

AVENANT N° 3

**à la CONVENTION du 23 septembre
2022**

destinée à organiser les rapports

entre

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

et

**LES MEDECINS LIBERAUX DE LA
POLYNESIE FRANCAISE**

ENTRE :

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

créée en application de l'arrêté n° 1335 IT du 28 septembre 1956 modifié par les textes subséquents et régie par les dispositions de l'arrêté n° 1336 IT du 28 septembre 1956 modifié,

**ayant son siège social à PAPEETE MAMA O Avenue du Commandant CHESSE, B.P 1 98713
– PAPEETE (n° TAHITI 183707),**

agissant pour le compte :

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

et vu :

- la délibération n° 20-2024/CPS/RNS/RSPF en date du 18 octobre 2024 du Conseil d'administration de la CPS,

représentée par son Directeur par intérim, Monsieur Vincent DUPONT,

habilitée par délégation :

- n° 049-24/CA.CPS en date du 19 août 2024 du Président du Conseil d'administration de la CPS ;

ci-après dénommée la « CPS », ou « l'organisme de gestion des régimes de protection sociale de Polynésie française » ou « l'organisme » ,

d'une part,

ET :

LE SYNDICAT DES MEDECINS LIBERAUX DE LA POLYNESIE FRANCAISE (SMLPF),

représenté par son Président, Docteur Didier BONDOUX,
dûment mandaté,

**LE SYNDICAT DES ANCIENS CHEFS DE CLINIQUE EXERCANT LEUR ART EN LIBERAL EN
POLYNESIE FRANCAISE,**

représenté par son Président, Docteur Charles BELLI,
dûment mandaté,

LE SYNDICAT DES MEDECINS GENERALISTES DE LA POLYNESIE FRANCAISE,

représenté par son Président, Docteur Eric MORIN,
dûment mandaté,

d'autre part,

**CONVIENNENT DU PROJET D'AVENANT N° 3 A LA CONVENTION DU
23 SEPTEMBRE 2022 ET SES ANNEXES SELON LES TERMES CI-APRES :**

Article 1. – L'article 30 intitulé « Feuille de soins électronique (FSE) » est modifié et remplacé comme suit :

Télétransmission et dématérialisation des factures

Lorsque les conditions techniques seront effectives, le praticien adhérent à la présente convention devra, sauf en cas de difficulté technique ou matérielle, télétransmettre et dématérialiser les factures relatives aux ressortissants de l'un des régimes de protection sociale de Polynésie française.

Pour assurer la télétransmission et la dématérialisation des factures, le praticien se conformera aux spécifications définies et validées d'un commun accord avec la CPS et par le groupe médical de travail.

Dans le but de garantir la continuité du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques, les parties signataires s'engagent à s'informer réciproquement de tout dysfonctionnement du système et à collaborer pour y apporter une réponse appropriée dans les meilleurs délais.

Article 2. – L'article 27 intitulé « Notification de la convention – Délai d'option – Renonciation du médecin » est modifié et remplacé comme suit :

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

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

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

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

"J'ADHERE AUX PRESENTES DISPOSITIONS CONVENTIONNELLES ET AUX ANNEXES "

et signer la dernière page.

Il devra enfin dater et signer les annexes de la présente convention.

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

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

Elle s'applique également en cas de nouvelle installation.

Tout médecin exerçant sous le régime de la convention peut sortir du champ d'application de la convention. Il en informe la Caisse par écrit.

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

Les avenants font l'objet d'une adhésion tacite de la part du professionnel de santé exerçant sous le régime conventionnel.

À défaut de décision explicite, intervenant dans un délai de 30 jours suivant l'entrée en vigueur de l'arrêté pris en conseil des ministres approuvant la reconduction de la convention et de l'avenant, de se placer hors régime conventionnel notifiée dans les conditions précitées, l'adhésion du professionnel de santé à l'avenant est considérée comme ayant été accomplie tacitement.

Article 3. – L'article 16 intitulé « Commission conventionnelle paritaire » est modifié et remplacé comme suit :

1. Composition

La commission conventionnelle paritaire est formée de deux sections :

- une section sociale composée de trois (3) représentants du conseil d'administration de la Caisse de prévoyance sociale agissant pour le compte du régime des travailleurs salariés, du régime des non-salariés et du régime de solidarité de la Polynésie française ;
- une section professionnelle composée de trois (3) représentants exerçant ou ayant exercé la profession de médecin dans le secteur libéral en Polynésie française et désignés par le ou les syndicats signataires de la convention.

Chacune des sections doit également désigner des suppléants à leurs représentants titulaires. Le suppléant ne peut participer au vote de la commission qu'en cas d'absence de son représentant titulaire.

La qualité de membre d'une profession de santé en exercice est incompatible avec celle de représentant de la Section Sociale. De même, la qualité de membre du conseil d'administration de la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française est incompatible avec celle de représentant de la section professionnelle.

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

Les parties signataires peuvent se faire assister de deux (2) conseillers techniques au maximum qui assistent aux réunions avec voix consultative. La qualité de membre du conseil d'administration de la C.P.S. est incompatible avec celle d'assistant conseil.

La section professionnelle et la section sociale désignent chacune un président choisi parmi leurs membres. Les présidents des sections professionnelle et sociale assurent à tour de rôle, par période d'un (1) an, même en l'absence de réunion, la présidence et la vice-présidence de la commission conventionnelle paritaire. Le vice-président assure la présidence de la séance en cas d'absence du président.

La présidence de la commission est assurée pour la première fois par la section sociale pour l'année civile restant à courir à compter de l'entrée en vigueur de la présente convention.

A la demande de la commission conventionnelle paritaire ou à la demande conjointe du président et du vice-président, toute personne considérée comme experte peut être invitée à une réunion de la commission. Elle ne participe à la commission que pour le point de l'ordre du jour où sa compétence a été requise.

2. Rôle

La commission conventionnelle paritaire assure le bon fonctionnement de la convention par une collaboration permanente de la Caisse et du ou des syndicats signataires. A ce titre, elle propose et assure notamment la mise œuvre et le suivi :

- des recommandations et références médicales ;
- des modalités techniques d'application de la feuille de soins électronique ;
- des actions thématiques concertées ;
- des actions de prévention ;
- des taux directeurs ;
- de la politique du médicament ;
- des soins coordonnés à domicile ;
- des actions à mener dans le cadre de la Longue Maladie.

Elle s'efforce par ailleurs de régler toute difficulté concernant l'application de la convention, et notamment concernant son interprétation.

Elle est assistée dans ses missions par le groupe de travail, qui devra obligatoirement donner son avis dans un délai de trois (3) mois à compter de sa saisine.

Elle prend en compte les avis formulés à sa demande par le Service contrôle médical sur l'évolution de la consommation des soins ainsi que tout autre élément d'information disponible : études statistiques, relevés collectifs d'activité et de prescriptions, etc.

A cet effet, la Caisse met à la disposition des membres de la commission, dans la mesure de ses possibilités et à leur demande, tout élément d'information statistique nécessaire à leurs travaux. Les parties s'entendent sur le fait que ces statistiques sont nécessaires à la réalisation de l'objectif de maîtrise médicalisée des budgets.

Elle dresse chaque année un bilan budgétaire de la convention.

La commission adresse également aux parties signataires un procès-verbal de chacune de ses séances ainsi qu'un rapport annuel d'activité.

Enfin, elle exerce toute attribution fixée par les articles relatifs au non-respect des tarifs et des dispositions conventionnelles.

3. Fonctionnement de la commission

La commission conventionnelle paritaire se réunit en tout lieu qu'elle choisit à cet effet.

Le secrétariat administratif est assuré par la C.P.S., qui est chargée de la conduite du dispositif conventionnel.

Dans la mesure du possible, la commission conventionnelle paritaire fixe en fin de séance la date et l'ordre du jour de la réunion suivante. L'ordre du jour définitif est établi par le président et le vice-président. L'inscription d'une question à l'ordre du jour, réclamée au moins huit (8) jours calendaires avant la réunion suivante, par la majorité d'une des deux sections, est de droit.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux parties signataires au moins huit (8) jours calendaires. En cas d'urgence, le délai est ramené à trois (3) jours calendaires.

La commission conventionnelle paritaire se réunit chaque fois qu'il est nécessaire et au moins une (1) fois par an. La réunion est de droit si elle est demandée par le président, le vice-président ou à la majorité de l'une ou l'autre des sections.

En cas de carence constatée et notifiée aux parties signataires (relative à la mise en place de la commission, à son fonctionnement ou à l'absence de prise de décisions), les travaux indispensables au maintien du dispositif conventionnel sont assurés par la CPS au lieu et place de la commission conventionnelle paritaire.

Il y a situation de carence dans les cas suivants :

- non tenue de réunion résultant de l'incapacité répétée (deux fois consécutives) des sections soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section,
- absence répétée de quorum (deux fois consécutives) à des réunions ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre des sections,
- refus répété (deux fois consécutives), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour.

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

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

Les délibérations de la commission conventionnelle paritaire font l'objet de procès-verbaux conservés au secrétariat administratif et signés par le président de la commission ou, à défaut, par un membre de chacune des sections ayant pris part à la réunion. Ces procès-verbaux sont adressés aux parties signataires et sont réputés approuvés sous réserve des observations qui pourraient être faites en début de séance suivante.

Toutes les personnes présentes au sein de la commission conventionnelle paritaire sont tenues au strict respect du secret professionnel et du secret des délibérations. Aucun document obtenu dans le cadre d'une fonction quelconque au sein de la commission ne doit faire l'objet d'une communication de quelque nature que ce soit.

4. Conditions de vote

La commission conventionnelle paritaire ne peut valablement délibérer qu'à parité de ses membres présents ou représentés ; en outre, il est nécessaire que deux (2) membres de chaque section soit physiquement présents pour ouvrir la séance et pour délibérer.

Chaque membre présent peut recevoir en séance au maximum une (1) délégation de vote.

Si le quorum n'est pas atteint, la commission est convoquée à nouveau dans un délai maximum de huit (8) jours ouvrés avec le même ordre du jour. Les délibérations sont alors valables quel que soit le nombre des présents.

Les membres de la commission conventionnelle paritaire ne peuvent prendre part ni aux discussions ni aux scrutins lorsqu'ils ont un intérêt personnel aux affaires qui en font l'objet.

La commission conventionnelle paritaire se prononce à la majorité simple de l'ensemble des voix des membres présents ou représentés. Le nombre de votes est calculé abstraction faite du nombre de bulletins blancs ou nuls, qui n'expriment pas de vote. En cas de partage des voix, la voix du président de séance (le président de la commission ou, en son absence, le vice-président) est prépondérante.

Article 4. – Les annexes I et II de la convention du 23 septembre 2022 sont modifiées et remplacées comme suit :

ANNEXE I

Pour l'exercice **2025**, les tarifs d'honoraires, rémunération et frais accessoires pour les soins dispensés par les médecins généralistes ou spécialistes libéraux conventionnés, aux assurés et à leurs ayants-droits, des Régimes de protection sociale gérés par la Caisse de prévoyance de Polynésie française sont fixés ainsi qu'il suit :

CODES	INTITULE	TARIFS (XPF)
C / CS	Consultation généraliste / spécialiste qualifié en MG.....	3 800 XPF
CS	Consultation spécialiste.....	4 600 XPF
CCP	Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention pour les personnes de moins de 26 ans...	3 800 XPF
CMI	Certificat Médical Initial d'accident du travail.....	2 000 XPF
CNPSY	Consultation neuropsychiatre.....	7 100 XPF
V	Visite généraliste / spécialiste qualifié en MG.....	7 200 XPF
VS	Visite spécialiste.....	6 840 XPF
VNP	Visite neuropsychiatre.....	7 100 XPF
APC	Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet du médecin spécialiste.....	6 840 XPF
APV	Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade Par un médecin spécialiste	6 840 XPF
APY	Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue	6 840 XPF
AVY	Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue.....	6 840 XPF
K	Actes de chirurgie et de spécialités pratiqués par le médecin	437 XPF
ORT	Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin.....	470 XPF
MD *	Majoration dimanche et jours fériés.....	3 000 XPF
MN	Majoration de nuit.....	4 000 XPF
MNP***	Majoration nuit profonde.....	5 000 XPF
MU	Majoration d'urgence pour le médecin exerçant la médecine générale.....	3 600 XPF
MA	Majoration de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés à chaque accouchement réalisé la nuit, le	13 260 XPF

	dimanche et les jours fériés.....	
IK	Indemnité kilométrique <i>avec un plafond journalier de 100 km,</i>	100 XPF
IFD	Indemnité forfaitaire de déplacement (<i>facturable hors Visite</i>)	500 XPF
CMD1**	Certificat Médical de Décès.....	8 000 XPF
MSH	Majoration pour la consultation ou visite de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité.....	600 XFP
MEG	Majoration pour la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans pour le médecin généraliste.....	600 XFP
MEP	Majoration pour la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans pour le pédiatre.....	600 XFP
MSO	Majoration de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité par le médecin traitant non cumulable avec MEG.....	600 XFP

(*) La majoration MD ou F est applicable pour le médecin de garde inscrit sur le tableau de l'ordre des Médecins et à compter du samedi midi

(**) Acte en tiers payant à 100% ne pouvant se cumuler avec une Consultation ou une Visite

(***) Majoration cotable dès leur inscription à la NPAP dans le respect de leurs modalités réglementaires d'application

CODES	Libellé des modificateurs ayant une valeur monétaire (pour actes CPAM)	TARIFS (XPF)
F(*)	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	3 000 XPF
U	Acte réalisé en urgence, la nuit entre 19 h et 06 h.....	4 000 XPF
M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient.....	5 408 XPF
A	Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans.....	4 563 XPF

ANNEXE II : TARIF DES ACTES DE LA CPAM

La tarification des actes techniques est calculée sur la base des tarifs d'autorité affectée d'un coefficient unique construit sur une architecture à deux niveaux : un coefficient de base fixé à 1,4 ajusté d'un delta technique de 0,29 qui, pour compter de l'entrée en vigueur de la codification, est fixé à : 1,69.

Soit la formule :

$$\text{Tarif de l'acte} = \text{tarif d'autorité} \times 1,69$$

*Arrondi au franc le plus proche ou au franc supérieur lorsque la première décimale est égale à 5.

Et en cas de modificateur dont la valeur est en pourcentage, la formule est :

$$\text{Tarif de l'acte} = \text{tarif d'autorité} \times \text{coefficient unique} \times \text{le modificateur de l'acte}$$

*Arrondi au franc le plus proche ou au franc supérieur lorsque la première décimale est égale à 5.

Compte tenu de l'effort de tarification consenti par les régimes, et dans la perspective d'une convention prochaine avec les représentations professionnelles, dans le strict respect la qualité des soins et des bonnes pratiques, le praticien s'engage à contribuer à une économie de 3 à 10 % des prescriptions par la mise en œuvre, des mesures suivantes :

- Lutter contre la surconsommation de certains médicaments en responsabilisant les patients pour notamment diminuer les prescriptions d'antiagrégants plaquettaires, d'antiasthmatiques, de statines, d'anticoagulants oraux, d'antibiotiques, d'IEC et antidiabétiques.
- Prévenir la iatrogénie chez les personnes de plus de 65 ans en respectant scrupuleusement les règles de l'AMM tout particulièrement pour les statines.
- à prescrire en DCI / biosimilaire et Privilégier la prescription de médicaments SMR A et B et inscrire de préférence les médicaments SMR C en bas de la bizonne, en cas de Longue Maladie.
- Limiter la prescription des soins infirmiers à domicile, aux patients dont l'état physique le justifie vraiment.
- Prescrire les soins kiné en LM et non LM, en référence aux recommandations définies en annexe VI de la convention.

Article 5 : L'annexe III de la convention du 23 septembre 2022 est modifiée et remplacée comme suit :

« OBJECTIFS PREVISIONNELS D'EVOLUTION DES DEPENSES MEDICALES »

Les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses pour 2025 sont fixés, en date de soins et hors Régime de la Sécurité Sociale, comme suit :

♦ **Objectifs se rapportant aux honoraires :**

- **1 728 MF (Un milliard sept cent vingt-huit millions de francs CFP)** pour les généralistes,
- **4 522 MF (Quatre milliards cinq cent vingt-deux millions de francs CFP)** pour les spécialistes ;

♦ **Objectifs se rapportant aux prescriptions :**

- **8 053 MF (Huit milliards cinquante-trois millions de francs CFP)** pour les généralistes,
- **4 026 MF (Quatre milliards vingt-six millions de francs CFP)** pour les spécialistes.

PAPEETE, le 07 NOV. 2024
Fait en quatre (4) exemplaires originaux.

POUR LE SYNDICAT DES MEDECINS
LIBERAUX DE LA POLYNESIE
FRANCAISE,

POUR LE SYNDICAT DES ANSCIENS
CHEFS DE CLINIQUES EXERCANT
LEUR ART EN POLYNESIE FRANCAISE,

Dr Didier BONDPOUX

SMLP
Syndicat des Médecins Libéraux
de Polynésie Française
Président

Dr Charles BELLI

POUR LE SYNDICAT DES MEDECINS
GENERALISTES DE LA POLYNESIE
FRANCAISE,

POUR LA CAISSE DE PREVOYANCE
SOCIALE,
LE DIRECTEUR P.I.

Dr Eric MORIN

M. Vincent DUPONT

