

Association luxembourgeoise des sages-femmes

Convention entre l'Union des caisses de maladie et l'Association luxembourgeoise des sages-femmes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale

Historique

Mémorial		Modifications	Mise en vigueur
1.	Mémorial A n°100 du 24.12.1993 (page 2115)	Nouvelle convention	01.01.1994
2.	Mémorial A n°170 du 31.12.2001 (page 3790)	Amendements	04.01.2002
3.	Mémorial A n°436 du 21.08.2026	Avenant	25.08.2026

Sommaire

Prestataires de soins	Article 1
Liberté d'installation	Article 2
Personnes protégées	Article 3
Identification des personnes protégées	Article 4
Carte d'assuré	Article 5
Libre choix	Articles 6 - 7
Conformité des prestations aux prescriptions et ordonnances médicales	Article 8
Accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale	Article 9
Transmission des données	Article 10
Mémoires d'honoraires	Article 11
Indemnité pour perte d'honoraires et contraintes exceptionnelles	Article 12
Prestations au domicile de la personne protégée	Article 13
Détention de l'ordonnance médicale	Article 14
Invalidation des ordonnances	Article 15
Péremption des ordonnances médicales et opposabilité	Article 16
Délais d'attente	Article 17
Déontologie professionnelle	Article 18

<u>Respect de la nomenclature et bon usage des soins</u>	Article 19
<u>Ordonnances établies par la sage-femme</u>	Article 20
<u>Pathologies inhabituelles</u>	Article 21
<u>Formation continue</u>	Article 22
<u>Auto-évaluation du prestataire</u>	Article 22bis
<u>Echange d'informations</u>	Article 23
<u>Mode de paiement des prestations</u>	Article 25
<u>Révision des tarifs</u>	Articles 26 - 27
<u>Agrément des prestataires</u>	Article 28
<u>Code des prestataires</u>	Article 29
<u>Action directe contre l'Union des caisses de maladie</u>	Article 30
<u>Normes de qualité</u>	Articles 37 - 39

Prestataires de soins

Art. 1. La présente convention s'applique à toutes les sages-femmes autorisées à exercer légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg dans la mesure où elles sont habilitées à pratiquer les actes de la nomenclature applicable aux sages-femmes,

- soit à titre de profession libérale,
- soit au titre de salarié d'une association sans but lucratif ou d'une organisation sans but lucratif possédant la personnalité juridique, œuvrant dans le domaine de la santé et qui, à ce titre, est reconnue par l'union des caisses de maladie,

ce pour autant que ces actes professionnels soient accomplis au Grand-Duché de Luxembourg et que les soins dispensés soient pris en charge par l'assurance maladie en vertu du Code de la sécurité sociale ou en vertu des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié.

La présente convention ne s'applique pas aux professionnels de santé dans le cadre d'un emploi salarié dans un établissement pour les actes délivrés aux personnes protégées séjournant dans cet établissement.

Le terme sage-femme désigne tant les hommes que les femmes exerçant cette profession.

Liberté d'installation

Art. 2. Dans le cadre des dispositions légales et réglementaires réglant l'accès et l'exercice de la profession de sage-femme au Grand-Duché de Luxembourg, l'union des caisses de maladie reconnaît à tout prestataire de soins visé par la présente convention le droit de s'installer librement dans tout le pays.

L'installation du prestataire dans une association regroupant plusieurs professionnels exerçant la profession de sage-femme n'est opposable à l'assurance maladie qu'après notification à

l'union des caisses de maladie de la composition personnelle de l'association. Cette notification doit comporter déclaration des noms et prénoms des associés, le numéro de leur code de prestataire individuel, le numéro du code de l'association ainsi que la date de prise d'effet de leur entrée dans l'association. Il en est de même en cas de cessation d'une association ou en cas de départ d'un membre de l'association.

La disposition qui précède s'applique également aux associations et organisations visées à l'article 1er.

Personnes protégées

Art. 3. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du Code de la sécurité sociale par une des caisses de maladie énumérées à l'article 44 du même code, ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale.

Identification des personnes protégées

Art. 4. La qualité de personne protégée est établie à l'égard du prestataire par la présentation d'une carte d'assuré et, le cas échéant, d'une ordonnance médicale établie au nom de la personne protégée et rédigée conformément aux conventions conclues entre l'union des caisses de maladie et le corps médical.

Le cas échéant la qualité de personne protégée peut être établie également par une attestation officielle émanant d'une institution de sécurité sociale étrangère liée au Grand-Duché de Luxembourg par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale et sur laquelle figurent les noms, adresse et, le cas échéant, le numéro de sécurité sociale de la personne protégée ainsi que la durée de validité de l'attestation.

Le prestataire garantit l'identité de la personne à laquelle il dispense les soins avec le titulaire de l'ordonnance ou de la carte d'assuré. Si la personne protégée n'est pas personnellement connue du prestataire, celui-ci doit exiger la présentation d'un titre d'identité.

Carte d'assuré

Art. 5. L'institution de sécurité sociale compétente met à disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 41 du Code de la sécurité sociale une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré est la propriété de l'institution de sécurité sociale émettrice et contient le nom, prénoms ainsi que le numéro de sécurité sociale du titulaire.

Le contenu de la carte est défini par les spécifications techniques portées par une annexe technique à la présente convention. La carte est susceptible d'être adaptée dans la suite pour répondre à des exigences légales, réglementaires, conventionnelles ou statutaires nouvelles.

Libre choix

Art. 6. Les parties à la présente convention garantissent aux personnes protégées le libre choix du prestataire, ce sans préjudice de ce qui est stipulé à l'article 7 ci-après.

Art. 7. Le fait par la personne protégée de s'adresser soit à un cabinet de prestataires exerçant la profession de sage-femme à titre libéral dans une association visée à l'article 2, alinéa 2, soit à une institution reconnue par l'union des caisses de maladie au titre de l'article 1er, comporte présomption dans le chef du prestataire délivrant les soins du respect de la garantie du libre choix du prestataire par la personne protégée.

Le fait par un prestataire de soins de se faire remplacer temporairement ou le fait par la personne protégée de se faire traiter lors d'un séjour dans un hôpital ou dans une maternité par les prestataires y employés ou agréés n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire par la personne protégée.

Conformité des prestations aux prescriptions et ordonnances médicales

Art. 8. Sous réserve des dispositions légales ou réglementaires expresses, habilitant les sages-femmes à procéder sous leur propre responsabilité à exécuter ou à prescrire certains actes professionnels ou fournitures, les prestations délivrées par les prestataires visés par la présente convention ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles sont délivrées sur ordonnance médicale préalable et si, le cas échéant, elles correspondent rigoureusement aux prescriptions médicales.

Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances de soins ou de fournitures délivrées par les sages-femmes doivent être conformes à leurs attributions définies par le règlement grand-ducal du 11 décembre 1981, réglementant les études et les attributions de la profession de sage-femme, tel que ce règlement a été modifié dans la suite.

En cas d'incompatibilité manifeste des soins prescrits par le médecin avec l'état de santé de la personne protégée, constatée par le prestataire au moment de la délivrance des soins, celui-ci demande au médecin-prescripteur un amendement de l'ordonnance. Lorsqu'il s'agit de prestations soumises à autorisation préalable, l'accord écrit préalable du contrôle médical doit être acquis pour l'amendement de l'ordonnance.

Lorsqu'il s'agit de prestations pour lesquelles l'accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requis, les amendements aux ordonnances font l'objet d'une motivation écrite du prestataire sur l'ordonnance.

Dans les cas visés à la présente convention pour les actes de la nomenclature que la sage-femme, d'après le règlement grand-ducal précité, est habilitée à faire elle-même, le terme ordonnance médicale vise également celle émise par la sage-femme.

Accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 9. Avant la délivrance des soins, les prestataires liés par la présente convention vérifient si les prestations demandées sont soumises à autorisation préalable. Le cas échéant ils en informent les personnes protégées toutes les fois que cette autorisation ne leur serait pas remise avec l'ordonnance. En cas de litige la charge de la preuve que cette information a été donnée incombe au prestataire.

Les prestations dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise par la loi, les règlements ou les statuts à autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale ne sont opposables à l'assurance maladie que sur le vu de cette autorisation.

Transmission et circulation des données

Art. 10. Dans leurs relations avec les personnes protégées et avec l'assurance maladie, les prestataires font exclusivement usage des moyens de communication et des formules standardisées tels qu'ils sont décrits et suivant les modalités administratives arrêtées dans un cahier des charges qui fait partie intégrante de la présente convention.

Ce cahier des charges précise, le cas échéant, également les modalités et normes techniques concernant l'échange des communications par des moyens électroniques et/ou informatiques et est établi sur proposition d'une commission paritaire permanente composée de respectivement deux délégués désignés par chacune des parties.

Mémoires d'honoraires

Art. 11. Les mémoires d'honoraires établis sur les formules standardisées prévues à l'article 10 doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux actes délivrés personnellement par le prestataire et facturés sur la formule d'honoraires.

Les actes doivent être inscrits sur la formule d'après le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature des actes.

Le mémoire doit préciser la date de chaque prestation ainsi que, s'il s'agit de soins dispensés par des associations et organisations visées à l'article 1er, le nom et le code personnel du prestataire.

Les prestataires doivent inscrire sur la formule le montant intégral des honoraires facturés. En cas de paiement immédiat par la personne protégée ils en donnent acquit daté sur la facture par leur signature personnelle ou celle d'un délégué autorisé.

La quittance ne peut être délivrée qu'au moment du paiement. Tout encaissement des honoraires préalable à la dispensation des prestations est interdit.

Les mémoires d'honoraires remplis de manière incomplète ou en contravention aux règles de la présente convention ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie.

Les mémoires d'honoraires établis et acquittés même par délégation engagent la responsabilité personnelle du prestataire quant à la conformité des inscriptions.

Indemnité pour perte d'honoraires et contraintes exceptionnelles

Art. 12. Le fait que la personne protégée ne soit pas venue à son rendez-vous ou ait été absente de son domicile pour y recevoir les soins à l'heure convenue et sans qu'elle ait averti le prestataire au moins au courant du jour précédant le terme fixé, donne droit au prestataire à la perception d'une indemnité pour perte d'honoraires.

La valeur du coefficient au sens de l'article 65 du [Code de la sécurité sociale](#) de l'indemnité pour perte d'honoraires pour une absence de la personne protégée à son domicile ou pour un rendez-vous au cabinet non respecté, est égale à celle du coefficient dont est affecté l'acte manqué, sans que toutefois l'indemnité ne puisse dépasser le coefficient 4. L'indemnité n'est pas à charge de l'assurance maladie. Il en est de même des frais de déplacement dûs le cas échéant. L'indemnité est facturée respectivement sous le code SC1 et SC2.

Le fait par le prestataire d'accorder à la personne protégée un rendez-vous à la demande expresse de celle-ci à un jour précis après 19.00 heures ou un samedi, dimanche ou jour férié légal, donne droit à la perception d'une indemnité pour contrainte extraordinaire, à condition que le rendez-vous soit situé en dehors des jours ou de la plage de travail normale annoncée par le prestataire et que le rendez-vous ait été respecté par celui-ci. L'indemnité pour contrainte extraordinaire, dont la valeur du coefficient au sens de l'article 65 du [Code de la sécurité sociale](#) équivaut à 2 n'est pas à charge de l'assurance maladie. Elle est facturée sous le code SC3.

Les prestations données en cas d'urgence ne peuvent donner lieu à perception d'une indemnité. Il en est de même lorsque les prestations sont indispensables aux heures et dates convenues en raison de l'état de la personne protégée.

Les indemnités prévues ci-dessus ne sont pas à charge de l'assurance maladie. Elles sont facturées, le cas échéant, avec les prestations sur un même mémoire d'honoraires.

Prestations au domicile de la personne protégée.

Art. 13. Les frais de déplacement pour les prestations effectuées au domicile de la personne protégée ne sont à charge de l'assurance maladie que s'il est certifié sur l'ordonnance médicale que la personne protégée est incapable de se déplacer pour des motifs médicaux.

Détention de l'ordonnance médicale

Art. 14. Les prestataires doivent exiger l'original de l'ordonnance médicale avant le début des prestations et ont le droit de la conserver durant toute la durée du traitement y prescrit.

A la première demande et contre paiement des prestations effectivement délivrées, le prestataire est tenu de remettre à la personne protégée l'original de l'ordonnance médicale.

Tant qu'il en est le détenteur, le prestataire a la responsabilité de la garde de l'ordonnance.

Invalidation des ordonnances

Art. 15. Le prestataire doit invalider les ordonnances après la délivrance des soins par l'apposition d'un timbre qui porte la mention "PRESTATIONS DELIVREES" ainsi que la date de son apposition.

Lorsque la délivrance de soins ne porte pas sur l'intégralité des prestations prescrites, le prestataire indique le nombre d'actes effectivement accomplis sur l'ordonnance.

Péremption des ordonnances médicales et opposabilité

Art. 16. Les ordonnances médicales indiquent le délai dans lequel le traitement doit être commencé.

A défaut d'indication à ce sujet, le traitement n'est opposable à l'assurance maladie que s'il est commencé dans le mois à compter de la date de l'émission de l'ordonnance.

Lorsque la personne protégée demande le commencement du traitement après ce délai, les prestations ne sont opposables à l'assurance maladie qu'après accord préalable y relatif du contrôle médical de la sécurité sociale.

Les prestataires s'interdisent de délivrer les soins lorsqu'ils constatent la péremption de l'ordonnance au regard de l'objectif thérapeutique et des prescriptions déontologiques régissant leur profession.

Dans ce cas ils en informent la personne protégée ainsi que le médecin-prescripteur.

Le prestataire peut toutefois procéder à la dispensation des soins toutes les fois que la personne protégée, spécialement rendue attentive à la non opposabilité par le prestataire, l'aura expressément accepté. En cas de litige, la charge de la preuve incombe au prestataire.

Sauf disposition conventionnelle expresse contraire, les ordonnances médicales ne sont valables qu'une fois.

Délais d'attente

Art. 17. Si pour quelque motif que ce soit un prestataire sollicité par une personne protégée n'est pas en mesure de dispenser les soins dans un délai compatible avec son état de santé ou avec l'efficacité du traitement, il en informe la personne protégée.

L'intervalle entre les différentes séances doit correspondre au mieux à l'état de santé de la personne protégée et à l'objectif des soins.

Déontologie professionnelle

Art. 18. Dans leurs relations avec les personnes protégées, les prestataires se conforment aux règles déontologiques qui leur sont imposées par les lois et règlements régissant leur profession, ou par celles qui résultent des termes de la présente convention.

Respect de la nomenclature et bon usage des soins

Art. 19. Les prestataires sont tenus de respecter la nomenclature des actes professionnels et s'interdisent de délivrer, dans le cadre de l'assurance maladie, des soins qui ne sont pas inscrits dans la nomenclature.

Sans préjudice d'un emploi judicieux des moyens diagnostiques et thérapeutiques déployés, les sages-femmes s'engagent à faire bénéficier les personnes protégées de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes à la déontologie professionnelle et aux données acquises par la science.

Les prestations à charge de l'assurance-maladie ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire.

A cet effet, les sages-femmes s'engagent à faire un bon usage des soins en s'attachant à faire correspondre au mieux les actes professionnels et les prescriptions à l'état de chaque personne protégée.

Ordonnances établies par la sage-femme.

Art. 20. La forme des ordonnances est déterminée par le cahier de charges prévu à l'article 10.

Il ne peut être délivré qu'une seule ordonnance de médicaments par consultation ou visite et par patient.

Sans préjudice des autres inscriptions obligatoires, la prescription comporte pour chaque médicament, le nom du médicament, la quantité journalière exprimée en unités, c'est-à-dire comprimés, gouttes, suppositoires, ampoules, grammes ou autres doses et unités ainsi que la durée globale du traitement. Au besoin la voie d'administration est indiquée.

Il est entendu qu'au cas où aucune indication sur la durée du traitement ne serait inscrite sur l'ordonnance, il n'est délivré que le plus petit conditionnement.

A défaut d'indication sur l'ordonnance d'un délai de validité précis de la prescription, celle-ci devient inopposable à l'assurance maladie lorsque la délivrance a eu lieu trois mois après son établissement.

Les examens de laboratoire sont ordonnés sur une feuille d'ordonnance définie au cahier des charges prévu à l'article 10.

Chaque prescription de laboratoire distincte doit être libellée individuellement et doit porter le code prévu à la nomenclature des actes de laboratoire.

Pathologies inhabituelles

Art. 21. Lorsqu'une ordonnance médicale prévoit la délivrance de soins non inscrits dans la nomenclature, l'acte en cause peut être pris en charge dans le cadre de l'assurance maladie sur autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale. L'autorisation est émise sur demande du prestataire cas par cas sur présentation d'un certificat circonstancié du médecin traitant et assimile l'acte exceptionnel à un autre acte de même importance en vue de la fixation du tarif.

Formation continue

Art. 22. Sans préjudice de l'obligation à la formation continue éventuellement prescrite par la voie réglementaire, les prestataires liés par la présente convention souscrivent à l'entretien continu de leurs connaissances dans les domaines de l'évolution technique, des pratiques thérapeutiques, de l'économie de la santé et des relations professionnelles avec les institutions de sécurité sociale.

Tout prestataire s'oblige à connaître la législation en matière de santé et de sécurité sociale qui le concerne et à entretenir cette connaissance.

Auto-évaluation du prestataire

Art. 22 bis. Les parties signataires conviennent d'organiser annuellement une auto-évaluation auprès des sages-femmes conventionnées.

Echange d'informations

Art. 23. Dans la mesure où des dispositions conventionnelles passées avec des tiers intéressent les parties à la présente convention, celles-ci sont communiquées par chacune des parties à l'autre.

D'une manière générale, les parties conviennent d'organiser l'information réciproque au moyen de bulletins d'information indiquant les listes, publications et autres sources d'information intéressant les relations institutionnelles et contractuelles entre les signataires de la présente convention.

Art. 24. ...supprimé

Mode de paiement des prestations

Art. 25. D'une manière générale, les honoraires pour les soins délivrés sont payés au prestataire par la personne protégée sur présentation d'un mémoire d'honoraires, à l'exception de ceux pris en charge dans le cadre du forfait d'accouchement visé par l'article 26 du Code de la sécurité sociale.

L'ordonnance originale est retournée à la personne protégée avec le mémoire d'honoraires.

Révision des tarifs

Art. 26. Les tarifs des actes professionnels prévus par la nomenclature des actes de sage-femme sont révisés tous les deux ans.

Art. 27. Les adaptations tarifaires font corps avec la présente convention. Elles sont arrêtées sous forme d'un protocole d'accord qui sont établis en double exemplaire, signés et paraphés par les parties et publiés au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Agrément des prestataires

Art. 28. Sauf les conditions prévues-ci après, les prestataires prévus à l'article 1^{er} sont agréés d'office lorsqu'ils répondent aux conditions de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

Les prestataires qui exercent la profession de sage-femme à titre de profession libérale et qui exercent en même temps une profession salariée à quelque titre que ce soit auprès d'un employeur lié à l'union des caisses de maladie par une des conventions visées aux articles 61 et suivants du Code de la sécurité sociale doivent déposer auprès de l'union des caisses de maladie une déclaration de leur employeur que l'exercice de la pratique libérale de la profession du prestataire ne contrevient pas à leur contrat d'emploi.

En vue de leur agrément les associations ou organisations visées à l'article 1^{er} déposent auprès de l'union des caisses de maladie un exemplaire de leur acte constitutif valable au moment du dépôt ainsi qu'une liste des professionnels de santé visés par la présente convention qu'elles emploient. Les changements sur cette liste sont communiqués régulièrement à l'union des caisses de maladie. L'agrément est supposé accordé si dans le délai d'un mois de la réception des documents visés par le présent alinéa l'union des caisses n'a pas formé d'opposition écrite à l'agrément par lettre recommandée à la poste.

Les associations ou organisations visées à l'article 1^{er} se voient retirer l'agrément s'ils dispensent sans autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale des prestations visées par la présente convention ordonnées par des médecins qu'ils emploient.

Code du prestataire

Art. 29. Il est attribué à chaque sage-femme un code de prestataire distinct qui doit figurer sur tous les documents conformément aux dispositions du cahier des charges visé à l'article 10.

Action directe contre l'union des caisses de maladie

Art. 30. Les prestataires visés par la présente convention ont une action directe contre l'union des caisses de maladie pour les prestations prises en charge par les caisses de maladie et dans les limites des taux de prise en charge prévus aux statuts de l'union des caisses de maladie.

L'action directe ne peut être exercée que lorsque le prestataire prouve que le non-paiement allégué a pour cause l'insolvabilité, le décès ou une résidence non connue de la personne protégée.

Dans les cas d'insolvabilité le prestataire remet à la Caisse nationale de santé l'original du titre exécutoire obtenu, constatant le non-paiement de l'ordonnance conditionnelle de paiement ou la non-contradiction à tout autre exploit introductif. Ce titre exécutoire doit être coulé en force de chose jugée et accompagné des copies de deux rappels des mémoires d'honoraires envoyés par le prestataire par courrier recommandé avec accusé de réception à la poste à l'adresse du patient, munis des bordereaux de dépôt qui s'y rapportent. L'envoi du mémoire d'honoraires original et des rappels ne peuvent se suivre respectivement à moins d'un mois. La disparition ou la résidence non connue est valablement constatée par un document émanant du greffe, d'un huissier ou de la poste constatant l'impossibilité de notifier ou de signifier.

La preuve du décès ou de la résidence non connue de la personne protégée peut être apportée par tous les moyens.

En aucun cas l'action directe ne pourra être exercée avant le délai de six mois à partir de la date des prestations lorsqu'elle est exercée pour cause d'insolvabilité de la personne protégée.

Le prestataire ayant obtenu le paiement par la voie de l'action directe est obligé à restituer à l'union des caisses de maladie les sommes qu'il viendrait à toucher éventuellement par une autre voie les mêmes prestations.

L'action directe est ouverte au profit du conjoint survivant du prestataire décédé pour les honoraires échus du chef de prestations délivrées aux personnes protégées et non encore payées au moment du décès du prestataire. Tout paiement effectué à ce titre au conjoint survivant est libératoire pour l'assurance maladie à l'égard de la succession du prestataire.

À défaut de conjoint survivant, le droit est ouvert au profit de la succession du prestataire à condition que l'action soit exercée dans le délai de six mois du décès.

Art. 31. ...supprimé

Art. 32. ...supprimé

Art. 33. ...supprimé

Art. 34. ...supprimé

Art. 35. ...supprimé

Art. 36. ...supprimé

Art. 37. ...supprimé

Normes de qualité

Art. 38. Les parties signataires de la convention s'accordent sur l'obligation des sages-femmes d'exercer au sein d'un cabinet de sage-femme, à l'exception des cas suivants :

- s'il est certifié sur l'ordonnance médicale que la personne protégée est incapable de se déplacer pour des motifs médicaux ;
- pour les actes dont la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie prévoit explicitement un autre endroit que celui du cabinet de sage-femme ;
- pour les actes prévus par le règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale.

Le cabinet de sage-femme est installé dans un local à usage exclusivement professionnel. La sage-femme veille à une parfaite indépendance et une accessibilité permanente de son local professionnel, même aux heures de fermeture normale de l'enceinte dans laquelle il se trouve le cas échéant.

Le cabinet de sage-femme comporte au minimum une salle de consultation d'une surface adéquate permettant d'effectuer la prise en charge de la personne protégée dans de bonnes conditions d'isolement phonique afin d'assurer la confidentialité des échanges et dans le respect du secret professionnel et de l'intimité de la personne protégée.

Les locaux sont équipés du matériel permettant de réaliser les actes prévus par la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie. L'équipement dont se servent les sages-femmes pour dispenser les prestations doit être approprié et suffire aux exigences posées par les données acquises par la science.

Un avis destiné aux personnes protégées doit être apposé à un endroit visible au sein du cabinet de sage-femme et comporter par type de prestation :

- les tarifs des prestations de la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie,
- les taux de prise en charge par l'assurance maladie,
- les modalités de facturation des prestations,
- les indemnités prévues à l'article 12 de la présente convention, les modalités de leur mise en compte et les tarifs de ces indemnités.

Chaque collaborateur travaillant dans le cabinet doit être facilement identifiable par les personnes protégées, notamment en ce qui concerne sa qualification professionnelle.

Art. 39. Les parties s'engagent dans une démarche qualité qui, au-delà des normes cabinet, vise les éléments suivants :

• Le dossier du patient

Le dossier du patient représente un support indispensable des informations pertinentes à la délivrance de prestations de bonne qualité. Il permet d'évaluer la qualité de la pratique professionnelle.

Toute sage-femme doit instaurer pour chaque personne protégée un dossier pour les prestations qu'elle a fournies et doit le tenir à jour. Une exception est cependant faite si une sage-femme remplace une autre pour une séance donnée, sous réserve du respect des dispositions légales relatives au droit de la personne protégée de disposer d'un dossier patient tenu à jour.

La sage-femme inscrit ses observations et remarques dans le carnet de maternité de la personne traitée, afin d'assurer la continuité de prise en charge globale de celle-ci.

Dans le cadre des actes prévus pour la période post-natale, la sage-femme inscrit ses observations et remarques dans le carnet de santé de l'enfant, afin d'assurer la continuité de prise en charge globale de celui-ci.

Le dossier de la personne protégée comporte les renseignements suivants :

- nom, prénom, numéro d'identification et coordonnées de la personne protégée ;
- anamnèse médicale, obstétricale, sociale, familiale et psychologique selon les prestations ;
- évaluation des ressources ;
- traitements en cours ;
- attentes et motivations de la personne protégée ;
- paramètres ;
- examens effectués et résultats ;
- grossesse : diagnostic et suivi, détection des risques, éducation à la santé, préparation à la naissance et à la parentalité ;
- accouchement : terme, suivi, déroulement ;
- post-partum : suivi mère et nouveau-né, bonding, mise en route et suivi de l'allaitement maternel, mise en route et suivi du sevrage, alimentation du nourrisson, suivi psychique, éducation à la santé ;
- suivi d'une grossesse non-évolutive ;
- planification familiale ;
- screenings et dépistages ;
- formalités et certificats remplis afférents à la grossesse, la naissance et à l'allaitement ;
- documentation statistique des grossesses et des naissances à des fins de santé publique, selon les dispositions en vigueur.

- **Continuité de soins**

À la demande de la personne protégée et dans la mesure du possible, toutes les prestations en relation avec la même prise en charge sont délivrées par la même sage-femme exécutante.

- **Exclusivité de la prise en charge**

Les prestations délivrées par la sage-femme à charge de l'assurance maladie sont des prestations individuelles et personnalisées, à l'exception des actes et services pour lesquelles une séance en groupe est explicitement prévue par la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie.

Dans le cas des prestations individuelles et personnalisées, la sage-femme ne peut pas délivrer ses prestations simultanément sur deux personnes. Une exception est cependant faite lorsque la sage-femme prend en charge après l'accouchement la mère et le nouveau-né en leur prodiguant les soins postnataux.

La présente publication ne constitue qu'un instrument de consultation. Elle ne remplace pas les publications officielles au Mémorial qui sont les seules faisant foi.
