalisation des informations visées ci-dessus.

36.5.3. Absence de duplicata.

A l'exception des cas prévus aux articles 37.6 et suivants, en cas d'ordonnance établie sans duplicata ou dans le cas où la réglementation impose au pharmacien de conserver une copie de la prescription, ce dernier établit un double de l'ordonnance par tout moyen technique approprié. Ce service est facturé à hauteur de 0,15 € par copie et est réservé aux seuls pharmaciens ne bénéficiant pas de l'incitation financière mentionnée à l'article 31.1.2.

36.6. Retours d'information

Les principes auxquels doivent répondre les retours d'information adressés au pharmacien sont fixés à l'annexe III.2.

Article 37

La facturation électronique

Paragraphe 1

Modalités de facturation

37.1. Principe de facturation en FSE

La facturation à l'assurance maladie s'effectue, par principe, en FSE, dans les conditions des textes réglementaires et des dispositions de la présente convention ainsi que du cahier des charges des spécifications externes des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément aux engagements remplis par l'assurance maladie et portant sur :

- possibilité d'effectuer des feuilles de soins SESAM « dégradé » sur tout le territoire national dans les conditions définies à l'article 38 ;
- développement de la norme NOEMIE permettant la réalisation de retour d'informations, dans les conditions définies à l'annexe III.2 ;
- amélioration des conditions d'application de la garantie de paiement dans le cadre de la prise en charge des accidents du travail.

Le pharmacien s'engage à passer dans la version qui constitue le socle technique de référence à la date de signature de la présente convention (version 1.40).

37.2. La transmission des FSE

Chaque partie, pour ce qui la concerne, met en œuvre les moyens nécessaires pour organiser les évolutions du système SESAM-Vitale imposées par la réglementation, contraintes par des changements techniques notamment en intégrant les évolutions matérielles ou techniques permettant de respecter la dernière version du système SESAM-Vitale diffusé par le GIE SESAM-Vitale après avis des parties signataires réunies en CPN.

Les parties signataires s'engagent à saisir la CPN afin d'envisager les modalités de prise en compte des modifications majeures demandées par l'assurance maladie aux pharmaciens notamment au regard des évolutions réglementaires.

37.2.1. Equipement informatique des caisses d'assurance maladie.

Les caisses s'engagent à maintenir un niveau et une qualité de service informatique (frontaux, logiciels de liquidation, tables fichiers hot line, etc.) afin d'assurer le règlement des FSE dans les conditions prévues par la présente convention.

37.2.2. Equipement informatique de l'officine.

Le pharmacien a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il établit les FSE et les transmet, dans la limite des équipements agréés par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'assurance maladie, ou de ceux homologués par le GIE SESAM-Vitale.

37.2.3. Liberté de choix des services informatiques.

Le pharmacien a la liberté de transmettre les FSE soit directement en se connectant au

réseau SESAM-Vitale, soit en se connectant à tout réseau pouvant communiquer avec le réseau SESAM-Vitale, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Le pharmacien a le libre choix de son fournisseur d'accès internet.

Le pharmacien peut recourir à un service informatique notamment par un contrat avec un organisme concentrateur technique (OCT). Cet organisme tiers agit pour le compte et sous la responsabilité du pharmacien dans le respect :

— des dispositions légales et réglementaires ayant trait plus particulièrement à l'informatique et aux libertés, ainsi qu'à la confidentialité et à l'intégrité des FSE ;

— des dispositions du cahier des charges OCT publié par le GIE SESAM-Vitale.

37.2.4. Carte de professionnel de santé et carte pour le personnel de l'officine.

Le pharmacien se dote d'une carte de professionnel de santé (CPS) et, le cas échéant, d'une CPS attribuée à chaque pharmacien adjoint.

Les cartes de personnel d'établissement (CPE) nécessaires au personnel de l'officine sont délivrées en fonction des besoins de l'officine, au regard soit du nombre de salariés travaillant dans l'officine, soit du nombre de lecteurs de cartes dont dispose l'officine.

Le pharmacien procède aux démarches nécessaires, telles que décrites par la réglementation, pour obtenir les CPS et les CPE nécessaires au personnel de l'officine délivrées par le l'ASIP Santé.

En cas de difficulté, le pharmacien peut s'adresser à la caisse primaire de sa circonscription afin qu'elle mette en œuvre tous les moyens dont elle dispose pour qu'il soit en possession de sa CPS et des CPE nécessaires, le premier jour de sa prise d'activité dans l'officine.

Le pharmacien s'engage à respecter les règles en vigueur relatives à l'usage des cartes professionnelles utilisées dans son officine.

Le coût des CPS est pris en charge par l'assurance maladie pour la durée de la présente convention. Il en va de même pour les CPE attribuées au personnel de l'officine.

37.2.5. Respect des règles applicables aux informations électroniques.

Le pharmacien doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données, notamment en matière de déclarations de fichiers.

Les dispositions de la présente convention ne font pas obstacle à des transmissions directes par le pharmacien à des organismes complémentaires. Un éclatement de FSE vers des organismes complémentaires peut être effectué, selon des modalités prévues par le cahier des charges SESAM-Vitale, par un OCT mandaté par le pharmacien.

37.3. Validité de la carte Vitale

Sauf cas d'inscription de la carte d'assurance maladie sur la liste d'opposition visée à

l'article 37.4 et sous réserve de l'application des dispositions de l'article 36.2, les informations contenues dans ladite carte le jour de la réalisation de la FSE sont opposables aux caisses comme au pharmacien et sont seules prises en compte pour le règlement des prestations dues.

La mise à jour par l'assuré des données administratives contenues dans la carte d'assurance maladie, en particulier pour ce qui concerne la validité des droits ou l'ouverture du droit à une exonération du ticket modérateur, est de la seule responsabilité des caisses et des assurés.

Dès lors qu'il s'est équipé d'une borne de télé mise à jour, le pharmacien incite l'assuré à mettre à jour sa carte dans les conditions définies à l'article 37.19.

37.4. Liste nationale interrégimes d'opposition des cartes Vitale

L'assurance maladie diffuse régulièrement aux pharmaciens la liste d'opposition établie conformément aux critères expressément retenus par la réglementation.

La liste d'opposition est constituée des numéros de série, classés par ordre croissant, des cartes mises en opposition. Elle est diffusée exclusivement sous forme électronique.

Seules les officines équipées d'un logiciel agréé ou d'un dispositif homologué permettant l'utilisation de la liste d'opposition bénéficient, en cas de dispense d'avance des frais, de la garantie mentionnée à l'article 37.15.

La mise à jour incrémentée de la liste d'opposition des cartes Vitale est opérationnelle. Les mises à jour de la liste d'opposition incrémentale sont mises à disposition des officines quotidiennement.

Les officines équipées d'un logiciel agréé en version 1.40, addendum 4, du cahier des charges SESAM-Vitale reçoivent automatiquement sur leur poste de travail cette liste incrémentale. Les officines équipées d'un logiciel agréé en versions antérieures utilisent la liste d'opposition mise à jour selon une fréquence mensuelle.

La liste d'opposition mise à jour selon une fréquence mensuelle est mise à la disposition de l'officine dans les dix derniers jours de chaque mois. Le secrétariat de la CPN en est informé.

La liste mise à jour selon une fréquence mensuelle ou selon une fréquence quotidienne est accessible au pharmacien dès sa réception. Elle est réputée reçue par le pharmacien ou rendue opposable à celui-ci au plus tard le premier jour du mois suivant, sauf si le pharmacien signale, dans les six premiers jours du mois, à la caisse primaire d'assurance maladie de la circonscription de son lieu d'exercice un défaut de réception ou une impossibilité d'accès, par tout type de courrier dont la caisse atteste la réception. Dans cette hypothèse, la liste qui lui est opposable est la dernière qu'il est réputé avoir reçue.

De manière transitoire, durant la phase de déploiement de la liste incrémentale, les conditions d'opposabilité de la liste sont identiques que le pharmacien utilise la liste d'opposition mise à jour selon une fréquence mensuelle ou la liste incrémentale.

Ces conditions d'opposabilité seront revues dans le cadre d'un avenant dès lors que la phase de déploiement de la liste incrémentale sera achevée. Le constat du déploiement

total est acté en CPN. Les parties signataires se fixent pour objectif d'achever le déploiement pour le 31 décembre 2012.

Les solutions de mise en œuvre de la liste d'opposition sont susceptibles d'évoluer. A ce titre, selon les principes énoncés à l'article 35, les conditions de cette évolution sont formalisées par avenant.

37.5. Délai de transmission des FSE

La FSE est adressée par le pharmacien à la caisse d'affiliation de l'assuré dans les délais réglementairement fixés que le règlement des produits de santé s'effectue en paiement direct ou dans le cadre de la dispense d'avance des frais.

Paragraphe 2

La dématérialisation de la transmission des pièces justificatives

37.6. La pièce numérique

37.6.1. Définition de la « pièce numérique ».

Sont ci-après désignées « pièce numérique » la copie numérique fidèle et durable :

— de l'ordonnance originale sur support papier, portant les mentions obligatoires visées à l'article 36.5.2 (ci-après désignées le « ticket Vitale »), dès lors qu'est joint à l'ordonnance ainsi numérisée, sur la même image que cette dernière, le ticket Vitale ;

— de la feuille de soins sur support papier établie sur le modèle cerfatisé en vigueur et signé par l'assuré, dans les cas visés à l'article 38.1 de la présente convention.

Les parties signataires s'engagent sur ce point à faire évoluer les modèles « cerfatisés » afin de garantir une qualité optimale des images numérisées.

37.6.2. Nature de la pièce numérique.

La pièce numérique est considérée comme la « pièce justificative » ouvrant droit au remboursement et à la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur.

Dès lors que le processus d'envoi et de réception de la pièce numérique est réalisé dans les conditions définies aux articles 37.9, 37.11 et 37.12, le pharmacien se trouve dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge le duplicata ou la copie de l'ordonnance originale sur support papier et la feuille de soins sur support papier dans les cas visés à l'article 38.1 de la présente convention.

Le pharmacien est responsable de l'établissement de la pièce numérique et de sa fidélité à la pièce justificative papier.

La modification du support de la pièce justificative n'a pas pour effet de modifier les conditions de mise en œuvre de la responsabilité du pharmacien et de l'assurance maladie concernant les pièces justificatives, telles qu'elles résultent des textes en vigueur.

37.7. Numérisation des pièces justificatives

37.7.1. Principe.

Le pharmacien s'engage à numériser les pièces justificatives par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité des pièces numériques aux pièces justificatives sur support papier et ce, dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges ainsi que ses annexes fonctionnelles publiés par le GIE SESAM-Vitale après concertation entre les parties signataires.

Le pharmacien s'engage à effectuer l'opération de numérisation des pièces justificatives au moment où il établit la facturation correspondante.

La date de démarrage de la numérisation et de la transmission des pièces justificatives numériques est proposée par le pharmacien à la caisse. Cette dernière lui notifie alors par courrier simple cette date de démarrage.

37.7.2. Qualité des pièces justificatives numériques.

Le pharmacien s'engage à respecter une qualité de numérisation permettant d'atteindre un taux d'exploitabilité sur l'ensemble des pièces numériques de 99 %.

La liste des anomalies rendant inexploitable les images numériques est fixée à l'annexe III.5.

Une période de vérification initiale des pièces justificatives numériques est mise en place par l'organisme de prise en charge pendant un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception des premières pièces justificatives numériques. Pendant cette période, l'organisme de prise en charge signalera au pharmacien les éventuelles anomalies constatées et l'aidera à procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires. Si, à l'issue de cette période initiale de contrôle, le pharmacien ne respecte pas les dispositions du premier alinéa, une nouvelle période de contrôle de quatre-vingt-dix (90) jours est mise en place. En cas de non-respect des dispositions du premier alinéa à l'issue de cette seconde période de contrôle, le pharmacien doit revenir à un mode de transmission sur support papier des pièces justificatives.

Si cette/ces périodes de vérification initiale se sont conclues de manière satisfaisante, le pharmacien est considéré comme réalisant la télétransmission des pièces justificatives numériques dans les conditions conventionnelles.

Toutefois, si l'organisme de prise en charge observe postérieurement une dégradation de la qualité de la numérisation des pièces justificatives, il se réserve la possibilité de renouveler ce contrôle sur une nouvelle période maximum de quatre-vingt-dix (90) jours. Dans ce cadre, il en informe le pharmacien et la CPL par un avis motivé adressé dans un délai minimum de sept (7) jours avant la mise en place du contrôle.

Durant cette nouvelle période de vérification des pièces justificatives numériques le pharmacien conserve, sous forme papier, les copies des pièces justificatives.

En cas de non-respect des dispositions mentionnées au premier alinéa et à l'issue de la période de contrôle de quatre-vingt-dix (90) jours visée à l'alinéa précédent, le pharmacien doit revenir à un mode de transmission sur support papier des pièces justificatives et s'engage à restituer pro rata temporis l'incitation financière visée à l'article 31.1.2 dans un

délai de trente (30) jours. A défaut de restitution de ces sommes par le pharmacien, l'organisme de prise en charge est autorisé à procéder, à titre exceptionnel et après notification par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, à leur récupération sur le montant des prestations facturées au titre du régime général. Il informe en parallèle la CPL du lancement de cette procédure.

Les dispositions du présent article ne préjugent pas de l'application des dispositions du sous-titre III du titre III de la présente convention.

Le pharmacien s'engage à s'assurer de la lisibilité des pièces justificatives numériques en amont de leur transmission aux organismes de prise en charge.

37.8. Valeur probante des pièces justificatives numériques

Les pièces justificatives numériques transmises par le pharmacien dans les conditions mentionnées à l'article 37.9 ont la même valeur juridique et comptable que les pièces justificatives sur support papier.

La juxtaposition de la copie numérique de l'ordonnance et des mentions obligatoires visées à l'article 36.5.2 (ci-après dénommées « ticket Vitale ») dans un même fichier et comportant une seule image a la même valeur que lorsque l'apposition des mentions obligatoires est réalisée sur le support papier.

L'inscription, par le pharmacien, du numéro d'identification de l'officine dans le ticket Vitale vaut signature de l'ordonnance au sens de l'article R. 161-45 du code de la sécurité sociale.

37.9. Transmission

37.9.1. Principe de la télétransmission.

La transmission des pièces justificatives numériques, conformément aux dispositions de l'article 37.7, s'effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié, dénommé « point d'accueil interrégimes », dans le respect des dispositions de la présente convention et du cahier des charges en vigueur ainsi que ses annexes fonctionnelles publiés par le GIE SESAM-Vitale après concertation entre les parties signataires.

Un accusé de réception logique des pièces justificatives (ARL « PJ ») est envoyé au pharmacien à la suite de la transmission sur le point d'accueil interrégimes des lots de pièces justificatives numériques. Un ARL « PJ » positif atteste de l'acquisition du lot de pièces justificatives et de sa conformité à la norme d'échange.

En vue de la télétransmission, le pharmacien s'engage à s'équiper d'un logiciel agréé par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA). Il s'engage à télétransmettre les pièces justificatives numériques vers le point d'accueil interrégimes, dès lors que les moyens techniques mis à sa disposition le lui permettent.

Les parties signataires valident les expérimentations de ce nouveau mode de transmissions des pièces justificatives.

Un bilan de ces expérimentations sera présenté en CPN. Les parties signataires

conventionnels décideront alors des modalités de généralisation du dispositif de télétransmission.

Un suivi régulier de la mise en œuvre du dispositif de télétransmission des pièces justificatives numériques sera présenté à chaque CPN.

37.9.2. Equipement informatique de l'officine.

Le pharmacien a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il numérise et télétransmet les pièces justificatives, dans la limite des équipements agréés par le CNDA ou homologués par le GIE SESAM-Vitale.

37.9.3. Liberté de choix des services informatiques.

Le pharmacien a la liberté de télétransmettre les pièces justificatives numériques soit directement en se connectant au réseau SESAM-Vitale, soit en se connectant à tout réseau pouvant communiquer avec le réseau SESAM-Vitale, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Le pharmacien a le libre choix de son fournisseur d'accès internet.

Le pharmacien peut recourir à un service informatique notamment par un contrat avec un OCT. Cet organisme tiers agit pour le compte et sous la responsabilité du pharmacien dans le respect :

— des dispositions légales et réglementaires ayant trait plus particulièrement à l'informatique et aux libertés, ainsi qu'à la confidentialité et à l'intégrité des pièces justificatives ;

— des dispositions du cahier des charges OCT publié par le GIE SESAM-Vitale.

37.9.4. Respect des règles applicables aux informations électroniques. Le pharmacien doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données, notamment en matière de déclarations de fichiers.

37.9.5. CD-Rom.

Dans l'attente de la généralisation de la télétransmission des pièces justificatives numériques, ainsi qu'en cas de dysfonctionnement de ce service, le pharmacien transmet les pièces justificatives numériques en les reproduisant sur un CD-Rom selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges ainsi que ses annexes fonctionnelles publiés par le GIE SESAM-Vitale après concertation entre les parties signataires.

Ce CD-Rom est non réinscriptible et unique pour l'ensemble des régimes. Son intégrité ne peut être altérée.

37.9.6. Mode de transmission.

Le pharmacien s'engage, pour une même pièce justificative, à la transmettre selon un seul et même mode de transmission.

37.10. Renouvellement de la délivrance du traitement prescrit

En cas de renouvellement de la délivrance d'un traitement, la transmission de la pièce numérique est requise dès lors que le pharmacien n'a pas délivré au moins une fois le traitement prescrit.

Dans le cas contraire, le pharmacien transmet les informations nécessaires à l'identification de l'ordonnance initiale. Cette transmission s'effectue selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges ainsi que ses annexes fonctionnelles publiées par le GIE SESAM-Vitale après concertation entre les parties signataires réunies en CPN.

37.11. Délai de transmission des pièces justificatives numériques

La télétransmission du lot de pièces justificatives numériques intervient après l'envoi du lot de facturation correspondant que la facturation ait lieu en mode sécurisé ou en mode SESAM dégradé. En cas d'ARL « FSE » négatif, le pharmacien s'engage à télétransmettre à nouveau le lot de pièces numériques en y indexant les données du nouveau lot de FSE.

Dans l'hypothèse où le pharmacien est amené à transmettre les pièces justificatives numériques sur support cd-rom, cette transmission intervient dans les conditions définies aux articles 37.14 et 38.2.

37.12. Cas d'échec de la transmission des pièces justificatives numériques

37.12.1. Cas de dysfonctionnement.

En cas d'impossibilité technique de numériser les pièces justificatives, le pharmacien met tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de cinq (5) jours ouvrés à compter de la première tentative de numérisation. En cas de persistance de l'impossibilité de numériser à l'issue de ce délai, le pharmacien en informe la caisse et transmet les pièces sous format papier (duplicata) dans les conditions prévues aux articles 37.14 et 38.2.

En cas d'impossibilité technique de télétransmission ou d'absence de réception de l'accusé de réception logique (ARL « PJ ») de la télétransmission des pièces justificatives numériques, le pharmacien et la caisse mettent tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de cinq (5) jours ouvrés à compter de la première tentative de télétransmission. En cas de nouvel échec à l'issue du délai imparti, le pharmacien reproduit les pièces justificatives numériques sur cd-rom dans les conditions définies à l'article 37.9.5.

Dans le cas visé à l'article 37.18, le pharmacien met tout en œuvre pour parvenir à la télétransmission des pièces justificatives numériques dans les délais réglementaires prévus à compter de la première tentative de transmission de la FSE. En cas de nouvel échec à l'issue du délai imparti, le pharmacien reproduit les pièces justificatives numériques sur cd-rom dans les conditions définies à l'article 37.9.5.

Dans l'hypothèse où des contraintes techniques ne permettent pas au pharmacien de reproduire la pièce justificative numérique sur le cd-rom, il transmet les pièces sous format papier (duplicata ou copie issue de l'image numérisée) dans les mêmes conditions que celles visées au premier alinéa.

37.12.2. Non-réception des pièces justificatives numériques.

Un ARL « PJ » défini à l'article 37.9.1 est envoyé au pharmacien à la suite de la transmission des lots de pièces justificatives numériques.

A défaut de réception d'un ARL « PJ » positif, le pharmacien transmet à nouveau les pièces numériques qu'il a conservées, dans les conditions définies à l'article 37.12.1.

Au-delà du délai de conservation des pièces numériques par le pharmacien prévu à l'article 37.13, il est fait application des dispositions de l'article 37.14 relatives à la perte des ordonnances.

En cas de non-réception des lots de pièces justificatives numériques par l'organisme de prise en charge, malgré un ARL « PJ » positif de télétransmission, ce dernier prend contact avec le point d'accueil interrégimes qui lui transmet à nouveau les lots.

En cas d'anomalies correspondant aux critères de l'annexe III.5 constatées par l'organisme de prise en charge lors des périodes de vérifications des pièces justificatives prévues à l'article 37.7.2, l'organisme précité prend contact avec le pharmacien pour lui indiquer ces anomalies afin que ce dernier lui transmette à nouveau les pièces en cause.

37.13. La conservation des preuves et de la protection des données

Le pharmacien conserve les pièces justificatives numériques sur le support de son choix et dans les conditions de pérennité nécessaires, et ce pendant quatre-vingt-dix (90) jours à compter du jour de la télétransmission ou de la collecte du cd-rom par la caisse primaire, à l'exception des cas où la réglementation en dispose autrement.

En outre, durant les périodes de vérification des pièces justificatives numériques prévues à l'article 37.7.2, le pharmacien conserve également, sous forme papier, les copies des pièces justificatives.

L'organisme de prise en charge conserve les pièces justificatives numériques pendant la durée légale de conservation des pièces justificatives, conformément à la réglementation en vigueur.

L'organisme de prise en charge et le pharmacien s'assurent respectivement que les pièces justificatives numériques qu'ils ont archivées ne sont accessibles qu'aux seuls utilisateurs habilités.

Les mesures de conservation ci-dessus décrites ne se substituent pas et ne sauraient éluder les autres obligations de droit commun qui pèsent habituellement sur le pharmacien ou sur les organismes de prise en charge au regard des textes qui leur sont applicables en matière de conservation d'éléments de preuve pour d'autres finalités.

Le pharmacien et l'organisme de prise en charge s'engagent à respecter les obligations imposées par la législation sur la protection des données à caractère personnel, notamment celles relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à celles relatives à l'accès aux documents administratifs et à celles relatives aux archives.

37.14. Dispositif de ramassage organisé par l'assurance maladie

Dans l'attente de la généralisation de la télétransmission des pièces justificatives numériques, l'organisme compétent dans la circonscription organise pour chaque régime ou section locale mutualiste, un dispositif de ramassage en officine des pièces justificatives numériques sur support cd-rom ou des ordonnances papier (duplicata ou copie de l'image numérique). Ce ramassage à destination des caisses intervient à un rythme convenu par les parties signataires en CPN. Ce dispositif est gratuit pour le pharmacien.

Lorsque la transmission des pièces justificatives intervient sur support cd-rom, le pharmacien établit un seul cd-rom regroupant l'ensemble des pièces justificatives de tous les régimes d'assurance maladie.

Ce dispositif de ramassage est organisé de telle sorte qu'il apporte la garantie que les pièces justificatives numériques sur support cd-rom ou les ordonnances sur support papier sont effectivement remises dans les caisses.

Dans le cas où, compte tenu de son mode d'organisation, un régime ou une section mutualiste ne peut mettre en place un dispositif de ramassage, d'autres types de dispositifs permettant la transmission des pièces justificatives sur support papier, dans les cas visés à l'article 37.12, sont examinés en CPN.

A titre dérogatoire, la transmission des pièces justificatives sur support papier par enveloppes T est maintenue selon les mêmes modalités vers les seuls régimes ou sections locales mutualistes qui en bénéficient à la date d'entrée en vigueur de la présente convention.

En cas de transmission d'ordonnance sur support papier, le pharmacien procède au tri des ordonnances dans les conditions prévues à l'annexe III.6.

En cas de perte des pièces justificatives numériques sur support cd-rom ou sur support papier et quel qu'en soit le responsable, une médiation est conduite, si nécessaire, par la CPL. La caisse organise cette médiation dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de facturation.

37.15. Garantie de paiement

Sauf opposition de la carte dûment signalée au pharmacien dans les conditions prévues à l'article 37.4 de la convention, les caisses d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance de frais, à effectuer le paiement au pharmacien de la part obligatoire des produits de santé facturés par la FSE, sur la base des informations relatives à la couverture maladie contenues dans la carte d'assurance maladie au jour de la facturation.

37.16. Le tiers payant légal

La gestion du tiers payant légal par l'assurance maladie obligatoire suit les mêmes modalités que celles de la dispense d'avance des frais conventionnelle.

Lorsque la caisse assume la responsabilité du règlement de la part relevant du régime complémentaire, elle supporte également, sur cette part, les obligations résultant de la garantie de paiement définie à l'article 37.15.

37.17. Paiement en cas de dispense d'avance des frais

La caisse liquide les FSE et émet l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de quatre jours ouvrés, à compter du jour de l'accusé de réception logique (ARL).

Le règlement de chaque FSE s'effectue pour le montant total figurant sur la FSE après liquidation par la caisse. Une FSE ne peut pas faire l'objet d'un règlement partiel de la part obligatoire.

Lorsqu'une caisse assure le règlement à la fois de la part relevant du régime obligatoire et de celle relevant du régime complémentaire, elle effectue le paiement de la part obligatoire même si la part complémentaire fait l'objet d'un rejet.

Le montant du virement correspond au total du remboursement issu des traitements effectués par la caisse pour une journée comptable donnée.

En cas d'incident ne permettant pas à la caisse de respecter le délai de paiement précité, la caisse verse sous vingt-quatre heures, sur simple demande du pharmacien le montant total dû des FSE non traitées.

En cas d'incident généralisé, le versement du montant total dû des FSE non traitées s'effectue sous vingt-quatre heures sur demande des représentants des syndicats signataires siégeant à la CPL.

37.18. Cas de dysfonctionnement lors de la transmission des FSE

En cas d'absence de réception de l'ARL lié à un échec de la transmission d'une FSE, le pharmacien fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus. En cas de nouvel échec dans la télétransmission de la FSE ou si le pharmacien n'est pas en mesure pour des raisons indépendantes de sa volonté de transmettre une FSE, le pharmacien transmet la même feuille de soins sous format papier. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance (échec de transmission électronique) et les références de la FSE non transmise (numéro de FSE).

En cas de dispense d'avance des frais, le pharmacien facture directement la part obligatoire des produits de santé délivrés à l'assuré à la caisse d'affiliation de ce dernier. Il se charge également de l'envoi à cette même caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais qui lui sont impartis par la réglementation (feuille de soins et duplicata de l'ordonnance hors cas de renouvellement).

En cas de paiement direct, l'envoi des feuilles de soins papier à la caisse est effectué sous la responsabilité de l'assuré.

37.19. La télé mise à jour

La participation des pharmaciens au service de la télé mise à jour des cartes Vitale des assurés sociaux est assurée dans les conditions prévues à l'annexe III.3.

Sans remettre en cause les principes de neutralité financière et de libre choix du pharmacien d'offrir le service de télé mise à jour, les parties conviennent de la possibilité d'envisager une évolution des conditions de mise en œuvre sous la forme d'un avenant.

Sous-titre III

Les autres procédures de facturation

Article 38

La feuille de soins SESAM « dégradé »

38.1. Procédure exceptionnelle

En cas d'impossibilité de produire des FSE du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte d'assurance maladie, le pharmacien réalise une feuille de soins SESAM « dégradé ».

Les parties s'engagent à en limiter l'utilisation au profit de la seule transmission de FSE et à en suivre l'évolution du volume en CPL. Ce suivi donne lieu, le cas échéant, à des actions de communication auprès des assurés et des pharmaciens.

38.2. Transmission des feuilles de soins SESAM « dégradé » et des ordonnances

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé », y compris hors département, le pharmacien réalise, outre la copie numérique de l'ordonnance originale, une copie numérique de la feuille de soins papier conformément aux dispositions de l'article 37.6.2. Dès lors que cette copie est transmise selon les mêmes modalités que celles prévues aux articles 37.9, 37.11 et 37.12, le pharmacien se trouve dispensé d'adresser à la caisse la feuille de soins papier.

Seul le pharmacien qui, en mode dégradé, numérise les pièces justificatives et les adresse à la caisse sur un support CD-Rom, bénéficie du dispositif de ramassage visé à l'article 37.14 dans les conditions fixées par cette disposition.

Dans l'attente de la généralisation de la télétransmission des pièces justificatives numériques, ainsi qu'en cas de dysfonctionnement de ce service, en cas de transmission papier, le pharmacien 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, duplicata de l'ordonnance hors cas de renouvellement). Dans ce cas, il bénéficie du dispositif de ramassage visé à l'article 37.14 pour la seule transmission des pièces justificatives papier concernant les assurés affiliés à la caisse du même ressort géographique que lui.

Les feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement prévue à l'article 37.15, ni à la contribution financière conventionnelle prévue à l'article 31.1.1.

38.3. Modalités de règlement

L'organisme liquide les feuilles de soins SESAM « dégradé » et émet l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de quatre jours ouvrés, et sous réserve de la réception ou de la mise à disposition par cd-rom ou sur support papier des pièces justificatives correspondantes.

Article 39

La feuille de soins sur support papier

A l'exception du cas visé à l'article 37.18, et conformément à la réglementation, le pharmacien qui facture systématiquement sur support papier en communiquant aux caisses, en cas de dispense d'avance des frais, des pièces justificatives sous format papier, peut faire l'objet d'une sanction conventionnelle, dans les conditions prévues au titre IV, sous-titre IV.

TITRE IV

VIE CONVENTIONNELLE ET SUIVI DE L'APPLICATION

DU RÉGIME CONVENTIONNEL

Sous-titre Ier

L'adhésion à la convention nationale

Article 40

Les modalités d'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, l'assurance maladie met la convention à disposition des pharmaciens, sur son site internet, dans un délai d'un mois suivant sa publication.

Les pharmaciens précédemment conventionnés avant l'entrée en vigueur de la convention nationale restent conventionnés sauf s'ils souhaitent se placer hors convention. Dans ce cas, ils doivent le faire savoir par courrier adressé à la Caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité.

Les pharmaciens non adhérents à la convention, qu'ils s'installent pour la première fois en exercice libéral ou qu'ils aient déjà exercé en libéral, et qui souhaitent devenir adhérents en font la demande en adressant à la Caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité, par lettre recommandée avec accusé de réception, le bulletin d'adhésion figurant en annexe IV.1 de la convention. Leur adhésion est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de leur demande.

Tout pharmacien exerçant en tant que titulaire au sein d'une officine peut prétendre au conventionnement. En cas de pluralité de pharmaciens titulaires au sein d'une officine, ces derniers doivent se déterminer de manière identique au regard du régime conventionnel. A défaut, ils sont réputés non conventionnés.

Article 41

Les modalités de reconnaissance de l'adhésion

En cas de pluralité de pharmaciens titulaires dans l'officine, chaque titulaire indique son nom, prénom et son numéro d'inscription au répertoire partagé des professionnels de santé sur le même formulaire et cosigne celui-ci.

Le pharmacien qui renonce à adhérer à la convention adresse un courrier recommandé avec accusé de réception à la caisse dans le ressort de laquelle il exerce. Cette décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse. Il conserve à tout moment la possibilité de formuler une demande d'adhésion.

La caisse primaire d'assurance maladie communique aux caisses des autres régimes du même ressort géographique la liste des pharmaciens n'ayant pas adhéré dans les délais requis.

Article 42

La résiliation de l'adhésion

Le pharmacien garde la possibilité de résilier, à tout moment, son adhésion à la convention par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la caisse primaire d'assurance maladie. Cette résiliation prend effet dans un délai d'un mois à compter de la date de la première présentation de la lettre à la caisse.

Il se place ainsi hors régime conventionnel mais reste habilité à formuler, à tout moment, une nouvelle demande d'adhésion.

Article 43

L'engagement conventionnel du pharmacien

En adhérant à la présente convention par la signature du formulaire mentionné ci-dessus, le pharmacien s'engage à en respecter toutes les dispositions.

Conformément à la volonté exprimée par le législateur, cet engagement s'impose :

- aux pharmaciens adjoints sous la responsabilité du pharmacien titulaire ;
- au pharmacien amené à remplacer le pharmacien titulaire dans les conditions définies par les textes en vigueur.

Dans ces deux cas, le pharmacien titulaire informe les intéressés de l'obligation qui leur incombe de respecter les dispositions conventionnelles.

Sous-titre II

La vie conventionnelle

Article 44

Cas de concertation avec les autres professions intervenant

dans le champ des produits et prestations inscrits sur la LPP

Les parties signataires de la présente convention s'accordent sur la nécessité de soumettre à des règles conventionnelles identiques, pour ce qui relève de leur exercice professionnel, les professions délivrant des produits et prestations inscrits sur la LPP.

A cette fin, les parties signataires de la présente convention prennent part à des réunions de concertation, associant les syndicats de distributeurs de matériel médical et de prestataires de services, signataires de la convention portant sur les titres Ier et IV de la liste des produits et prestations remboursables, et visant à définir des règles conventionnelles communes dans les champs d'intervention partagés par les deux professions. Ces réunions sont organisées par la CNAMTS à raison d'au moins une par an.

Dans l'hypothèse où une convention viendrait à être conclue entre l'assurance maladie et d'autres intervenants dans le champ de la LPP que les distributeurs et prestataires mentionnés à l'alinéa précédent, les parties signataires de la présente convention acceptent d'associer à ces réunions de concertation des représentants de ces intervenants.

Article 45

La durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation. Elle est renouvelée par tacite reconduction par période de même durée.

Article 46

La signature de la convention

par une nouvelle partie

Tout syndicat reconnu légalement représentatif peut signer la présente convention par un acte adressé à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), à charge pour celle-ci d'en informer les autres signataires. Cette nouvelle signature entraîne une modification de la composition des instances paritaires dans les conditions des articles 49, 52 et 53.

Article 47

Le retrait d'une partie signataire de la convention

Après en avoir avisé la CPN, chaque partie signataire a la faculté de se retirer du régime instauré par la présente convention en notifiant sa décision par lettre recommandée avec accusé de réception à chacun des autres signataires, simultanément. Son retrait est effectif au terme d'un délai de deux mois à compter de la notification la plus tardive.

La qualité de partie signataire peut être à nouveau obtenue sur demande à compter de la date anniversaire de la convention.

Article 48

La résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée par les partenaires, après qu'ils en ont avisé la CPN, soit par décision conjointe des organisations professionnelles signataires, soit par

décision de l'UNCAM, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à chaque partie signataire, simultanément. La résiliation, qui doit être motivée, peut résulter :

- d'une violation grave des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- de modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les caisses et les pharmaciens.

La résiliation prend effet à l'échéance d'un délai de six mois à compter de la première présentation de la lettre recommandée, pendant lequel une nouvelle convention est négociée et signée par l'UNCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives. Ce délai peut être prorogé à la demande de l'une ou l'autre des parties, sans qu'il ait pour effet de prolonger la durée de la convention au-delà de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation.

Sous-titre III

Les instances conventionnelles

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle et mettent en place :

- une commission paritaire nationale et des instances spécifiques placées auprès d'elle ;
- une commission paritaire régionale dans chaque région administrative ;
- une commission paritaire locale dans chaque circonscription de caisses.

Seuls les pharmaciens adhérant à la présente convention et ne faisant pas l'objet d'une sanction conventionnelle devenue définitive peuvent siéger dans ces instances.

Les modalités de composition et de fonctionnement de ces commissions sont définies dans un règlement intérieur figurant en annexe IV.2 à la présente convention.

Article 49

La commission paritaire nationale (CPN)

49.1. Composition de la CPN

La CPN comporte deux sections composées d'un nombre égal de membres :

- une section professionnelle composée de 8 représentants titulaires désignés par les organisations syndicales représentatives signataires et, le cas échéant, de 8 suppléants. La répartition des sièges étant opérée conformément au règlement intérieur figurant à l'annexe IV.2 ;
- une section sociale composée de 8 représentants titulaires désignés par l'assurance maladie et, le cas échéant, de 8 suppléants, selon la répartition suivante :
 - 1 conseiller, 2 administratifs, 2 praticiens conseils et, le cas échéant, 5 suppléants pour le régime général ;

— 2 représentants titulaires, dont 1 praticien conseil et, le cas échéant, 2 suppléants pour le régime agricole ;

— 1 représentant titulaire et, le cas échéant, 1 suppléant pour le régime des professions indépendantes.

Participe également à titre consultatif aux séances de la CPN un représentant titulaire de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie.

En cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire, la commission constituée de l'ensemble des signataires de la convention se réunit dans les deux mois à compter de la date de signature du nouveau signataire ou de retrait effectif d'un signataire.

La commission fixe alors la composition de chacune de ses deux sections comportant un nombre égal de membres de la façon suivante :

— une section professionnelle dont le nombre de sièges et leur répartition sont arrêtés, conformément aux dispositions décrites dans l'annexe IV.2, au cours de la première réunion de la commission suivant la signature de la convention par le nouveau signataire ou le retrait d'un signataire ;

— une section sociale dont le nombre de sièges est égal à celui de la section professionnelle et donne lieu, au cours de la première réunion de la commission suivant la signature de la convention par le nouveau signataire ou le retrait d'un signataire, à une répartition entre les régimes membres de ladite commission.

Les membres de la section professionnelle doivent être titulaires d'une officine et avoir adhéré à la convention.

49.2. Mise en place de la CPN

La CPN est mise en place dans les deux mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention. Elle se réunit dans les cas suivants :

— à la demande de l'une des parties signataires de la convention ;

— au moins une fois par semestre ;

— en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire.

Elle se réunit au siège de l'UNCAM.

La commission établit, lors de sa première séance annuelle, un calendrier prévisionnel.

Le secrétariat est assuré par l'UNCAM. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevés de décisions, constats éventuels de carence, etc.

49.3. Rôle de la CPN

Dans le cadre de sa mission générale de suivi de la vie conventionnelle et du respect des engagements respectifs des parties, la commission a une double vocation d'impulsion et de coordination des actions menées tant au niveau national que régional et local en application de la convention.

La CPN est notamment chargée des missions suivantes :

- elle veille au respect des dispositions conventionnelles par les parties et par les pharmaciens et les caisses au niveau régional et local ;
- elle détermine lors de sa première séance, le nombre de commissions paritaires locales et leur répartition territoriale dans les départements comportant plusieurs caisses primaires ;
- elle étudie toute question soulevée par l'application de la convention au niveau local, régional ou national et prépare les éventuelles modifications qu'il lui paraît nécessaire d'y apporter par avenant. Dans ce but, elle crée les groupes de travail qui lui paraissent nécessaires pour améliorer le traitement des questions soulevées ;
- elle examine les éventuelles difficultés d'application des dispositions législatives ou réglementaires relatives à la dispensation pharmaceutique, aux modes de rémunération des pharmaciens d'officine et à la facturation aux caisses des produits et prestations pharmaceutiques. Le cas échéant, elle propose aux parties signataires les modifications aux textes méritant d'être demandées aux pouvoirs publics ;
- elle étudie toute question soulevée par l'application de l'accord national visé à l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques tant au niveau national qu'au niveau local et propose les modifications qu'il lui paraît nécessaire d'y apporter ;
- elle fixe les différents objectifs définis dans l'accord national susvisé dans les conditions définies dans ce dernier et assure le suivi de leur mise en œuvre ;
- elle propose des actions de portée nationale visant à favoriser le développement de la délivrance de médicaments génériques ;
- elle est informée des programmes d'accompagnements mis en place par l'assurance maladie intéressant les pharmaciens d'officine ;
- elle est informée par les commissions paritaires locales et régionales des travaux en cours au niveau loco-régional, notamment, en ce qui concerne le suivi des objectifs fixés au titre II de la présente convention ;
- elle fixe les objectifs des comités mentionnés aux articles 50 et 51 ;
- elle assure l'installation et le suivi des travaux de l'observatoire de l'évolution du réseau des officines mentionné à l'article 16 de la présente convention ;
- elle examine et assure le suivi du dispositif de la permanence des soins ;
- elle émet un avis sur le recours suspensif formé auprès d'elle par le pharmacien à

l'encontre duquel une sanction a été décidée par les caisses ;

— elle débat des cas de non-respect par l'une des parties signataires de ses engagements conventionnels et recherche toute solution utile ;

— elle émet un avis sur les évolutions matérielles et techniques permettant de respecter la dernière version du système SESAM-Vitale.

Article 50

Le comité paritaire national des programmes d'actions (CPN-PA)

Il est créé un comité paritaire national des programmes d'actions (CPN-PA) qui a pour mission, conformément aux objectifs fixés par la CPN, de proposer les programmes d'actions et les modalités de prise en charge optimale du patient.

Le CPN-PA comporte deux sections composées d'un nombre égal de membres :

— une section professionnelle composée de deux représentants de chacune des organisations syndicales représentatives signataires et, le cas échéant, de suppléants désignés pour chaque siège ;

— une section sociale composée de six représentants de l'UNCAM désignés par la section sociale de la CPN.

Le CPN-PA peut recourir à la compétence de conseillers scientifiques lors de l'élaboration des programmes d'actions conventionnelles et des modalités y afférentes.

Le CPN-PA est chargé dans ce cadre :

— d'assurer le suivi de l'application des programmes d'actions sur la base des remontées faites dans ce cadre par les CPL ;

— d'examiner les difficultés d'application des programmes d'actions et proposer, le cas échéant, des modifications qu'il lui paraît nécessaire d'y apporter.

Ces travaux sont soumis à la CPN pour validation.

Article 51

Le comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives (CTPPN) placé près la CPN

Un comité technique paritaire permanent national (CTPPN) chargé des simplifications administratives est instauré près la CPN.

51.1. Composition du CTPPN

Le comité comporte deux sections composées d'un nombre égal de membres :

— une section professionnelle composée de deux représentants de chacune des organisations syndicales représentatives signataires et, le cas échéant, de suppléants

désignés pour chaque siège ;

— une section sociale composée de six représentants de l'UNCAM désignés par la section sociale de la CPN.

Le CTPPN peut recourir à la compétence de conseillers techniques sur les sujets requérant leur compétence.

51.2. Mise en place du CTPPN

Le CTPPN est mis en place dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

Il se réunit au moins quatre fois par an et dans les cas suivants :

— à la demande de l'une des parties signataires de la convention ;

— en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire.

Il se réunit au siège de l'UNCAM. Le secrétariat est assuré par l'UNCAM. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence etc.

51.3. Mission du CTPPN

Le comité est chargé notamment :

— de mettre en œuvre le programme de simplifications administratives établi par la CPN visant à aider le pharmacien dans son travail au quotidien en décidant des actions à mener afin d'en assurer la réussite ;

— d'accompagner la mise en place de ce programme au niveau local et régional ;

— d'assurer le suivi des remontées des travaux des commissions paritaires locales et régionales ;

— d'examiner et d'émettre un avis sur tous les projets de modification des documents servant de base aux échanges entre l'assurance maladie et les pharmaciens d'officine (formulaires, etc.) ;

— d'analyser tout dysfonctionnement du système SESAM-Vitale et d'examiner les réponses appropriées dans les meilleurs délais afin de garantir la continuité et l'adaptabilité du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques ;

— de formuler des observations sur le cahier des charges SESAM-Vitale et des propositions tendant à l'amélioration du système ;

— de suivre les procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance de frais ou de tout autre dispositif issu de la réglementation ;

— de suivre les échanges de données dématérialisées entre l'assurance maladie et les

pharmaciens d'officine adhérant à la présente convention ;

— de transmettre régulièrement ses travaux à la CPN et de lui établir un bilan annuel.

Ces travaux sont soumis à la CPN pour validation.

Article 52

La commission paritaire régionale (CPR)

Il est créé dans chaque région une commission paritaire régionale.

La CPR est chargée de la coordination de la politique conventionnelle au niveau de la région.

52.1. Composition de la CPR

La CPR comporte deux sections composées d'un nombre égal de membres :

— une section professionnelle composée de 8 représentants titulaires choisis parmi les organisations syndicales représentatives signataires et, le cas échéant, de 8 suppléants. La répartition des sièges étant opérée conformément au règlement intérieur figurant à l'annexe IV.2 ;

— une section sociale composée de 8 représentants titulaires désignés par l'assurance maladie et, le cas échéant, de 8 suppléants, selon la répartition suivante :

— 1 conseiller, 2 administratifs, 2 praticiens conseils et, le cas échéant, 5 suppléants pour le régime général ;

— 2 représentants titulaires, dont 1 praticien conseil et, le cas échéant, 2 suppléants pour le régime agricole ;

— 1 représentant titulaire et, le cas échéant, 1 suppléant pour le régime des professions indépendantes.

52.2. Mise en place de la CPR

La CPR est mise en place dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

Elle se réunit au minimum trois fois par an et dans les cas suivants :

— à la demande de l'une des parties signataires de la convention ;

— en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire.

Le secrétariat est assuré par l'organisme désigné par le directeur coordonnateur de la gestion du risque du régime général. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence, etc.

52.3. Missions de la CPR

La CPR est chargée notamment :

- d'assurer, au niveau de la région, le suivi des programmes d'actions élaborés par le comité visé à l'article 50 ;
- d'établir un suivi des dépenses de santé au niveau régional ;
- de mettre en œuvre un suivi des contrats conclus au niveau régional entre les agences régionales de santé et les pharmaciens relatifs à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, définis à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et à la coopération entre professionnels de santé, définis aux articles L. 4011-1 à L. 4011-3 du même code ;
- elle assure le suivi de l'évolution du réseau officinal et transmet un bilan de ce suivi tous les ans à la CPN ;
- elle émet un avis sur le recours suspensif formé auprès d'elle par le pharmacien à l'encontre duquel une sanction a été décidée par les caisses dans les conditions mentionnées à l'article 55 ;
- elle est informée des travaux des instances locales de la région et est destinataire, à ce titre, des relevés de décisions des commissions paritaires locales de son ressort ;
- elle informe régulièrement la CPN de ses travaux, en lui communiquant, à cet effet, les relevés de décisions de ses réunions.

Article 53

La commission paritaire locale (CPL)

53.1. Composition de la CPL

Il est créé dans chaque département une commission paritaire locale (CPL) qui se substitue à toute instance paritaire locale préexistante.

Dans les départements comportant plusieurs caisses primaires, le nombre de commissions paritaires locales et leur répartition territoriale sont fixés par la CPN.

La CPL comporte deux sections composées du même nombre de membres :

- une section professionnelle composée de 8 représentants titulaires désignés par les organisations syndicales représentatives signataires et, le cas échéant, de 8 suppléants. La répartition des sièges étant opérée conformément au règlement intérieur figurant à l'annexe IV.2 ;
- une section sociale composée de 8 représentants titulaires désignés par l'assurance maladie et, le cas échéant, de 8 suppléants, selon la répartition suivante :
- 1 conseiller, 2 administratifs, 2 praticiens conseils et, le cas échéant, 5 suppléants pour le régime général ;

— 2 représentants titulaires, dont 1 praticien conseil et, le cas échéant, 2 suppléants pour le régime agricole ;

— 1 représentant titulaire et, le cas échéant, 1 suppléant pour le régime des professions indépendantes.

Les membres de la section professionnelle doivent être titulaires d'une officine du ressort de la CPL, avoir adhéré à la convention et adhéré à une organisation syndicale signataire ou à une organisation syndicale adhérente à une organisation signataire.

53.2. Mise en place de la CPL

La CPL est mise en place dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention et se réunit :

— en tant que de besoin ;

— au moins une fois par semestre ;

— en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel, de retrait d'un signataire.

Le secrétariat de la CPL est assuré par un membre du personnel administratif de l'une des caisses membres de la commission.

53.3. Rôle de la CPL

La CPL a pour objectif principal d'assurer le bon fonctionnement et la continuité du régime conventionnel au niveau local.

La CPL a notamment les missions suivantes :

— elle veille au respect des obligations respectives des parties et se réunit pour étudier toute question soulevée par l'application de la convention au niveau local ;

— elle analyse les éventuelles difficultés d'application des dispositions législatives ou réglementaires relatives à la dispensation pharmaceutique, aux modes de rémunération des pharmaciens d'officine, à la facturation aux caisses des produits et prestations pharmaceutiques, et fait part de ses constatations et des éventuelles solutions qu'elle préconise à la CPR et à la CPN ;

— elle propose des actions de portée locale visant à favoriser le développement de la délivrance de spécialités génériques ;

— elle assure le suivi de l'accord national visé à l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale sur les objectifs de délivrance des spécialités génériques au niveau local dans les conditions définies par ledit accord ;

— elle informe la CPR de la mise en place et du suivi des programmes d'actions définis par le comité visé à l'article 50 ;

- elle assure le suivi des objectifs fixés au titre II de la présente convention et informe la CPR et la CPN des résultats observés ;
- elle assure le suivi de l'évolution du réseau officinal et transmet un bilan de ce suivi tous les ans à la CPR ;
- elle assure un bilan des programmes d'accompagnement et des échanges menés auprès des pharmaciens et en informe la CPR et la CPN ;
- elle établit un relevé de décisions à chaque réunion et le communique au secrétariat de la CPR et à celui de la CPN ;
- elle examine et assure le suivi du dispositif de la permanence des soins pharmaceutiques ;
- elle se réunit avant toute décision susceptible d'être prise à l'encontre d'un pharmacien, pour émettre un avis dans les conditions fixées à l'annexe IV.3 de la présente convention.

La CPL a la possibilité de créer si nécessaire des groupes de travail.

Sous-titre IV

Non-respect des engagements conventionnels par le pharmacien

Article 54

L'examen des cas de manquement

En cas de non-respect par le pharmacien des règles organisant ses rapports avec l'assurance maladie, notamment au regard des règles de dispensation et de facturation, une procédure conventionnelle d'examen des manquements est engagée par les parties conventionnelles locales sur initiative d'une caisse.

Une procédure conventionnelle est engagée à l'encontre du pharmacien lorsque des manquements aux dispositions conventionnelles ou réglementaires lui sont reprochés.

La procédure conventionnelle applicable en cas de manquement imputable à un pharmacien est décrite à l'annexe IV-3.

Article 55

Les sanctions susceptibles d'être prononcées

Les sanctions susceptibles d'être prononcées à l'encontre d'un pharmacien sont les suivantes :

- une mise en demeure ;
- un avertissement ;
- une suspension du bénéfice de la contribution financière prévue à l'article 31.1.1 pour une période ne pouvant excéder cinq ans ;

— sans préjudice des dispositions législatives organisant la dispense d'avance des frais, un déconventionnement avec sursis ;

— sans préjudice des dispositions législatives organisant la dispense d'avance des frais, un déconventionnement ferme pour une période ne pouvant excéder quatre ans, assorti de l'obligation, dans le cas où l'officine demeure ouverte durant l'exécution de la sanction, de recruter un pharmacien remplaçant le pharmacien titulaire déconventionné, pour la durée de la sanction. Le pharmacien remplaçant doit être inscrit au tableau D de l'ordre national des pharmaciens et ne doit pas avoir d'autre activité pendant la durée du remplacement ; il bénéficie de l'application de la convention et en respecte les obligations.

En cas de sursis, la sanction peut être rendue exécutoire pendant une période de deux ans à compter de sa notification, dès lors que de nouveaux manquements réalisés postérieurement à la notification de la sanction devenue définitive ont été relevés à l'encontre du pharmacien par la CPL. Elle peut, dans ce cadre, se cumuler avec la sanction prononcée à l'occasion de l'examen de ces nouveaux manquements.

La proposition de sanction doit dans tous les cas être motivée et notamment étayée par :

— la gravité des manquements constatés, notamment au regard de la nature de la transgression et de l'importance des sommes en jeu ; ou

— la répétition de manquements ayant déjà donné lieu à au moins un avertissement prononcé contre le même pharmacien.

La bonne foi du pharmacien mis en cause peut être considérée comme un facteur d'atténuation de la sanction.

Dès lors qu'il est démontré que les manquements reprochés au pharmacien titulaire relèvent des agissements d'un ou plusieurs pharmaciens adjoints ou remplaçants et sont manifestement dissociables de la gestion du pharmacien titulaire, la CPL peut considérer qu'il s'agit d'un facteur d'atténuation ou d'exonération de la sanction, après avoir entendu si nécessaire, le ou les pharmaciens adjoints ou le remplaçant.

Article 56

Recours du pharmacien contre une sanction

Le pharmacien a la possibilité de présenter un recours consultatif auprès de la CPR contre toute sanction de :

— déconventionnement d'une durée inférieure à quinze jours ferme ou inférieure à trois mois avec sursis ;

— suspension de la contribution à la FSE d'au moins trente jours.

Le pharmacien a la possibilité de présenter un recours consultatif auprès de la CPN contre toute sanction de suspension de la contribution à la FSE d'au moins trois mois.

Les modalités de ces recours sont définies à l'article 5 de l'annexe IV.3.

Ces recours suspendent la décision des caisses. Dans le cas où la CPR ou la CPN sont saisies, les voies de recours de droit commun restent ouvertes dès lors que la procédure conventionnelle est épuisée.

Article 57

La sanction de déconventionnement

Dès lors que le directeur d'une caisse primaire souhaite que soit prononcée une décision de déconventionnement ferme d'au moins quinze jours ou d'au moins trois mois avec sursis, il saisit la CPN qui doit émettre un avis dans les conditions définies à l'annexe IV.3. Cet avis est transmis au directeur de l'UNCAM pour décision.

Article 58

Conséquences des sanctions ordinaires

Lorsque le conseil régional ou le Conseil national de l'ordre des pharmaciens prononce à l'encontre du pharmacien une sanction devenue définitive consistant en une interdiction de servir des prestations aux assurés sociaux, en une interdiction d'exercice, ou un retrait de licence, le professionnel se trouve de ce seul fait automatiquement placé hors convention à partir de la date d'application de la sanction ordinaire et pour une durée identique. Dans ce cas, les dispositions de l'article 55 relatives à l'obligation, dans le cas où l'officine demeure ouverte durant l'exécution de la sanction, de recruter un pharmacien remplaçant le pharmacien titulaire déconventionné, pour la durée de la sanction, s'appliquent.

Article 59

L'incidence des décisions juridictionnelles sur le conventionnement

Lorsque la peine prononcée par une juridiction consiste en une interdiction d'exercice ou en un emprisonnement, le professionnel se trouve de ce seul fait automatiquement placé hors convention à partir de la date d'application de la peine et pour une durée identique. Dans ce cas, les dispositions de l'article 55 relatives à l'obligation, dans le cas où l'officine demeure ouverte durant l'exécution de la sanction, de recruter un pharmacien remplaçant le pharmacien titulaire déconventionné, pour la durée de la sanction, s'appliquent.

Article 60

La publicité des sanctions

Les caisses portent à la connaissance des assurés sociaux, par affichage dans leurs locaux, la sanction conventionnelle devenue définitive décidée à l'encontre du pharmacien et ce, uniquement pendant la durée d'application de ladite sanction.

Article 61

La continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de la convention

Les procédures conventionnelles en cours à la date d'application de la convention se poursuivent et sont examinées au regard des dispositions de la présente convention.

Les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur de la présente convention s'appliquent jusqu'à leur terme.

Sous-titre V

Du non-respect des engagements conventionnels par les organismes de prise en charge

Article 62

De l'examen des cas de manquements

En cas de non-respect par un organisme de ses engagements conventionnels, une procédure d'examen des manquements est engagée par les parties signataires sur initiative d'une ou plusieurs organisations syndicales signataires.

Cette procédure ne peut être engagée dans le cas où les manquements relèvent d'un cas de force majeure.

Les manquements motivant l'engagement d'une procédure conventionnelle sont les suivants :

- absence de traitement des réclamations liées au paiement ;
- non-respect du paiement visé à l'article 37.17 en cas d'incident ;
- non-respect de la garantie de paiement visée à l'article 37.15.

La procédure applicable est décrite à l'annexe IV.3.

Article 63

Des sanctions susceptibles d'être prononcées

La sanction susceptible d'être prononcée à l'encontre de l'organisme est le versement au pharmacien des intérêts moratoires au taux d'intérêt légal à compter du jour où le paiement aurait dû conventionnellement intervenir et jusqu'à complet paiement des prestations dues.

Fait à Paris, le 4 avril 2012.

Le président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France,

P. Gaertner

Le président de l'Union nationale des pharmacies de France,

M. Caillaud

Le président de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine,

G. Bonnefond

Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie,

F. Van Roekeghem

Annexes

ANNEXES RELATIVES AU TITRE 1^{er}

ANNEXE I.1. — CONDITIONS PARTICULIÈRES RELATIVES

À LA DÉLIVRANCE DE CERTAINS DISPOSITIFS MÉDICAUX

Article 1^{er}

Des règles d'installation propres à la délivrance de certains dispositifs médicaux

1.1. Règles d'installation spécifiques à la délivrance d'orthèses

Dans le cas où le pharmacien délivre aux assurés des orthèses remboursables au titre de la liste des produits et prestations, les locaux de son officine sont conformes aux textes réglementaires relatifs aux conditions d'exercice de la profession d'orthésiste. Ils sont conçus de manière à favoriser l'appareillage du patient dans de bonnes conditions d'isolement. Ils sont notamment aménagés de telle sorte que le local où le pharmacien réalise la fabrication et l'essayage des appareils soit séparé de celui où les assurés sont reçus.

1.2. Règles d'installation spécifiques à la délivrance de véhicules pour handicapés physiques

Lorsque l'activité du pharmacien inclut la délivrance de véhicules pour handicapés physiques, il aménage son local d'accueil des assurés de manière à disposer :

— d'une rampe d'accès si nécessaire ;

— d'une surface d'évolution de 16 m² au moins et d'une largeur de 2 m.

Article 2

La publicité et les procédés commerciaux

Sans préjudice des dispositions du code de la santé publique définissant les obligations déontologiques qui lui sont opposables en matière de publicité dans le domaine du médicament, le pharmacien s'abstient d'utiliser tout support à finalité publicitaire qui ferait référence au remboursement des dispositifs médicaux par l'assurance maladie. De même renonce-t-il à utiliser tout procédé purement commercial qui induirait une consommation abusive.

Le pharmacien s'interdit également de délivrer ces mêmes produits de santé par des procédés de vente par correspondance consistant pour l'assuré à choisir par le biais de supports papier ou informatiques les dispositifs médicaux qui lui sont nécessaires et à les

recevoir par envoi direct à son domicile excluant toute relation directe avec le pharmacien.

Les manquements constatés par les caisses peuvent faire l'objet de la mise en œuvre de la procédure conventionnelle visée aux articles 54 et suivants.

En revanche, l'information relative au conventionnement du pharmacien est admise.

Article 3

Modalités de délivrance des orthèses plantaires

Lorsque le pharmacien réalise des orthèses plantaires, celles-ci doivent être exécutées sur mesure après un examen podoscopique minutieux du pied malade, traduit par un dessin correctif nécessitant toujours une prise d'empreintes et, si nécessaire, un moulage complet du pied.

Le pharmacien est équipé d'un podographe, d'un podoscope, du matériel nécessaire au moulage du pied et à la fabrication des semelles, ainsi qu'à leur adaptation progressive.

Il remet à l'utilisateur un document sur lequel sont indiquées les dates prévues pour les contrôles des corrections progressives. Celles-ci ont pour finalité d'adapter les semelles à l'évolution du pied et constituent de ce fait un véritable traitement.

La fabrication des orthèses plantaires peut être confiée à un orthopédiste-orthésiste sous traitant.

Article 4

La mise à disposition des dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux fournis sont en parfait état, satisfont pleinement à la finalité pour laquelle ils sont spécifiquement conçus et assurent intégralement leur fonctionnalité technique.

S'agissant de la livraison à domicile de véhicules pour handicapés physiques, le pharmacien met en œuvre tous les moyens lui permettant de fournir le véhicule à l'assuré dans des délais tenant compte du besoin et de l'intérêt de ce dernier. En cas de location, le délai de livraison à domicile de ces mêmes véhicules est fixé à deux jours ouvrables.

S'agissant de la mise à disposition de lits médicalisés, le pharmacien exécute la prescription, conformément à la réglementation en vigueur, au regard de critères les plus économiques pour l'assurance maladie.

Article 5

Les règles de désinfection

A la fin de la période de location, le pharmacien assure la reprise du matériel dans les délais les plus brefs. Il veille à ce que le matériel repris au domicile des assurés soit transporté puis entreposé dans des conditions permettant d'éviter tout risque de contamination d'autres appareils.

Le pharmacien procède systématiquement au nettoyage et à la désinfection rigoureuse du matériel ainsi repris, en recourant aux procédés de désinfection recommandés.

L'espace où sont effectuées les opérations de désinfection des dispositifs médicaux est séparé de ceux dans lesquels les assurés sociaux sont reçus.

Article 6

La sous-traitance dans le secteur des dispositifs médicaux

Lorsque le pharmacien sous-traite tout ou partie de son activité de mise à disposition de dispositifs médicaux, il reste, en tant que donneur d'ordre, pleinement responsable du respect des règles de santé publique et de prise en charge par l'assurance maladie. Il lui appartient donc de veiller à ce que le sous-traitant soit effectivement en mesure de se conformer à ces obligations.

Article 7

La réparation des dispositifs médicaux

7.1. Réparation et remplacement des produits à la location

Pour mener une activité de location de dispositifs médicaux, le pharmacien, selon les cas :

- est en mesure d'échanger le matériel défectueux ;
- dispose d'un espace dédié à la réparation, ainsi que d'un stock des pièces détachées les plus courantes pour permettre la remise en état des appareils dans les plus brefs délais.

Le respect de ces obligations se fait dans les délais prévus par la réglementation et n'entraîne aucune facturation supplémentaire.

En cas de location de véhicules pour handicapés physiques, si des défauts non imputables à l'assuré sont constatés, le pharmacien effectue gratuitement les corrections nécessaires au bon fonctionnement de l'appareil ou, le cas échéant, procède au remplacement gratuit d'une pièce, d'un sous-ensemble ou du véhicule défectueux, dans les meilleurs délais.

7.2. Réparation des produits à l'achat

S'agissant de la vente de véhicules pour handicapés physiques, la facturation des réparations s'effectue dans le cadre des forfaits déterminés par la réglementation en vigueur. Le pharmacien met en œuvre tous les moyens lui permettant de restituer le véhicule à l'assuré dans des délais tenant compte du besoin et de l'intérêt de ce dernier. Concernant les véhicules standards à propulsion manuelle pour handicapés physiques, le délai d'intervention est de trois jours francs à compter de la demande de l'assuré.

Lorsque les réparations nécessitent un approvisionnement en pièces détachées auprès du fabricant, les délais rendus nécessaires par leur acheminement interviennent en sus des délais de réparation susmentionnés. Toutefois le pharmacien met à disposition de l'assuré, dans les vingt-quatre heures suivant sa prise de connaissance de l'avarie, un

véhicule de secours à propulsion manuelle.

**ANNEXE I.2. — ATTESTATION DE PARTICIPATION À LA PERMANENCE
PHARMACEUTIQUE DES SOINS-VERSEMENT DES INDEMNITÉS D'ASTREINTES**

Caisse primaire de rattachement :

Mois et année de référence :

Pharmacie participante

Nom et prénom du ou des titulaires :

Dénomination sociale et adresse de l'officine :

Ville :

Code postal :

Téléphone :

N° d'identification du ou des pharmaciens titulaires participant :

Astreintes effectuées

Nombre de nuits :

Indiquer la date dans la case correspondante :

1re sem.							
2e sem.							
3e sem.							
4e sem.							
5e sem.							

Nombre de dimanches et de jours fériés :

Indiquer la date dans la case correspondante :

1re sem.							
2e sem.							
3e sem.							
4e sem.							

5e sem.							
---------	--	--	--	--	--	--	--

Demande d'indemnisation

Je soussigné(e), Mme, Mlle, M.

déclare avoir participé à la permanence pharmaceutique des soins aux dates mentionnées ci-dessus ouvrant droit au versement d'une indemnité d'un montant de €, pour chaque astreinte, soit la somme totale de : €.

Fait à , le

Signature Cachet de l'officine

ANNEXES RELATIVES AU TITRE II

ANNEXE II.1. — EFFICIENCE DE LA PRATIQUE

PROFESSIONNELLE PORTANT SUR LE GÉNÉRIQUE

I. — Liste des molécules visées à l'article 20 :

I. a) Liste des molécules dans le répertoire au 30/06/2011 de l'accord national visé à l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale :

NUMÉRO indicateur	INDICATEUR	SEUIL BAS	MOYENNE (2nd semestre 2011)	SEUIL intermédiaire	ÉCONOMIE potentielle
1	PRAVASTATI NE	70 %	90 %	95 %	6,2 M€
2	CEFPODOXI ME	69 %	89 %	94 %	2,5 M€
3	CITALOPRAM	68 %	88 %	93 %	1,8 M€
4	PAROXETINE	68 %	88 %	93 %	3,7 M€
5	RAMIPRIL	67 %	87 %	92 %	7,4 M€
6	AMLODIPINE	66 %	86 %	91 %	5,6 M€
7	LANSOPRAZ OLE	64 %	84 %	89 %	4,3 M€
8	ALFUZOSINE	64 %	84 %	89 %	1,9 M€

9	ZOLPIDEM	62 %	82 %	87 %	2,0 M€
10	SERTRALINE	62 %	82 %	87 %	2,2 M€
11	PANTOPRAZ OLE	60 %	80 %	85 %	9,3 M€
12	VENLAFAXIN E	60 %	80 %	85 %	5,4 M€
13	GLIMEPIRIDE	60 %	80 %	85 %	2,2 M€
14	VALACICLOVI R	57 %	77 %	82 %	7,0 M€
15	LERCANIDIPI NE	49 %	69 %	74 %	9,9 M€
16	TERBINAFIN E	50 %	70 %	75 %	3,4 M€
17	RISPERIDON E	48 %	68 %	73 %	10,2 M€
18	TRAMADOL	41 %	61 %	66 %	6,4 M€
19	CLOPIDOGR EL	41 %	61 %	66 %	46,9 M€
20	ESOMEPRAZ OLE	38 %	58 %	63 %	48,7 M€
21	LOSARTAN	36 %	56 %	61 %	9,0 M€
22	NEBIVOLOL	30 %	50 %	55 %	13,2 M€
23	REPAGLINID E	22 %	42 %	47 %	9,9 M€
24	LOSARTAN + HCTZ	23 %	43 %	48 %	12,6 M€
25	RISEDRONAT E	17 %	37 %	42 %	10,0 M€
26	MYCOPHENO LATE MOFETYL	10 %	10 %	30 %	31,2 M€

27	Reste du répertoire (*)	56 %	76 %	81 %	136,3 M€
----	-------------------------	------	------	------	----------

(*) Compte tenu de la décision de l'AFSSAPS en date du 12 mars 2011 concernant le répertoire des génériques et de sa mise en garde sur la substitution des génériques de Levothyrox[®], les groupes génériques concernant la levothyroxine ne sont pas pris en compte dans le calcul de l'indicateur « reste du répertoire ». Les groupes génériques concernant la buprénorphine sont également retirés du calcul de cet indicateur du fait des distorsions importantes qu'elle introduit entre les différentes officines étant donné la très forte concentration de la délivrance de cette molécule sur certaines pharmacies et la faible substitution en moyenne de celle-ci.

Ces molécules sont toutefois conservées dans le répertoire conventionnel de l'accord national visé à l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale.

I. b) Nouvelles molécules :

NUMÉRO indicateur	DATE DE 1 ^{re} commercialisation	INDICATEUR	SEUIL BAS	MOYENNE (2 nd semestre 2011)	SEUIL intermédiaire	ÉCONOMIE potentielle
1	Août 2011	LETROZOLE	51 %	13 %	71 %	14,9 M€
2	Octobre 2011	OLANZAPINE	53 %	24 %	73 %	29,6 M€
3	Novembre 2011	VALSARTAN	52 %	12 %	72 %	14,5 M€
4	Novembre 2011	VALSARTAN + HCTZ	52 %	10 %	72 %	18,2 M€
5	Juin 2012 (estimé)	ATORVASTATINE	60 %	—	80 %	32,2 M€

II. — Principe de calcul :

1. La rémunération individuelle du pharmacien d'officine pour chacun des indicateurs est proportionnelle au nombre de boîtes (corrigé des grands conditionnements) (1) délivrées sur la période de référence « d'arrivée ». Elle est nulle dans le cas où aucune boîte n'a été délivrée par la pharmacie pour cette molécule.

2. Dans le cas où, pour un pharmacien considéré, son volume de départ est nul soit parce qu'il n'a vendu aucune boîte soit qu'il n'était pas titulaire de l'officine considérée, le taux de

substitution de départ du pharmacien est considéré égal au taux moyen observé sur la période de référence de départ pour chacune des molécules concernées.

3. Pour les nouvelles molécules, le taux de départ est calculé sur la moyenne des mois où le générique de la molécule est commercialisé sur la période de référence.

Le taux d'arrivée et les volumes de la période de référence sont calculés sur la moyenne des mois où la molécule est commercialisée sur la période de référence.

Dans les cas où le générique de la molécule n'est pas commercialisé sur la période de référence de départ, le taux de départ pour chaque pharmacien est égal à zéro.

4. Pour chaque indicateur le taux de réalisation t est calculé en fonction du taux de substitution de départ individuel du pharmacien, de son niveau d'arrivée ainsi que des seuils bas et seuils intermédiaires par molécule, indiqués au tableau de l'annexe II.1 :

— cas n° 1 : le taux de substitution d'arrivée constaté est inférieur au seuil bas, le taux de réalisation est nul ($t = 0$) ;

— cas n° 2 : le taux de substitution de départ est inférieur au seuil bas et le taux de substitution d'arrivée constaté est inférieur au seuil intermédiaire. Dans ce cas, le taux de réalisation est calculé sur la progression par rapport au seuil bas.

Vous pouvez consulter le tableau dans le

JO n° 107 du 06/05/2012 texte numéro 34

Dans ce cas, le taux de réalisation est compris entre 0 % et 50 %.

— cas n° 3 : le taux de substitution de départ est supérieur au seuil bas mais inférieur au seuil intermédiaire et le taux de substitution d'arrivée constaté est inférieur au seuil intermédiaire. Dans ce cas, le taux de réalisation est calculé sur la progression par rapport au taux de substitution de départ du pharmacien.

Vous pouvez consulter le tableau dans le

JO n° 107 du 06/05/2012 texte numéro 34

Dans ce cas, le taux de réalisation est compris entre 0 % et 50 %.

— cas n° 4 : le taux de substitution d'arrivée constaté est inférieur au taux de départ et le taux d'arrivée est inférieur au seuil intermédiaire. Dans ce cas, la progression étant négative et le niveau atteint inférieur au seuil intermédiaire, le taux de réalisation est égal à 0 ;

— cas n° 5 : le taux d'arrivée constaté est supérieur au seuil intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au niveau de substitution d'arrivée.

Vous pouvez consulter le tableau dans le

JO n° 107 du 06/05/2012 texte numéro 34

Dans ce cas, le taux de réalisation est compris entre 50 % et 100 %.

(1) *Un conditionnement trimestriel compte pour 3 boîtes.*

III. — Formule de calcul de la rémunération de l'objectif :

1. La rémunération du pharmacien *i* pour l'indicateur de la molécule *m* est ainsi calculée sur la base :

— des volumes, mesurés en nombre de boîtes, corrigés des grands conditionnements, du pharmacien : $VOL_{i,m}$;

— du total du nombre de boîtes, corrigé des grands conditionnements, remboursés tous régimes, France entière pour la molécule *m* : VOL_{totm} ;

— de l'économie potentielle liée à la ou les molécule(s) indiquée au tableau de l'annexe II.1 : $ECOM$;

— : le coefficient de redistribution, fixé à 0,35.

En posant :

i = le pharmacien ;

m = l'indicateur par molécule(s) ;

$t_{i,m}$ = le taux de réalisation atteint par le pharmacien *i* sur la molécule *m* ;

$VOL_{i,m}$ = les volumes de vente (nombre boîtes corrigées des grands conditionnements) du pharmacien *i* pour la molécule *m* ;

VOL_{totm} = les volumes de vente totaux de la molécule *m* ;

$ECOM$ = l'économie potentielle.

La rémunération d'un pharmacien *i* pour une molécule *m* s'écrit de la façon suivante :

$Rémunération_{i,m} = t_{i,m} \times VOL_{i,m} \times \times ECOM / VOL_{totm}$

2. Le versement de la rémunération est effectué au cours du premier trimestre de l'année *n* + 1 sur la base des résultats obtenus au cours de l'année *n* par le pharmacien.

ANNEXE II.2. — STABILITÉ DE LA DÉLIVRANCE

DES MÉDICAMENTS GÉNÉTIQUES

Liste des molécules :

NUMÉRO INDICATEUR d'efficience (annexe II.1)	INDICATEUR
1	PRAVASTATINE
5	RAMIPRIL
6	AMLODIPINE
13	GLIMEPIRIDE
15	LERCANIDIPINE
19	CLOPIDOGREL
21	LOSARTAN
22	NEBIVOLOL
23	REPAGLINIDE
24	LOSARTAN + HCTZ
26	MYCOPHENOLATE MOFETYL

ANNEXES RELATIVES AU TITRE III

ANNEXE III.1. — CONTRÔLES AUTOMATISÉS

DU CODAGE DES MÉDICAMENTS

I. — Contrôles générés en cas de changement de taux de prise en charge des médicaments :

En cas de changement de taux de prise en charge, un rejet pour le motif « ancien taux saisi = ancien taux connu » est généré au-delà de quatre-vingt-dix jours à compter de la date d'application de la mesure réglementaire.

II. — Contrôles générés en cas de changement de prix des médicaments, de mise sous tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR), de changement de TFR :

En cas de changement de prix, de mise sous tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR), de changement de TFR, le signalement « PU saisi = ancien PU fichier des médicaments » est

généralisé au-delà d'un délai de deux mois à compter de l'entrée en vigueur de la mesure.

Dans l'hypothèse où les contrôles menés par les caisses sur la base de ce signalement démontrent qu'un pharmacien continue de manière abusive à facturer des médicaments à l'ancien prix ou à l'ancien TFR, une action peut être menée à son encontre dans les conditions définies aux articles 54 et suivants.

ANNEXE III.2. — RETOURS D'INFORMATION

Les retours tiers sont les informations transmises par l'assurance maladie sous la norme NOEMIE concernant l'état de la liquidation des prestations servies par le pharmacien.

Les caisses développent la norme NOEMIE dans sa version la plus récente afin de permettre aux professionnels de santé de disposer des informations utiles et de simplifier leur lisibilité. Son développement implique en particulier la définition des informations essentielles permettant l'identification et le traitement de la facturation, de tout autre paiement ou régularisation comptable.

Quel que soit le mode de transmission initial, les parties signataires définissent les principaux éléments du retour devant être individuellement spécifiés :

- l'identification de l'organisme gestionnaire liquidateur des prestations ;
- l'identification de la feuille de soins émise par le pharmacien (numéro facture, numéro lot, date de facturation) ;
- le cumul du montant des feuilles de soins ;
- le montant régularisé en cas d'erreur de la caisse ;
- la récupération d'indus ;
- les indemnisations à caractère administratif ;
- les caractéristiques du virement bancaire.

Le retour correspond au virement bancaire effectué sur la base du total du remboursement issu des traitements effectués par la caisse pour une journée comptable donnée.

Le libellé du retour est commun à tous les organismes d'assurance maladie.

En cas de rejet de facture, le retour doit spécifier les informations permettant d'identifier l'erreur. Il implique la modification et le renvoi de la facture par le pharmacien.

Tout mouvement financier ou paiement conventionnellement prévu est spécifié distinctement, du simple règlement des feuilles de soins électroniques afin d'en permettre la déclaration par le pharmacien, si elle est requise fiscalement.

ANNEXE III.3. — PARTICIPATION DU PHARMACIEN

AU SERVICE DE LA TÉLÉ MISE À JOUR

Les parties signataires entendent organiser le déploiement rapide et concerté du matériel de télé mise à jour des cartes d'assurance maladie. Elles garantissent réciproquement la neutralité financière du service de la télé mise à jour, dans la limite des critères retenus dans l'option de mise à jour des cartes Vitale.

Article 1^{er}

Principe de la liberté d'adhésion

L'assurance maladie émet les cartes d'assurance maladie (carte Vitale) et doit permettre la lecture, le traitement et la mise à jour des données qu'elles contiennent. La mise à jour se fait au moyen d'équipements de télé mise à jour soit spécialement dédiés à cet effet, soit associés à d'autres services ne relevant pas de l'assurance maladie. A la suite de l'opération de mise à jour, la consultation des données de la carte est possible.

Tous les pharmaciens adhérant à la convention nationale ont la possibilité de proposer le service de la mise à jour des cartes Vitale aux assurés sociaux.

Article 2

Conditions d'adhésion

Le pharmacien peut adhérer à tout moment au service de la mise à jour des cartes Vitale des assurés sociaux. Il déclare son adhésion à cette option auprès de la caisse primaire dont dépend son officine. Le formulaire type figure à l'annexe III.4.

Tout pharmacien ayant adhéré au service de la mise à jour des cartes Vitale antérieurement à la date d'entrée en vigueur de la convention n'a pas à renouveler son adhésion.

Article 3

Conditions d'utilisation

Le service de la télé mise à jour est accessible par un matériel homologué conformément au référentiel du GIE SESAM-Vitale et une connexion à un service de télécommunication adapté au service retenu par le pharmacien.

Le matériel de mise à jour est implanté exclusivement dans l'officine, en libre accès à tout assuré social. Il ne peut pas faire l'objet de publicité à but commercial.

La télé mise à jour des cartes Vitale est un service offert par l'assurance maladie. Les parties signataires prennent toutes les mesures nécessaires, notamment pour les actions de communication, afin que ce service puisse être identifié en tant que tel auprès des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Article 4

Conditions financières

4.1. Dispositif financier

Le pharmacien loue le matériel de télé mise à jour dont il a le libre choix parmi les solutions homologuées par le GIE SESAM-Vitale. Les caisses accordent une participation financière sous la forme d'un montant annuel couvrant le coût du service, la maintenance de l'équipement et les frais de communication téléphonique.

Une seule participation par officine peut être versée.

Cette participation est versée au prorata du nombre de mois utilisés, la période prise en compte pour le paiement commence au premier jour du mois qui suit la date de mise à disposition du matériel de télé mise à jour dans l'officine. Elle ne peut pas excéder le montant réel acquitté par le pharmacien.

Pour bénéficier de cette participation, le pharmacien adhérent fournit à la caisse primaire dont dépend son officine le duplicata du contrat de location de télé mise à jour. Cette participation est révisable à la demande de l'une des parties signataires à la présente convention, notamment en cas de modification des conditions du contrat de location de télé mise à jour.

Le montant de la participation est de 382,72 € TTC, sauf si les frais réels supportés par le pharmacien sont inférieurs à cette somme, auquel cas cette participation sera plafonnée au montant des frais réels acquittés par le pharmacien.

Ce montant est fixé sur la base d'un taux de TVA de 19,6 %. Il sera revalorisé à due concurrence en cas de modification dudit taux de TVA.

La participation est versée semestriellement en deux échéances d'un montant maximum de 191,36 EUR TTC, chacune aux mois de janvier et juillet de chaque année, sous la condition de transmission des pièces justificatives. Cette participation est versée par la caisse primaire pour le compte de l'ensemble des régimes.

Ce montant est fixé sur la base d'un taux de TVA de 19,6 %. Il sera revalorisé à due concurrence en cas de modification dudit taux de TVA.

Les pièces justificatives doivent être transmises par le pharmacien au plus tard le 30 juin pour règlement par la caisse primaire au mois de juillet de l'année en cours, puis transmises au plus tard le 31 décembre pour règlement par la caisse primaire au mois de janvier de l'année suivante.

Lors de l'adhésion à l'option, une avance de trésorerie d'un montant de 191,36 € TTC est versée par la caisse primaire au moment de l'adhésion du pharmacien, sur la présentation de la facture du contrat de location de télé mise à jour.

Ce montant est fixé sur la base d'un taux de TVA de 19,6 %. Il sera revalorisé à due concurrence en cas de modification dudit taux de TVA.

4.2. Equipements accessoires

A la demande du pharmacien, la caisse primaire prend en charge l'abonnement d'une ligne téléphonique supplémentaire dédiée uniquement au service de la télé mise à jour et prend en charge, le cas échéant, l'achat d'un support sur pied du matériel, dans la limite fixée ci-après.

Les sommes correspondantes sont versées sous condition de transmission des pièces justificatives :

- l'installation de la ligne supplémentaire ;
- la facture d'abonnement téléphonique ;
- la facture du support sur pied du matériel.

Elles sont versées de façon individualisée conjointement à l'aide prévue au 4.1 de la présente annexe et seront associées à l'envoi d'un document justificatif destiné à la comptabilité du pharmacien.

Le montant de la participation à la location de la ligne téléphonique dédiée est égal au coût réel d'un abonnement d'une ligne supplémentaire.

Le coût est de 15,67 € TTC par mois.

Ce montant est fixé sur la base d'un taux de TVA de 19,6 %. Il sera revalorisé à due concurrence en cas de modification dudit taux de TVA.

Le montant de la subvention pour l'achat d'un support sur pied du matériel est égal à 47,84 € TTC. Cette subvention est limitée à un support par officine et est versée en une seule fois.

Ce montant est fixé sur la base d'un taux de TVA de 19,6 %. Il sera revalorisé à due concurrence en cas de modification dudit taux de TVA.

4.3. Dispositif financier applicable aux départements d'outre-mer

Afin de garantir la neutralité financière définie supra, les montants des participations aux frais figurant supra sont valorisés pour tenir compte des spécificités applicables aux départements d'outre-mer.

Un forfait supplémentaire de 20 EUR par mois est versé aux pharmaciens des DOM afin de pallier le surcoût dû aux télécommunications.

Article 5

De la résiliation de l'option de télé mise à jour

Le pharmacien peut décider de ne plus assurer le service de télé mise à jour des cartes Vitale.

Dans ce cas, il doit informer la caisse primaire de son lieu d'exercice, par lettre recommandée avec avis de réception. La date de réception de cette dernière est la date de résiliation de l'option.

Le paiement de la participation semestrielle intervenant après la date de résiliation est effectué au prorata du nombre de mois utilisés.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement de l'option, le montant de 191,36 € TTC

versé au titre d'avance lors de l'adhésion à l'option conventionnelle devra être restitué par le pharmacien à la caisse primaire dans le mois qui suit la date de fin de l'option de télé mise à jour.

La caisse primaire verse au pharmacien la participation aux frais réels de location de télé mise à jour (dans la limite du forfait défini au 4.1) sur présentation de la facture, au prorata des mois utilisés. Le décompte est effectué au plus tard au mois de janvier ou de juillet suivant la notification de résiliation du pharmacien à la caisse primaire.

A défaut de restitution de l'avance par le pharmacien, ce dernier autorise la caisse primaire, après notification par lettre recommandée avec avis de réception, à récupérer l'avance de 191,36 € TTC sur le montant des prestations facturées au titre du régime général.

Ce montant est fixé sur la base d'un taux de TVA de 19,6 %. Il sera revalorisé à due concurrence en cas de modification dudit taux de TVA.

En cas de manquement aux obligations de l'option de télé mise à jour, la procédure prévue aux articles 54 et suivants de la convention peut être initiée.

ANNEXE III.4. — FORMULAIRE D'ADHÉSION

À L'OPTION DE TÉLÉ MISE À JOUR

Auprès de la CPAM de

(adresse, téléphone, mail)

Je soussigné(e) (prénom, nom) :

pharmacien titulaire ou gérant de l'officine (adresse du lieu d'installation du matériel de télé mise à jour) :

Numéro d'identification de la pharmacie : 2.

M'engage à fournir le service de télé mise à jour à l'ensemble des assurés à l'adresse ci-dessus mentionnée.

Je vous communique les spécifications de l'appareil de télé mise à jour présent dans mon officine :

Marque :

Numéro de série :

Je joins le duplicata du contrat de location du matériel de mise à jour.

En contrepartie, la CPAM s'engage à me verser le montant annuel de 382,72 EUR TTC prévu aux termes de l'annexe III.3 de la convention. Cette participation sera plafonnée au montant des frais réels acquittés.

Lors de l'adhésion à l'option, une avance de trésorerie de 191,36 EUR TTC est versée par la caisse sur la présentation de la facture du contrat signé de location de télé mise à jour.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement de l'option, le montant de 191,36 EUR TTC ainsi versé devra être restitué par le pharmacien à la caisse primaire le mois qui suit la date de fin du contrat de location ou de l'option de télé mise à jour. La caisse primaire verse au pharmacien la participation aux frais réels de location de télé mise à jour (dans la limite du forfait prévu à la convention), sur présentation de la facture, au prorata des mois utilisés.

Le décompte est effectué au plus tard au mois de janvier ou de juillet suivant la notification de résiliation du pharmacien à la caisse primaire.

A défaut de restitution de l'avance, j'autorise la caisse primaire, après notification par lettre recommandée avec avis de réception, à récupérer l'avance de 191,36 EUR TTC sur le montant des prestations facturées au titre du régime général.

Je demande la prise en charge de l'abonnement d'une ligne téléphonique supplémentaire dédiée uniquement à la télé mise à jour des cartes Vitale.

Je demande la prise en charge d'un support sur pied pour un montant maximum de 47,84 EUR TTC.

Je recevrai ces participations financières, définies à la convention. à la condition de la fourniture des pièces justificatives : l'installation de la ligne supplémentaire, la facture d'abonnement téléphonique, la facture d'achat du support sur pied du matériel.

Je déclare avoir pris connaissance que l'équipement de télé mise à jour offre un service de mise à jour des cartes Vitale des assurés sociaux. Son utilisation doit être conforme aux dispositions de la convention.

Fait à ,

le

Signature et cachet de l'officine

ANNEXE III.5.

ANNEXE III.6.

ANNEXES RELATIVES AU TITRE IV

ANNEXE IV.1. — FORMULAIRE D'ADHÉSION

À LA CONVENTION NATIONALE DES PHARMACIENS D'OFFICINE

Ce document est à remplir par le ou les pharmaciens qui l'envoient, en double exemplaire, à la caisse primaire d'assurance maladie de leur lieu d'exercice, laquelle leur en retourne un exemplaire.

Identification du (ou des) pharmacien(s) :

Je soussigné(e) ou nous soussigné(e)s,

Nom : Prénom :

Numéro d'inscription à l'ordre :

Numéro d'identification délivré par l'ARS :

Nom : Prénom :

Numéro d'inscription à l'ordre :

Numéro d'identification délivré par l'ARS :

Nom : Prénom :

Numéro d'inscription à l'ordre :

Numéro d'identification délivré par l'ARS :

Nom : Prénom :

Numéro d'inscription à l'ordre :

Numéro d'identification délivré par l'ARS :

Nom : Prénom :

Numéro d'inscription à l'ordre :

Numéro d'identification délivré par l'ARS :

Forme juridique de l'officine :

Dénomination sociale et adresse de l'officine :

déclare(nt) adhérer à la convention nationale conclue entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine.

Fait à Cachet de l'officine

Le

Signature(s) du (ou des) pharmacien (s)

Accusé de réception de la caisse primaire :

Adhésion enregistrée le , à effet du

Adhésion non enregistrée. Motif :

Fait à Cachet de la caisse primaire

Le

ANNEXE IV.2. — RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Organisation des commissions

et instances visées au sous-titre III

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale, au comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives, au comité paritaire national des programmes d'actions à la commission paritaire régionale et à la commission paritaire locale.

Article 1er

Organisation des réunions des commissions

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la commission au moins un mois avant la date de la réunion, sauf urgence acceptée par le président et le vice-président, accompagnées de l'ordre du jour établi après accord de ces derniers et des documents utiles, le cas échéant, à l'examen des sujets qui y sont inscrits.

Chaque caisse ou syndicat représenté en commission peut convier en séance des experts au nombre maximal de deux. Les membres de la commission sont informés, au moins deux semaines avant la date de la séance, de la qualité des personnes concernées et des points de l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise. En séance, ces experts n'interviennent que sur ces points.

Lorsque la commission se réunit pour connaître d'une procédure conventionnelle entreprise à l'encontre d'un pharmacien, les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

Lorsque la commission se réunit pour connaître d'une procédure conventionnelle entreprise à l'encontre de l'un des membres de la section professionnelle, celui-ci ne peut siéger lors de l'examen de son dossier.

Article 2

Composition des commissions paritaires

2.1. Commission paritaire nationale

Les sièges sont répartis entre les organisations syndicales représentatives signataires de la présente convention sur la base des derniers résultats nationaux aux élections par les pharmaciens d'officine, des unions régionales de professionnels de santé mentionnées aux articles L. 4031-1 à L. 4031-7 du code de la santé publique, en rapportant le nombre de voix obtenues par chaque syndicat signataire au quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées recueillies nationalement, divisé par le nombre de siège à pourvoir, la répartition des sièges s'effectuant au plus fort reste.

2.2. Commissions paritaires régionales

Chaque organisation syndicale reconnue représentative signataire de la présente convention dispose en première répartition d'un siège. Les sièges restant à pourvoir sont répartis entre les organisations syndicales représentatives signataires de la présente convention sur la base des derniers résultats régionaux aux élections aux unions régionales de professionnels de santé mentionnées aux articles L. 4031-1 à L. 4031-7 du code de la santé publique, en rapportant le nombre de voix obtenues par chaque syndicat signataire au quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées recueillies régionalement, divisé par le nombre de siège à pourvoir, la répartition des sièges s'effectuant au plus fort reste.

2.3. Commissions paritaires locales

Les sièges sont répartis par accord local entre les représentants des organisations syndicales représentatives signataires de la présente convention. A défaut, la répartition des sièges est arrêtée par accord de la section professionnelle de la CPN. En l'absence d'accord, les sièges de la section professionnelle sont répartis au niveau local comme suit : le syndicat majoritaire localement obtient cinq sièges, les autres syndicats obtiennent trois sièges répartis entre eux en fonction de leur audience respective au niveau local.

Article 3

Présidence des sections et des commissions

Lors de la première réunion de la commission, la section professionnelle et la section sociale élisent chacune un président parmi leurs membres, par période de deux ans en référence à l'année civile. Le président de la section professionnelle et celui de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'un an en référence à l'année civile, la présidence et la vice-présidence de la commission.

Article 4

Délibérations

La commission ne peut délibérer valablement que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum correspond à un nombre de membres présents au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections. Lorsque le nombre de sièges est impair, le quorum est atteint lorsque sont présents, dans chacune des sections, la moitié du nombre de membres par section arrondie à l'unité supérieure.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section, auquel cas aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

Lorsque le quorum n'est pas atteint ou que la parité n'est pas respectée, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai d'un mois. La commission délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve cependant que la parité entre les deux sections soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat

de carence est établi.

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. Le vote s'établit alors à bulletin secret. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix portant sur un avis requis en matière de sanction conventionnelle, l'absence d'accord est actée dans le procès-verbal.

Le secrétariat est chargé de transmettre au président de chaque section un relevé de décision de chaque réunion de la commission dans les soixante jours suivant la date de réunion de celle-ci. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section dans un délai de trente jours à compter de sa date de transmission. Il est ensuite adressé à chaque partie signataire. Ces délais ne sont pas applicables lorsque sont mises en œuvre les procédures conventionnelles régies par les annexes IV.3 et IV.4.

Les membres de la commission sont soumis à l'obligation de secret dans les conditions prévues par le code pénal.

Article 5

Situation de carence de la commission

Les parties signataires reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai imparti ;
- défaut de parité au sein de la commission ;
- impossibilité pour le président et le vice-président de la commission soit de fixer une date, soit d'arrêter un ordre du jour en commun malgré deux tentatives successives.

Dans le premier cas la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission.

Dans les deux autres cas, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence, le secrétariat de la commission paritaire locale ou régionale saisit la CPN qui prend les décisions de nature à mettre un terme à la situation de carence.

Article 6

Indemnisation des membres de la section professionnelle

Les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité de vacation sur la base de 230 € pour une séance et une indemnité de déplacement pour chaque réunion des commissions, des comités et des

groupes de travail qu'elle constitue. L'indemnité de déplacement et de séjour est fixée, lors de la première réunion de la commission paritaire nationale conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses.

ANNEXE IV.3. — PROCÉDURE CONVENTIONNELLE

EN CAS DE MANQUEMENT IMPUTABLE À UN PHARMACIEN

Article 1^{er}

Procédure préalable à la convocation de la commission paritaire locale

Lorsqu'une caisse ou le service du contrôle médical constate un non-respect manifeste par le pharmacien des règles conventionnelles ou réglementaires au sens de l'article 54, elle le notifie au pharmacien par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette notification détaille les manquements imputés au pharmacien, expose les sanctions encourues et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien prévus aux alinéas suivants.

Lorsque ces manquements portent sur une période d'un an immédiatement antérieure à la notification, le pharmacien dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de cette notification pour fournir des explications écrites par lettre recommandée avec accusé de réception.

Pour des manquements plus anciens non prescrits, il dispose d'un délai de soixante jours.

A la demande de l'une des parties, un entretien entre le pharmacien et le directeur de la caisse ou son représentant et un praticien-conseil du service médical est organisé dans les trente jours suivant la réception des explications écrites ou de l'échéance du délai de réponse. Cet entretien est précédé, à la demande du pharmacien mis en cause, d'un entretien avec le praticien conseil.

Lorsque les manquements justifient la poursuite de la procédure, la caisse dresse un compte rendu d'entretien signé par le directeur et le pharmacien et le verse aux débats lors de la réunion de la commission paritaire locale. L'absence de signature par le pharmacien ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

Article 2

Convocation de la commission

Lorsque les manquements reprochés au pharmacien sont dûment établis, la caisse demande au président de la CPL de réunir celle-ci. Cette réunion est de droit. Elle doit se tenir dans un délai maximal de soixante jours, à compter de la tenue de l'entretien ou de l'échéance du délai laissé pour la tenue de l'entretien visé à l'article 1^{er}, sous réserve des dispositions de l'article 4 de l'annexe IV.2. La notification, le compte rendu et tout document utile sont joints à l'ordre du jour.

Le pharmacien est convoqué en commission dans un délai minimal de trente jours précédant la réunion, par le secrétariat de celle-ci, par lettre recommandée avec accusé de réception, pour être entendu et fournir toutes les explications qu'il juge utiles. Il peut se faire assister, s'il le souhaite, d'une personne de son choix, et notamment d'un avocat. Il

peut envoyer au secrétariat de la commission un mémoire en défense au plus tard sept jours avant la date de la réunion.

La commission émet en séance un avis sur la décision à prendre après avoir entendu l'intéressé. En cas d'absence du pharmacien non motivée par la force majeure, la commission en prend acte, instruit le dossier et délibère.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les quinze jours suivant la réunion au président et au vice-président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les sept jours suivant sa réception.

L'avis est alors transmis au pharmacien ainsi qu'au secrétariat de la CPN de façon simultanée.

Article 3

Notification de la sanction

Le directeur de la caisse primaire arrête en concertation avec le directeur de chacun des organismes des autres régimes de son ressort géographique, par décision motivée, la sanction définitive qui s'impose au pharmacien et sa date d'application. Il lui notifie cette décision par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de trente jours à compter de la date de signature de l'avis de la commission.

La notification précise les voies et délais de recours dont le pharmacien dispose pour contester cette sanction, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après soixante jours à compter de la date de notification. La décision est alors exécutoire, sauf en cas de recours devant la CPR ou la CPN dans les cas visés à l'article 56 de la convention et dans les conditions de l'article 5 de la présente annexe.

La caisse primaire d'assurance maladie adresse simultanément copie de la notification de cette décision au secrétariat de la commission paritaire régionale et de la commission paritaire nationale.

Article 4

Sanction de déconventionnement

Dans l'hypothèse où le directeur de la caisse primaire souhaite que soit prononcée une sanction de déconventionnement ferme d'au moins quinze jours ou d'au moins trois mois avec sursis, il doit saisir la CPN dans un délai de trente jours à compter de la date de signature de l'avis de la CPL.

Le président de la CPN demande la réunion de la CPN. La réunion est de droit.

La CPN doit se réunir dans un délai de soixante jours à compter de la réception de la saisine du directeur de la caisse.

La CPN émet un avis sur la décision de sanction proposée par le directeur de la caisse dans les conditions définies à l'article 5 de la présente annexe.

Cet avis est transmis au directeur de l'UNCAM dans un délai de trente jours suivant la

date de réunion de la CPN.

Le directeur de l'UNCAM décide si la sanction de déconventionnement envisagée doit être prononcée à l'encontre du pharmacien.

La décision du directeur de l'UNCAM est notifiée au pharmacien dans un délai de trente jours à compter de la réception de l'avis de la CPN. Cette notification précise les voies et délais de recours dont dispose le pharmacien pour contester la décision devant la juridiction compétente ainsi que la date d'application de celle-ci.

Le directeur de l'UNCAM adresse au directeur de la caisse primaire à l'origine de la saisine de la CPN copie de sa décision dans un délai de trente jours à compter de la notification au pharmacien.

Article 5

Recours du pharmacien contre la sanction

prononcée par les caisses

Le pharmacien qui s'est vu notifier une sanction visée à l'article 56 de la convention dispose d'un délai de soixante jours à compter de la date de notification de la décision de sanction pour présenter ce recours par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la commission paritaire régionale ou à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, secrétariat de la commission paritaire nationale des pharmaciens.

Ce recours peut être complété par toutes explications écrites, pièces et mémoires que le pharmacien juge utile de produire, par lettre recommandée avec accusé de réception, au secrétariat de la commission au plus tard sept jours avant la date de réunion fixée pour son audition.

Le secrétariat de la CPR ou de la CPN informe du recours la caisse primaire ayant prononcé la sanction.

Sous réserve des dispositions de l'article 4 de l'annexe IV.2 relatif à la carence, la CPR ou la CPN se réunit dans le délai de soixante jours à compter de la réception du recours. Le pharmacien est convoqué en commission dans un délai minimal de trente jours précédant la réunion, par lettre recommandée avec accusé de réception, pour être entendu et fournir toutes les explications qu'il juge utiles.

Les membres de la CPR ou de la CPN appelés à se prononcer sur le recours présenté par le pharmacien ne peuvent avoir siégé au sein de la CPL qui a proposé la décision contestée.

Le pharmacien peut se faire assister en séance, s'il le souhaite, de toute personne de son choix, et notamment d'un avocat.

La commission émet en séance un avis sur la décision à prendre après audition de l'intéressé. En cas d'absence du pharmacien non motivée par la force majeure, la commission en prend acte dans le compte rendu de la séance, instruit le dossier et délibère.

Le compte rendu rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les quinze jours suivant la réunion au président et au vice-président. Il appartient à ces derniers de signer ce compte rendu dans les sept jours suivant sa réception.

Le secrétariat de la CPR ou de la CPN transmet l'avis émis par celle-ci à la caisse primaire d'assurance maladie qui a notifié la décision de sanction à l'origine du recours du pharmacien, dans un délai de trente jours suivant la date de réunion.

Cet avis est également transmis au pharmacien concerné dans les mêmes délais par lettre recommandée avec accusé de réception.

A l'issue de ce recours consultatif devant la CPR ou la CPN, la caisse peut décider de revoir sa décision initiale. La décision définitive est notifiée au pharmacien par la caisse primaire d'assurance maladie, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de trente jours à compter de la réception de l'avis de la CPR ou de la CPN. Cette notification précise les voies et délais de recours dont dispose le pharmacien pour contester la décision devant la juridiction compétente, ainsi que la date d'application de celle-ci.

La caisse primaire d'assurance maladie adresse parallèlement copie de cette décision aux secrétariats respectifs de la CPR et de la CPN.

Les sanctions conventionnelles sont applicables indépendamment des éventuelles décisions des juridictions civile ou pénale.

ANNEXE IV.4. — PROCÉDURE APPLICABLE EN CAS DE NON-RESPECT DES ENGAGEMENTS CONVENTIONNELS PAR LES ORGANISMES

Article 1^{er}

Procédure

Le pharmacien peut saisir l'une des organisations syndicales signataires de la convention dans les trois cas suivants :

- réclamation auprès d'un organisme concernant un paiement ne recevant aucune réponse dans un délai de trente jours ;
- refus par un organisme de régler le montant prévu à l'article 37.17 en cas d'incident ;
- refus de règlement par un organisme en violation des dispositions relatives à la garantie de paiement prévue à l'article 37.15.

Lorsque l'organisation syndicale saisie estime que la réclamation du pharmacien est suffisamment fondée, elle demande au président de la CPN la réunion de cette commission. La réunion est de droit.

Afin de faciliter la gestion de ces réclamations, la CPN se réunit, si besoin, à date fixe, une fois par trimestre, selon un planning proposé par son secrétariat et approuvé par les présidents de section.

L'organisation syndicale saisie par un pharmacien recueille auprès de ce dernier tous les

éléments nécessaires à l'instruction de son dossier par la CPN et les transmet au secrétariat de la CPN.

Le secrétariat de la CPN recueille auprès de l'organisme concerné par la réclamation les observations écrites permettant à la CPN d'être éclairée sur les motifs susceptibles de justifier les manquements reprochés.

Il adresse au plus tard quinze jours avant la tenue de la réunion de la CPN à tous les membres de ladite instance les réclamations complétées des éventuelles observations écrites de l'organisme concerné.

Les réclamations sont instruites par la CPN sur présentation d'un rapport rédigé par le président de la section professionnelle synthétisant les positions du pharmacien et de l'organisme concerné.

Le représentant de l'organisme concerné par la réclamation peut, s'il l'estime nécessaire, assister à la réunion de la CPN pour présenter ses observations orales.

Dans le cas où un pharmacien ayant transmis une réclamation est membre de la CPN, il ne peut siéger lors de l'examen de la réclamation le concernant.

Article 2

Avis de la CPN

A l'issue de l'examen des réclamations inscrites à l'ordre du jour, la CPN émet un avis sur l'opportunité de prononcer la sanction définie à l'article 63 à l'encontre de l'organisme concerné.

Le compte rendu rédigé par le secrétariat de la commission est adressé, dans les quinze jours suivant la réunion, au président et au vice-président. Il appartient à ces derniers de signer ce compte rendu dans les sept jours suivant sa réception.

La décision définitive est alors prise par le directeur de l'UNCAM. Il la notifie à l'organisme concerné dans un délai de trente jours.

Article 3

Information de la commission paritaire nationale

Chaque organisme ayant fait l'objet d'une décision de sanction informe le secrétariat de la CPN de la suite réservée à la décision qui lui a été notifiée, dans un délai de deux mois à compter de la réception de ladite décision.

Le secrétariat de la CPN en informe les membres de la commission.

Fait le 4 mai 2012.

Le ministre du travail,
de l'emploi et de la santé,
Xavier Bertrand

Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,
François Baroin

La ministre du budget, des comptes publics
et de la réforme de l'Etat,
porte-parole du Gouvernement,
Valérie Pécresse

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation,
de la pêche, de la ruralité
et de l'aménagement du territoire,
Bruno Le Maire