

# Avis et communications

## AVIS DIVERS

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

#### **Avis relatif à la convention nationale organisant les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les établissements thermaux, signée le 8 novembre 2017**

NOR : SSAS1802457V

A fait l'objet d'une approbation, en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, la convention nationale organisant les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les établissements thermaux, conclue le 8 novembre 2017, entre d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et d'autre part, le Conseil national des établissements thermaux.

#### CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE ET LES ÉTABLISSEMENTS THERMAUX

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-39 à L. 162-42 et L. 162-15,

Il est convenu ce qui suit entre

d'une part,

l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par Nicolas REVEL, directeur général et d'autre part,

le Conseil national des établissements thermaux (CNETH), représenté par Thierry DUBOIS, président,

#### PRÉAMBULE

Les organismes signataires définissent ainsi qu'il suit les objectifs de la présente Convention nationale thermale :

- garantir à tous les assurés sociaux l'égal accès à un thermalisme de qualité, tant sur le plan thérapeutique que sur celui de la sécurité sanitaire et des normes existantes pour les installations ;
- concourir à une démarche de maîtrise médicalisée des dépenses thermales à la charge des régimes d'assurance maladie ;
- assurer la prise en compte conventionnelle des évolutions légales et réglementaires concernant le secteur thermal ;
- tenir compte des processus d'évaluation et d'expérimentation de nature à renforcer l'efficacité thérapeutique des traitements thermaux ;
- concourir à une démarche de recherche et d'observation de l'amélioration du service thermal rendu visant à mieux évaluer l'apport spécifique des traitements thermaux ;
- encourager le dialogue entre représentants des établissements, représentants des médecins thermaux et représentants des curistes.

#### TITRE I<sup>er</sup>

#### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

##### **Article 1<sup>er</sup> – Champ d'application**

La présente convention est conclue, sans préjudice des autres textes législatifs et réglementaires régissant les établissements thermaux, en application des articles L. 162-39 à L. 162-42 du code de la sécurité sociale.

Celle-ci comprend un préambule, un dispositif et des annexes ayant égale force contractuelle.

Les organismes signataires et les établissements thermaux adhèrent à la convention conformément à l'article 3 ci-après.

##### **Article 2 – Durée de la convention et renouvellement**

###### **Article 2-1 – Durée**

La présente convention, ses annexes et éventuels avenants prennent effet à la date d'application de l'arrêté interministériel d'approbation prévu à l'article L. 162-41 du code de la sécurité sociale.

La convention est prévue pour une durée maximale de cinq ans, pour se terminer le 31 décembre 2022, sauf dénonciation ou renonciation anticipée telle que prévue à l'article 2-3. Les annexes et avenants prennent fin avec la convention.

### **Article 2-2 – Renouvellement**

A défaut de saisine écrite avec accusé de réception du secrétariat de la commission paritaire par l'une des parties signataires aux fins de négociation, au plus tard six mois avant la date d'expiration, la convention est réputée tacitement reconduite pour une nouvelle durée de cinq ans.

Les parties signataires s'engagent à se réunir six mois avant son éventuelle reconduction, en vue d'établir un bilan de son application et de procéder aux aménagements qu'elles considèrent nécessaires.

### **Article 2-3 – Dénonciation – Retrait**

#### **Article 2-3-1 – Dénonciation**

La faculté de dénonciation est ouverte, pendant le cours de la convention, à chacune des parties signataires, par tout moyen permettant d'en apporter la preuve, au secrétariat de la Commission paritaire nationale et à l'autre partie signataire.

Toutefois, cette décision produit ses effets au premier janvier de l'année civile suivant celle de l'expiration d'un délai de six mois après sa notification au secrétariat de la Commission paritaire nationale.

#### **Article 2-3-2 – Retrait du régime conventionnel**

Tout établissement adhérent peut décider de son retrait du régime conventionnel. Ce retrait produit ses effets au premier janvier de l'année civile suivant celle de l'expiration d'un délai de six mois après sa notification au secrétariat de la Commission paritaire nationale.

### **Article 3 – Adhésion**

#### **Article 3-1 – Adhésion des organismes qualifiés comme parties signataires**

Les parties signataires à la présente convention adhèrent et sont qualifiées à la date de publication.

Au cours de la convention, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les organisations professionnelles thermales, reconnues comme représentatives en application des dispositions de la **loi n° 2008-789 du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail (chapitre sur la représentativité)**, n'ayant pas signé la présente convention peuvent notifier au secrétariat de la Commission paritaire leur adhésion au texte conventionnel en vigueur. Le secrétariat de la commission notifie cette adhésion aux autres parties signataires, lesquelles peuvent porter contestation de la qualité de signataire auprès de la juridiction administrative compétente.

L'adhésion d'un organisme, telle que prévue à l'alinéa précédent ne prend effet qu'au premier jour du mois suivant celui de la notification d'adhésion.

#### **Article 3-2 – Adhésion des caisses**

Les caisses primaires d'assurance maladie ou les caisses générales de sécurité sociale, les caisses de la Mutualité sociale agricole et les caisses du régime social des indépendants, adhèrent de plein droit à la présente convention. Les caisses nationales engagent les caisses locales de leur régime respectif.

#### **Article 3-3 – Adhésion des établissements thermaux**

Après publication au *Journal officiel* de la convention nationale, la CNAMTS chargée du secrétariat de la Commission paritaire nationale notifie à chaque établissement autorisé le texte conventionnel.

A compter de la date cette notification, et conformément à l'article L. 162-41, 2<sup>e</sup> alinéa du code de la sécurité sociale, tout établissement thermal autorisé à dispenser des soins aux assurés sociaux aux termes de l'article L. 162-21 dispose d'un délai d'un mois pour notifier à la CNAMTS, par tout moyen permettant d'en apporter la preuve, son souhait d'adhérer à la présente convention et aux avenants ultérieurs.

Le défaut d'accord exprès vaut refus d'adhésion.

Tout établissement nouvellement autorisé ou situé antérieurement hors du régime conventionnel peut adhérer à la convention en vigueur, par tout moyen permettant d'en apporter la preuve au secrétariat de la commission paritaire nationale, lequel notifie cette adhésion aux parties signataires.

Sauf procédure de suspension de conventionnement opposable à l'établissement, l'adhésion prend effet au premier jour du mois suivant celui de la notification d'adhésion par le secrétariat de la convention.

L'adhésion à la convention emporte respect des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles. La non observation donne lieu à application des dispositions prévues au titre V. – Procédures de contrôle, sanctions, mesures de déconventionnement, sans préjudice des dispositions légales et réglementaires en la matière.

#### **Reconduction de l'adhésion**

Pendant toute la durée de la convention, la reconduction de l'adhésion des établissements est tacite chaque année. Lorsque les établissements ne souhaitent plus adhérer à la convention, ils doivent faire connaître leur décision au secrétariat de la commission par tout moyen permettant d'en apporter la preuve, au plus tard le 31 décembre de l'année N – 1.

### Liste des établissements adhérents

Le secrétariat de la Commission paritaire nationale tient la liste des établissements adhérents. Elle est communiquée sur demande aux parties signataires ou aux caisses adhérentes prévues au paragraphe 3-2.

Chaque année, le secrétariat de la commission met à jour la liste des adhérents qui fait l'objet d'une nouvelle publication sur Ameli ([www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)), accompagnée des résultats de l'enquête de satisfaction des curistes mentionnées à l'article 9-1.

### Article 4 – Notification et délais

Sans préjudice du recours à un acte extrajudiciaire, les notifications d'adhésion, de retrait ou de suspension d'adhésion font l'objet d'une transmission par tout moyen permettant d'en apporter la preuve. Leurs effets sont pris en compte à la date de réception du courrier ou de la signification par l'auxiliaire de justice.

Les mesures de déconventionnement entraînent la suspension de l'adhésion de l'établissement pendant toute la durée de la mesure, celle-ci pouvant aller jusqu'au terme de la convention, en application de l'article 19-3.

### Article 5 – Télétransmission

Dans le cadre de la réglementation relative à la télétransmission des feuilles de soins électroniques, les parties signataires s'engagent à définir et à appliquer les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement des forfaits de cures thermales et les sanctions en cas de non-respect de ces modalités.

## TITRE II

### INSTANCE CONVENTIONNELLE

### Article 6 – Commission paritaire nationale

Il est institué, entre les parties signataires une Commission paritaire nationale composée pour moitié :

- d'une section sociale formée des représentants désignés par l'UNCAM ;
- d'une section professionnelle formée par des représentants désignés par la ou les organisations syndicales.

### Article 6-1 – Composition de la commission paritaire

#### Membres titulaires

Au titre de la section sociale

Cette section est composée de 4 représentants de l'assurance maladie.

Au titre de la section professionnelle

- CNETH : 4 voix délibératives.

#### Membres suppléants

Les parties signataires prévoient la suppléance des membres titulaires afin de présenter à la commission le nombre de voix délibératives prévu.

Les membres suppléants ne siègent avec voix délibérative qu'en l'absence du membre titulaire. A l'ouverture de la séance le membre suppléant se fait connaître du secrétariat de la Commission paritaire nationale et du président de séance.

Chaque année, lors de la tenue de la première commission paritaire nationale, chaque section fournit au secrétariat de la Commission paritaire nationale, la liste des membres titulaires et suppléants désignés par chaque partie signataire.

En cas de cessation de fonction de l'un des membres de la commission titulaires ou suppléants, la partie intéressée pourvoit à son remplacement dans le mois suivant la cessation.

#### Membres consultatifs

Ponctuellement, selon les points inscrits à l'ordre du jour, les parties signataires peuvent se faire assister de membres consultatifs à raison de trois maximum par section. Les membres consultatifs sollicités assistent à la commission paritaire sans pouvoir délibératif. Sur intervention d'au moins une des parties signataires, le président de la commission invite les membres consultatifs à se retirer lors des délibérations.

Lorsqu'une compétence médicale est requise, des représentants des organisations professionnelles de médecins thermaux peuvent être invités à assister sans pouvoir délibératif aux travaux de la Commission paritaire nationale.

### Article 6-2 – Secrétariat et présidence

Chaque section, sociale et professionnelle, désigne parmi ses membres titulaires son président pour la durée d'une année.

Le président de la section sociale et le président de la section professionnelle assurent alternativement pour une année la présidence de la Commission paritaire nationale.

La vice-présidence est également exercée dans un cadre alterné. La présidence et la vice-présidence de la Commission paritaire nationale sont tenues à tour de rôle par des sections distinctes.

Le secrétariat de la commission est exercé par la CNAMTS. Il assure l'organisation et le suivi de la Commission paritaire nationale, la rédaction des procès-verbaux et leur diffusion aux membres titulaires.

Sur proposition du secrétariat de la commission, le président de la Commission paritaire nationale arrête l'ordre du jour, après consultation du vice-président.

### **Article 6-3 – Attributions de la commission**

La commission est l'organe de gestion de la présente convention. Elle veille à sa bonne exécution, elle a notamment pour rôle :

- de déterminer les grilles normalisées des pratiques thermales et des traitements-type des établissements. Elle peut être saisie de toutes les questions techniques et médicales susceptibles de se poser dans le cadre de la présente convention ;
- d'émettre un avis à l'attention de l'UNCAM en cas de manquement aux obligations conventionnelles ;
- d'établir et de proposer à la ratification des parties signataires et à l'approbation interministérielle tout annexe et avenant à la présente convention, de donner au secrétariat les instructions nécessaires à l'établissement desdits annexes et avenants ;
- de prendre connaissance des éléments méthodologiques ayant conduit à faire évoluer le prix limite de facturation au 1<sup>er</sup> mars de l'année ;
- de recueillir et examiner les réclamations des curistes à l'encontre des établissements.

### **Article 6-4 – Fonctionnement de la commission**

#### **Quorum**

La commission ne délibère valablement qu'à parité de ses membres présents ou représentés. La moitié des membres de chaque section doit assister à la commission. A défaut la séance est ajournée pour une durée maximale d'un mois.

En cas d'absence un membre titulaire de la commission peut donner délégation de vote à un autre membre appartenant à la même section ou se faire représenter par un membre suppléant dans les conditions prévues à l'article 6-1 de la présente convention.

#### **Règlement intérieur**

La Commission paritaire nationale se dote d'un règlement intérieur.

Ce règlement a pour objet de faciliter les échanges d'informations et leur transparence entre les membres de la Commission paritaire nationale.

Ce règlement s'impose à tous les membres de la Commission paritaire nationale au même titre que les articles de la Convention nationale thermale.

#### **Décisions**

La commission se prononce à la majorité des voix. En cas de partage égal des voix et en l'absence de proposition transactionnelle satisfaisante pour chacune des parties, la décision est reportée à une séance ultérieure. En cas de maintien de partage égal des voix lors de la seconde présentation de la proposition, celle-ci est réputée rejetée pour la durée de l'exercice.

#### **Compte rendu**

Dans le mois suivant la séance, le secrétariat de la commission transmet à chacun des membres titulaires un compte rendu des débats. Le compte rendu est transmis à nouveau avec l'ordre du jour de la séance suivante au cours de laquelle il est soumis à approbation.

#### **Secret professionnel**

Les réunions de la Commission paritaire nationale sont soumises au secret professionnel, à l'exception de toute information dont la diffusion serait utile à un établissement thermal ou à un organisme d'assurance maladie.

Les comptes rendus rédigés à l'issue des réunions de la commission sont à destination des membres de la Commission paritaire nationale. Ils ne doivent pas être transmis à un tiers sans l'accord de ses membres.

## TITRE III

### OBLIGATIONS RÉSULTANT DE LA CONVENTION

#### **Article 7 – Obligations des parties signataires**

Les parties signataires s'obligent à exécuter fidèlement et de bonne foi les dispositions de la présente convention leur incombant.

#### **Article 7-1 – Les caisses nationales de l'assurance maladie**

En particulier, elles s'obligent :

- à garantir le respect, de leur fait, des délais fixés pour le fonctionnement conventionnel, tant par les articles L. 162-39 à 162-42 du code de la sécurité sociale et tous autres textes légaux et réglementaires applicables, que par les dispositions de la présente convention, ses annexes et avenants ;
- à garantir qu'elles engagent les caisses d'affiliation qu'elles représentent ;
- à garantir l'information des médecins thermaux et des assurés en ce qui concerne les traitements-type des établissements et les conditions de remboursement de ceux-ci par les organismes d'assurance maladie ;

- à garantir que les caisses d'affiliation sont informées par les caisses nationales de leurs obligations résultant de la présente convention, de ses annexes et avenants ; en conséquence, à garantir l'application uniforme des dispositions de la présente convention par les caisses d'affiliation ;
- à allouer au fonctionnement conventionnel les moyens matériels nécessaires, notamment pour ce qui concernent les réunions de la Commission paritaire nationale et son secrétariat.

#### **Article 7-2 – Le (les) représentant(s) professionnel(s) thermal(aux)**

En particulier, il(s) s'oblige(nt) :

- à garantir le respect des délais fixés pour le fonctionnement conventionnel, tant les articles L. 162-39 à L. 162-42 du code de la sécurité sociale et tous autres textes légaux et réglementaires applicables, que par les dispositions de la présente convention, ses annexes et avenants ;
- à exercer le mandat de représentation confié par les établissements adhérents, membres de leurs organismes respectifs ; en conséquence à engager valablement lesdits établissements, aux termes du mandat reçu et sans préjudice des décisions et actes incombant spécifiquement aux établissements en vertu des articles L. 162-39 à L. 162-42 du code de la sécurité sociale ;
- à garantir que les établissements thermaux sont informés par leur représentant de leurs obligations résultant de la présente convention, de ses annexes et avenants.

#### **Article 8 – Obligations des caisses d'affiliation**

En particulier, elles sont obligées à :

- informer les assurés des conditions de prise en charge, par leur régime, des cures thermales, leurs dates d'ouverture et orientations thérapeutiques, la description des conditions de remboursement, ainsi que des démarches incombant à l'assuré pour bénéficier des dispositions les concernant de la présente convention ;
- s'engager à délivrer à l'assuré dans les trente jours suivant l'envoi de la demande de prise en charge, le document de prise en charge exigé par la réglementation en vigueur, dans les conditions prévues à l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale. Les modalités de décompte des trente jours sont définies dans le règlement intérieur de la Commission paritaire nationale ;
- prendre en charge, dans les conditions réglementaires et conventionnelles, les frais inhérents au traitement des assurés effectuant une cure dans un établissement, et le cas échéant, leurs frais liés à la surveillance par le médecin thermal salarié de l'établissement ainsi qu'aux éventuelles pratiques complémentaires ;
- assurer aux curistes des établissements adhérents le bénéfice du régime de la dispense d'avance des frais contre remise par les établissements à la caisse désignée du volet du document de prise en charge dûment renseigné, accompagnant un bordereau récapitulatif des sommes dues, et le cas échéant de la transmission informatique des données correspondantes ;
- assurer le règlement des sommes dues aux établissements sous huitaine à réception, de l'accord mentionné à l'alinéa précédent dûment complété par l'établissement thermal et du bordereau de facturation. En cas d'incident technique ne permettant pas le règlement sous huitaine précité, les caisses d'assurance maladie versent immédiatement un acompte égal à 80 % des bordereaux valides ;
- assurer, dans les conditions déterminées par la présente convention, ses annexes et avenants, le contrôle du respect des dispositions conventionnelles par les établissements adhérents.

#### **Article 9 – Obligations des établissements adhérents**

Les établissements ne facturent aux assurés aucune participation au titre des frais administratifs ni à titre obligatoire ni à titre facultatif.

Aucun versement d'acompte ne pourra être demandé aux assurés par les établissements thermaux sur la part du forfait thermal pris en charge par les organismes d'assurance maladie.

Les dispositions qui précèdent ne font pas obstacle à l'application de l'article 11-2 de la convention nationale se rapportant aux soins complémentaires et prestations de confort.

#### **Article 9-1 – Obligations générales**

Les établissements sont obligés à :

- recevoir pendant toute leur durée d'ouverture, les assurés et leurs ayants droit, dans le respect des conditions prévues par la présente convention, ses annexes et avenants, dans les limites :
  - de leur capacité technique à dispenser des soins dans les conditions réglementaires et conventionnelles propres à assumer leur efficacité thérapeutique ;
  - de leur autorisation à dispenser des soins aux assurés sociaux ;
  - de la ou des orientations qui sont reconnues à l'établissement par le titre XV chapitre 4 de la deuxième partie de la Nomenclature générale des actes professionnels aux conditions tarifaires prévues par le titre IV de la présente convention ;
- afficher la charte des curistes mentionnée à l'article 10-2 et respecter les droits et devoirs qui y sont inscrits ;
- ne pas dispenser de soins aux assurés pris en charge dans le cadre de la présente convention hors la prescription médicale, et corrélativement, prendre toutes dispositions afin de ne pas porter atteinte au libre choix par le curiste du médecin qui assure la surveillance de la cure (le médecin thermal) ;

- assurer l'exécution de la prescription médicale conformément au traitement type reconnu à l'établissement dans le cadre conventionnel ;
- se conformer à la prescription du médecin thermal ;
- dans la mesure du possible et dans la limite des capacités techniques de l'établissement, prendre en compte l'état de santé des curistes dans l'organisation des soins ;
- prévoir un temps de latence raisonnable entre chaque soin compte tenu des éléments précédents ;
- présenter la facturation des sommes qui leur sont dues, au titre de la dispense d'avance des frais par les caisses selon les règles conventionnelles, et au plus tôt le dernier jour de cure ;
- s'engager à informer les assurés des prestations remboursées par l'assurance maladie de celles qui ne le sont pas ;
- réaliser chaque année une enquête de satisfaction des curistes. Les modalités de réalisation de l'enquête et de restitution des résultats sont définies par les parties signataires de la Convention ; porter à la connaissance du secrétariat de la Commission paritaire nationale :
  - au plus tard le 28 février de chaque année, les éléments statistiques de fréquentation par les assurés sociaux au cours de l'année N – 1, détaillés par orientation thérapeutique et forfaits de soins. En cas de manquement à cette obligation, l'établissement s'expose à la pénalité financière prévue à l'article 19-2.
  - au plus tard le 15 octobre de chaque année, les éléments suivants :
    - les demandes d'ajout ou retrait d'orientations thérapeutiques ou de modification de traitements types accompagnées des éléments statistiques susmentionnés, sous peine que les dossiers ne soient pas examinés par la Commission paritaire nationale suivante.
    - les résultats de l'enquête réalisée auprès des curistes sous peine de pénalité financière. Les résultats agrégés au niveau de la profession sont publiés sur Ameli ([www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)) avec la liste à jour des établissements adhérents mentionnée à l'article 3-3.
    - au plus tard le 30 novembre de chaque année, les dates d'ouverture et de fermeture pour l'année suivante ;
- transmettre au secrétariat de la commission et au CNETH les dates de fermeture totale ou partielle de l'établissement thermal pour raison sanitaire ou/et administrative, et l'informer de sa réouverture.

#### **Article 9-2 – Dialogue avec les médecins thermaux**

Pour traiter des éventuels conflits, les partenaires conventionnels encouragent dans chaque station le dialogue entre médecins et établissements thermaux ; notamment par l'intermédiaire du directeur de l'établissement thermal et du président de la société médicale locale, lorsqu'elle est constituée.

L'établissement thermal est susceptible de saisir la Commission paritaire nationale des difficultés d'ordre conventionnel qui n'auraient pu trouver résolution au plan local.

Compte tenu des difficultés de recrutement de certaines professions et afin d'y pallier, les établissements thermaux transmettent au CNETH, chaque année, un état des lieux par profession du nombre de professionnels médicaux et paramédicaux intervenant en leur sein.

#### **Article 10 – Evaluation du Service thermal rendu**

##### **Article 10-1 – Evaluation et amélioration du service rendu**

Les partenaires conventionnels prennent acte de l'effort de recherche et des réalisations visant à optimiser la contribution de la médecine thermique au sein du système de santé, notamment en visant la meilleure pertinence médicale et la recherche de l'efficacité de l'offre de soins thermaux. Ils réaffirment leur engagement à poursuivre dans cette voie.

Cet objectif s'est traduit notamment par la mise en place d'une association de recherche indépendante qui s'est attachée à concevoir une démarche d'évaluation scientifique à la qualité méthodologique reconnue.

Il est constitué au sein de cette association un comité d'experts indépendants, chargé notamment d'évaluer la qualité méthodologique des projets d'étude qui lui sont soumis.

Les travaux d'évaluation du service médical rendu se poursuivront pour la majorité des orientations thérapeutiques et feront l'objet de publications scientifiques soumises à des revues à comité de lecture référencées dans la base de données internationales PubMed. Ils pourront être réalisés à l'échelle de plusieurs pays de l'Union européenne, en concertation et en collaboration, avec les instances professionnelles ou médicales compétentes dans ces pays.

Les organismes d'assurance maladie comme les représentants des établissements thermaux s'engagent à poursuivre cet objectif en y consacrant les moyens techniques et personnels nécessaires.

L'adhésion d'un établissement thermal à la convention nationale emporte l'obligation pour cet établissement de participer financièrement à la démarche nationale d'évaluation du service médical rendu par les cures thermales.

L'établissement peut satisfaire à cette obligation en finançant, soit individuellement, soit à travers un organisme national, des travaux ayant reçu l'aval méthodologique du comité d'experts visé par le présent article.

Le CNETH s'engage à communiquer à la Commission paritaire nationale au plus tard le 31 janvier de chaque année la liste détaillée des établissements thermaux qui se sont acquittés de cette obligation de financement de la recherche, et la liste des publications scientifiques soumises à des revues à comité de lecture référencées dans la base PubMed. Tout manquement à cette obligation conventionnelle pourra entraîner l'application des dispositions du titre V de la présente convention.

Les organismes nationaux d'assurance maladie désigneront et feront connaître à la Commission paritaire nationale leur représentant chargé de suivre et de participer à la démarche d'évaluation du service médical rendu par les cures thermales. Ce représentant scientifique siègera au sein du comité d'experts susvisé.

#### **Article 10-2 – La charte des curistes**

Les parties à la convention conviennent d'élaborer, dans un délai d'un an suivant l'entrée en vigueur de la présente convention, une charte des curistes en vue de renforcer la démarche d'amélioration du service rendu et de prise en compte des attentes des curistes. Cette charte est affichée par les établissements thermaux et rend compte des droits et devoirs des curistes dont les établissements doivent également tenir compte.

#### **Article 10-3 – L'expérimentation et l'évaluation de nouvelles modalités de prise en charge en cure thermale : prévention et éducation thérapeutique**

Les partenaires conventionnels conviennent de l'intérêt d'expérimenter des programmes de prévention et d'éducation thérapeutiques qui auraient vocation à être généralisés et pérennisés dans le champ conventionnel en cas d'évaluation positive.

A ce titre, ils conviennent de définir dès à présent dans un protocole cadre national, les principaux objectifs et les principales thématiques et modalités de ces expérimentations et, avant la fin du premier quadrimestre 2018, d'établir plusieurs protocoles afin de mener, sur la période 2018-2020, des expérimentations de prévention et/ou d'éducation thérapeutique auprès de curistes effectuant leur cure dans les stations thermales identifiées dans le cadre des protocoles.

### TITRE IV

#### TRAITEMENTS-TYPE ET TARIFS DE RESPONSABILITÉ

#### **Article 11 – Contenu médical des traitements**

##### **Article 11-1 – Composition générale des traitements**

Chaque établissement thermal dispose, pour chacune des orientations thérapeutiques dispensées, d'un ou plusieurs traitements conformes aux normes établies pour l'orientation thérapeutique concernée.

Ces traitements-type figurent en annexe 1. Ils se présentent sous forme de forfait de soins.

Dans certaines orientations, trois forfaits sont proposés au choix du prescripteur :

- le forfait n° 1, qui ne comporte aucune séance de kinésithérapie, correspond au nombre total de séances de soins devant être délivrées durant la cure, dans l'orientation considérée ;
- le forfait n° 2, correspond au nombre total de soins devant être délivrés durant la cure, duquel sont soustraites 18 séances d'hydrothérapie, remplacées par 18 séances de kinésithérapie qui sont soit identiques, soit composées de 9 séances de 2 soins de kinésithérapie différents ;
- le forfait n° 3, correspond au nombre total de soins devant être délivrés durant la cure, duquel sont soustraites 9 séances d'hydrothérapie, remplacées par 9 séances de kinésithérapie identiques.

Un 4<sup>e</sup> forfait est proposé dans l'orientation thérapeutique « affections psychosomatiques » :

- le forfait n° 4 correspond au nombre total de soins devant être délivrés durant la cure, duquel sont soustraites 18 séances d'hydrothérapie, remplacées par 18 séances de kinésithérapie.

La prise en charge mentionnée à l'article 15-1 prévoit selon la prescription médicale, le traitement à suivre dans l'orientation thérapeutique qui a motivé la cure dite principale, assortie le cas échéant d'un traitement dans une autre orientation dite secondaire.

Chaque traitement-type comporte :

- la liste des soins proposés par l'établissement pour chacune des orientations thérapeutiques, en conformité avec la grille d'appellations normalisées répertoriant ces soins tels que prévues à l'annexe 1 ;
- le nombre total de séances de soins devant être délivrés, assurant la prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

Nombre total de séances de soins selon l'orientation thérapeutique :

- 108 séances de soins pour l'orientation thérapeutique « voies respiratoires » ;
- 72 séances de soins pour les orientations thérapeutiques « rhumatologie, neurologie, affections urinaires, affections digestives, maladies cardio-artérielles, phlébologie, gynécologie, dermatologie, affections psychosomatiques » ;
- 54 séances de soins pour les orientations thérapeutiques « affection des muqueuses bucco-linguales, troubles du développement chez l'enfant, affections psychosomatiques ».

Tous les soins thermaux sont décomptés dans le nombre de séances de soins, à l'exclusion de la cure de boisson prise à la buvette de l'établissement sauf orientation thérapeutique spécifique telle que précisée à l'article 15-1.

Les pratiques médicales complémentaires sont également décomptées dans le nombre de séances de soins prévu au forfait dans toutes les orientations thérapeutiques.

Pour chaque curiste, le médecin thermal assurant la surveillance médicale de la cure choisit parmi la gamme des pratiques (soins) figurant au traitement-type de la station, celles qui seront effectuées pendant la durée de la cure. Les soins quotidiens peuvent être différents dans leur nature et dans leur nombre au cours de la cure.

## Article 11-2 – Soins et prestations de confort

### Soins de boue et segments corporels

Les applications de boue et de cataplasmes sont effectuées sur un ou plusieurs segments corporels, conformément à la prescription médicale qui a été remise au curiste.

Les segments corporels sont au nombre de 5 et sont définis comme suit :

- Rachis [C1 à L5 – cervicales-dorsales-lombaires]
- Les 2 membres supérieurs :
  - bras [épaule □ coude]
  - avant-bras [coude □ poignet]
  - main [poignet □ extrémités des doigts]
- Les 2 membres inférieurs :
  - cuisse [hanche □ genou]
  - jambe [genou □ cheville]
  - pied

Le nombre d'applications sur chaque segment corporel est laissé à l'appréciation du médecin dans la limite globale de 5 sites d'application (les articulations et/ou le rachis) pour une application ou cataplasme local(e) multiple. Il est rappelé que le traitement de plus de 3 segments, nécessite la prescription d'une application ou cataplasme local(e) multiple, complété(e) d'autant d'applications ou cataplasmes uniques que nécessaire.

### Soins complémentaires

Le médecin thermal a la faculté de prescrire des soins en sus de ceux réalisés dans le cadre du forfait. Ceux-ci peuvent être prévus dans la grille nationale des soins thermaux fixée conventionnellement ou être médicalement utiles en complément des pratiques thermales (ex. : psychologue, diététicienne...).

- s'il s'agit de soins inscrits à la grille nationale des soins thermaux, ceux-ci doivent impérativement faire partie intégrante du traitement-type de l'établissement ;
- s'il ne s'agit pas de soins inscrits à la grille, les soins utiles à titre de complément du traitement thermal peuvent être réalisés en sus.

Ces soins complémentaires sont tarifés librement et ne donnent pas lieu à remboursement par l'assurance maladie. L'établissement thermal informe les curistes de ces conditions.

### Des prestations de confort

Sous réserve du respect d'une stricte conformité des plateaux techniques, des moyens et personnels dédiés aux soins, des prestations de confort non comprises dans le forfait peuvent être commercialisées dans une zone distincte de l'établissement ou dans un établissement spécifique.

L'organisation des soins et les capacités du plateau technique doivent être suffisantes afin de ne pas conduire à l'admission dirigée dans l'espace distinct dédié à ces prestations supplémentaires. Seule la capacité de fréquentation maximale instantanée telle que définie à l'article 12 peut imposer une limitation du nombre de curistes.

Les prestations de confort supplémentaires sont tarifées librement et ne donnent pas lieu à prise en charge de l'assurance maladie. L'établissement informe le curiste de ces conditions avant qu'il ne donne son accord explicite.

## Article 11-3 – Durée de soins

### Définition

La durée de soin correspond au temps effectif pendant lequel le soin est délivré. Le temps nécessaire aux opérations de préparation et de remise en condition des locaux, de remplissage et de vidange, de déshabillage et d'habillage du curiste, d'arrivée et de sortie des personnels et du curiste n'est pas compris dans la durée de soin.

Une annexe à la convention fixe pour chaque famille de soins et pour chaque pratique générique, le temps de soins conventionnel minimum devant être respecté dans le cadre de la prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

Lorsque la durée de soin pratiquée dans un établissement thermal est au moins égale au temps de soin conventionnel minimum fixé par l'annexe 1, le médecin thermal peut prescrire une durée de soin égale à deux fois le temps de soin conventionnel minimum pour un curiste présentant un profil pathologique particulier ; cette prescription entraîne le décompte de deux séances de soins.

## Article 12 – Règles spécifiques de composition des différents traitements

Pour être pris en charge, les soins thermaux doivent être inscrits à la grille des appellations normalisées annexée à la présente convention.

Pour chaque soin sont indiqués :

- le temps de soin conventionnel minimum ;
- la qualification du personnel soignant nécessaire ;
- le matériel spécifique ;



- les orientations thérapeutiques pour lesquelles le soin peut être délivré.

Le traitement est pris en charge sous forme d'un forfait tout compris, excluant tout autre supplément en dehors des honoraires médicaux.

Le forfait comporte l'ensemble des séances de soins prescrites parmi le traitement type, les matériels, équipements, consommables, linges, plateau technique (y compris volume d'eau) et personnels dédiés nécessaires et suffisants à la réalisation d'une cure de qualité.

Les établissements sont tenus de fournir à chaque curiste :

- une serviette lorsque les soins s'appliquent uniquement à la sphère ORL ;
- une serviette **et** un peignoir **ou** une serviette **et** un drap de bain, dans les autres cas.

Ce linge doit être changé tous les jours.

Les établissements doivent veiller à ce que le curiste utilise une paire de sandales (type claquettes) dont l'usage sera strictement réservé à la zone de soins thermaux.

Seuls certains accessoires à usage personnel (verres de boisson et embouts ORL) peuvent être vendus aux curistes.

L'établissement établit la liste des soins proposés pour chaque orientation thérapeutique. Cette liste doit obligatoirement avoir été validée par la société médicale de la station. Le forfait est composé des soins choisis parmi cette liste et prescrits par le médecin en fonction de la pathologie et dispensés aux curistes par l'établissement conformément à la prescription.

Le plateau technique de l'établissement doit permettre d'assurer à chaque curiste et dans chaque orientation thérapeutique, un traitement répondant aux règles de composition des forfaits. Il est proportionné à la capacité de l'établissement et dispose en permanence d'un volume d'eau suffisant pour délivrer les soins prescrits à chaque curiste. Le plateau technique présente dans l'ensemble de l'établissement un niveau d'équipement équivalent permettant d'assurer dans d'éventuelles zones distinctes les traitements conformes à la Convention.

Seule la fréquentation maximale instantanée, résultant du nombre et de la taille des équipements et des différentes typologies de prescriptions, peut limiter l'accès au plateau technique.

Les règles de composition des forfaits pendant la durée de cure sont les suivantes :

#### Article 12-1-1 – Pour l'orientation thérapeutique principale

- la cure de boisson quotidienne dans toutes les orientations thérapeutiques, lorsqu'elle existe et qu'elle n'est pas contre indiquée ;
- les autres séances de soins, selon l'orientation thérapeutique :
  - voies respiratoires : 108 séances de soins ;
  - rhumatologie, neurologie, dermatologie, maladie cardio-artérielle, gynécologie, affections psychosomatiques : 72 séances de soins ;
  - voies digestives et urinaires et maladies métaboliques :  
72 séances de soins. La cure de boisson à domicile remplaçant la cure de boisson à la buvette, est décomptée comme une séance de soins ;
    - phlébologie : 72 séances de soins ;
    - affections psychosomatiques, affections des muqueuses bucco-linguales, troubles du développement de l'enfant : 54 séances de soins.

#### Article 12-1-2 – Pour l'orientation thérapeutique secondaire

54 séances parmi la liste des soins proposés en « voies respiratoires » incluant d'éventuelles pratiques médicales complémentaires.

36 séances pour les autres orientations thérapeutiques parmi la liste des soins proposés par l'établissement dans l'orientation thérapeutique considérée, incluant d'éventuelles pratiques médicales complémentaires.

#### **Article 12-2 – Durée de la cure**

Pour toutes les orientations thérapeutiques les soins sont répartis sur 18 jours.

Les soins réalisés les dimanches et jours fériés ne peuvent donner lieu à majoration de tarif.

#### **Article 13 – Soins de kinésithérapie**

Les soins de kinésithérapie thermale doivent obligatoirement être exécutés dans les conditions prévues par le code de la santé publique.

Ces soins font l'objet d'un remboursement par forfaits individuels ou collectifs dans les conditions prévues à l'article 11-1, tels que fixés dans l'annexe tarifaire. Ils ne peuvent donner lieu à remboursement en sus.

Ces forfaits peuvent toutefois être pris en charge au prorata temporis en cas de réalisation partielle des soins, si ceux-ci sont interrompus en raison d'un empêchement non programmé du masseur-kinésithérapeute.

#### **Article 14 – Modifications des traitements**

Des modifications (ajouts ou suppressions) de traitements peuvent être accordées par la commission paritaire nationale sur proposition de l'établissement après avis favorable motivé de la société médicale de la station.

Les demandes d'ajouts ou suppressions de traitements sont transmises au secrétariat de la commission dans les conditions énoncées à l'article 9-1.

Le traitement type d'un établissement thermal ne pourra pas faire l'objet d'une demande de modification en cours de saison, sauf cas de force majeure.

### **Article 15 – Remboursement des soins**

Le remboursement ne peut intervenir que si le nombre de séances de soins fixé à l'article 12-1 pour l'orientation thérapeutique considérée est délivré, exception faite d'une contre-indication médicalement justifiée ou d'une suspension totale ou partielle d'activité dans les conditions prévues à l'article 17.

Les imprimés réglementaires de facturation doivent comporter le détail des soins exécutés et être accompagnés de la prescription.

#### **Article 15-1 – Prise en charge**

Préalablement au début des soins, dans le cadre de la dispense d'avance des frais, l'établissement thermal se fait remettre par l'assuré, le document justifiant de la prise en charge administrative délivrée par sa caisse d'affiliation.

Le curiste remet également à l'établissement l'ordonnance établie par le médecin thermal.

A défaut du respect des dispositions ci-dessus, l'assuré conserve à sa charge la totalité de la dépense.

Si des prestations non-comprises dans le forfait de soins sont effectuées en sus de celui-ci, l'assuré conserve à sa charge la totalité de la dépense supplémentaire.

#### **Article 15-2 – Conditions de remboursement**

Dès la fin de la cure l'établissement thermal peut recevoir de la caisse compétente le remboursement de la participation des caisses d'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article 8.

L'établissement thermal atteste dans les rubriques de la prise en charge réservées à cet effet, que le traitement prescrit a été effectué et le nombre de séances prévues délivré. Lorsque la cure a fait l'objet d'une surveillance par un médecin salarié de l'établissement, il atteste de la délivrance du forfait de surveillance thermique pour une ou deux orientations thérapeutiques.

Il doit produire à cet effet, le volet correspondant de la prise en charge, complété dans les conditions prévues à l'article 15.

Une cure interrompue pour raisons médicales attestées par le médecin thermal ou en cas de force majeure dûment établie, est prise en charge au *pro rata temporis*.

Une cure incomplète ou interrompue pour d'autres raisons ne peut donner lieu à prise en charge.

Une cure incomplète pour raison médicale dûment attestée est prise en charge intégralement.

### **Article 16 – Fixation des tarifs**

#### **Article 16-1 – Tarifs forfaitaires de responsabilité**

Pour chaque orientation thérapeutique, la prise en charge des frais de soins thermaux dispensés dans les établissements conventionnés s'effectue sur la base des tarifs forfaitaires de responsabilité conformément à la grille tarifaire annexée aux avenants à la convention et s'applique ainsi jusqu'à la date d'expiration de celle-ci.

Conformément à l'article L. 162-40 du code de la sécurité sociale, la facturation des soins thermaux dispensés aux bénéficiaires de la CMU-C ou aux personnes disposant de l'attestation du droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale est établie sur la base des tarifs forfaitaires de responsabilité.

La revalorisation des tarifs forfaitaires de responsabilité est applicable au 1<sup>er</sup> mars de chaque année. Au plus tard le 15 janvier de chaque année, le directeur général saisit pour avis le ou les syndicats représentatifs des établissements thermaux signataires de la convention nationale. Les représentants rendent un avis sous quinze jours. Au-delà de cette échéance, la décision du directeur général est supposée rendue.

La décision du directeur général de l'UNCAM est publiée au BOAMP pour mise en oeuvre au 1<sup>er</sup> mars.

#### **Article 16-2 – Prix limites de facturation**

Les dispositions suivantes ne sont pas applicables aux médecins thermaux salariés.

Les tarifs des prix limites de facturation de chaque forfait de soins dans chacune des orientations thérapeutiques prévus à l'article L. 162-39 du CSS sont établis sur la base des dispositions suivantes :

Les prix limites de facturation en année n sont établis en appliquant aux prix limites de facturation de l'année n-1 un coefficient de revalorisation calculé en tenant compte d'indices d'évolution représentatifs des charges d'exploitation des établissements thermaux et, le cas échéant, de coefficients correcteurs permettant de tenir compte des évolutions réglementaires ou conventionnelles impactant les charges d'exploitation de ces établissements.

Il est, dans un premier temps, calculé un indice pondéré de la manière suivante :

- indice pondéré d'évolution annuelle des charges :  $a = (50 \% \times a_1) + (30 \% \times a_2) + (15 \% \times a_3) + (5 \% \times a_4)$  ;
- $a_1$  = évolution du SMIC en montant mensuel brut (défini à ce jour pour 35 heures de travail par semaine, soit 151,67 heures par mois) - source INSEE série mensuelle, au 1<sup>er</sup> janvier de l'année n conformément aux dispositions de la loi n° 2008-1258 du 3 décembre 2008 ;

- a2 = évolution de l'indice des prix de production des services français aux entreprises françaises, Ensemble des services - base 2010 série trimestrielle, sur la base du dernier indice publié au 31 décembre de l'année n-1 ;
- a3 = évolution de l'indice de prix de production de l'industrie française pour le marché français - électricité, gaz, vapeur et air conditionné - base 2010 série mensuelle, sur la base du dernier indice publié au 31 décembre de l'année n-1 ;
- a4 = évolution de l'indice des coûts à la construction série trimestrielle, sur la base du dernier indice publié au 31 décembre de l'année n-1.

Cet indice pondéré peut être complété pour tenir compte de paramètres réglementaires ou conventionnels impactant les charges d'exploitation de ces établissements.

Lorsque l'indice pondéré est négatif, les prix limites de facturation, dont l'évolution ne peut être négative, ne sont pas revalorisés. Les tarifs de l'année N-1 sont alors appliqués à l'année N.

La revalorisation des prix limites de facturation est applicable au 1<sup>er</sup> mars de chaque année. Au plus tard le 15 janvier de chaque année, le directeur général saisit pour avis le ou les syndicats représentatifs des établissements thermaux signataires de la convention nationale, conformément aux dispositions précédentes. Les représentants rendent un avis sous quinze jours. Au-delà de cette échéance, la décision du directeur général est supposée rendue.

La décision du directeur général de l'UNCAM est publiée au BOAMP pour mise en œuvre au 1<sup>er</sup> mars.

Les modalités tarifaires prévues par le présent article s'appliquent jusqu'au 31 décembre 2022.

Une Commission paritaire nationale a lieu avant le 31 décembre de chaque année pour prendre en compte les éléments qui participent à l'évolution des prix limites de facturation et tarifs forfaitaires de responsabilité.

### **Article 16-3 – Régime des tarifs**

En application de l'article L. 162-39 du code de la sécurité sociale, les tarifs des soins thermaux dispensés aux assurés sociaux ne peuvent excéder les prix limites de facturation visés à l'article 16-2 de la présente convention.

Les tarifs des soins thermaux délivrés dans le cadre des forfaits de soins tels que définis à l'article 11-1 comprennent les éventuels pourboires, services, taxes et linge nécessaire au traitement, y compris la participation en matériel et en personnel au service des pratiques médicales complémentaires telle que définies à la nomenclature médicale, et ne peuvent faire l'objet d'une facturation en sus.

Les modifications de tarifs ne peuvent être appliquées au cours d'une cure. Le tarif de facturation en vigueur le premier jour de la cure demeure valable pendant toute la durée de celle-ci.

Sur proposition de l'établissement ou du médecin thermal, des prestations de confort ou des soins supplémentaires peuvent être proposés au curiste dans les conditions prévues à l'article 11-2. Le curiste est informé du régime des tarifs, remboursables ou non, de chacun des soins et des prestations.

Les tarifs des forfaits de kinésithérapie thermique suivent le même régime que les tarifs des autres forfaits thermaux.

En cas de modification de la grille d'appellations normalisée concernant une orientation thérapeutique, les parties signataires peuvent convenir de revoir le tarif forfaitaire de responsabilité et le prix limite de facturation de cette orientation thérapeutique après étude de l'incidence de cette modification du tarif auprès des stations concernées.

### **Article 16-4 – Revalorisation des tarifs**

Les tarifs des traitements thermaux sont fixés en application de l'article L. 162-39, 3<sup>o</sup> du code de la sécurité sociale et peuvent évoluer dans le cadre de la législation en vigueur, et notamment de l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale.

Lorsque la différence entre les prix limites de facturation (PLF) et les tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR) atteint plus de 8 points, un mécanisme de régulation, défini par les parties à la convention, est déclenché l'année suivante afin de faire converger partiellement les PLF et TFR. Ce mécanisme de régulation de 4 points dont le rythme est défini par les parties consiste à répartir l'effort de convergence partielle entre les établissements et l'assurance maladie.

Les établissements supportent 25 % de l'effort, en acceptant une moindre revalorisation du PLF que celle issue de la série composite annuelle des indices d'évolution mentionnés à l'article 16-2.

L'assurance maladie prend en charge 75 % de l'effort de convergence par la revalorisation du TFR.

Le rythme auquel l'effort de chacune des parties est réparti sur la période de convergence est arrêté contradictoirement en début de période et révisé annuellement selon la volonté des parties.

Ce mécanisme de convergence est applicable au 1<sup>er</sup> mars de l'année N+1, suivant l'année N où l'écart de 8 points est constaté. Il ne peut conduire à ce que le prix limite de facturation évolue négativement au cours de la période considérée.

### **Article 16-5 – Seconde orientation**

Les tarifs des traitements pour la seconde orientation thérapeutique correspondent à 50 % des tarifs des traitements de l'orientation thérapeutique considérée.

### **Article 17 – Suspension d'activité, ou fermeture d'un établissement thermal : information et règlement**

L'établissement thermal est tenu au respect des réglementations en matière sanitaire et de sécurité.

Lorsque les contrôles effectués par les autorités, ou réalisés par l'établissement, conduisent à la fermeture des points d'usage concernés, l'établissement est tenu aux obligations suivantes :

#### **Article 17-1 – Suspension totale d'activité de l'établissement**

Dans cette situation, la totalité des capacités de traitements de l'établissement est rendue inaccessible pour une durée indéterminée au cours de la saison thermale.

A titre temporaire, l'ensemble de l'établissement est dans l'impossibilité d'accueillir et de traiter les curistes.

Les cures en cours sont suspendues, elles donnent lieu à règlement au *pro rata temporis*. De nouvelles cures ne peuvent être engagées. Les curistes sont tenus informés de leur situation par l'établissement.

L'établissement informe dans les plus brefs délais la caisse primaire d'assurance maladie de sa circonscription ainsi que le secrétariat de la CPN (UNCAM) de la durée probable de la suspension totale d'activité.

#### **Article 17-2 – Fermeture totale de l'établissement**

Si l'établissement thermal est totalement fermé et que sa réouverture n'est pas envisageable au cours de la saison thermale, l'établissement informe de sa situation la Caisse primaire d'assurance maladie de sa circonscription ainsi que le secrétariat de la CPN (UNCAM). La CNAMTS procède à l'information des autres régimes.

La réouverture fait l'objet d'informations dans les mêmes conditions. La CNAMTS informe les régimes d'assurance maladie autres que ceux désignés ci-dessus.

La délivrance des prises en charge est suspendue. Les cures interrompues font l'objet d'un paiement au *pro rata temporis*.

#### **Article 17-3 – Suspension partielle d'activité**

Dans cette situation, la suspension d'activité ne concerne qu'une partie des capacités de traitement de l'établissement.

Il appartient au responsable de l'établissement de déterminer les orientations thérapeutiques et soins restant accessibles aux curistes. Il s'engage au respect des obligations en matière de capacité technique et de contenu des soins de chacune des orientations restant accessibles.

Dans ce cadre, après accord exprès du médecin thermal et du curiste, un soin rendu inaccessible peut être remplacé par un autre appartenant à la même orientation thérapeutique afin d'assurer le nombre total de soins prévu à l'article 11. Le doublement est limité à deux soins par orientation et par curiste (1).

La cure étant prévue sur une période donnée, si sur cette période il a été impossible de substituer un autre soin à celui rendu inaccessible, ou si le médecin a refusé cette substitution, ou si le curiste a refusé la substitution du soin ou le fractionnement de sa cure, celle-ci est considérée comme interrompue et donne lieu à facturation au *pro rata temporis*.

A titre exceptionnel, seules les cures engagées dans leur dernière semaine, (durée de cure supérieure à 12 jours), ne sont pas tenues à obligation de remplacement d'un soin. Après accord exprès du curiste et du médecin thermal, la cure peut être poursuivie jusqu'à son terme.

### TITRE V

#### PROCÉDURE DE CONTRÔLE, SANCTIONS, MESURES DE DÉCONVENTIONNEMENT

#### **Article 18 – Contrôle**

##### **Article 18-1 – Contrôle et visite**

L'établissement donne toutes facilités nécessaires à l'exercice des contrôles prévus par les textes légaux et réglementaires et l'application des dispositions de la présente convention.

Les praticiens conseils ainsi que les responsables des services administratifs des organismes d'assurance maladie assurent les contrôles visés ci-dessus et informent de leur passage la direction de l'établissement.

Concernant les médecins-conseils, les visites peuvent être inopinées, sous réserve de faire connaître leur présence à la direction de l'établissement dès l'arrivée dans les locaux.

##### **Article 18-2 – Publicité**

Les établissements thermaux s'obligent à ne pas utiliser en tant que moyen de publicité auprès du public, la possibilité de prise en charge par les caisses d'assurance maladie.

Cette obligation ne s'applique pas à l'information délivrée à titre individuel sur les modalités de prise en charge des traitements thermaux par l'assurance maladie.

#### **Article 19 – Non-respect des règles conventionnelles**

##### **Article 19-1 – Rôle de la Commission paritaire nationale**

Les litiges auxquels pourrait donner lieu l'application de la présente convention sont soumis à la Commission paritaire nationale.

La commission doit être saisie à l'initiative de l'une des parties signataires, d'une caisse locale ou d'un établissement adhérent ayant constaté des manquements aux obligations de la présente convention.

### **Article 19-2 – Procédure**

En cas de manquement aux obligations conventionnelles d'un établissement thermal ou d'une caisse d'assurance maladie, la commission peut être saisie par l'une des parties signataires. Cette partie transmet un relevé de ses constatations à la commission et un exposé succinct de ses sollicitations. La commission se réunit dans un délai maximum de deux mois suivant la réception de la demande.

Un dossier exposant les griefs retenus à l'encontre de l'établissement thermal ou de la caisse d'assurance maladie est transmis par courrier avec accusé de réception dans un délai minimum d'un mois avant la réunion de la commission.

La partie concernée dispose de quinze jours pour faire valoir ses observations auprès du secrétariat de la commission. La commission peut entendre à sa demande le représentant de la partie concernée, lequel peut se faire assister d'un conseil. A défaut, la partie concernée transmet des observations écrites.

La non-présentation des observations écrites ou verbales ou la carence d'une des parties signataires à la convention ne sursoient pas la prise de décision par la commission.

Ne peut intervenir dans le cadre de la délibération de la Commission paritaire nationale, le membre ayant partie liée à l'établissement ou l'organisme en cause. Son suppléant pourvoit à son remplacement.

Après appréciation des griefs la commission émet un avis motivé quant aux mesures à prendre à l'égard de la partie concernée.

L'avis est transmis à l'UNCAM en application de l'article L. 162.41 du code de la sécurité sociale. Aucune décision ne peut être prise unilatéralement par l'UNCAM sans consultation formelle et préalable de la Commission paritaire nationale.

En plus des mesures déjà prévues, des pénalités financières pourront être appliquées aux établissements qui ne respecteront pas les obligations de la présente convention. Ces pénalités financières seront définies par le directeur général de la CNAMTS après saisine conventionnelle et avis de la commission paritaire nationale.

Selon les règles suivantes le montant des pénalités financières sera proportionné au préjudice subi par l'assurance maladie ou ses assurés. Il ne pourra excéder 5 % du montant annuel des sommes versées par l'assurance maladie au titre de la prise en charge des forfaits.

### **Article 19-3 – Les mesures de déconventionnement**

Selon la gravité des manquements aux obligations de la présente convention, les mesures retenues sont les suivantes :

- avertissement ;
- pénalités financières ;
- suspension de la dispense d'avance des frais dans l'hypothèse où des irrégularités constatées concernent la facturation. La durée de la suspension doit être modulée d'un à douze mois selon la gravité des irrégularités ;
- déconventionnement temporaire. La durée du déconventionnement est modulée selon la gravité des faits reprochés d'un mois à la durée totale d'application de la convention.

Les deux dernières mesures sont susceptibles de bénéficier d'un sursis total ou partiel.

Nonobstant les mesures précitées, l'établissement ayant commis des anomalies de facturation impliquant pour l'assurance maladie le versement de prestations non dues est tenu de restituer les sommes versées indûment.

Par ailleurs, un établissement ayant fait l'objet d'une condamnation au titre de l'article L. 114-16-2 du code de la sécurité sociale ou de l'article L. 441-6 du code pénal est de fait déconventionné.

### **Article 19-4 – Décision – Recours**

L'UNCAM prend les mesures de déconventionnement supra après avis de la Commission paritaire nationale et consultation des autres caisses nationales de l'assurance maladie.

La décision est communiquée à l'établissement concerné par le secrétariat de la commission, par lettre recommandée avec accusé de réception portant précisions de la nature et de la durée des mesures de déconventionnement et ainsi que les dates de son application.

Les litiges survenant à l'occasion des mesures de déconventionnement précitées sont de la compétence de la juridiction administrative.









**Annexe 1 à la convention nationale du thermalisme 2018-2022 :  
Grille des appellations normalisées des soins thermaux**

familles de soins	code générique	pratique générique	définition générique	code soin	intitulé soin	qualification personnel	orientations concernées et durées de référence conventionnelles (en minutes)														
							VR	RH	NEU	DER	AMB	PSY	GYN	PH-L	MCA	AD	AU	TDE			
7 - pratiques médicales	70	pratiques médicales (hors champ de révision)	douche filiforme	701	douche filiforme				X	X											
			douche médiale	702	douche médiale							X									
			insufflation de trompe	703	insufflation de trompe																
			douche pharyngienne	704	douche pharyngienne																
			injection de gaz thermaux	705	injection de gaz thermaux						X										
			drainage manuel de stases veineuses	707	drainage manuel de stases veineuses												X				
			méthode de déplacement de Proetz	708	méthode de déplacement de Proetz																
			columisation du vagin	709	columisation du vagin													X			
			sudation en cabine individuelle	80	sudation provoquée en cabine de repos individuelle				ADST		10	10									10
			8 - soins particuliers		gargarisme bain nasal	gargarisme réalisé avec de l'eau minérale ; matériel : buvette et gargariseur	804	gargarisme													
Rinçage des fosses nasales par de l'eau minérale à l'aide d'une pipette nasale	215	bain nasal																			
Enveloppement dans des linges imprégnés d'eau minérale	410	enveloppement hydrothérapique							AST								10				
Enveloppement matériel : lit de repos et linge d'enveloppement																					
insufflation intestinale d'eau minérale	802	entéroclyse							AST											20	20
85		coulée de marche	déambulation dans un bassin collectif d'eau minérale limitant l'immersion aux membres inférieurs	805	coulée de marche													10	10		
			matériel : piscine de marche avec aérobian et (ou) contre-courant																		

La durée des soins appartenant à ces familles génériques peut, sur prescription médicale, être doublée (ex: 18 soins de 10 minutes ou 9 soins de 20 minutes)

ANNEXE 2 : GRILLE DES PRIX LIMITES DE FACTURATION AU 1<sup>er</sup> MARS 2017 en euros et à actualiser au 1<sup>er</sup> janvier 2018

Orientations thérapeutiques	Forfait 1	Forfait 2	Forfait 3	Forfait 4	9 séances		18 séances		Forfait orientations thérapeutiques secondaires
					Individuelles	Collectives	Individuelles	Collectives	
Voies respiratoires	467,81	383,49	421,84		109,92	44,18	220,00	87,98	233,90
Rhumatologie	530,77	424,55	495,32		109,92	44,18	220,00	87,98	265,38
Neurologie	557,31	445,78	520,08		109,92	44,18	220,00	87,98	278,65
Dermatologie	471,68	377,41	440,32		109,92		220,00		235,84
Affections des muqueuses bucco-linguales	251,66								125,83
Affections psychosomatiques	467,81	383,49	479,38		109,92		220,00		233,90
Gynécologie	469,85								234,91
Phlébologie	491,57	393,26	458,81		109,92	44,18	220,00	87,98	245,78
Maladie cardio-vasculaire	530,77	424,55	495,32		109,92	44,18	220,00	87,98	265,38
Affections digestives	501,15	380,91	444,42		109,92		220,00		250,58
Affections urinaires	501,15	380,91	444,42		109,92		220,00		250,58
Troubles du développement de l'enfant	334,16	274,13	342,67			44,18		87,98	167,07

ANNEXE 3 : GRILLE DES TARIFS FORFAITAIRES DE RESPONSABILITE AU 1<sup>er</sup> MARS 2017 en euros à actualiser au 1<sup>er</sup> janvier 2018

Orientations thérapeutiques	Forfait 1	Forfait 2	Forfait 3	Forfait 4	9 séances		18 séances		Forfait orientations thérapeutiques secondaires
					Individuelles	Collectives	Individuelles	Collectives	
Voies respiratoires	449,95	368,85	405,73		105,72	42,50	211,60	84,62	224,97
Rhumatologie	510,51	408,34	476,41		105,72	42,50	211,60	84,62	255,25
Neurologie	536,04	428,76	500,23		105,72	42,50	211,60	84,62	268,01
Dermatologie	453,67	363,01	423,51		105,72		211,60		226,84
Affections des muqueuses bucco-linguales	242,05								121,02
Affections psychosomatiques	449,95	368,85	461,08	449,95	105,72		211,60		224,97
Gynécologie	451,91								225,94
Phlébologie	472,80	378,25	441,29		105,72	42,50	211,60	84,62	236,39
Maladie cardio-vasculaire	510,51	408,34	476,41		105,72	42,50	211,60	84,62	255,25
Affections digestives	482,02	366,37	427,45		105,72		211,60		241,01
Affections urinaires	482,02	366,37	427,45		105,72		211,60		241,01
Troubles du développement de l'enfant	321,40	263,66	329,59			42,50		84,62	160,69

(1) En Voies respiratoires, trois soins peuvent être doublés.