



## **Convention-cadre** **Engagement des Psychologues cliniciens libéraux et Psychothérapeutes agréés ARS** **et de l'Assurance Maladie**

*Préambule :*

*Cette convention a pour objet d'organiser le processus de tarification des psychothérapies en ville, réalisées par des psychologues cliniciens ou des psychothérapeutes agréés ARS, dans le cadre d'un dispositif de prise en charge et de prévention de l'aggravation des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée chez les personnes de 18 à 60 ans inclus*

- Vu Les articles L.221-1, R.251-1, et R.262-1-1 du Code de la sécurité sociale
- Vu les textes relatifs à l'inscription au registre national des psychothérapeutes et à l'usage du titre de psychothérapeute :
- Vu la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, notamment son article 44 ;
- Vu la loi n°2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique, notamment son article 52 ;
- Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
- Vu le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel

Cette convention est conclue entre,

la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne (ci-après la CPAM), sise à Toulouse (31093 Toulouse Cedex 9), 3 Boulevard du Professeur Léopold Escande, représentée par son Directeur Monsieur Michel DAVILA

**D'une part,**

M / Mme ..... (ci-après le professionnel),  
[fonction].....,  
domicilié .....  
dans le cadre de son exercice libéral ou mixte

**D'autre part,**

ci-après dénommées « **les Parties** ».

### **IL EST CONVENU CE QUI SUIT**

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

La présente convention a pour objectif de définir les modalités d'organisation et de tarification du dispositif expérimenté dans trois départements de « prise en charge, en médecine de ville, des thérapies non médicamenteuses et de prévention de l'aggravation des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée » menée par l'Assurance Maladie et le ministère des Solidarités et de la Santé.

Elle a notamment vocation à définir les engagements des psychologues cliniciens et psychothérapeutes agréés par les Agences régionales de santé (ARS) participant au dit dispositif.

## **Article 2** *Périmètre du dispositif*

Seuls les professionnels identifiés conformément à l'article 3 de la présente convention peuvent y participer.

Le dispositif expérimental concerne uniquement les personnes :

- de 18 à 60 ans (inclus) ;
- adressées par leur médecin traitant généraliste au moyen d'une ordonnance ;
- affiliées à la CPAM signataire de la présente convention.

La CPAM transmet au professionnel signataire la documentation nécessaire permettant d'appréhender les modalités opérationnelles de la prise en charge de la prestation.

## **Article 3** *Identification des professionnels participant au dispositif expérimental par la CPAM*

Peuvent participer au dispositif et prétendre à une prise en charge :

- les psychologues cliniciens libéraux inscrits au répertoire ADELI et exerçant dans le département de la CPAM ;
- les psychothérapeutes agréés par les Agences Régionales de Santé (ARS) et exerçant dans le département de la CPAM et inscrits au Répertoire ADELI.

La CPAM procède à l'inscription de chacun des professionnels sur un registre dédié à l'expérimentation. Cette inscription se fait sur la base des informations indiquées dans la fiche de renseignement annexée à la présente convention, accompagnée d'un RIB portant mention du nom du contractant et de la photocopie de l'attestation Vitale ou de la Carte Vitale.

Les données à caractère personnel seront conservées pendant la durée réglementaire relative à la prise en charge financière d'une prestation. Les droits d'accès et de rectification aux données s'exercent auprès du directeur de la CPAM.

## **Article 4** *Engagement des professionnels*

### **4.1** *Liberté de choix*

Le dispositif de prise en charge est facultatif et gratuit pour les personnes éligibles. A ce titre, le professionnel s'engage à respecter le libre choix de la personne et sa faculté d'arrêter à tout moment sa prise en charge.

#### ***4.2 Confidentialité et sécurité des informations***

Le professionnel doit veiller au respect de la confidentialité des informations confiées par la personne.

L'échange d'informations, notamment avec le médecin traitant généraliste prescripteur, est strictement encadré par le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Au-delà des supports d'informations fournies aux assurés par l'Assurance Maladie, le professionnel s'engage à fournir aux personnes qu'il suit toutes les informations utiles et/ou prescrites par les textes en vigueur.

Le recueil et l'utilisation des données personnelles des personnes suivies doivent respecter les dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. A ce titre, l'Assurance Maladie a réalisé les formalités préalables qui lui incombent et procède à l'information des assurés au moyen d'une mention informatique et libertés au sein de la brochure qui leur est destinée.

Les professionnels sont, quant à eux, responsables des traitements de données qu'ils mettent en œuvre dans le cadre de la prise en charge de leurs patients.

L'attention des professionnels est attirée sur le renseignement du numéro d'immatriculation (NIR) de l'assuré au sein de la « Feuille de soins psychologue clinicien / psychothérapeute agréé ARS ». En effet, s'il leur est demandé de le renseigner au nom et pour le compte de leur patient et d'envoyer la feuille de soins dans les conditions prévues à l'article 5.3 de la présente convention, il leur est rappelé qu'en l'état actuel de la réglementation, ils ne sont pas habilités à traiter le NIR de quelque façon que ce soit et notamment :

- De le copier sur tout type de support ;
- De le stocker au moyen d'une conservation d'une copie papier ou dématérialisée de la feuille de soins. Il est conseillé au professionnel, s'il souhaite conserver une copie de la feuille pour sa comptabilité, de conserver une version avant renseignement du NIR.

Le non-respect des dispositions informatiques et libertés peut entraîner une résiliation de la présente convention dans les conditions de l'article 9.2 de la présente convention.

#### ***4.3 Information du patient et transparence sur le financement***

Le financement des séances est exclusivement réalisé par la CPAM dans les conditions de l'article 5 de la présente convention.

Au-delà des supports transmis par l'Assurance Maladie, le professionnel doit fournir une information claire et transparente sur cette prise en charge et son engagement à ne pas établir de facturation complémentaire.

De plus, le professionnel ne doit pas profiter de l'accompagnement pour réaliser de la promotion notamment au bénéfice d'un dispositif qui lui est propre.

#### 4.4 Respect de la personne et non-discrimination

Le suivi doit être réalisé dans le strict respect des droits des personnes. A ce titre, les personnes doivent être traitées avec égards, dans de bonnes conditions d'accueil et sans jamais faire l'objet d'aucune discrimination, notamment en raison de leur mode de vie, de leurs croyances, de leurs pratiques en santé et de leurs comportements.

Leur vie privée est garantie ainsi que la confidentialité de leurs données dans les conditions prévues à l'article 4.2 de la présente convention. Chaque professionnel intervenant est tenu au respect de la déontologie propre à sa profession.

#### Article 5 Tarification appliquée dans le cadre du dispositif

##### 5.1 Montant et nombre de séances remboursées par l'Assurance maladie

Pour bénéficier du remboursement des séances prises en charge dans le cadre du dispositif expérimenté par l'Assurance Maladie, la séquence de soins comprend 3 étapes définies comme suit :

- Un entretien d'évaluation (1 seule séance),
- Si besoin, entre 1 à 10 séances d'accompagnement psychologique de soutien,
- Si besoin, entre 1 à 10 séances de psychothérapie structurée.

La séquence de ces étapes doit nécessairement être respectée :

- L'entretien d'évaluation précède nécessairement la suite du parcours de prise en charge.
- Pour bénéficier des séances de psychothérapie structurée, le patient devra nécessairement réaliser au moins une séance d'accompagnement psychologique de soutien.

Le montant de chacune des séances prise en charge dans le cadre du dispositif expérimental a été fixé par l'Assurance Maladie. Ces montants sont fermes et ne peuvent en aucun cas être modifiés unilatéralement par le professionnel.

	Nombre maximum de séances	Tarif	Code acte
Entretien d'évaluation	1	32€	EEP
Accompagnement psychologique de soutien	10	22€	APS
Psychothérapie structurée	10	32€	PSS

Les professionnels ne peuvent prétendre à un quelconque financement direct ou indirect complémentaire dans le cadre de ce dispositif expérimental.

## **5.2 Obligation de la procédure de tiers payant**

A ce titre, les paiements sont réalisés par la CPAM au professionnel sans qu'aucune somme d'argent ne puisse être demandée, à quelque titre que ce soit, à la personne suivie. Aucune avance de frais, aucun dépassement ne peuvent être demandés.

Après la fin de la prise en charge proposée par l'Assurance Maladie, si le professionnel considère que des séances complémentaires sont nécessaires alors il est tenu d'informer, clairement et loyalement, la personne suivie sur le montant desdites séances et l'absence de financement par l'Assurance Maladie.

## **5.3 Modalités de facturation :**

### **▪ Feuille de soins papier expérimentale**

La CPAM met à la disposition de chaque professionnel signataire des imprimés permettant la facturation des actes prescrits et réalisés (annexe 2 : « Feuille de soins psychologue clinicien/psychothérapeute agréé ARS »). Cet imprimé a été créé comme support de facturation pour le professionnel. Il doit être envoyé à l'adresse suivante :

**Dispositif expérimenté PSM  
CPAM de la Haute-Garonne  
31093 TOULOUSE Cedex 9**

Seul ce document, dûment complété, et accompagné de l'ordonnance du médecin traitant généraliste prescripteur ou de sa copie, pourra être traité par la CPAM pour paiement.

L'attention du professionnel est attirée sur le strict respect de la confidentialité et de la sécurité des informations comme prévu à l'article 4.2 de la présente convention.

### **▪ Règles de facturation**

Seules les séances effectivement réalisées et conformes aux modalités de réalisation de l'expérimentation présentées à l'article 2 peuvent être facturées et payées.

Dès lors que le paiement est conditionné à l'éligibilité réelle de la personne suivie et adressée par le médecin traitant, il est conseillé au professionnel d'adresser, pour chaque patient, les documents susmentionnés en plusieurs étapes :

- ❶ Après la première séance : en cas d'inéligibilité constatée, la CPAM contactera le professionnel dans les plus brefs délais notamment par e-mail ou par SMS pour l'en informer. Le professionnel sera néanmoins payé pour la réalisation de ladite séance. La CPAM contactera également le médecin traitant généraliste prescripteur.
- ❷ Pour les séances suivantes : la facturation pourra être réalisée après chacune des séances ou de manière groupée. En l'absence d'éligibilité de la personne suivie, la CPAM ne pourra pas procéder au paiement des séances réalisées.

Le parcours total pris en charge ne peut excéder une durée de douze mois sur la base de deux à quatre séances par mois.

#### **5.4 Contrôles**

La CPAM pourra réaliser tous les contrôles utiles nécessaires à la vérification de l'ensemble des facturations.

Dans ce cadre, le professionnel s'engage à faciliter à tout moment le contrôle de la réalisation des séances facturées notamment par l'accès à tous les documents dont la production serait jugée utile.

Le refus de coopération entraîne la suspension de la prise en charge dans les conditions prévues à l'article 9 de la présente convention.

En dehors des règles prévues à l'article 5 de la présente convention, tout paiement indu pourra faire l'objet d'une demande en répétition desdits indus auprès du professionnel.

#### **Article 6 Evaluation du dispositif de prise en charge proposé**

L'Assurance Maladie et un évaluateur externe, choisi après une procédure d'appel d'offre public, réaliseront les évaluations du dispositif de prise en charge.

A ce titre, ils pourront collecter, auprès du professionnel ou des personnes suivies, les informations strictement nécessaires à la réalisation desdites évaluations dans le cadre des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Le professionnel s'engage à en faciliter la collecte.

#### **Article 7 Recours**

Si des difficultés surviennent entre les Parties à l'occasion de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention, les Parties se concerteront en vue de parvenir à une solution amiable. En cas de désaccord persistant, les tribunaux compétents seront saisis.

#### **Article 8 Durée de la convention**

Les dispositions de la présente convention entrent en vigueur à compter de la signature par les Parties pour toute la durée de l'expérimentation, à savoir jusqu'au 1<sup>er</sup> novembre 2020.

Toutes les séances réalisées au-delà du terme de la convention, y compris lié à une résiliation anticipée par demande du professionnel ou de la CPAM dans les conditions présentées à l'article 9 de la présente convention, ne feront pas l'objet d'un paiement par la CPAM.

**Révision de la convention** : les parties pourront à tout moment décider d'une révision de ladite convention et pouvoir ainsi introduire de nouvelles dispositions, modifier ou supprimer des dispositions existantes.

## Article 9 Résiliation

### 9.1 Résiliation à l'initiative du professionnel

Le professionnel peut résilier à tout moment la présente convention par **courrier recommandé** avec accusé de réception à la CPAM de la Haute-Garonne.

Le professionnel est tenu d'informer directement les personnes qu'il suit des conséquences en termes de prise en charge et se doit d'en informer le médecin traitant généraliste prescripteur pour assurer une continuité du suivi.

### 9.2 Résiliation à l'initiative de la CPAM

En cas de fin anticipée de l'expérimentation, la CPAM peut résilier la présente convention par **courrier recommandé** avec accusé de réception en respectant un préavis d'une durée de 2 mois. Toute séquence de soins débutée avant la résiliation effective de la présente convention sera prise en charge.

En cas de fin anticipée de l'expérimentation, la CPAM enverra un préavis 2 mois avant l'échéance. Toute séquence de soins débutée sera payée.

En cas de constat du non-respect par le professionnel contractant de ses engagements et des modalités d'organisation et de financement du dispositif expérimental, la CPAM informe le professionnel par lettre recommandée avec accusé de réception des anomalies constatées et de son intention de mettre fin à la présente convention.

Le professionnel dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du **courrier recommandé** avec accusé de réception pour faire connaître ses observations écrites à la CPAM. A l'issue de ce délai, la CPAM peut notifier au professionnel la fin de l'application de la présente convention. Le professionnel est alors tenu d'informer directement les personnes qu'il suit des conséquences en termes de prise en charge et se doit d'en informer le médecin traitant généraliste prescripteur pour assurer une continuité du suivi.

Fait à .....,  
le .....

La Caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne (ci-après la CPAM), sise à Toulouse, représentée par son Directeur, Monsieur Michel Davila

M / Mme ..... (ci-après le professionnel), [fonction]....., domicilié....., dans le cadre de son exercice libéral ou mixte

Signature

Signature

## Annexe 1

### Renseignements obligatoires

#### Coordonnées

Noms, prénoms	----- -----
Identification du cabinet (structure)	----- ----- -----
Adresse postale professionnelle	----- ----- -----
Coordonnées numéro de téléphone mobile	-----
Coordonnées e-mail <i>adresse mail professionnelle qui pourra être utilisée pour les échanges avec les médecins et les autres professionnels de santé du patient dans le cadre de la messagerie sécurisée en santé</i>	-----
Numéro d'identification National (NIR) <i>permettant de vous enregistrer dans le Fichier National des Professionnels de Santé (FNPS) pour le remboursement des actes</i>	-----

Ces coordonnées sont utilisées dans le strict cadre du dispositif expérimental afin d'envoyer au professionnel toutes les informations utiles relatives au dispositif

n° identifiant ADELI	-----
Techniques psychothérapeutiques pratiquées le plus régulièrement	----- ----- -----

Ces informations sont nécessaires pour l'adressage dans le cas d'une psychothérapie structurée.

#### Facturation

**Un RIB devra être fourni à la CPAM avec un exemplaire de la présente convention, ainsi qu'une photocopie de votre attestation Vitale ou de votre carte Vitale.**

Toute modification doit être signifiée à la CPAM dans les plus brefs délais.





**Feuille de soins psychologue clinicien/psychothérapeute agréé ARS**

(Complétez ce formulaire avec votre patient, joignez la prescription médicale et envoyez les à la caisse primaire)

Date J | J | M | M | A | A | A | A

**PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)**

**PERSONNE RECEVANT LES SOINS**

Nom et prénom  
(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation

Date de naissance J | J | M | M | A | A | A | A

**ASSURE(E)** (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

Nom et prénom  
(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation

**ADRESSE DE L'ASSURE(E)**

**IDENTIFICATION du PSYCHOLOGUE ou du PSYCHOTHERAPEUTE**      **IDENTIFICATION du cabinet**

**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

Nom et prénom      Raison sociale

Identifiant (AM ou, à défaut, RPPS)      N° de la structure (AM, FINESSE ou SIRET)

Traitement prescrit le J | J | M | M | A | A | A | A

**ACTES EFFECTUES**

Date de la séance	EEP Entretien d'évaluation	Dates des séances	APS Accompagnement psychologique de soutien	Dates des séances	PSS psychothérapie structurée
J   J   M   M   A   A   A   A		J   J   M   M   A   A   A   A		J   J   M   M   A   A   A   A	
		J   J   M   M   A   A   A   A		J   J   M   M   A   A   A   A	
		J   J   M   M   A   A   A   A		J   J   M   M   A   A   A   A	
		J   J   M   M   A   A   A   A		J   J   M   M   A   A   A   A	
		J   J   M   M   A   A   A   A		J   J   M   M   A   A   A   A	
		J   J   M   M   A   A   A   A		J   J   M   M   A   A   A   A	
		J   J   M   M   A   A   A   A		J   J   M   M   A   A   A   A	
		J   J   M   M   A   A   A   A		J   J   M   M   A   A   A   A	
		J   J   M   M   A   A   A   A		J   J   M   M   A   A   A   A	
		J   J   M   M   A   A   A   A		J   J   M   M   A   A   A   A	

**HONORAIRES DUS AU PSYCHOLOGUE/PYCHOTHERAPEUTE (remboursement en tiers payant)**

**MONTANT TOTAL**  
(en euros)

Signature du psychologue ou du psychothérapeute ayant dispensé les séances      Signature de la personne recevant les soins ou de l'assuré(e)      Impossibilité de signer

Quotisque se rend compte de fraude ou de fausse déclaration est possible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 403-10, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 164-10-1 du Code de la sécurité sociale).  
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.