

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1991 - 1992

Annexe au proces-verbal de la séance du 17 juin 1992.

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi relatif aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, CONSIDÉRÉ COMME ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE AUX TERMES DE L'ARTICLE 49, ALINÉA 3, DE LA CONSTITUTION, APRÈS DÉCLARATION D'URGENCE,

Par M. Charles DESCOURS,

Senateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, *président* ; Louis Souvet, Marc Bœuf, Claude Huriet, Jacques Bimbenet, *vice-présidents* ; Hector Viron, Charles Descours, Roger Lise, *secrétaires* ; François Autain, José Balareello, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Henri Belcour, Jacques Bialski, André Bohl, Louis Boyer, Louis Brives, Jean-Pierre Cantegrit, Gérard César, Jean Chérioux, François Delga, Jean-Pierre Demerliat, Michel Doublet, Jean Dumont, Jean-Paul Emin, Claude Fuzier, Mme Marie-Fanny Gournay, MM. Roger Husson, André Jourdain, Philippe Labeyrie, Henri Le Breton, Marcel Lesbros, François Lousy, Pierre Louvot, Jacques Macéat, Jean Madelain, Mme Helene Missoffe, MM. Arthur Moulin, Joseph Ostermann, Hubert Peyou, Louis Philibert, Claude Prouvoyeur, Roger Rigaudière, Guy Robert, Mme Nelly Rodi, MM. Gérard Roujas, Olivier Roux, Bernard Seillier, Franck Sérusclat, René-Pierre Signe, Paul Souffrin, Pierre-Christian Taittinger, Martial Taugourdeau.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (9^e législ.) : 2729, 2746 et T.A. 654.

Sénat : 393 (1991-1992).

SOMMAIRE

	Pages
EXPOSE LIMINAIRE	2
AVANT-PROPOS	3
A. UNE DÉMARCHE GOUVERNEMENTALE DICTÉE PAR DES CONSIDÉRATIONS TACTIQUES PEU COMPATIBLES AVEC LA DÉFINITION D'UNE POLITIQUE COHÉRENTE DE LA SANTÉ	5
1. L'absence d'une réflexion d'ensemble sur le système de protection sociale	1
2. Le recours à la tactique dite du "salami" : un procédé inacceptable	6
3. Le projet de loi : l'aboutissement d'un processus chaotique, qui menace gravement la cohérence de l'édifice conventionnel	8
B. LE CONTENU DU PROJET DE LOI NE RÉPOND EN RIEN AUX NÉCESSITÉS QU'IMPOSE LA GESTION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ	10
1. L'avenant n° 3 : un texte séduisant dans sa présentation, mais affaibli par ses ambiguïtés et sa complexité	11
2. L'avenant n° 3 s'accompagne de promesses et d'engagements hypothétiques ou imprécis	12
3. Le projet de loi lève le voile sur un mécanisme comptable de régulation des dépenses	15
C. LES LIGNES DE FORCE D'UNE MAÎTRISE CONCERTÉE ET MÉDICALISÉE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE	19
1. Le context'e économique et financier du débat sur la politique de maîtrise des dépenses de santé	20
2. La technique de l'enveloppe globale ou de la fixation d'objectifs quantifiés globaux trouve très vite ses limites	21
3. Les instruments d'une maîtrise médicalisée des dépenses ..	22
CONCLUSION	25
TRAVAUX DE LA COMMISSION	27
I - Audition du ministre	27
II - Examen du rapport	30
III - Auditions du rapporteur	33
TABLEAU COMPARATIF	35
MOTION TENDANT À OPPOSER LA QUESTION PRÉALABLE ..	73
ANNEXES	75
Annexe 1 - Arrêté du 27 mars 1990 portant approbation de la convention nationale des médecins	77
Annexe 2 - Arrêté du 12 avril 1991 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des médecins	91
Annexe 3 - Acte d'adhésion de la Confédération des syndicats médicaux français à la convention nationale médicale du 9 mars 1990	95
Annexe 4 - Arrêté du 5 mai 1992 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins	105
Annexe 5 - Protocole d'orientation pour la maîtrise négociée de l'évolution des dépenses d'assurance maladie	111

La commission a procédé, le mercredi 17 juin 1992, à l'examen du rapport de M. Charles Descours.

Considérant d'abord que la démarche gouvernementale, dictée par des considérations tactiques peu compatibles avec la définition d'une politique cohérente de la santé, ne permettait pas de garantir la cohérence de l'édifice conventionnel, élaboré par les caisses d'assurance maladie et l'un des syndicats représentatifs des médecins, auquel le projet de loi offre une base législative ;

Considérant ensuite que le projet de loi met en oeuvre un mécanisme comptable et financier de régulation des dépenses, que les dispositions, contenues dans le texte conventionnel et destinées à favoriser sa médicalisation, ne suffisent pas à rendre acceptable ;

Considérant en outre que son opposition aux dispositions du projet de loi ne saurait être interprétée comme une volonté de refuser toute politique de maîtrise concertée des dépenses d'assurance maladie, que rend nécessaire la situation actuelle de notre système de protection sociale, mais souhaitant qu'une telle politique soit engagée par la mise en oeuvre des instruments d'évaluation et de médicalisation des données qu'elle exige ;

Considérant enfin que toute tentative d'amender le texte soumis à son examen serait vouée à l'échec et pourrait laisser croire à son adhésion, totale ou partielle, à un dispositif qu'elle réproouve ;

La commission, suivant la position de son rapporteur, a adopté une motion tendant à opposer la question préalable, dont l'objet est de faire décider qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la délibération.

Mesdames, Messieurs,

Il vous appartient d'examiner le projet de loi considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, relatif aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.

Votre commission souligne d'emblée que ce texte s'appliquait initialement aux seules relations entre l'assurance maladie et les médecins mais que l'introduction, subreptice, d'un dispositif important relatif aux infirmières, autant que l'article premier du texte initial, qui concerne l'ensemble des professions de santé, ont incité le Gouvernement à en modifier l'intitulé.

Votre commission ne vous cachera pas plus longtemps qu'elle a, sur ce projet de loi, après en avoir longuement délibéré, choisi de vous proposer d'adopter la question préalable, dont l'objet est de décider qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la délibération et donc de refuser de procéder à l'examen des articles.

Il lui revient toutefois de vous démontrer que cette proposition n'est, en rien, une réaction de mauvaise humeur, justifiée par un recours, devenu constant en matière de santé, à l'Assemblée nationale, à l'article 49-3. Il suffira ici de rappeler qu'un tel recours, sur les textes relatifs à la réforme hospitalière ou à la politique du médicament, n'ont pas retenu le Sénat de débattre au fond.

Si, donc, aujourd'hui, votre commission est conduite à vous demander d'adopter la question préalable, c'est au regard de la démarche empruntée par le Gouvernement, des effets néfastes du texte qui vous est soumis, et de son inadéquation aux nécessités qu'impose notre système de santé.

Avant de vous proposer d'engager la réflexion autour de ces trois thèmes, votre commission souhaite, dès l'abord, sans avoir à y revenir dans la suite du présent rapport, protester contre les conditions dans lesquelles le Gouvernement a accepté l'introduction, dans ce projet de loi, du dispositif tendant à valider l'accord conclu avec un syndicat représentant les infirmières, alors qu'une partie non négligeable de celles-ci s'opposait énergiquement à l'application dudit accord. Elle ajoute que si les moyens de procédure lui ont interdit d'examiner ce dispositif, une lecture rapide de ce dernier lui a suffi pour reprendre à son compte, en grande partie, les critiques exprimées à son encontre.

**A. UNE DEMARCHE GOUVERNEMENTALE DICTEE
PAR DES CONSIDERATIONS TACTIQUES PEU
COMPATIBLES AVEC LA DEFINITION D'UNE
POLITIQUE COHERENTE DE LA SANTE**

S'agissant d'abord de la démarche empruntée par ce Gouvernement, comme par les deux précédents, dans la gestion de notre système de santé et d'assurance maladie, trois ordres de remarques méritent d'être formulés :

- cette démarche ne s'inscrit pas dans une réflexion d'ensemble sur notre système de protection sociale ;

- elle est privée de toute cohérence interne, dès lors qu'elle est déclinée par profession, selon la méthode tactiquement habile, mais politiquement inacceptable, du "salami" ;

- en ce qui concerne les médecins, elle a emprunté un cheminement syndical qui ne garantit, en aucune manière, la cohérence du dispositif.

Il convient de revenir sur ces trois points.

1. L'absence d'une réflexion d'ensemble sur le système de protection sociale

La démarche gouvernementale ne s'inscrit pas dans une réflexion globale sur notre système de protection sociale, dont la crise, apparue au milieu des années 1970, n'a cessé de s'approfondir depuis lors.

Si cette crise atteint les trois branches du système, ce sont bien les contraintes nées des déséquilibres structurels de l'assurance vieillesse qui menacent le plus gravement la pérennité du dispositif. Rapports et livres blancs se sont succédés, sans qu'aucune mesure n'ait été, à ce jour, présentée au Parlement. Tout laisse à penser, désormais, que ce sujet, pourtant décisif, ne sera pas abordé, avant la fin de la présente législature, devant la représentation nationale.

Tandis que l'assurance vieillesse poursuit ainsi son irrémédiable dérive, aucune réflexion n'a été menée sur notre politique familiale, tendant à permettre de répondre au défi démographique auquel nous sommes confrontés, dès lors qu'il apparaît plus profitable à l'exécutif de consacrer les excédents de la branche famille au financement des déficits dégagés par l'ensemble du système.

Si de telles remarques ne sauraient suffire à justifier l'attentisme en matière d'assurance maladie, il reste que le Gouvernement semble plus disposé à faire supporter le poids de la contrainte financière par les professions de santé qu'à mettre en oeuvre les réformes structurelles qu'impose notre système sanitaire.

Le Sénat a, en son temps, dénoncé les insuffisances de la loi portant réforme hospitalière. Il attend qu'une réponse soit apportée aux questions essentielles posées par la dépendance des personnes âgées et par la dérive corrélative de la gestion des prestations offertes aux personnes handicapées. Qu'en est-il enfin de la résolution du contentieux qui oppose encore l'Etat aux caisses sur les charges indument supportées par le régime général ?

2. Le recours à la tactique dite du "salami" : un procédé inacceptable

Dès 1989, afin de faire aboutir la négociation conventionnelle avec les médecins, le Gouvernement faisait peser la menace d'une double convention, distinguant le sort des généralistes de celui des spécialistes, par l'introduction, dans un projet de loi

portant diverses mesures d'ordre social, d'un amendement autorisant les parties conventionnelles à s'engager dans cette voie.

En 1990, un premier train de mesures sévères d'économies sur les dépenses engagées par l'hospitalisation privée posait les bases d'une réforme de la tarification des établissements concernés, parachevée en 1991 par la loi hospitalière, puis par un nouveau projet de loi portant diverses mesures d'ordre social que votre rapporteur avait eu alors l'honneur de vous présenter, qui avait également pour objet de soumettre les dépenses de biologie à un mécanisme d'enveloppe globale.

Ces premières mesures législatives étaient adoptées tandis que des négociations étaient engagées avec les autres professions de santé, qu'il s'agisse des infirmières ou des ambulanciers, avec qui elles sont achevées, ou des kinésithérapeutes, avec qui elles se poursuivent.

Si cette méthode peut paraître pragmatique, elle présente toutefois trois graves inconvénients.

Elle interdit d'abord la mise en oeuvre d'une politique cohérente de la santé. Deux méthodes sont en effet possibles. L'une, ignorée par le Gouvernement, consiste à définir les principes rénovés sur la base desquels l'Etat entend désormais établir ses relations avec les caisses d'assurance maladie et les professionnels de la santé, puis à décliner ces principes par profession. L'autre, finalement retenue, aboutit, au contraire, à une sédimentation législative et conventionnelle sans cohérence affichée.

La méthode retenue se développe ensuite au mépris des prérogatives du Parlement, à qui la Constitution confie pourtant le soin de définir les principes généraux qui doivent fonder la gestion de notre système de protection sociale. Elle interdit en effet à la représentation nationale de se prononcer sur un objectif global. Qu'est donc devenu le débat, promis par M. Jean-Louis Bianco, sur l'ensemble de notre politique de la santé ? Le respect de cette seule promesse, pourtant bien insuffisante, aurait, du moins, permis un débat public. Celui-ci n'a pas eu lieu.

La méthode gouvernementale présente enfin le grave inconvénient d'aboutir à la mise en oeuvre de dispositifs contradictoires. Ainsi, le souci de satisfaire le président de la Caisse nationale d'assurance maladie en laissant croire que désormais, un taux d'évolution globale serait négocié entre l'Etat et les caisses, confiant à ces dernières le soin de le décliner par profession, traduit dans l'article premier du projet de loi qui vous est soumis, apparaît-il bien contradictoire avec le tripartisme des négociations qu'impose la loi votée en 1991, en ce qui concerne les biologistes et l'hospitalisation privée.

3. Le projet de loi : l'aboutissement d'un processus chaotique, qui menace gravement la cohérence de l'édifice conventionnel

Le chaos des procédures apparaît d'abord à la seule lecture des signatures qui sanctionnent les textes conventionnels. Ainsi, la convention nationale dont le projet de loi valide aujourd'hui le troisième avenant, a-t-elle été signée initialement par la seule Fédération des médecins de France, qui s'oppose avec fermeté aux mesures qui vous sont proposées.

Ainsi également, le premier avenant à cette convention a-t-il été signé par MG-France, syndicat représentatif des médecins généralistes, et, toujours en vigueur, institue-t-il des contrats de santé dont le principe est aujourd'hui condamné par toutes les autres organisations syndicales et suspendu, de fait, dans son application, par le Président de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Ainsi, enfin, l'avenant n° 3 négocié avec la Confédération des syndicats médicaux français, dont l'objet est, en contrepartie de promesses tarifaires faites dès 1990 et non tenues, de mettre en oeuvre un dispositif de maîtrise des dépenses, est-il condamné, dans sa traduction législative, par la Confédération elle-même et par toutes les autres organisations syndicales, qu'elles soient, juridiquement, reconnues ou non représentatives.

Mais le projet de loi soumis aujourd'hui à notre examen est également la conclusion d'une "partie de bras de fer" qui, longtemps, a opposé l'Etat aux Caisses et les Caisses entre elles.

Afin de mieux imposer ses vues, l'Etat a en effet voulu substituer au bipartisme conventionnel qui découle de la stricte application des ordonnances de 1967, aux termes desquelles il appartient aux Caisses d'assurer l'équilibre de l'assurance maladie, un tripartisme qui se retrouve notamment dans le dispositif retenu, l'an dernier, pour les biologistes et l'hospitalisation privée. Les négociations ont d'ailleurs été menées, pendant cette période, directement entre l'Etat et les professions, qu'il s'agisse de celles qui viennent d'être citées ou encore des infirmières et des ambulanciers, les Caisses ayant seulement à en tirer les conséquences conventionnelles.

C'est dans ce contexte qu'un protocole national d'accord entre l'Etat et la Caisse nationale d'assurance maladie a été conclu, qui traduit leur volonté commune d'engager une politique dite "concertée" des dépenses d'assurance maladie, selon une procédure qui, permettant à l'Etat et aux Caisses d'arrêter ensemble des objectifs communs annuels, confie à ces dernières le soin de les décliner par profession.

Que le Gouvernement le reconnaisse ou non, tel est bien, votre commission le montrera plus loin, l'objet de l'article premier du projet de loi qui vous est soumis.

Faut-il ajouter que les deux autres caisses nationales, écartées de l'ensemble de ce processus, ont, dans un premier temps, entendu protester contre de tels procédés en refusant de signer et, dans un second temps, exprimer leur volonté que la politique de maîtrise des dépenses repose sur des bases plus médicalisées, sans que, à les entendre aujourd'hui, satisfaction leur ait été vraiment donnée sur ce point.

Une dernière remarque. Si le projet de loi soulève la réprobation générale de tous les syndicats, y compris de celui qui a signé l'avenant n° 3, c'est que la rigueur juridique de ses auteurs lève toutes les ambiguïtés du texte contractuel, sans lesquelles aucune signature n'aurait été possible. Ainsi en va-t-il notamment du champ des dépenses concernées par la maîtrise, de la portée, normative ou prévisionnelle, du taux introduit par l'article premier, de la question de savoir si le régime de sanction introduit par le texte repose ou non sur la logique d'enveloppe ou, enfin, des structures internes des unions professionnelles.

Il est donc vain, pour le Gouvernement, de prétendre que les négociateurs savaient à quoi ils s'engageaient. C'est à la lecture du projet de loi qui lève, enfin, les ambiguïtés de l'accord conclu, que l'assemblée générale de la Confédération des Syndicats Médicaux Français en a, à la quasi unanimité, dénoncé les conséquences enfin clairement affichées.

B. LE CONTENU DU PROJET DE LOI NE REpond EN RIEN AUX NECESSITES QU'IMPOSE LA GESTION DE NOTRE SYSTEME DE SANTE

Votre commission voudrait vous démontrer que le contenu du texte qui vous est soumis ne répond en rien aux nécessités qu'impose notre système de soins autour des trois idées suivantes.

L'avenant n° 3 à la convention médicale, à laquelle il vous est prétendument demandé de souscrire, prête à une lecture qui, complaisamment menée, pourrait emporter la conviction de celui qui l'entreprend.

Il repose cependant sur la promesse d'une médicalisation des données et sur des engagements qui ne sont, en l'instant, ni l'une, ni les autres, tenus.

Le projet de loi qui est censé en assumer la transcription lève le voile, en mettant en oeuvre, par ses termes mêmes, un mécanisme comptable de gestion des dépassements qui repose incontestablement sur la logique de l'enveloppe globale.

Il convient de revenir sur ces trois points.

1. L'avenant n° 3 : un texte séduisant dans sa présentation, mais affaibli par ses ambiguïtés et sa complexité

Une lecture bienveillante de l'avenant pourrait, en première analyse, convaincre le lecteur. Elle a, en tout cas, suffi pour justifier la signature de la Confédération des syndicats médicaux français.

S'agissant du jugement qu'appelle une telle signature, que cela soit dit une fois pour toutes ! La situation actuelle démontre avec éloquence que signataires et opposants à l'avenant sont, contrairement à toutes les apparences, attachés au même objectif : la mise en oeuvre d'un dispositif négocié et médicalisé des dépenses d'assurance maladie. Le Gouvernement, aujourd'hui isolé, ne saurait donc faire tomber la majorité sénatoriale dans le piège des divisions syndicales.

Pour revenir à l'avenant, que prétend-il proposer ? Affichant son respect des principes qui gouvernent notre système de soins et notamment le libre choix du malade et la liberté d'exercice et de prescription du médecin, il institue un mécanisme de régulation fondé sur la fixation d'un taux annuel d'évolution de l'activité médicale et de la prescription remboursable des médecins conventionnés. Ce taux serait fixé sur la base de critères qui garantissent, tous mieux les uns que les autres, une pleine prise en compte des besoins de la population.

Ainsi fixé, avant le 31 décembre de l'année qui précède celle à laquelle il s'applique, ce taux national prévisionnel est décliné,

pour chaque circonscription de caisse primaire, en tenant compte des besoins locaux de la population, dans un délai qui n'est pas explicitement fixé. Des contrats locaux de maîtrise des dépenses doivent être conclus entre caisses et partenaires conventionnels locaux. En cas de carence des parties ou lorsque taux et contrats locaux ne permettent pas de respecter le taux prévisionnel national, celui-ci revêt une portée normative.

Il appartient, alors, aux unions professionnelles de médecins, élues par l'ensemble de ces derniers, d'apprécier trimestriellement et individuellement la situation des praticiens dont le comportement n'est pas conforme aux contrats d'objectifs locaux et d'en faire supporter financièrement les conséquences par ceux d'entre eux qui ne justifieraient pas, par des motifs médicaux et sanitaires, un tel comportement. La sanction financière ainsi appliquée s'impute sur la part des cotisations prise en charge par les caisses, qui constitue donc un plafond, applicable tant aux médecins du secteur I qu'à ceux qui ont opté pour le droit au dépassement.

Lorsque les caisses considèrent que les initiatives des unions sont insuffisantes, elles peuvent choisir de répartir entre les seuls praticiens concernés par les violations d'objectifs ou entre l'ensemble des médecins, le poids des excès de dépenses constatés qui ne seraient pas fondés sur des motifs médicaux. Les médecins en cours d'installation se voient réserver, pendant trois ans, un sort particulier.

2. L'avenant n° 3 s'accompagne de promesses et d'engagements hypothétiques ou imprécis

Le mécanisme de régulation ainsi établi s'accompagne de la promesse de sa médicalisation croissante et d'un ensemble d'engagements qui, dans l'instant, ne sont pas encore tenus.

S'agissant d'une part de la médicalisation des données, l'avenant renvoie à la conclusion de contrats d'objectifs locaux établis sur la base de références nationales. Il renvoie également à l'élaboration d'instruments d'évaluation et à une meilleure approche des facteurs qui conduisent au gaspillage et à la multiplication des

actes, sans définir plus avant les moyens, juridiques et techniques, d'une telle approche.

Or, chacun sait bien que, dans l'instant, ces moyens n'existent pas. On aimerait en trouver trace, au plan juridique, dans le projet de loi.

Votre commission pense là, notamment, au codage des actes, dont les bases réglementaires ont été jetées dès 1985, sans que, depuis lors, les contraintes liées au respect des règles élaborées par la CNIL n'aient été levées. Elle pense aussi au rôle de l'agence nationale de l'évaluation médicale dont le rôle a été consacré, grâce au Sénat, par la loi hospitalière, mais dont la place dans le processus des "conférences de consensus" doit être clairement établie et dont les moyens doivent être, en conséquence, considérablement renforcés.

S'agissant, d'autre part, des engagements pris par les parties signataires de l'avenant, ils ne sont, en l'instant, ni tenus, ni même clairement établis.

Votre commission se gardera de considérer que la revalorisation tarifaire des actes, récemment intervenue, mais promise dès 1990 et constamment reportée par les pouvoirs publics, compte parmi ces engagements-là. Que le Gouvernement actuel, aujourd'hui, considère ces concessions tarifaires comme la contrepartie préalable suffisante à la signature de la confédération des syndicats médicaux français et à l'agrément du Parlement est, à cet égard, tout simplement inacceptable.

Quant aux autres engagements contenus dans l'avenant, quels sont-ils ?

La promesse est, en premier lieu, faite d'une négociation sur l'avenir du régime d'assurance vieillesse du corps médical, qui devrait aboutir, avant la fin du présent mois de juin (1), les Caisses

(1) tout porte à croire que cette échéance ne sera pas respectée.

garantissant, jusqu'à cette date, de satisfaire aux besoins de financement de ce régime. Il n'en reste pas moins que le rétablissement de l'équilibre du régime supposera une augmentation sensible des cotisations supportées par les praticiens.

Tandis que les parties signataires s'engagent, en second lieu, à poursuivre leur réflexion sur le secteur II, toujours gelé, les obligations de ceux qui ont opté pour le droit au dépassement qu'il autorise sont alourdies, partout où les médecins respectant les tarifs opposables sont minoritaires. Dans ces "zones d'ombre", les médecins appartenant au secteur II devront respecter les tarifs opposables à hauteur de 35 % de leur activité, contre 25 % dans le texte jusqu'ici en vigueur.

A côté du secteur II, est en outre créé un "secteur promotionnel" ouvert à 5 000 praticiens pour 1992, sans que les critères d'accès en soient précisément fixés. Les praticiens appartenant à ce secteur pourront pratiquer des dépassements pris en charge par les caisses et continueront de bénéficier, selon des modalités particulières, de la prise en charge de leurs cotisations sociales.

Destiné, en principe, à répondre aux vœux des plus jeunes et des mieux formés des praticiens, ce secteur permet un gel définitif du secteur II et donc le maintien, injustifié, de situations acquises et la réintroduction d'un droit à dépassement qui, pour ne reposer sur aucun critère précis, présentera les inconvénients... qui avaient conduit à le supprimer en 1980.

Un chapitre est, en troisième lieu, consacré aux "indemnités de départ" qui pourraient être accordées aux médecins qui choisiraient de se reconverter. A voir pour juger...

Enfin, un chapitre riche de bonnes intentions et pauvre en propositions précises, est consacré à la médecine générale. Ainsi restent entiers les problèmes posés par la définition de la place du médecin généraliste et par la dégradation de son statut social. Reste également entier le risque d'une double convention, d'autant que le

mécanisme de régulation distingue, pour son application, honoraires et prescriptions des médecins généralistes de ceux des spécialistes.

En somme, les contreparties obtenues par les signataires de l'avenant, pour importantes qu'elles soient, ne sont pas assurées dans leur portée et ne lèvent en aucune manière les menaces qui pèsent sur l'avenir du corps médical.

3. Le projet de loi lève le voile sur un mécanisme comptable de régulation des dépenses

Le projet de loi efface les ambiguïtés, volontaires ou involontaires, de l'avenant, en levant le voile sur un mécanisme de régulation dont tout conduit à penser qu'il repose sur un ressort exclusivement financier et comptable, dont la maîtrise est assurée par l'État. Un examen attentif des seuls articles premier, 4 et 7 du texte suffit à en faire la démonstration.

L'article premier n'est, en aucune manière, la transcription législative de l'avenant n° 3. Il pose le principe de la fixation annuelle d'un taux d'évolution de l'ensemble des dépenses présentées au remboursement des caisses d'assurance maladie.

Trois objections doivent être adressées à cet article qui ne sauraient être levées, selon votre commission, que par sa suppression pure et simple.

D'abord, ce taux est arrêté entre l'État et les caisses sans aucune concertation avec les professions de santé. Ainsi qu'il a déjà été dit, il constitue donc bien un taux de référence qui lie les caisses dans leur négociation, par déclinaison, avec chacune des professions de santé. Pourquoi l'État intervient-il dans les négociations avec certaines d'entre elles et se retire-t-il en ce qui concerne les médecins ? Nul ne le sait.

Ensuite, rien dans le texte ne permet de considérer que ce taux est prévisionnel, même si le Ministre a voulu l'interpréter comme tel. Il reste qu'ainsi défini, le taux général d'évolution des dépenses s'apparente assez à celui qui permet la mise en oeuvre du budget global. Premier signe que ce texte généralise, en vérité, le principe de l'enveloppe.

Enfin et surtout, les dépenses prises en compte sont celles qui sont "présentées au remboursement". Outre que ces termes sont, dans le cadre de l'article premier, peu adaptés, au seul plan technique, en ce qui concerne certaines catégories de dépenses, qu'il s'agisse des dépenses hospitalières ou des prestations en espèces, ils ont surtout pour effet de définir un taux d'évolution, non pas seulement des dépenses d'assurance maladie, mais encore de l'ensemble des dépenses de santé.

Ainsi, le masque tombe-t-il et l'ambiguïté de l'avenant n° 3 est-elle levée. Le ministre, également ancien Président de la mutualité, veut non seulement "verrouiller" la dépense obligatoire d'assurance maladie, mais encore la dépense de santé, afin, certes, de maintenir, dit-il, un haut niveau de protection sociale, mais aussi, n'en doutons pas, de réduire le poids de la charge supportée par les régimes de couverture complémentaire.

Au passage, il convient de noter que, selon les professions, le champ des dépenses concernées varie, rendant techniquement bien instable l'ensemble du dispositif ainsi élaboré.

L'article 4 du projet de loi lève, lui aussi, toutes les ambiguïtés de l'avenant n° 3.

C'est ainsi que, tandis que l'avenant s'appuie sur un taux d'évolution de l'"activité médicale et de la prescription remboursable des praticiens conventionnés", le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale évoque les "dépenses présentées au remboursement", incluant ainsi les dépassements d'honoraires.

Or, le président Beaupère (1) affirme qu'au cours de la négociation il s'est opposé, toujours avec succès, à une référence, explicite ou implicite, auxdits dépassements. C'est donc en contradiction avec l'esprit de l'avenant que le projet de loi a été rédigé, puis interprété. Au nom de quoi ? Du nécessaire maintien du niveau de protection sociale de nos concitoyens.

Trois remarques brèves méritent d'être formulées à cet égard.

Qu'une majorité qui, en dix ans, a baissé de trois points le niveau de la protection sociale obligatoire, prétende vouloir le maintenir ne peut que susciter réserve et colère.

Votre commission ajoute que la règle posée par le projet de loi n'a pas pour effet de maintenir le niveau de protection sociale, mais d'en faire peser la charge exclusivement sur les médecins.

Votre commission précise enfin que la masse ainsi faite des honoraires et des prescriptions peut induire des effets pervers, qu'il s'agisse d'un transfert d'une partie des patients vers l'hôpital ou d'une dégradation de la qualité des prescriptions.

L'article 4 s'éloigne également du texte de l'avenant lorsqu'il précise que la sanction porte sur tout dépassement du taux et non pas, comme l'indique le texte conventionnel, sur les pratiques médicales qui ne sont pas conformes aux contrats locaux d'objectifs. Il s'agit donc bien d'un mécanisme d'enveloppe globale ou, à tout le moins, imposant un contrôle comptable de la réalisation d'objectifs quantifiés.

Votre commission observe en outre que projet de loi et avenant ne peuvent, en pratique, qu'aboutir à un mécanisme de sanction collective. Les Unions professionnelles ne sanctionneront en

(1)Président de la Confédération des syndicats médicaux français, signataire de l'avenant n° 3.

effet que les seuls manquements à la déontologie médicale et les excès manifestes. Comment imaginer que de telles instances confraternelles puissent agir autrement ? Dès lors, il est fort à craindre que la masse des sanctions ainsi prononcées ne sera pas conforme aux attentes des caisses, qui ne manqueront pas de faire application des mesures collectives qu'introduisent avenant et projet de loi.

Enfin, la relation "volume-prix" est sanctionnée par l'absence de toute revalorisation des honoraires, en cas de désaccord entre les parties signataires sur les taux annuels ou de refus d'agrément des pouvoirs publics, qui retrouvent, à ce niveau, la plénitude de leurs prérogatives que l'article premier fait mine de réduire quelque peu. Le régime conventionnel français apparaît donc, plus que jamais, comme l'habillage contractuel d'un pouvoir réglementaire unilatéral resté intact aux mains de la puissance publique.

Quant à l'article 7 du projet de loi, il institue, malgré l'opposition du seul syndicat signataire et de quelques autres, deux collèges électoraux, l'un réunissant les généralistes et l'autre les spécialistes, pour l'élection des membres des Unions professionnelles. Cette architecture doit être rapprochée des dispositions selon lesquelles le mécanisme de régulation s'applique distinctement à la masse des honoraires et des prescriptions des deux mêmes catégories de praticiens et du texte législatif qui autorise la conclusion d'une double convention, pour justifier les craintes, partagées par votre commission, d'un éclatement de la profession médicale. Mais un tel éclatement n'est-il pas souhaité, au fond, par les pouvoirs publics, au moment où les professions de santé souhaitent, au contraire, une négociation globale avec les caisses et l'Etat ?

Il convient d'ajouter deux remarques sur les Unions professionnelles. D'une part, il est à redouter que certaines de leurs missions n'interfèrent avec celles qui reviennent traditionnellement à l'Ordre des médecins. D'autre part, les ressources de ces unions, rapportées aux moyens des caisses, permettent d'imaginer, dans la mise en oeuvre du mécanisme de régulation, en faveur de qui jouera le rapport de force.

Telles sont donc les diverses observations qu'appellent, selon votre commission, avenant n° 3 et projet de loi, qui ne peuvent conduire qu'au rejet du dispositif qui vous est soumis.

Il ne saurait être question cependant, d'accepter, pour autant, d'être accusé de refuser toute politique de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

C. LES LIGNES DE FORCE D'UNE MAITRISE CONCERTÉE ET MÉDICALISÉE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

Votre commission souhaite dégager les lignes de force qui doivent guider ceux qui sont sincèrement désireux de mettre en oeuvre une politique de maîtrise concertée et médicalisée des dépenses.

Elle aimerait, à cet égard, rappeler d'abord le contexte économique et financier dans lequel se développe le débat sur la maîtrise.

Elle montrera ensuite les limites que comporte toute logique d'enveloppe globale en matière de dépenses de santé.

Elle tentera d'établir enfin que la maîtrise médicalisée n'est pas un slogan vide de contenu mais, bien au contraire, la méthode la mieux adaptée pour répondre aux contraintes nées de certaines dérives financières.

1. Le contexte économique et financier du débat sur la politique de maîtrise des dépenses de santé

Le contexte économique et financier dans lequel s'est insinué le débat sur la politique de maîtrise des dépenses de santé appelle la réponse à trois questions.

Première question : la subordination de l'évolution des dépenses de santé à celle de l'assurance maladie n'est-elle pas d'autant moins tolérable que le niveau de protection sociale est lui-même soumis aux fortes pressions qu'exerce, sur l'équilibre financier du système, l'évolution de la conjoncture économique ? En d'autres termes, est-il bon de déterminer les règles de répartition des revenus des ménages au motif qu'ils subissent des évolutions contrastées et pèsent, par là même, sur les ressources disponibles de l'assurance maladie ? Est-il juste de lier mécaniquement taux de chômage et satisfaction du besoin de santé ?

Deuxième question : est-il parfaitement exact d'affirmer, comme les responsables gouvernementaux persistent à le faire, que l'économie de la santé est essentiellement commandée par l'offre ?

Si tel est le cas, comment a-t-il été possible de différer si longtemps le traitement de questions aussi essentielles que la maîtrise de la démographie médicale, le redéploiement de notre appareil hospitalier ou encore l'adaptation des moyens d'hébergement sanitaires et sociaux aux perspectives démographiques ?

Comment ne pas rappeler que le tassement réel (-5,1 %) de la croissance de la dépense de santé en 1987 ne s'explique pas autrement que par les mesures, certes imparfaites, mais courageuses et légitimes -qui donc a osé les remettre en cause ?-, prises par Philippe Séguin, alors ministre des affaires sociales et visant à agir sur la demande de soins ?

Troisième question : plutôt que de vouloir faire peser sur le revenu des seules professions de santé la charge de maintenir le

niveau actuel de la protection sociale, pourquoi ne pas chercher, à niveau égal ou à meilleur niveau, à mieux répartir la part laissée aux ménages ou aux systèmes de couverture complémentaire, selon des modalités plus conformes aux nécessités de notre politique sociale et à l'exigence d'une plus grande sensibilisation des assurés ? En d'autres termes, une politique intelligemment discriminante de ticket modérateur n'est-elle pas préférable aux vagues de déremboursement aveugle de médicaments, dont tous les acteurs du système de santé dénoncent les effets pervers ?

2. La technique de l'enveloppe globale ou de la fixation d'objectifs quantifiés globaux trouve très vite ses limites.

Trois remarques doivent être formulées à cet égard.

Première remarque : le contrôle de la conformité à un objectif quantifié, qu'il soit individuel ou collectif, permet de corriger les excès, mais ne modifie en aucun cas les comportements. La dotation globale hospitalière n'a pas permis d'introduire, au sein des établissements, une logique de budget global ascendant, propre à associer pleinement les acteurs du système hospitalier à une meilleure gestion de la ressource.

Cette remarque s'applique plus encore au secteur libéral, dont le respect des principes qui gouvernent son fonctionnement rend difficile l'application de normes de nature administrative ou financière. Le praticien est un ordonnateur de dépenses publiques qui n'est soumis à aucune hiérarchie directe. Une gestion normative du secteur ambulatoire ne peut donc produire des effets que par une "fonctionnarisation" du système. Mais n'est-ce pas là, au fond, la tentation de certains responsables ?

Deuxième remarque : un rapport récent de la Cour des Comptes a très bien montré que la dotation globale hospitalière avait produit, parmi d'autres, deux effets pervers regrettables.

D'une part, s'appliquant sans nuance à une réalité inchangée, il a contribué à consolider des rentes de situation.

D'autre part, faute de pouvoir être réellement adapté aux nécessités locales, il n'a pas permis d'accompagner l'évolution des structures et les progrès thérapeutiques et d'ajuster ainsi l'allocation de la ressource à l'évolution du système hospitalier.

Ces deux observations, formulées depuis l'origine par votre commission, s'appliquent tout autant à la logique de l'enveloppe globale que l'on entend désormais appliquer à la médecine libérale.

Troisième remarque : le respect des objectifs quantifiés, par l'application comptable des mécanismes de sanction des dépassements ne risque-t-il pas de décourager le contrôleur de toute action sur l'évolution du système ? En d'autres termes, l'État ayant régulé la dépense s'attachera-t-il à tenter d'infléchir l'évolution du système de soins et, au bout du compte, ne sera-t-il pas incité à abandonner toute ambition de définir une véritable politique de santé ? L'exemple allemand, dont le régime d'objectifs quantifiés s'essouffle dans ses effets tandis que les responsables politiques souhaitent réévaluer l'efficacité de leur système de soins n'est-il pas là pour le démontrer ?

3. Les instruments d'une maîtrise médicalisée des dépenses

Le concept de "maîtrise médicalisée", loin d'être la "tarte à la crème" de ceux qui s'opposeraient à toute politique de maîtrise des dépenses de santé, répond pleinement aux nécessités qu'impose l'organisation de notre système de soins.

L'ambition affichée est de maintenir l'originalité du "modèle français", qui est de permettre la prise en charge collective d'une dépense de soins ambulatoires engagée par un système fondé sur l'exercice libéral de la médecine et le libre choix du patient.

Un tel modèle s'organise autour de quatre acteurs, Etat, caisses, patients et médecins dans un "jeu de rôle" où seule une rationalisation de l'action préventive et thérapeutique, dans le respect des besoins des malades, est en mesure d'agir sur la consommation de soins.

Si l'on veut éviter gaspillages, errements thérapeutiques et demande irraisonnée des patients, on ne peut que s'appuyer sur un système très élaboré d'évaluation des pratiques médicales, mis en oeuvre par les médecins eux-mêmes.

A cet égard, le développement des conférences de consensus, sous la coordination éclairée d'une instance comme l'agence nationale d'évaluation médicale et le codage des actes, qui permettrait d'apprécier précisément le contenu de l'activité médicale, constituent les deux axes privilégiés d'une politique d'évaluation.

Il y a fort à parier en effet que les médecins, si rétifs à toute mesure de nature administrative, sont, en revanche, prêts à recevoir un message, déontologique ou thérapeutique, émanant de leurs pairs.

Faut-il enfin rappeler ici l'importance d'une meilleure formation des médecins à l'économie de la santé et du renforcement de la formation médicale continue ?

Il est vrai qu'un tel discours, tenu depuis longtemps, ne s'est pas traduit suffisamment dans les faits.

Mais comment les médecins, dont la défiance à l'endroit des gestionnaires du système de protection sociale n'a cessé de grandir, ne s'inquièteraient-ils pas de l'usage qui pourrait être fait, à des fins purement économiques, de ces instruments d'évaluation ?

Comment ne pas dire, parce que c'est vrai, qu'un médecin généraliste s'estime atteint dans sa dignité, quand on rémunère 100 F la consultation, le plus souvent attentive, qu'il accorde à son patient ?

La course aux volumes ne s'arrêtera-t-elle pas quand l'Etat aura cessé de dégrader le statut et l'image des professions médicales par une valeur unitaire de l'acte aussi médiocre ?

*

* *

CONCLUSION

L'ensemble de ces observations de fond ayant été formulées, **trois solutions s'offraient à votre commission.**

La première consistait à amender complètement le texte pour l'adapter aux ambitions qui viennent d'être affichées. Votre commission a montré, à l'occasion de l'examen de la loi hospitalière, qu'elle ne se refusait pas à un tel exercice. Sans succès, puisque la commission mixte paritaire n'a pas abouti.

Elle a entrepris le même effort en ce qui concerne la politique du médicament, parvenant, à cette occasion, à emporter l'adhésion de l'Assemblée nationale. Le résultat ? Le Gouvernement a refusé de soumettre les conclusions de la commission mixte paritaire à l'examen définitif du Parlement, au motif que lesdites conclusions n'étaient pas conformes aux orientations initiales qui étaient les siennes.

Votre commission a donc renoncé à s'engager dans un travail d'amendement au demeurant fort complexe, dès lors que la mise en oeuvre des instruments juridiques d'une médicalisation des données ne pouvait être improvisée dans les délais dans lesquels le Gouvernement a enfermé les travaux du Parlement.

La deuxième voie consistait à amender le texte, sans l'approuver, pour le rendre parfaitement conforme aux attentes du seul syndicat signataire. Cette solution, pour efficace qu'elle puisse paraître, ne pouvait qu'introduire un peu plus de confusion.

Tout refus du Gouvernement ne pouvait d'une part qu'emporter le rejet du texte, tandis que le Sénat, en examinant de tels amendements, pouvait laisser croire qu'il acceptait les fondements mêmes du dispositif.

Tout refus du Gouvernement devait d'autre part pouvoir s'accompagner d'une dénonciation de l'avenant n° 3 par le syndicat médical signataire. Les déclarations récentes du président de ce syndicat ne permettent pas, malheureusement, de tenir cette hypothèse pour certaine.

Il ne restait donc plus qu'une seule issue. Vous demander de renoncer à la prérogative essentielle du Parlement, qui est de discuter, au fond, des dispositifs qui lui sont soumis, dès lors qu'en l'espèce, l'exercice de cette prérogative apparaissait vain.

Telle est la raison pour laquelle votre commission vous demande d'adopter une question préalable, dont l'objet est de décider qu'il n'y a pas lieu de poursuivre le débat.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I - AUDITION DU MINISTRE

La commission des Affaires sociales s'est réunie le mercredi 10 juin 1992, sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, pour procéder à l'audition de M. René Teulade, ministre des affaires sociales et de l'intégration, sur le projet de loi n° n° 393 (1991-1992) relatif aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.

Il a rappelé d'abord que ce texte était la transcription législative d'un accord conclu par les partenaires sociaux et médicaux et agréé par le Gouvernement. Il a précisé à cet égard que l'Assemblée nationale avait modifié le dispositif pour le rendre parfaitement conforme à celui qui avait été soumis aux parties signataires.

Il a indiqué ensuite que l'avenant n° 3 à la convention médicale avait été approuvé à la quasi unanimité par le conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et finalement signé également par les deux autres caisses nationales.

Il a observé que les deux dispositifs, conventionnels et législatifs, avaient pour objet de maintenir, sinon d'améliorer, le niveau de la protection sociale en mettant en oeuvre un mécanisme médicalisé de maîtrise des dépenses .

Il a conclu en considérant que si la solution retenue n'était pas parfaite, elle lui paraissait cependant constituer une étape décisive et incontournable dans la réalisation de l'objectif, partagé par tous les partenaires, d'une maîtrise négociée des dépenses de santé.

M. Charles Descours, rapporteur, a d'abord fait observer au ministre que l'audition de l'ensemble des parties concernées par le projet de loi lui avait permis d'observer que des ambiguïtés et des oppositions fortes demeuraient encore, qu'elles soient exprimées par les parties signataires ou par celles qui avaient refusé de signer ou de s'associer à la négociation.

Il a ainsi exprimé les réserves présentées par le président de la confédération des syndicats médicaux français, signataire de l'avenant, qui portent sur le champ des dépenses entrant dans le

dispositif de maîtrise, sur le régime des sanctions applicables aux praticiens, sur l'incertitude de la portée, prévisionnelle ou normative, du taux fixé pour l'ensemble des dépenses d'assurance maladie et enfin sur le mode d'élection des membres des unions professionnelles de médecins.

En réponse au rapporteur, le ministre a indiqué que sur les trois premiers points, le projet de loi était conforme aux engagements pris par le Gouvernement et au dispositif accepté par les parties signataires et qu'il n'entendait donc pas le remettre en cause.

Il a exprimé des positions moins fermes sur le mode d'élection des membres des unions professionnelles.

M. François Delga a exprimé la crainte que le dispositif d'enveloppe globale, proposé par le texte, ne remette en cause la qualité des prescriptions.

M. Louis Boyer a souligné que la maîtrise des dépenses de santé ne pouvait résulter que d'une réflexion sur les pratiques médicales en vue d'éviter des erreurs de prescription et certains gaspillages.

M. Claude Huriet a rappelé l'importance du développement des instruments d'évaluation. Il s'est inquiété des effets pervers que pourrait avoir le nouveau dispositif conventionnel en soulignant notamment le risque de transfert, vers l'hôpital, d'une partie de l'activité ambulatoire.

M. Marcel Lesbros a voulu étendre la réflexion à l'ensemble du système de santé en soulignant notamment les effets négatifs des efforts de redéploiement des moyens sur certaines catégories d'établissements ; il a décrit, à cet égard, plus particulièrement la situation du Briançonnais.

M. Martial Taugourdeau a rappelé que les médecins n'étaient pas les seuls responsables de la croissance des dépenses de santé et que les procédures de prise en charge comme le tiers payant contribuaient elles aussi à rendre les patients plus indifférents à une meilleure économie de notre système.

M. Claude Prouvoyeur s'est élevé contre l'introduction, à l'Assemblée nationale, d'un amendement extrêmement important dont l'objet est de valider la convention conclue avec les infirmières et qui n'a ainsi pu faire l'objet d'une étude préalable approfondie par les Assemblées.

M. Charles Descours, rapporteur, est intervenu à nouveau pour rappeler que les caisses d'assurance maladie avaient regretté que les instruments de la médicalisation du dispositif de maîtrise ne se trouvent pas juridiquement contenus dans le projet de loi. Il a également souligné que les auditions avaient révélé une opposition large du corps médical au projet de loi et à l'avenant n° 3.

En réponse aux intervenants, le ministre a indiqué que le dispositif contenu dans l'avenant s'accompagnait d'initiatives multiples tendant à mettre en oeuvre les instruments juridiques et techniques d'une médicalisation de la maîtrise des dépenses de santé.

Il a confirmé que ce dispositif n'avait pas pour objet de remettre en cause les principes qui fondent notre système de protection sociale et le mode d'exercice de la médecine. Il a exprimé son attachement au développement d'une réflexion médicale sur l'administration des soins en soulignant toutefois que les "conférences de consensus" ainsi développées devaient être contrôlées par l'agence nationale d'évaluation médicale.

Il n'a pas voulu considérer que le dispositif conventionnel pourrait conduire, dans des proportions significatives, à des transferts importants de malades du secteur ambulatoire vers le secteur hospitalier.

S'il a admis que le principe du taux directeur pouvait avoir des effets pervers, il a exprimé le souhait qu'une adaptation intelligente de l'avenant n° 3 permette la souplesse nécessaire au respect des évolutions du système de soins. Il a souligné enfin qu'ayant désormais accordé aux médecins, non sans avoir rencontré certaines difficultés, des avantages tarifaires importants, il entendait que ceux-ci respectent désormais le contrat conclu avec les caisses et agréé par les pouvoirs publics.

II - EXAMEN DU RAPPORT

La commission a, le mercredi 17 juin 1992, procédé à l'examen du rapport de M. Charles Descours sur le projet de loi n° 393 (1991-1992) relatif aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.

Après avoir rappelé les conditions dans lesquelles le Gouvernement avait été contraint de recourir, sur ce projet de loi, à l'Assemblée nationale, à la procédure prévue par l'article 49, alinéa 3 de la Constitution, le rapporteur a justifié les raisons pour lesquelles il lui était apparu opportun de suggérer à la commission d'adopter une motion tendant à opposer la question préalable, dont l'objet est de décider qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la délibération.

Il a considéré, d'abord, que la démarche gouvernementale, dictée par des considérations tactiques peu compatibles avec la définition d'une politique cohérente de la santé, ne permettait pas de garantir la cohérence de l'édifice conventionnel élaboré par les caisses d'assurance maladie et l'un des syndicats représentatifs des médecins, auquel le projet de loi offre une base législative.

Il a observé, ensuite, que le contenu de ce projet contribuait à mettre en évidence la volonté gouvernementale d'instaurer un mécanisme comptable et financier de régulation des dépenses, sans que la médicalisation de ce mécanisme ne suffise à en réduire les effets néfastes.

Il a indiqué, enfin, que son opposition aux dispositions du projet de loi, loin de constituer le refus d'une politique de maîtrise concertée des dépenses d'assurance maladie que rend nécessaire la situation actuelle de notre système de protection sociale, tendait au contraire à exprimer son souhait qu'une telle politique soit engagée par la mise en oeuvre des instruments d'évaluation et de médicalisation des données qu'elle exige.

Constatant alors que toute tentative d'amender le texte soumis à son examen serait, compte tenu des réponses données par le ministre à l'occasion de son audition, vouée à l'échec, le rapporteur a proposé la seule solution qui permette d'éviter de laisser croire que la commission pouvait adhérer, totalement ou partiellement, au dispositif. C'est ainsi qu'il a demandé à la commission d'adopter une motion tendant à opposer la question préalable.

M. Jean Chérioux a exprimé son adhésion aux observations et à la proposition du rapporteur, en rappelant que ce projet de loi avait pour objet de valider un accord qui ne recevait pas, sur le fond, le consentement des professionnels de santé.

Il a considéré ensuite que cet accord engageait notre pays dans une politique de rationnement des dépenses de santé.

S'il lui paraît en effet utile de responsabiliser les acteurs, il lui semble en revanche inacceptable de faire supporter le poids de la maîtrise financière par les seules professions de santé.

Il a enfin rappelé qu'une bonne partie de la consommation des soins est justifiée par les campagnes médiatiques abondantes menées en vue d'inciter les patients à la multiplication des actes médicaux.

M. André Bohl a voulu replacer le malade au centre du dispositif, en rappelant notamment que l'aménagement sanitaire de notre territoire, engagé par l'actuel Gouvernement, n'avait pas d'autre objet que de remettre en cause l'existence d'un grand nombre d'établissements hospitaliers.

Il a dénoncé les effets néfastes du dispositif introduit par l'Assemblée nationale, tendant à valider l'accord signé par un syndicat d'infirmières et condamné par la plus grande partie d'entre elles.

Mme Marie-Claude Beaudeau a rappelé que la crise du système français de protection sociale tenait d'abord au niveau exceptionnel atteint par le chômage.

Elle a critiqué, avec le rapporteur, la tactique dite du "salami", qui consiste à procéder, dans la mise en place du dispositif de maîtrise, par des négociations séparées avec chaque profession.

Elle a enfin voulu comprendre le projet de loi comme un acte de rationnement des soins.

Si elle ne s'est pas ralliée à la motion présentée par le rapporteur, elle a toutefois indiqué que son groupe n'excluait pas de recourir à un autre moyen de procédure.

M. Franck Sérusclat a exprimé son accord sur la philosophie du texte et, par conséquent, son opposition aux propositions présentées par le rapporteur.

M. Claude Huriet a souligné que l'objectif de la régulation du système de santé ne pouvait être réalisé qu'avec l'adhésion des professions de santé. C'est ainsi que les unions professionnelles ne pourront fonctionner efficacement qu'à cette seule condition, qui, dans l'instant, n'était pas remplie. Il s'est ainsi rallié à la proposition du rapporteur.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, a regretté que le Gouvernement ajoute une loi de plus à toutes celles qui permettent déjà de mettre en oeuvre les moyens d'un contrôle efficace des abus et des gaspillages.

Il a rappelé à cet égard le rôle essentiel des médecins-conseils des caisses d'assurance maladie.

Il a souligné enfin que la "course au volume d'actes" cesserait lorsque les pouvoirs publics accepteront enfin de rémunérer convenablement la valeur unitaire de chacun d'entre eux.

En réponse aux intervenants, M. Charles Descours, rapporteur, s'est engagé à insister, à l'occasion de la discussion du projet de loi, sur l'importance des problèmes d'aménagement du territoire, de démographie médicale et de la pleine mise en oeuvre des dispositifs législatifs existants.

La commission a alors adopté la motion tendant à opposer la question préalable, dont l'objet est de décider qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la délibération.

III - AUDITIONS DU RAPPORTEUR

Personnalités qualifiées

M. Louis René, Président du Conseil national de l'ordre des médecins,

M. Jacques Monnot, Président du Centre national des professions de santé

M. Gérard Maudrux, Président honoraire d'"Action santé"

Représentants des Caisses nationales d'Assurance maladie

M. Jean-Claude Mallet, Président de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

M. Guy-Marie Gallet, Directeur général adjoint des caisses centrales de Mutualité sociale agricole

M. Marcel Ravoux, Président de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles

Organisations syndicales représentant les médecins

M. Jacques Beaupère, Président de la Confédération des syndicats des médecins de France

M. Dinorino Cabrera, Président du Syndicat des médecins libéraux

M. Jean Gras, Président de la Fédération des médecins de France

M. Richard Bouton, Président de MG France

Organisations syndicales représentant les infirmiers

Mme Geoffroy, ONSIL, Présidente du Syndicat des infirmiers libéraux

Mme Marie Ourth-Bresel, Présidente de la Fédération nationale des infirmiers

TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Livre Ier Généralités</p> <p>Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</p> <p>Titre VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales</p> <p>Chapitre 2 Dispositions générales relatives aux soins</p> <p>Art. L. 162-1.- Sous réserve des dispositions relatives aux assurés bénéficiaires de l'aide sociale, les soins sont dispensés aux assurés sociaux dans les conditions définies par les articles ci-après.</p>	<p>Projet de loi relatif aux relations entre les médecins et l'assurance maladie.</p> <p>Article premier.</p> <p>Il est inséré dans le code de la sécurité sociale après l'article L. 162-1, un article L. 162-1-1 ainsi rédigé :</p>	<p>Projet de loi relatif aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.</p> <p>Article premier.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>Adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable dont l'objet est de faire décider qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la délibération</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Section 1 Médecins</p> <p>Art. L. 162-5.- Les rapports entre les caisses primaires d'assurance-maladie et les médecins sont définis par les conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de</p>	<p style="text-align: center;"><i>«Art. L. 162-1-1.-</i> Chaque année, le taux d'évolution global des dépenses visées aux articles L. 321-1, L. 331-2 et L. 431-1 et présentées au remboursement des régimes d'assurance maladie est fixé par un accord conclu entre les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie visée à l'article L. 162-7.»</p>	<p style="text-align: center;"><i>«Art. L. 162-1-1.-</i> Chaquedépenses présentées au remboursement et entrant dans le champ des régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail, est fixé ...</p> <p style="text-align: center;">... L. 162-7. Ce taux tient compte des caractéristiques de la population, du progrès technique et médical, des maladies nouvelles et des conjonctures épidémiques, de la démographie des professions de santé ainsi que des modes de coordination des différentes interventions dans le système de soins.»</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.</p>			
<p>La ou les conventions nationales peuvent faire l'objet de clauses locales particulières, sous forme d'accords complémentaires entre les caisses primaires d'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et modalités d'approbation de ces accords.</p>	<p style="text-align: center;">Titre premier</p> <p>Dispositions relatives aux relations des médecins avec l'assurance maladie</p> <p style="text-align: center;">Art. 2.</p> <p>L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un troisième alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« La ou les conventions déterminent notamment :</p> <p>« 1° les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins ;</p> <p>« 2° le cas échéant, les modalités de financement des actions de formation continue des médecins et l'indemnisation ou la rémunération des médecins qui y participent ainsi que les modalités du financement des programmes d'évaluation de la pratique médicale, des expérimentations et des actions innovantes ;</p>	<p style="text-align: center;">Titre premier</p> <p>Dispositions relatives aux relations des médecins avec l'assurance maladie</p> <p style="text-align: center;">Art. 2.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
(Art. 162-6-3.- cf Art. 4)	<p>«3° les mécanismes de régulation des dépenses et, notamment les dispositions permettant le respect des taux prévus au 1° de l'article L. 162-6-1 ;</p> <p>«4° le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion. Elles peuvent prévoir de subordonner le versement de cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice libéral de la médecine ainsi que les modalités de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus «qu'elles définissent» ;</p> <p>«5° les conditions dans lesquelles les tarifs visés à l'article L. 162-6-1 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés, valorisant une pratique médicale répondant à des critères de qualité qu'elles déterminent.»</p>	<p>«3° les modalités de mise en oeuvre de l'article L. 162-6-3 ;</p> <p>«4° le cas échéant,...</p> <p>... ci-dessus ;</p> <p>«5° les conditions...</p> <p>... conventionnés, en vue de valoriser une pratique...</p> <p>... déterminent.»</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Art. L. 162-6.- La ou les conventions prévues à l'article L. 162-5 :</p> <p>1° détermine les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins ;</p> <p>2° fixe les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention ;</p> <p>3° fixe, le cas échéant, les modalités de financement des actions de formation continue des médecins et l'indemnisation ou la rémunération des médecins qui y participent, ainsi que les modalités de financement des programmes d'évaluation de la pratique médicale et des expérimentations.</p> <p>Elle n'entre en vigueur, lors de sa conclusion ou lors d'une tacite reconduction, qu'après approbation par arrêté interministériel ; il en est de même de ses annexes ou avenants.</p> <p>Dès son approbation, la ou les conventions sont, sous réserve des dispositions du 1° ci-dessous, applicables à l'ensemble des médecins.</p>	<p>—</p> <p>Art. 3.</p> <p>L'article L. 162-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p><i>-Art. L. 162-6.-</i> La ou les conventions, leurs annexes ou avenants n'entrent en vigueur, lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction qu'après approbation par arrêté interministériel. Le Conseil national de l'Ordre des médecins est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie médicale.</p> <p>-Dès leur approbation la ou les conventions nationales sont applicables à l'ensemble des médecins concernés.</p>	<p>—</p> <p>Art. 3.</p> <p>Sans modification</p>	<p>—</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Avant l'approbation de la ou les conventions nationales, le conseil de l'ordre national des médecins est consulté sur les dispositions de ladite convention relatives à la déontologie médicale.</p>	<p>«Toutefois, ses dispositions ne sont pas applicables :</p>		
<p>Les dispositions de cette ou ces conventions ne sont pas applicables :</p>	<p>1° aux médecins qui, dans les conditions déterminées par la ou les conventions, ont fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils n'acceptent pas d'être régis par ces dispositions ;</p>		
<p>2° aux médecins que la caisse primaire d'assurance maladie a décidé de placer hors de la ou les conventions pour violation des engagements prévus par celle-ci ; cette décision doit être prononcée selon des conditions prévues par la ou les conventions ; elle ne fait pas obstacle à l'application éventuelle des dispositions du chapitre 5 du titre IV du présent livre.</p>	<p>«2° aux médecins que la caisse primaire d'assurance maladie a décidé de placer hors de la convention pour violation des engagements prévus par celle-ci ; cette décision doit être prononcée selon des conditions prévues par la convention ; elle ne fait pas obstacle à l'application éventuelle des dispositions de l'article L. 133-4 et du chapitre V du titre IV du présent livre.»</p>	<p>Art. 4.</p>	<p>Art. 4.</p>
	<p>Art. 4.</p> <p>Il est inséré dans le code de la sécurité sociale après l'article L. 162-6 les articles L. 162-6-1, L. 162-6-2 et L. 162-6-3 ainsi rédigés :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p>-Art. L. 162-6-1.- Chaque année, une annexe à la ou aux conventions prévues à l'article L. 162-5 fixe, compte tenu des caractères de la population, du progrès technique et médical, des maladies nouvelles et des conjonctures épidémiques, de la démographie médicale ainsi que des modes de coordination des différentes interventions dans le système de soins :</p>	<p>-Art. L. 162-6-1.- Chaquecompte tenu des caractéristiques de la population... ... ainsi que de la coordination des différents intervenants du système de soins et des transferts qui en découlent :</p>	
	<p><1° des taux nationaux d'évolution prévisionnels des dépenses visées aux articles L. 321-1, L. 331-2 et L. 431-1 et présentées au remboursement portant sur l'activité des médecins généralistes, d'une part et des médecins spécialistes, d'autre part. Ces taux concernent les honoraires des médecins, y compris les frais accessoires, ainsi que leurs prescriptions ;</p>	<p><1° des taux des dépenses présentées au remboursement et entrant dans le champ des régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail. Ces taux portent sur l'activitéd'autre part. Ils concernent... ...accessoires. Ils concernent également les prescriptions, à hauteur du montant servant de base au remboursement ;</p>	
	<p><2° les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la ou les conventions ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p><3° l'adaptation, le cas échéant, des taux nationaux prévus au 1°) ci-dessus, et en cohérence avec eux, par zones géographiques que l'annexe détermine et par période au cours de l'année.></p>	<p><3° Le cas échéant, l'adaptation, en cohérence avec ceux-ci, des taux nationaux prévus au 1° ci-dessus, par zones géographiques et par périodes au cours de l'année que l'annexe détermine.></p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p>«Art. L. 162-6-2.- A défaut de signature avant le 15 décembre, ou d'approbation avant le 31 décembre, de l'annexe mentionnée à l'article L. 162-6-1, les taux et les tarifs en vigueur visés à cet article sont prorogés pour une période ne pouvant excéder un an.</p>	<p>«Art. L. 162-6-2.- Alinéa sans modification</p>	
	<p>«A l'issue de cette période, et à défaut de signature ou d'approbation d'une nouvelle annexe, un arrêté interministériel fixe pour l'année suivante, après avis des caisses nationales d'assurance maladie visées à l'article L. 162-7 et des organisations syndicales des médecins visées à l'article L. 162-5, signataires de la convention, les dispositions prévues à l'article L. 162-6-1.»</p>	<p>«A l'issue...</p>	
	<p>«Art. L. 162-6-3.- Pour l'application du 3° du troisième alinéa de l'article L. 162-5, la ou les conventions nationales des médecins prévoient, en cas de dépassement des taux par un médecin, de mettre à sa charge, et après qu'il ait été mis à même de présenter ses observations, tout ou partie des cotisations des caisses d'assurance maladie prévues aux articles L. 722-4 et 645-2 ou de la prise en charge prévue à l'article L. 162-8-1.</p>	<p>«Art. L. 162-6-3.- La ou les conventions nationales prévoient, en cas de dépassement des taux mentionnés à l'article L. 162-6-1 la possibilité de mettre à la charge des médecins tout ou partie...</p>	
		<p>... L. 722-4 et L. 645-2 ...</p>	
		<p>... l'article L. 162-8-1. Elles fixent les conditions dans lesquelles les médecins présentent leurs observations.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	<p>«Lorsque la ou les conventions nationales prévoient que certains médecins peuvent choisir de pratiquer des tarifs différents de ceux qu'elles fixent, elles déterminent, pour l'application du 3° de l'article L. 162-5, les modalités selon lesquelles ces médecins acquittent en cas de dépassement des taux, une contribution d'un montant équivalent aux cotisations des caisses qui auraient été remises à leur charge s'il leur avait été fait application de l'alinéa précédent.</p>	«Lorsque ...	—
		...déterminent les modalités ...	
		... précédent.	
	<p>«Cette contribution est assise sur les revenus professionnels servant de base au calcul de la cotisation personnelle d'allocations familiales. Elle est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales. Le produit de cette contribution est réparti entre les régimes d'assurance maladie dans les conditions prévues par l'article L. 162-8-1.»</p>	Alinéa sans modification	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
(Art. L. 162-6-1.- cf Art. 4)	<p style="text-align: center;">Art. 5.</p> <p>A défaut de signature avant le 15 décembre 1992 ou d'approbation avant le 31 décembre 1992, de l'annexe mentionnée à l'article L. 162-6-1 du code de la sécurité sociale et applicable à l'année 1993, les tarifs visés au 2° de cet article sont prorogés pour une période ne pouvant excéder un an. Les taux d'évolution en volume des dépenses applicables en 1993 sont égaux à ceux retenus pour l'année 1992 par l'annexe conventionnelle signée pour cette dernière année.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 5.</p> <p>Sans modification</p>	
	<p style="text-align: center;">Titre II Dispositions relatives aux unions des médecins exerçant à titre libéral</p>	<p style="text-align: center;">Titre II Dispositions relatives aux unions des médecins exerçant à titre libéral</p>	
	<p style="text-align: center;">Art. 6.</p> <p>Il est créé dans chaque département une union des médecins libéraux.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 6.</p> <p>Il est créémédecins exerçant à titre libéral.</p>	
	<p>Chaque union regroupe en une assemblée les élus des collèges prévus à l'article 7. Les élus de chaque collège peuvent se réunir, en tant que de besoin, en section, selon les modalités fixées par décret.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>Les unions sont des organismes de droit privé.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	<p data-bbox="504 441 593 485">Art. 7.</p> <p data-bbox="378 506 719 776">Les membres des unions sont élus par les médecins exerçant à titre libéral en activité dans le régime conventionnel, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne.</p> <p data-bbox="378 786 719 959">Deux collèges d'électeurs sont constitués, un collège des généralistes et un collège des spécialistes.</p> <p data-bbox="378 970 719 1142">Tous les électeurs sont éligibles. Ils ne peuvent être élus qu'au titre du collège dans lequel ils sont électeurs.</p> <p data-bbox="378 1153 719 1412">Les candidatures sont obligatoirement présentées par une des organisations syndicales les plus représentatives au sens de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.</p>	<p data-bbox="845 441 934 485">Art. 7.</p> <p data-bbox="764 506 1009 549">Sans modification</p> <p data-bbox="831 1433 957 1476">Art. 7 bis.</p> <p data-bbox="727 1498 1061 1692">Il est créé à partir des unions départementales un échelon régional qui assure les missions qui lui sont confiées par les unions départementales.</p>	—

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	Art. 8. Les unions contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins. Elles assument les missions qui leur sont confiées à cet effet par la ou les conventions nationales visées à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.	Art. 8. Alinéa sans modification Elles participent notamment aux actions suivantes : - Analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie, ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux ; - Evaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins ; - Organisation et régulation du système de santé ; - Prévention et actions de santé publiques ; - Coordination avec les autres professionnels de santé ; - Information et formation des médecins et des usagers.	—

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	<p data-bbox="510 438 590 463">Art. 9.</p> <p data-bbox="387 502 713 938">Les unions perçoivent une contribution versée à titre obligatoire par chaque médecin exerçant à titre libéral en activité dans le régime conventionnel, en activité et inscrit au conseil de l'ordre du département de l'union. La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession.</p> <p data-bbox="387 966 713 1342">Le montant annuel de cette contribution est fixé par décret, après consultation des organisations syndicales de médecins visées à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans la limite d'un taux de 0,50 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale.</p> <p data-bbox="387 1370 713 1747">Cette contribution est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales.</p> <p data-bbox="387 1774 713 2049">Les organismes chargés du recouvrement de la contribution peuvent percevoir des frais de gestion dont les modalités et le montant seront fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p>	<p data-bbox="847 438 927 463">Art. 9.</p> <p data-bbox="773 502 940 527">Les unions ...</p> <p data-bbox="728 693 1050 755">... conventionnel. La contribution ...</p> <p data-bbox="728 917 887 942">... profession.</p> <p data-bbox="736 966 1040 991">Alinéa sans modification</p> <p data-bbox="736 1370 1040 1395">Alinéa sans modification.</p> <p data-bbox="736 1774 1040 1800">Alinéa sans modification</p>	—

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	<p>Les unions peuvent également recevoir, au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers divers.</p>	Alinéa sans modification	—
	<p>Art. 10.</p>	Art. 10.	
	<p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent titre et notamment la composition, le mode de fonctionnement et les modalités d'organisation et de financement des élections des membres des unions départementales des médecins exerçant à titre libéral et les conditions dans lesquelles les organismes chargés du recouvrement reversent la contribution aux unions.</p>	Sans modification	
		Titre II bis	
		<p>Dispositions relatives aux relations des infirmiers avec l'assurance maladie</p>	
		Art. 10 bis.	
		<p>I.- Après l'article L. 162-12 du code de la sécurité sociale, sont insérées les dispositions suivantes :</p>	
		<p>« Sous-section 5. - Dispositions relatives aux infirmiers.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de la santé publique</p> <p>Livre IV Professions médicales et auxiliaires médicaux</p> <p>Titre II Profession d'infirmière ou d'infirmière</p>		<p>-Art. L. 162-12-1.- Les infirmiers sont tenus d'effectuer leurs actes dans le respect des dispositions prises pour l'application du titre II du livre IV du code de la santé publique et en observant la plus stricte économie compatible avec l'exécution des prescriptions.»</p> <p>-Art. L. 162-12-2.- Les rapports entre les caisses primaires d'assurance maladie et les infirmiers sont définis, dans le respect des règles déontologiques fixées par le code de la santé publique, par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des infirmiers et la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p> <p>«Cette convention détermine notamment :</p> <p>«1° les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des infirmiers ainsi que les conditions dans lesquelles sont pris en charge les actes effectués par un infirmier remplaçant un infirmier conventionné et les actes effectués par les infirmiers conventionnés dans les établissements et structures d'hébergement de toute nature ;</p>	

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale**

**Propositions de la
Commission**

«2° les conditions d'organisation de la formation continue des infirmiers ainsi que le financement de cette formation ;

«3° les conditions, à remplir par les infirmiers pour être conventionnés et notamment celles relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un service organisé, aux sanctions prononcées le cas échéant à leur encontre pour des faits liés à l'exercice de leur profession et au suivi d'actions de formation ;

«4° le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;

«5° sans préjudice des compétences du pouvoir réglementaire, les mécanismes par lesquels est assuré le respect de l'objectif prévu au 1° de l'article L. 162-12-4, mécanismes qui peuvent comporter un seuil d'activité individuelle compatible avec la qualité des soins, au-delà duquel les honoraires perçus peuvent donner lieu, pour tout ou partie de la dépense correspondante des régimes d'assurance maladie, à versement aux dits régimes ;

«6° les modalités du versement prévu au 5° ainsi que les conditions dans lesquelles les infirmiers présentent leurs observations.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 162-7.- La caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés des professions non-agricoles et la caisse centrale de secours mutuels agricoles peuvent conclure, conjointement avec la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la ou les conventions nationales prévues à l'article L. 162-5.</p>		<p>«Les dispositions de l'article L. 162-7 sont applicables à la convention prévue par le présent article.»</p>	
<p>La ou les conventions nationales ne sont valablement conclues que lorsque deux caisses nationales au moins dont la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en sont signataires.</p>		<p>«Art. L. 162-12-3.- La convention, ses annexes et avenants n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté interministériel.</p>	
		<p>«Dès son approbation, la convention est applicable à l'ensemble des infirmiers. Toutefois, ses dispositions ne sont pas applicables :</p>	
		<p>«1° aux infirmiers qui ne remplissent pas les conditions prévues au 3° de l'article L. 162-12-2 ;</p>	
		<p>«2° aux infirmiers qui ont fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils n'acceptent pas d'être régis par la convention ;</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	«3° aux infirmiers dont la caisse primaire a constaté qu'ils se sont placés hors de la convention par violation des engagements qu'elle prévoit. Cette décision est prononcée dans les conditions prévues par la convention.»	—
		«Art. L. 162-12-4.- Une annexe à la convention prévue à l'article L. 162-12-2, mise à jour annuellement, fixe notamment :	
		«1° l'objectif national quantifié d'évolution des dépenses en soins infirmiers à la charge des régimes d'assurance maladie;	
		«2° les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux infirmiers par les assurés sociaux;	
		«3° le cas échéant, l'adaptation, en cohérence avec celui-ci, de l'objectif mentionné au 1° ci-dessus, par zones géographiques et par périodes au cours de l'année, que l'annexe détermine.»	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	<p data-bbox="706 401 1035 972">«Art. L. 162-12-5.- A défaut de la signature d'une convention nationale ou à défaut de son approbation, un arrêté interministériel fixe pour l'année suivante, après information par le ministre chargé de la sécurité sociale, de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des organisations syndicales les plus représentatives des infirmiers, les mécanismes prévus au 5° de l'article L. 162-12-2.»</p> <p data-bbox="706 998 1035 1634">«Art. L. 162-12-6.- A défaut de la signature avant le 15 décembre de l'annexe prévue à l'article L. 162-12-4 ou de son approbation avant le 31 décembre, un arrêté interministériel fixe pour l'année suivante, après information par le ministre chargé de la sécurité sociale, de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des organisations syndicales les plus représentatives des infirmiers, les éléments mentionnés à l'article L. 162-12-4.»</p>	—

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale**

**Propositions de la
Commission**

—

Art. L. 162-9.- Les rapports entre les caisses primaires d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions.

Ces conventions déterminent :

1°) les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et celles des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;

2°) les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention.

Elles n'entrent en vigueur lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction qu'après approbation par arrêtés interministériels ; il en est de même de leurs annexes et avenants.

—

« Art. L. 162-12-7.- Les dispositions des articles L. 162-9 à L. 162-12 ne sont pas applicables aux infirmiers. »

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale**

**Propositions de la
Commission**

Lorsque la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes comporte des dispositions relatives à la déontologie, le conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes est consulté préalablement à son approbation.

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 162-5 sont applicables aux conventions nationales intéressant les professions mentionnées au premier alinéa du présent article.

Les dispositions des conventions mentionnées ci-dessus ne sont pas applicables aux praticiens qui se trouvent dans les cas prévus aux 1° et 2° du cinquième alinéa de l'article L. 162-6.

Art. L. 162-10.- Les dispositions de l'article L. 162-7 sont applicables aux conventions nationales prévues à l'article L. 162-9.

Art. L. 162-11.- A défaut de convention nationale, les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés par des conventions conclues entre les caisses primaires d'assurance maladie et un ou plusieurs des syndicats les plus représentatifs de chacune de ces professions, dans la limite des tarifs fixés par arrêté interministériel.

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale**

**Propositions de la
Commission**

—

Les conventions doivent être conformes aux clauses de conventions types établies par décret en Conseil d'Etat et n'entrent en vigueur qu'après approbation par l'autorité administrative.

Dès leur approbation, les conventions sont applicables à l'ensemble des membres des professions intéressées, exerçant dans la circonscription de la caisse primaire, à l'exception de ceux qui, dans les conditions déterminées par la convention type, ont fait connaître à cet organisme qu'ils n'acceptent pas d'être régis par la convention.

En cas de violation des engagements conventionnels par un membre de l'une des professions intéressées, la caisse primaire d'assurance maladie peut décider, selon les conditions prévues par la convention type, de le placer hors de la convention.

En l'absence de conventions conclues avec la caisse primaire, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux peuvent adhérer personnellement aux clauses de la convention type sur la base de tarifs fixés dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Art. L. 162-12.- A défaut de convention ou en l'absence d'adhésion personnelle à la convention type, les tarifs servant de base au remboursement des honoraires des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux sont fixés par arrêtés interministériels.</p> <p>(Art. L. 162-9.- cf <i>ci-dessus</i>)</p>		<p>—</p> <p>II. - Dans le code de la sécurité sociale, les références à l'article L. 162-9 sont complétées, en tant qu'elles concernent les infirmiers, par une référence à l'article L. 162-12-2.</p> <p>III. - Après l'article L. 722-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 722-8-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 722-8-1.- Par dérogation aux dispositions de l'article précédent, les infirmières qui relèvent à titre personnel du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre bénéficient à l'occasion de leur maternité d'une allocation forfaitaire de repos maternel spécifique, destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité.</p>	<p>—</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	<p>«Lorsqu'elles font appel à un confrère pour se faire remplacer dans l'activité professionnelle ou à du personnel pour se faire remplacer dans les travaux ménagers qu'elles effectuent habituellement, cette indemnité est complétée d'une indemnité de remplacement spécifique, proportionnelle à la durée et au coût de celui-ci.</p> <p>«Les conjointes des infirmiers relevant du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre qui remplissent les conditions de collaboration professionnelle définie par le décret prévu à l'article précédent, bénéficient des allocations prévues par le présent article.</p> <p>«Les femmes mentionnées aux premier et troisième alinéas bénéficient à l'occasion de l'arrivée à leur foyer d'un enfant confié en vue de son adoption par un service d'aide sociale à l'enfance, ou par une œuvre d'adoption autorisée, des allocations prévues par le présent article, dans les conditions suivantes :</p> <p>«1° l'allocation forfaitaire prévue au premier alinéa est due pour sa moitié ;</p>	—

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code du travail</p> <p>Art. L. 141-3.- La garantie du pouvoir d'achat des salariés dont les rémunérations sont les plus faibles est assurée par l'indexation du salaire minimum de croissance sur l'évolution de l'indice national des prix à la consommation institué comme référence par décret en conseil des ministres après avis de la commission nationale de la négociation collective.</p>		<p>«2° l'allocation de remplacement est due pour la ou les périodes de remplacement se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer, la durée maximale d'attribution de la prestation étant égale à la moitié de celle qui est prévue en cas de maternité.</p> <p>«Les mesures d'application et notamment le montant des allocations et la durée maximum du remplacement indemnisable sont fixés par décret. Ce décret fixe également le taux de la cotisation supplémentaire mise à la charge des intéressés pour financer ces allocations spécifiques.</p> <p>«Les montants maximaux des allocations sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées par les articles L. 141-3 et L. 141-4 du code du travail pour le salaire minimum de croissance.»</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Lorsque cet indice atteint un niveau correspondant à une hausse d'au moins 2 p. 100 par rapport à l'indice constaté lors de l'établissement du salaire minimum de croissance i m m é d i a t e m e n t antérieur, le salaire minimum de croissance est relevé dans la même proportion à compter du premier jour du mois qui suit la publication de l'indice entraînant ce relèvement.</p>			
<p>Art. L. 141-4.- Afin d'assurer aux salariés dont les rémunérations sont les plus faibles une participation au d é v e l o p p e m e n t économique de la nation, le salaire minimum de croissance est fixé, indépendamment de l'application de l'article L. 141-3, chaque année avec effet du 1er juillet dans les conditions ci-après :</p>			
<p>La commission nationale de la négociation collective reçoit en temps utile, du gouvernement, une analyse des comptes économiques de la nation et un rapport sur les conditions économiques générales.</p>			
<p>Elle délibère sur ces éléments et, compte tenu des modifications déjà intervenues en cours d'année, elle transmet au gouvernement un avis motivé accompagné d'un rapport relatant, s'il y a lieu, la position de la majorité et celle de la ou des minorités.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Le gouvernement ayant pris connaissance de ces documents fixe par décret en conseil des ministres le nouveau taux du salaire minimum de croissance.</p>			
<p>Code de la sécurité sociale</p>			
<p>Art. L. 722-8 (<i>deux premiers alinéas</i>).- Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre bénéficient à l'occasion de leurs maternités d'une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité.</p>			
<p>Lorsqu'elles font appel à du personnel salarié pour se faire remplacer dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'elles effectuent habituellement, cette indemnité est complétée d'une indemnité de remplacement proportionnelle à la durée et au coût de celui-ci.</p>		<p>IV.- Au deuxième alinéa de l'article L. 722-8 du code de la sécurité sociale, les mots : «du personnel salarié» sont remplacés par les mots : «un confrère ou à du personnel».</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Section 7</p> <p>Tarification des soins et agrément des appareils</p>			
<p>Art. L. 162-32.- Lorsque les soins sont délivrés par un centre de santé agréé et ayant passé avec la caisse primaire d'assurance maladie une convention conforme à une convention type fixée par décret, les tarifs d'honoraires applicables sont ceux fixés pour chacune des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux dans les conditions prévues aux articles L. 162-6, L. 162-8, L. 162-9 et L. 162-11. A défaut de convention conclue entre la caisse primaire et le centre de santé, les conventions ou</p> <p>tarifs mentionnés aux articles susvisés s'appliquent de plein droit dans des conditions fixées par décret. L'agrément est délivré par l'autorité administrative dans des conditions fixées par décret, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces établissements fonctionneront dans des conditions conformes aux prescriptions techniques déterminées par voie réglementaire.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Les caisses primaires d'assurance maladie versent, dans des conditions fixées par décret, une subvention égale à une partie des cotisations dues par les centres de santé en application de l'article L. 241-1 pour les personnels qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux mentionnés au premier alinéa.</p>	<p>—</p> <p>Titre III</p> <p>Dispositions diverses</p> <p>Art. 11.</p> <p>L'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>«Les dispositions de la convention nationale des médecins prises pour l'application du 3° de l'article L. 162-5 et de l'article L. 162-6-1 sont adaptées par décret aux actes médicaux dispensés par les centres de santé agréés.»</p>	<p>—</p> <p>Titre III</p> <p>Dispositions diverses</p> <p>Art. 11.</p> <p>L'article ...</p> <p>... par deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>«Les dispositions de la convention nationale des infirmiers prises pour l'application du 5° de l'article L. 162-12-2 et de l'article L. 162-12-4 sont adaptées par un décret aux soins infirmiers dispensés par les centres de santé agréés.»</p>	<p>—</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Livre VII</p> <p style="text-align: center;">Régimes divers</p> <p style="text-align: center;">Titre II</p> <p>Régimes divers de non-salariés et assimilés</p> <p style="text-align: center;">Chapitre 2</p> <p>Régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (maladie, maternité, décès)</p> <p style="text-align: center;">Section 2</p> <p>Financement - Cotisations</p> <p>Art. L. 722-4 (1er et 2ème alinéas).- Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par des cotisations des bénéficiaires assises sur les revenus qu'ils tirent des activités professionnelles mentionnées à l'article L. 722-1, et sur leurs avantages de retraite, ainsi que par des cotisations des caisses d'assurance maladie, assises sur les revenus professionnels précités.</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Toutefois, lorsque la convention nationale prévoit que certains médecins peuvent choisir de pratiquer des tarifs différents de ceux qu'elle fixe, ces médecins prennent en charge les cotisations des caisses d'assurance maladie mentionnées à l'alinéa précédent ainsi que la part de la cotisation mentionnée à l'article L. 162-8-1.</p>	<p>Art. 12.</p> <p>I.- Le deuxième alinéa de l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>«Il en est de même lorsque les caisses décident, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9 et L. 162-14-1 de suspendre le versement qui leur incombe en application de l'alinéa précédent.»</p>	<p>Art. 12.</p> <p>I.- Alinéa sans modification</p> <p>«Il en est de même des praticiens et auxiliaires médicaux pour lesquels les caisses...</p> <p>... L. 162-9, L. 162-12-2 et L. 162-14-1 ...</p> <p>...précédent.»</p>	
<p>Livre VI</p> <p>Régimes des travailleurs non salariés</p> <p>Titre IV</p> <p>Assurance-vieillesse et invalidité-décès des professions libérales</p> <p>Chapitre 5</p> <p>Avantages complémentaires ouverts aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés</p> <p>Section 1</p> <p>Dispositions générales</p> <p>Art. L. 645-2.- Le financement des avantages vieillesse prévus au présent chapitre est assuré :</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>1° par une cotisation des bénéficiaires déterminée, dans des conditions fixées par décret, sur des bases forfaitaires, pour chacune des catégories professionnelles intéressées par référence aux tarifs plafonds fixés par application des articles L. 162-5, L. 162-6, L. 162-9, L. 162-11 et L. 162-13, compte tenu, le cas échéant, de l'importance du revenu que les bénéficiaires tirent de leur activité professionnelle de praticien ou d'auxiliaire médical ;</p>			
<p>2° par une cotisation annuelle du régime général d'assurance maladie, des régimes d'assurance maladie des professions agricoles et du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, assise sur les mêmes bases que ci-dessus ; les règles relatives au taux de cette cotisation et les modalités de sa répartition entre les régimes susmentionnés et de son versement sont fixées par décret, pour chacune des catégories de professions intéressées.</p>			
<p>La cotisation prévue au 2° du présent article n'est due qu'autant que le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou l'auxiliaire médical a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Toutefois, lorsque la convention nationale prévoit que certains médecins peuvent choisir de pratiquer des tarifs différents de ceux qu'elle fixe, ces médecins prennent en charge la cotisation des caisses d'assurance maladie mentionnée au 2°, et la versent dans les mêmes conditions que pour la cotisation prévue au 1°.</p> <p>Section 1 du Chapitre 2 du Titre II du Livre VII</p> <p>Champ d'application - Affiliation</p> <p>Art. L. 722-1-1.- Les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires différents des honoraires conventionnels peuvent, par dérogation aux dispositions du 1° de l'article L. 722-1, demander à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.</p>	<p>II. - Le dernier alinéa de l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>«Il en est de même lorsque les caisses décident, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9 et L. 162-14-1 de suspendre le versement qui leur incombe en application du 2° ci-dessus.»</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>«Il en est de même des praticiens et auxiliaires médicaux pour lesquels les caisses ...</p> <p>... L. 162-9, L. 162-12-2 et L. 162-14-1 ...</p> <p>... ci-dessus.»</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Le choix pour ces médecins entre l'un ou l'autre régime intervient au moment de leur début d'activité ou lorsque, dans le cadre de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, la faculté de modifier leur option conventionnelle leur est ouverte. Ce choix s'exprime dans les mêmes conditions de délai que l'option conventionnelle.</p>	<p>Art. 13.</p> <p>I.- L'article L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés:</p> <p>«Les deux premiers alinéas du présent article sont applicables aux médecins qui sont autorisés à appliquer les tarifs majorés visés au 5° de l'article L. 162-5.</p> <p>«Les caisses d'assurance maladie peuvent prendre en charge, dans des conditions fixées par décret, une partie des cotisations dues, en application du 1° de l'article L. 612-1 par les médecins visés à l'alinéa précédent.»</p>	<p>Art. 13.</p> <p>Sans modification</p>	
<p>Section 2</p>			
<p>F i n a n c e m e n t - C o t i s a t i o n s</p>			
<p>Art. L. 722-4 (deux derniers alinéas).-</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Les cotisations dues sur les avantages de retraite sont précomptées lors de chaque versement par l'organisme qui paie ces avantages. Un décret détermine les modalités de calcul et de recouvrement des cotisations dues par les bénéficiaires, ainsi que les exonérations accordées aux titulaires d'avantages de retraite dont les ressources sont insuffisantes.</p>	<p>II. - L'article L. 722-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>		
<p>Un arrêté interministériel fixe le taux et les modalités du versement de la cotisation à la charge du régime général d'assurance maladie, des régimes d'assurance maladie des professions agricoles et du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.</p>	<p>« Les taux des cotisations prévus au premier alinéa peuvent être modulés pour tenir compte des bénéficiaires du présent chapitre, autorisés à pratiquer des honoraires majorés en application du 5° de l'article L. 162-5. »</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Titre IV du Livre Ier Expertise médicale - Contentieux - Généralités</p>			
<p style="text-align: center;">Chapitre 5 Contentieux du contrôle technique</p>			
<p style="text-align: center;">Section 1 Dispositions générales</p>			
<p>Art. L. 145-2.- Les sanctions susceptibles d'être prononcées par le conseil régional ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes sont :</p>			
1° l'avertissement ;			
2° le blâme, avec ou sans publication ;			
3° l'interdiction temporaire ou permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux.			
<p>Dans le cas d'abus d'honoraires, le conseil régional et la section spéciale peuvent également prononcer le remboursement à l'assuré du trop-perçu, même s'ils ne prononcent aucune des sanctions ci-dessus prévues.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 14.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 14.</p>	
	<p style="text-align: center;">Il est inséré entre le deuxième et le troisième alinéa de l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale la disposition suivante :</p>	<p style="text-align: center;">Supprimé</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3° du premier alinéa, ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les soins des organismes de sécurité sociale.</p> <p>Art. L. 162-34.- Les litiges pouvant survenir à l'occasion de l'application des dispositions du 2° du cinquième alinéa de l'article L. 162-6, du quatrième alinéa de l'article L. 162-11 et du 2° du deuxième alinéa de l'article L. 162-14-3 sont de la compétence des tribunaux administratifs.</p>	<p>«Lorsque les soins et les prescriptions ne sont pas nécessaires ou ne tiennent pas suffisamment compte de la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des actes et des prescriptions, le juge peut, même s'il ne prononce aucune des sanctions prévues ci-dessus, ordonner le versement par le professionnel de santé à l'organisme de sécurité sociale d'une indemnité au plus égale aux prestations en nature et en espèces correspondantes et dans la limite du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale.»</p>	<p>Art. 15</p> <p>L'article L. 162-34 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>«Art. L. 162-34.- Les litiges pouvant survenir à l'occasion de l'application du dernier alinéa (2°) de l'article L. 162-6, du quatrième alinéa de l'article L. 162-11, du cinquième alinéa (3°) de l'article L. 162-12-3 et du quatrième alinéa (2°) de l'article L. 162-14-3 sont de la compétence des tribunaux administratifs.»</p>	

**PROJET DE LOI RELATIF AUX RELATIONS ENTRE LES
PROFESSIONS DE SANTÉ ET L'ASSURANCE MALADIE**

MOTION

présentée par M. Charles DESCOURS, rapporteur

au nom de la commission des affaires sociales

tendant à opposer la question préalable *

En application de l'article 44, alinéa 3, du Règlement, le Sénat décide qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la délibération sur le projet de loi (n° 393, 1991-1992) relatif aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, aux termes de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution

*** En application de l'article 44, alinéa 3, du Règlement, cette motion est soumise au Sénat avant la discussion des articles.**

ANNEXES

ANNEXE 1

Arrêté du 27 mars 1990

portant approbation de la convention nationale des médecins

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, le ministre de l'agriculture et de la forêt, le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale et le ministre délégué auprès du ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, chargé du budget,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5 à L. 162-7 :

Le Conseil national de l'ordre des médecins consulté,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. - Est approuvée la convention nationale ci-annexée, conclue entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse centrale de secours mutuels agricoles et la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et, d'autre part, la Fédération des médecins de France.

Sont approuvées également les annexes II à VII de ladite convention ainsi que celles des tarifs d'honoraires dont l'annexe I prévoit l'application à la date d'entrée en vigueur de la convention.

Art. 2. - Le directeur du budget et le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes au ministère de l'économie, des finances et du budget, le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la santé au ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale et le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture et de la forêt sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 27 mars 1990.

Le ministre de la solidarité, de la santé, et de la protection sociale.
CLAUDE ÉVIN

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget.
PIERRE BÉRÉGOVOY

Le ministre de l'agriculture et de la forêt.
HENRI NALLET

Le ministre délégué auprès du ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, chargé du budget.
MICHEL CHARASSE

PRÉAMBULE

Les parties signataires se proposent de poursuivre les objectifs suivants :

- Garantir à tous les assurés sociaux l'accès à des soins de qualité ;
- Garantir à tous les assurés sociaux un haut niveau de prestations, en excluant toute discrimination dans le niveau de remboursement ;
- Maintenir la forme libérale de l'exercice de la médecine ;
- Respecter le libre choix du malade et la liberté de prescription du médecin.

Les trois caisses nationales déclarent qu'elles n'ont pas l'intention de mettre en place une médecine de caisse.

Les parties signataires se déclarent conscientes des difficultés économiques de la conjoncture et de leurs conséquences sur les recettes de l'assurance maladie.

Elles contribuent, chacune pour ce qui la concerne, à la maîtrise concertée de l'évolution des dépenses de santé dans le maintien d'une médecine de qualité.

Les parties signataires considèrent que les différentes disciplines médicales doivent trouver dans le dispositif conventionnel les conditions nécessaires à l'exercice de leur profession et les moyens de participer pleinement à l'évolution du système de soins.

Pour répondre à ces objectifs :

Les parties signataires s'engagent à rechercher, dans le cadre de l'évolution du système de soins, tous les moyens d'une revalorisation de l'exercice de la médecine générale.

Pour ce faire, un groupe de travail est mis en place, dès la signature de la présente convention, afin d'analyser les modalités actuelles de son exercice et son rôle dans :

- l'urgence, la permanence et la continuité des soins ;
- les alternatives à l'hospitalisation ;
- la prévention, l'éducation sanitaire ;
- l'épidémiologie ;
- la formation,

en liaison avec les autres disciplines médicales.

Les parties signataires rappellent également le rôle de la médecine spécialiste et de son apport dans le système de santé.

Elles conviennent d'étudier, au sein d'un groupe de travail, tous les moyens nécessaires pour favoriser l'adaptation du système de soins au progrès technique, dans toutes les structures d'exercice.

Les parties signataires estiment qu'il convient de rechercher un système promotionnel pour les médecins, conforme à leur statut libéral : un groupe de travail est créé à cet effet.

Les différents groupes de travail devront présenter leurs conclusions aux parties signataires avant l'échéance du premier bilan conventionnel.

Les parties signataires décident de tout mettre en œuvre pour favoriser l'évolution d'un système de soins confronté aux mutations techniques, scientifiques, économiques, démographiques et sociales : la périodicité des bilans conventionnels permet de concrétiser cette volonté.

Attentives à l'évolution de la démographie médicale et soucieuses de son impact tant sur l'offre et la demande de soins que sur les conditions dans lesquelles les médecins exercent leur profession, les parties signataires réaffirment que la maîtrise de la démographie médicale est un enjeu majeur du système de soins pour les années à venir.

Les parties signataires entendent encourager et participer à toute politique qui, dans des conditions conformes à l'éthique, tendrait à limiter la croissance prévisible des effectifs médicaux au travers notamment d'une régulation rigoureuse à l'entrée dans les études en médecine et à assurer des conditions satisfaisantes de reconversion pour les médecins qui le souhaitent.

En outre, elles confirment leur volonté de promouvoir la cessation anticipée d'activité des médecins par le biais du dispositif prévu par la loi du 5 janvier 1988 dont elles souhaitent la prorogation, et dont elles s'engagent à accroître l'attractivité.

TITRE I^{er}

DE LA DÉLIVRANCE DES SOINS AUX ASSURÉS SOCIAUX

Article 1^{er}

Du libre choix

Les caisses s'engagent à ne faire aucune discrimination entre tous les médecins ayant légalement le droit d'exercer en France et placés sous le régime de la présente convention.

Toutefois, si l'assuré fait appel, sans motif justifié sur le plan des techniques médicales, à un médecin qui ne réside pas dans la même agglomération ou, à défaut, dans l'agglomération la plus proche, les caisses ne participent pas aux dépenses supplémentaires qui peuvent résulter de ce choix.

Les caisses s'engagent à donner à leurs ressortissants toutes informations utiles sur la situation des praticiens de leur circonscription au regard de la présente convention, notamment sur le mode de fixation des honoraires choisis par les médecins tel qu'il est défini à l'article 23.

De leur côté, les médecins assurent cette information auprès de leurs patients suivant les modalités appropriées.

Les caisses font connaître, conformément à l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale, aux assurés les sanctions comportant interdiction temporaire ou définitive pour un médecin de donner des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie.

Article 1^{er} bis

1. Les parties signataires affirment qu'il est de leur responsabilité conventionnelle de garantir à tous les assurés la liberté d'accéder à des soins de qualité dans le cadre d'honoraires opposables, et cela sur tout le territoire.

L'augmentation continue du pourcentage de praticiens hors honoraires opposables, la multiplication de zones géographiques où il n'existe plus de véritable libre choix et la progression du « tout de dépassement » compromettent l'équilibre et la survie du système conventionnel auquel les parties signataires sont attachées.

2. En conséquence, les parties signataires décident de suspendre l'application des alinéas 3, 4, 5 et 6 de l'article 37 de la présente convention.

Elles considèrent toutefois que pendant la durée de cette suspension :

a) Les praticiens installés antérieurement au 1^{er} décembre 1989 conservent le bénéfice de leur option conventionnelle ;

b) Les praticiens qui ont choisi de pratiquer des honoraires différents des honoraires conventionnels antérieurement au 1^{er} décembre 1989 peuvent modifier cette option au regard de la présente convention ;

c) Les anciens chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux, les anciens assistants des hôpitaux généraux ou des hôpitaux régionaux ne faisant pas partie de C.H.U. qui s'installent ou se sont installés pour la première fois postérieurement au 1^{er} décembre 1989 peuvent choisir de pratiquer des honoraires conventionnels ou des honoraires différents ;

d) Les praticiens intéressés doivent faire connaître leur choix dans un délai d'un mois suivant la notification de la convention ou suivant la date de leur première installation à la caisse primaire du lieu de leur exercice professionnel.

3. Les parties signataires décident également que, durant la durée de la suspension susvisée, tout médecin exerçant sous le régime des honoraires différents s'engage à effectuer annuellement un quart de ses actes en tarifs opposables ou en actes gratuits. Chaque commission conventionnelle paritaire locale agréée les modalités de cet engagement en tenant compte des actes effectués par chacun de ces médecins dans le cadre d'activités hors cabinet, hospitalières publiques notamment, et de son suivi.

Article 1^{er} ter

Il est créé, dès l'entrée en vigueur de la présente convention, une commission nationale de travail composée paritairement de représentants de ses parties signataires.

Cette commission procède avant la fin de 1991 à l'analyse des conditions de l'égal accès aux soins compte tenu de la répartition des médecins entre les secteurs conventionnels. Elle définit également dans le même temps l'ensemble des évolutions conventionnelles à même d'améliorer l'accès aux soins, éventuellement coordonnées, et l'exercice des différentes disciplines médicales.

Elle dresse, avant le 1^{er} octobre 1990, un premier bilan d'application de l'alinéa 2 de l'article 1^{er} bis et définit des critères supplémentaires d'accès aux honoraires différents tout en préservant l'équilibre des secteurs conventionnels au sens dudit article.

La décision de suspension visée à l'article 1^{er} bis (2^o) sera rapportée au plus tard au premier trimestre 1992 à l'issue du bilan général de l'application de la convention, dressé au cours du second semestre 1991, selon des modalités fixées au vu de l'ensemble des conclusions de la commission créée par le présent article.

Article 2

Des feuilles de soins

1. Les médecins s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins d'un modèle type fournies par les caisses - ou d'un modèle agréé par celles-ci en cas d'utilisation de feuilles en continu - et comportant l'identification nominale et codée du médecin.

En ce qui concerne les feuilles d'accident du travail, les imprimés de cure thermique et les carnets de maternité non pré-identifiés, les médecins s'engagent à porter sur ces imprimés leur identification complète, y compris leur numéro d'identification.

Les caisses nationales signataires s'engagent à consulter les organisations médicales signataires préalablement à toute création ou modification d'imprimés.

2. Dans un but de meilleur fonctionnement, les parties signataires considèrent qu'elles doivent s'adapter à l'évolution des moyens de communication et prendre en compte l'usage des nouvelles techniques, notamment informatiques.

3. Lors de chaque acte médical, le médecin porte sur la feuille de soins toutes les indications utiles correspondant à cet acte, telles que prévues par l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale et la Nomenclature générale des actes professionnels.

La prestation des soins doit être mentionnée au jour le jour dans la limite de la période de validité de la feuille de soins.

4. Le médecin est tenu d'inscrire sur la feuille de soins le montant des honoraires qu'il a perçus et en donne l'acquit par une signature manuscrite portée dans la colonne prévue à cet effet.

Il donne l'acquit pour les actes qu'il a accomplis personnellement et pour lesquels il a perçu des honoraires, réserve faite des dispositions de l'article 4, paragraphe 2.

Le praticien indique s'il y a lieu et lorsqu'il s'agit de l'assuré lui-même le dernier jour de l'arrêt de travail qu'il juge médicalement nécessaire. En aucun cas, la feuille de soins ne doit être conservée par le médecin.

5. La feuille de soins ne doit comporter aucune indication de diagnostic; la caisse s'intéresse, en dehors de la procédure de contrôle médical, de poser des questions à ce sujet.

6. Dans le cas où la nomenclature prévoit l'établissement d'un imprimé autre que la feuille de soins, le médecin doit remplir celui-ci dans les mêmes conditions que la feuille de soins.

En cas de prescription d'arrêt de travail, le médecin traitant indique sur le volet confidentiel, destiné au médecin-conseil, de l'imprimé correspondant, en accord avec le malade, le motif médical ou éventuellement le diagnostic.

7. Lorsque les actes sont effectués par une sage-femme ou un auxiliaire médical, salarié d'un médecin :

- les feuilles de soins, sur lesquelles sont portés les actes, doivent permettre l'identification nominale et codée de l'employeur médecin, suivie de l'identification de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical ;
- la sage-femme ou l'auxiliaire médical atteste la prestation de l'acte et le médecin, le paiement des honoraires.

La signature du médecin sur la feuille de soins engage sa responsabilité sur l'application, par la sage-femme ou l'auxiliaire médical, des cotations de la Nomenclature générale des actes professionnels et des tarifs conventionnels en vigueur.

Article 3

De la cotation des actes

Les médecins s'engagent à respecter les dispositions et les cotations (1) prévues dans la Nomenclature générale des actes professionnels en vigueur à la date de la signature de la présente convention ou à la date d'application du dernier avenant tarifaire.

Les médecins s'engagent également à appliquer toute modification de la Nomenclature générale des actes professionnels proposée par les parties signataires et agréée par les ministres compétents, ou arrêtée par eux, et qui n'a pas été refusée par les parties signataires.

En cas de refus des parties signataires, ces modifications prennent effet à compter de la date d'application de l'avenant tarifaire suivant.

Article 4

Du paiement des honoraires

1^o Principe du règlement direct

Le malade règle directement au médecin ses honoraires. Il n'y a lieu à remboursement de l'assuré que pour les actes médicaux pour lesquels les médecins attestent qu'ils ont été dispensés et rémunérés.

Pour les assurés bénéficiaires d'actes dispensés à titre gratuit, le médecin porte, sur la feuille de soins, la mention « acte gratuit ».

2^o Modalités particulières

a) Hospitalisation privée.

Pour les actes médicaux effectués au cours d'une hospitalisation dans un établissement privé, les honoraires sont inscrits sur un document regroupant l'ensemble des actes effectués pour un malade au cours de son hospitalisation.

Lorsque le médecin opte pour la dispense d'avance des frais, la part garantie par la caisse peut être versée, selon son choix :

- soit globalement à un médecin, exerçant dans l'établissement, désigné par ses confrères ;
- soit individuellement, à chaque praticien.

Les dérogations acceptées dans certains cas particuliers sont maintenues.

b) Dispense de l'avance des frais.

L'assuré peut régler le médecin de la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie, au moyen d'un titre de paiement appelé titre médecin. Cette modalité est applicable aux cas suivants :

Actes de spécialistes dont le coefficient inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels (ou la somme des coefficients pour les actes effectués au cours d'une même séance) est égal ou supérieur à :

- 50 pour les actes en K ou KC ;
- 70 pour les actes en Z ;
- 120 pour les actes en B.

Cette exigence de seuil peut être supprimée pour les malades exonérés du ticket modérateur ou assimilés.

L'assuré règle au praticien le montant du ticket modérateur et les suppléments éventuels.

Les partenaires conventionnels locaux s'interdisent, sauf accord des parties signataires, de pratiquer toute autre forme de dispense d'avance des frais.

c) Pour apprécier les conséquences de l'évolution des moyens de communication sur le paiement des honoraires et les procédures de dispense d'avance des frais, les parties signataires mettent en place un groupe technique.

Article 5

De la rédaction des ordonnances

Le médecin formule ses prescriptions sur une ordonnance portant, de façon lisible, son nom, son adresse et son numéro d'identification. Les ordonnances sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision possible, notamment en ce qui concerne la durée du traitement.

Lorsque la prescription de médicaments correspond à un traitement d'une durée supérieure à un mois, sauf disposition réglementaire contraire, le médecin doit explicitement mentionner, sur l'ordonnance, le nombre de renouvellements nécessaires, par périodes maximales d'un mois, dans la limite de six mois de traitement.

L'ordonnance est la propriété du malade ; elle est communiquée aux caisses selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

Le médecin formule sur des feuilles distinctes les prescriptions :

- 1^o De médicaments ;
- 2^o D'objets que le malade doit se procurer chez des fournisseurs différents ;
- 3^o De soins à effectuer par des auxiliaires médicaux ;
- 4^o D'examen de laboratoire.

Le médecin ne peut utiliser des ordonnances pré-imprimées pour la prescription de produits pharmaceutiques ou d'analyses biologiques. Cette disposition ne s'applique ni aux modalités pratiques de préparation à un examen ou d'administration du traitement, ni aux prescriptions diététiques, ni aux ordonnances établies par des machines à traitement de texte.

En cas d'établissement d'une ordonnance, le médecin porte la lettre « O » dans la colonne prévue, à cet effet, sur la feuille de soins.

En cas d'ordonnances multiples, il porte les indications « O2 », « O3 ».

Article 6

Du remboursement des frais médicaux

Les caisses s'engagent à rembourser les honoraires médicaux et frais accessoires correspondant aux soins délivrés par des médecins placés sous le régime de la présente convention, dans les conditions définies au titre 1^{er} de la présente convention, sur la base des tarifs fixés dans l'annexe I.

Article 7

Du conseil médical

Lors des contrôles effectués par le service médical, le médecin-conseil s'abstient de donner aux malades une appréciation sur le diagnostic et le traitement prescrit. Il s'abstient, également, de tout acte et de tout conseil thérapeutique.

Dans le cadre des dispositions relatives au secret médical, le médecin traitant adresse, sous pli confidentiel, au médecin-conseil, spontanément ou à la demande de celui-ci, et en accord avec le malade, tout renseignement de nature à éclairer le contrôle médical, notamment pour les affections donnant droit à des prestations particulières.

TITRE II

DES COMMISSIONS CONVENTIONNELLES

Section I

Des commissions locales

Article 8

De la commission conventionnelle paritaire locale. - Composition

Il est institué dans chaque circonscription de caisse, pour l'application de la présente convention, une commission conventionnelle paritaire locale composée pour moitié :

- de représentants des organismes d'assurance maladie, désignés par ceux-ci ;
- de représentants des médecins exerçant dans le ressort de la caisse, désignés par les syndicats médicaux locaux les plus représentatifs et appartenant à l'une des organisations syndicales signataires ou, à défaut, ayant reçu l'accord des parties signataires pour participer aux travaux de la commission.

Cette commission doit être mise en place dans les trois mois suivant l'approbation de la convention.

En cas de carence, les parties signataires interviennent, à la demande de l'une ou l'autre des parties, pour rétablir le fonctionnement de la commission.

Article 9

De la commission conventionnelle paritaire locale. - Rôle

La commission conventionnelle paritaire locale assure le bon fonctionnement de la convention par une collaboration permanente des caisses et des syndicats médicaux.

Elle s'efforce en conséquence de régler toute difficulté concernant l'application de la convention.

Pour apprécier l'évolution des dépenses de santé dans sa circonscription, elle analyse, chaque trimestre, toutes les statistiques et dépenses comptables, notamment au regard de la structure de la population protégée, de l'offre et de la demande de soins, de l'activité et des prescriptions des médecins, des éléments de morbidité et d'épidémiologie.

En outre, elle prend en compte les avis formulés à sa demande par le comité médical paritaire local sur l'évolution de la consommation de soins dans la circonscription ainsi que tous autres éléments d'information disponibles : études statistiques, T.S.A.P. collectifs, statistiques clientèle.

A cet effet, les caisses mettent à la disposition des membres de la commission tous éléments d'information statistiques nécessaires à leurs travaux. Elle charge un groupe de travail permanent, composé paritairement, d'analyser ces documents.

Elle délibère sur les projets préparés par le comité médical paritaire local et donne, par ailleurs, un avis sur les prévisions d'évolution des dépenses arrêtées par les caisses.

Elle fixe les objectifs d'ensemble de maintien de l'évolution des dépenses de santé dans les conditions fixées à l'article 20 et en évalue les résultats.

Pour contribuer à la poursuite des objectifs conventionnels, elle engage des actions d'information en direction des médecins et des assurés sociaux.

A cet effet, une dotation spécifique est mise à la disposition des caisses locales par les organismes annexes.

La commission conventionnelle paritaire locale exerce en outre les attributions qui lui sont dévolues aux articles 27 et 27 bis.

La commission adresse aux parties signataires un procès-verbal de chacune de ses séances ainsi qu'un rapport annuel d'activité. Ce rapport, établi au cours du premier trimestre de l'année suivante, compare et analyse les résultats obtenus par rapport aux objectifs locaux.

Article 10

Du comité médical paritaire local. - Composition

Il est institué un comité médical paritaire local dans chaque circonscription de caisse.

Ce comité est composé de :

- trois médecins exerçant dans le ressort de la caisse, désignés par les syndicats médicaux locaux les plus représentatifs et appartenant à l'une des organisations syndicales signataires ou, à défaut, ayant reçu l'accord des parties signataires pour participer aux travaux du comité ;
- un médecin-conseil de chacun des trois régimes d'assurance maladie.

Un représentant du conseil départemental de l'ordre des médecins ainsi que le médecin-conseil régional du régime général ou son représentant sont invités à participer aux travaux du comité médical avec voix consultative.

Ce comité peut faire appel à des experts.

Les moyens nécessaires au fonctionnement du comité sont mis en place par les caisses.

En cas de carence du comité médical paritaire local, les parties signataires interviennent, à la demande de l'une ou l'autre des parties, pour rétablir le fonctionnement du comité.

Article 11

Du comité médical paritaire local. - Rôle

Le comité médical paritaire local est le conseiller médical de la commission conventionnelle paritaire locale.

Il étudie l'usage qui est fait des soins dans la circonscription à partir des statistiques médicales de soins et d'études thématiques concertées.

A partir des références médicales nationales d'évolution des dépenses de santé, il établit un rapport à l'intention de la commission conventionnelle paritaire locale, proposant les objectifs d'ensemble de bon usage des soins ainsi que l'évolution des dépenses qui en découlent dans la circonscription de la caisse et tenant compte de l'état de santé de la population, de son évolution démographique ainsi que de la structure de la consommation médicale locale.

Il entreprend, avec l'accord de la commission conventionnelle paritaire locale, des actions d'information et de sensibilisation auprès des médecins et des assurés sociaux pour un meilleur usage des soins, suivant les modalités les plus appropriées.

Il informe, lorsqu'il le juge utile, les organismes de formation médicale continue de ses constatations.

En outre, il analyse les statistiques de morbidité et de soins de l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées de la circonscription, en relation avec la médecine de ville.

Il présente tous les semestres un bilan de son activité à la commission conventionnelle paritaire locale et le transmet au comité médical paritaire national.

Article 12

Des tableaux statistiques d'activité des praticiens

En liaison avec le comité médical paritaire local et compte tenu de ses indications, les caisses établissent, dans la limite de leurs moyens, pour l'ensemble des praticiens et pour chaque position, des tableaux statistiques codés faisant apparaître la nature et le nombre d'actes réalisés ainsi que la nature et le coût des prestations remboursées et les statistiques « clientèle ». Ces données sont adressées par les caisses à chaque médecin au moins deux fois par an. Elles sont couvertes par le secret professionnel.

Le comité médical paritaire local analyse les tableaux statistiques d'activité des praticiens collectifs et individuels.

Les tableaux statistiques d'activité des praticiens sont communiqués, sous forme codée, au comité médical paritaire local qui définit les critères de sélection des tableaux statistiques individuels qu'il entend examiner. En fonction de ces critères, les médecins-conseils lui présentent les éléments dont ils disposent sur la situation des praticiens ainsi intéressés, notamment les résultats des contrôles réalisés les concernant.

Après avoir apprécié la situation de chacun de ces praticiens, le comité médical paritaire local informe, par lettre recommandée, les médecins dont les données sont suivies.

Cette lettre indique tous les faits qui ont entraîné le suivi de leur dossier et la procédure qui pourrait s'ensuivre. Elle les invite à être entendus par le comité médical paritaire local.

Le comité médical paritaire local adresse une recommandation aux médecins qui n'apporvent pas les justifications nécessaires et il assure, en relation avec les praticiens concernés, le suivi de leur doc-

sier pendant les deux mois qui suivent la réception de la lettre d'information. Si le comportement de ces médecins ne s'est pas modifié durant les deux mois précités, le comité médical paritaire local leur adresse une mise en garde.

Section 2

Des instances nationales

Article 13

Des parties signataires. - Rôle. - Secrétariat permanent

Le fonctionnement de la convention est régi par les parties signataires. Elles exercent leur rôle de décision, d'orientation et de coordination en assurant, en permanence, l'animation des instances, le suivi des différents aspects de la vie conventionnelle et la conduite des études nécessaires aux adaptations à lui apporter.

A cet effet, elles conviennent, d'une part, d'organiser, entre elles, des rencontres régulières consacrées au suivi de l'activité conventionnelle et, d'autre part, de mettre en place un secrétariat technique permanent composé de représentants, désignés par chacune des caisses nationales et des organisations syndicales médicales signataires, qui accomplissent les tâches qui leur sont confiées par les parties signataires.

Le secrétariat permanent est composé paritairemment de représentants des parties signataires. Il se réunit mensuellement ou à la demande d'au moins deux parties signataires.

Le secrétariat permanent assure la continuité de la vie conventionnelle. Il prépare les séances des parties signataires et en assure le secrétariat. Il veille à la diffusion et au suivi des décisions qui y sont prises. Il assure la liaison entre les diverses instances nationales et locales, et est informé de toutes les délibérations et décisions de celles-ci.

Pour l'exercice de leurs responsabilités, les parties signataires s'appuient sur les travaux du comité médical paritaire national et ceux du comité de suivi statistique prévus aux articles 15 et 16.

Article 14

Du comité médical paritaire national. - Composition

Il est institué un comité médical paritaire national.

Chaque organisation syndicale de médecins, signataire de la convention, désigne trois représentants.

Chacun des trois régimes d'assurance maladie désigne, à égalité entre eux, le nombre de médecins-conseils nécessaire pour assurer une composition paritaire au comité.

Un représentant du Conseil national de l'ordre des médecins, ainsi qu'un médecin-conseil désigné par le régime général, sont invités à participer aux travaux du comité national avec voix consultative.

Les représentants des organisations syndicales médicales ont droit à une indemnité de vacation et à une indemnité de déplacement dans les mêmes conditions que celles prévues pour les commissions conventionnelles locales.

Article 15

Du comité médical paritaire national. - Rôle

Le comité exerce au niveau national des fonctions similaires à celles dévolues aux comités médicaux paritaires locaux. Il donne un avis, en qualité de conseiller médical des parties signataires, sur les conditions de réalisation des actions décidées par celles-ci.

Il assure un rôle de conseil, de coordination, de proposition et d'information auprès des comités médicaux paritaires locaux.

Il procède au suivi et à l'évaluation des actions thématiques concertées entreprises au niveau national.

Pour remplir sa mission, il peut faire appel à des experts ou constituer tous les groupes de travail qu'il jugera utiles.

Il présente tous les semestres un compte rendu de son activité aux parties signataires.

Article 16

Du comité de suivi statistique. - Composition et rôle

Il est institué auprès des parties signataires un comité de suivi statistique composé paritairemment de représentants des caisses et des syndicats médicaux signataires. Il se réunit chaque trimestre.

Il est chargé de rassembler et d'étudier les informations concernant l'évolution des dépenses de santé, d'assurance maladie, de la consommation des soins, ainsi que celle de l'activité et des conditions économiques de l'exercice médical. Il coordonne l'action des groupes de travail locaux évoqués à l'article 9 dont il centralise les études.

Il effectue le suivi régulier des objectifs médicalisés de maîtrise des dépenses définis par les parties signataires. Il dresse dans le courant de chaque deuxième trimestre le constat de l'évolution des recettes des praticiens durant l'année antérieure.

Les caisses s'engagent à fournir, à leur demande, aux syndicats médicaux signataires les données statistiques d'ensemble existantes dont ils estiment devoir disposer pour participer à la vie conventionnelle.

Section 3

Du rôle du service médical

Article 17

De la place des médecins-conseils

Le médecin-conseil est chargé d'un rôle d'information, de conseil et de contrôle. En raison de sa compétence, il occupe une place essentielle dans l'ensemble du système de soins.

Sa connaissance de la maladie dans son environnement, des différents acteurs du système de soins et de son organisation, des conséquences du mode de couverture des dépenses pour les organismes payeurs et les assurés, en font un véritable épidémiologiste de la santé dans la collectivité.

Ce rôle lui permet d'apporter une contribution accrue à la recherche du meilleur usage du système de soins et à la maîtrise des dépenses.

Article 18

Des études épidémiologiques concertées

Des études statistiques médicales anonymes de soins sont réalisées par les médecins-conseils et les résultats en sont communiqués aux parties signataires.

Des études thématiques ou statistiques qui peuvent concerner des malades, des maladies ou des prescriptions peuvent être décidées par les instances conventionnelles. Dans ce cadre, les médecins traitants s'engagent à communiquer les informations nécessaires aux médecins-conseils nommément désignés.

TITRE III

QUALITÉ, BON USAGE DES SOINS ET MAÎTRISE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES

Section 1

Du bon usage des soins

Article 19

De la qualité et du bon usage des soins

Les médecins placés sous le régime de la présente convention s'engagent à faire bénéficier leurs malades de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données acquises de la science.

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-4 du code de la sécurité sociale les médecins observent, dans toutes leurs prescriptions, la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement.

Les médecins se proposent également de faire un bon usage des soins en s'attachant à faire correspondre au mieux les actes médicaux et les prescriptions à l'état de chaque malade.

Article 20

De la maîtrise conventionnelle de l'évolution des dépenses

Afin d'assurer une évolution harmonieuse des dépenses, les parties signataires sont convenues de ce qui suit :

- à partir de l'analyse médicale de l'offre et de la demande de soins, effectuée par les parties signataires ou sous leur égide, ces dernières établissent pour la période conventionnelle des références médicales nationales d'évolution portant notamment sur les actes médicaux, les prescriptions, diagnostics et thérapeutiques, les hospitalisations.

- Ces références sont révisables annuellement au vu du constat prévu à l'article 21 ;

- à partir des références médicales précitées, dans chaque circonscription de caisse, les paritaires locaux fixent en commission conventionnelle paritaire locale et par contrat sur le rapport du comité médical paritaire local des objectifs médicalisés de bon usage des soins ainsi que d'évolution de l'ensemble des dépenses de santé dans cette circonscription, en tenant compte de l'état de santé de la population, de son évolution démographique ainsi que des composantes de la consommation médicale locale.

Les modalités de mise en œuvre de cet article constituent l'annexe III à la présente convention.

Article 21

Du constat annuel

Les parties signataires établissent, chaque année, au cours du premier trimestre un constat.

Ce constat comporte :

- une analyse des données épidémiologiques disponibles et notamment des effets du vieillissement de la population ;
- le bilan du programme annuel d'évaluation évoqué à l'article 27 bis ;
- une étude particulière, consacrée à l'évolution des actes médicaux ainsi qu'à l'utilisation des nouvelles cotations inscrites à la nomenclature ou admises par assimilation ;
- une analyse de l'évolution de l'ensemble des dépenses de l'assurance maladie de l'année précédente au regard des références médicales nationales et des objectifs d'ensemble arrêtés localement pour l'année en cause. Le bilan de l'année antérieure porte notamment sur le volume et le coût des actes médicaux et des prescriptions en prenant en compte la demande de soins, l'évolution des techniques et du système de soins.

Au terme de ce constat les parties signataires décident des adaptations à apporter aux actions de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé ainsi qu'au programme annuel d'évaluation.

TITRE IV

DES TARIFS D'HONORAIRES

Article 22

De la valeur des tarifs

Les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droits sont fixés dans l'annexe I, ci-jointe.

Article 23

Du mode de fixation des honoraires

Le médecin établit ses honoraires conformément aux tarifs fixés à l'article 22 ci-dessus.

Le médecin s'interdit tout dépassement en dehors des cas ci-après :

a) Circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu, dues à une exigence particulière du malade. Le motif du dépassement est indiqué sur la feuille de soins (DE). Les parties signataires mettent en œuvre les moyens nécessaires à l'appréciation du bon usage du DE.

b) Médecins bénéficiaires d'un droit permanent à dépassement, maintenu sous le régime de la convention du 29 mai 1960.

Lorsqu'il en a exprimé le choix dans le cadre de la procédure définie à l'article 37 de la présente convention nationale, le médecin peut pratiquer des tarifs différents des tarifs conventionnels.

En cas de dépassement ou de tarifs différents, le médecin fixe ses honoraires avec tact et mesure, conformément au code de déontologie médicale, et inscrit le montant perçu sur la feuille de soins.

Article 24

De la révision des tarifs d'honoraires

La négociation sur la revalorisation des tarifs d'honoraires est engagée à l'initiative des parties signataires lorsque les éléments du constat annuel ont été arrêtés.

Les propositions de revalorisation tarifaire sont transmises aux ministres compétents pour approbation. Après avoir pris connaissance de la position du Gouvernement sur ces propositions, les parties se concertent en vue de la signature d'un avenant modifiant l'annexe I, visée à l'article 22.

Cet avenant n'entre en vigueur qu'après accord des ministres compétents.

Article 25

Des plateaux techniques

Les parties signataires conviennent de rechercher une procédure appropriée à la détermination des tarifs d'honoraires afférents aux actes médicaux nécessitant l'utilisation d'un plateau technique important, en vue de mieux prendre en compte l'évolution de son coût et de permettre l'investissement nécessaire.

Article 26

De la nomenclature

Les parties signataires considèrent qu'une gestion active de la nomenclature est nécessaire au bon fonctionnement de la convention. Elle permet aux médecins d'adapter leur exercice au progrès des techniques médicales et d'en faire bénéficier les malades. Elle prend en compte les variations du coût des actes, consécutives à l'évolution et à la diffusion de la technologie médicale.

A cet effet, les parties signataires conviennent :

- de mettre en place un dispositif statistique permettant de suivre, au cours de l'année, l'évolution du nombre des actes et d'étudier celle de leur coût ;
- d'étudier les adaptations et les assimilations qui leur paraissent nécessaires d'apporter à la nomenclature, compte tenu du progrès des techniques médicales, de l'évolution de leur coût, ou de toute variation de dépenses constatée sur une ou plusieurs lettres-clés ;
- de ne présenter au ministre chargé de la sécurité sociale que les modifications de la nomenclature qu'elles suront... arrêtées en commun ;
- de rendre public, chaque année, un bilan des travaux qu'elles auront réalisés en matière de nomenclature.

TITRE V

ADAPTATION DE LA PRATIQUE MÉDICALE

Article 27

Ornements généraux

Les parties signataires considèrent que le système de soins doit continuer à s'améliorer en offrant à la population une gamme complète de soins adaptés. Elles estiment que la profession médicale, en collaboration avec les autres professions de santé, est en mesure d'apporter une contribution accrue aux formes nouvelles d'organisation des soins.

A cet égard, la commission conventionnelle paritaire locale donne un avis sur l'organisation des soins, dans le ressort de sa circonscription et sur les évolutions qui lui paraissent souhaitables.

Les parties signataires s'engagent à fixer, par voie d'avenant à la convention, les conditions dans lesquelles des expérimentations en ce domaine seront engagées, suivies et évaluées.

Elles considèrent également que la formation médicale continue constitue une des priorités de la convention en ce qu'elle participe à la valorisation de la profession médicale, au bon usage des soins et contribue à la qualité des soins et donc à la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

Article 27 bis

De l'évaluation

Les parties signataires décident d'accompagner le développement de la formation médicale continue par la définition d'un programme annuel d'évaluation de la pratique médicale et des stratégies diagnostiques et thérapeutiques.

Ce programme est défini par les parties signataires à partir des propositions des instances conventionnelles locales et du comité médical paritaire national notamment. Il est soumis pour avis au comité national pour l'évaluation médicale.

Le programme d'évaluation est financé par les caisses. Ses résultats font l'objet d'actions d'information des médecins et de sensibilisation des assurés. Ils sont transmis aux syndicats médicaux pour être intégrés dans le contenu de la formation médicale continue.

Les parties signataires décident de fixer, par voie d'avenant à la convention, les modalités de mise en œuvre de ces dispositions.

Article 28

De la formation continue

1. Les parties signataires rappellent que la formation médicale continue porte sur l'entretien des connaissances, l'évolution des techniques et des pratiques diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des pathologies, sur l'économie de la santé, et sur la formation des représentants des médecins à la vie conventionnelle.

2. Elle est financée notamment, d'une part, par une contribution conventionnelle des médecins et par une dotation des caisses nationales, d'autre part.

3. Sur proposition des syndicats médicaux signataires, et après avis de l'instance nationale scientifique et technique agréée par eux, les partenaires conventionnels arrêtent chaque année un programme de formation intégrant l'activité médicale libérale des généralistes et des spécialistes et la formation continue à la gestion de la convention et déterminent à cette fin l'emploi des ressources.

4. La gestion des actions de formation médicale continue relevant du programme précité est assurée par les syndicats médicaux signataires.

5. La participation d'un médecin à une des actions de formation continue visées à l'alinéa 3 du présent article est indemnisée par les caisses dès lors que sa durée est égale ou supérieure à deux journées. L'indemnité quotidienne de formation est forfaitaire. Sa valeur moyenne est fixée à 15 C et peut être modulée en fonction de la durée de l'action de formation.

6. Les modalités de gestion des fonds affectés à la formation médicale continue, l'agrément, le suivi et l'évaluation des actions de formation et la modulation de l'indemnité quotidienne de formation sont arrêtés à l'annexe IV de la présente convention.

Article 29

Prévention, éducation sanitaire

Les parties signataires considèrent que les actions de prévention et d'éducation sanitaire constituent une composante essentielle de la politique de bon usage des soins qu'elles sont convenues de développer. Elles se proposent d'engager ensemble des actions de prévention et d'éducation sanitaire, parallèlement à celles mises en œuvre à l'initiative des pouvoirs publics, des collectivités locales et à celles que les caisses nationales conduisent dans le cadre de leurs responsabilités propres.

Les caisses nationales participent, chacune en ce qui la concerne, au financement de ces actions. Un protocole d'accord établit les modalités de ce financement et les conditions dans lesquelles les médecins s'associent à ces actions.

TITRE VI

DU PARTENARIAT CONVENTIONNEL

Article 29 bis

Les objectifs que se sont assignés les parties signataires de la convention et qui portent notamment sur la sauvegarde de l'égal accès aux soins de qualité pour les assurés sociaux nécessitent une intensification du partenariat conventionnel aux niveaux national et local et une responsabilisation accrue des assurés sociaux.

1. Du partenariat conventionnel au plan national

a) Les parties signataires conviennent de se réunir au moins deux fois par an et à la demande d'un des signataires ou du secrétariat permanent.

b) A l'initiative des parties signataires, les médecins-conseils nationaux des caisses et les représentants des organisations syndicales établiront un protocole définissant les principes d'élaboration des méthodologies des contrôles sélectifs et enquêtes diligentés par les échelons locaux du service médical ainsi que de leurs résultats.

c) Dans le cadre de la mise en œuvre des procédures prévues à l'article 30, elles apporteront, par un accord commun, un éclairage sur la fréquence des griefs pouvant donner lieu à application desdites procédures.

2. Du partenariat conventionnel au plan local

a) Fonctionnement des instances conventionnelles.

Afin de renforcer l'efficacité des instances conventionnelles, les parties signataires conviennent de ce qui suit :

- les comités médicaux paritaires locaux se réunissent au moins dix fois par an, les commissions conventionnelles paritaires locales au moins cinq fois par an ;
- la participation des représentants des syndicats médicaux est indemnisée à raison de 6 C par séance ;
- sur proposition du secrétariat permanent des parties signataires, les caisses mettent à la disposition de chaque comité médical paritaire local une dotation annuelle finançant la diffusion des informations qu'il a recueillies et analysées auprès des médecins, des autres professions de santé et des assurés ;
- les délibérations des instances conventionnelles sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix exprimées dans chacune des sections les composant ;
- les délibérations portant sur les alinéas 3 et 4 de l'article 30 de la convention nationale sont adoptées par vote à bulletin secret ;
- tout directeur de caisse, à sa demande ou à la demande du comité médical paritaire local, est entendu par le comité médical paritaire local du ressort de la caisse en cause sur un thème lié à l'activité du comité. Le comité délibère après qu'il se soit retiré.

Les règlements intérieurs types des comités médicaux paritaires locaux et des commissions conventionnelles paritaires locales sont fixés aux annexes 5 et 6 de la présente convention.

b) Missions dévolues aux instances conventionnelles.

Dans le cadre de l'examen des tableaux statistiques d'activité des praticiens prévus à l'article 12 de la convention médicale, les caisses transmettent à chaque médecin de leur circonscription, outre son tableau statistique d'activité, la moyenne du groupe homogène auquel il appartient, assortie d'un indice de dispersion.

Article 30

Des procédures conventionnelles

1. Lorsqu'un médecin ne respecte pas les dispositions de la convention, après mise en œuvre des procédures définies par le présent article et dans les cas prévus par celui-ci, il peut encourir les mesures suivantes :

- suspension temporaire du droit de pratiquer des honoraires différenciés ;

- suspension temporaire de la participation des caisses au financement de ses cotisations sociales ;

- suspension temporaire du conventionnement.

Les suspensions temporaires sont de un, trois ou six mois, elles peuvent être assorties d'un sursis sans confusion des mesures prévues en cas de nouvelle suspension. La suppression du conventionnement peut également, dans des cas exceptionnels, être prononcée pour la durée de la convention. Toute suspension de conventionnement entraîne la suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales du médecin pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

La suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales des médecins sera prise en conformité avec le code de la sécurité sociale.

2. Les caisses peuvent décider d'une des mesures prévues à l'alinéa 1 ci-dessus à l'encontre de tout médecin ayant de façon répétée :

- appliqué des tarifs supérieurs aux tarifs opposables en dehors des cas autorisés ;
- manqué aux dispositions relatives à l'obligation ;
- soit de remplir les feuilles de soins et imprimés réglementaires (art. 2),
- soit d'inscrire le montant des honoraires perçus (art. 2).

Dans les cas énumérés ci-dessus, les caisses doivent au préalable communiquer leurs constatations au médecin concerné qui dispose d'un délai d'un mois pour présenter ses observations éventuelles ou être entendu à sa demande par les présidents des caisses ou leurs représentants ; le médecin peut se faire assister par un médecin de son choix. Les caisses en informent simultanément les syndicats médicaux, représentés dans les instances conventionnelles, qui peuvent donner leur avis.

3. a) En cas d'utilisation abusive du DE (art. 23), de non-respect répété du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires violés au code de déontologie (art. 23), de non-respect répété des dispositions de la Nomenclature générale des actes professionnels (art. 3), les caisses transmettent le relevé de leurs constatations au comité médical paritaire local.

b) Dans les deux mois au plus suivant la transmission du relevé par la caisse, le comité médical paritaire local doit communiquer au médecin ses constatations, l'informer des procédures pouvant être suivies à son encontre, l'inviter à faire connaître ses observations et, s'il y a lieu, lui adresser une mise en garde. En cas de non-respect répété des dispositions de la nomenclature, le comité médical paritaire local peut, avant toute décision, saisir pour avis le comité médical paritaire national. Si après une nouvelle période de deux mois les caisses constatent que le médecin persiste dans son attitude, elles peuvent après avis du comité médical paritaire local lui notifier une des mesures prévues à l'alinéa 1 du présent article.

4. Lorsque après une première mise en garde l'analyse des tableaux statistiques d'un médecin par le comité médical paritaire local dans les conditions prévues par l'article 12, complétée par les actions de contrôle sélectif engagées par le service médical, fait apparaître que ce médecin n'a pas modifié son comportement pendant une période de quatre mois, son dossier est transmis avec l'avis du comité médical paritaire local aux caisses et au service médical.

Les caisses peuvent décider, alors, d'appliquer une des mesures précitées à ce praticien, dans les conditions prévues par le présent article. Par ailleurs, les caisses et le service médical peuvent, conjointement ou non, recourir aux dispositions de l'article L. 145-1 du code de la sécurité sociale.

5. Dans le cadre de l'application des alinéas 3 et 4 du présent article, la carence répétée du prononcé de l'avis du comité médical paritaire local, définie dans le règlement intérieur type des comités médicaux paritaires locaux ne peut faire obstacle à la poursuite d'une des procédures engagées à l'initiative des caisses.

Article 31

Cas de condamnation par l'ordre ou les tribunaux

Lorsque le conseil régional ou national de l'ordre des médecins a prononcé une peine d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux à l'égard d'un médecin, celui-ci se trouve placé hors convention pour la même période.

En cas de condamnation définitive d'un médecin par les tribunaux pour fraude ou escroquerie dans son rapport avec la sécurité sociale, les caisses lui notifient dans les conditions prévues à l'article 30 leur décision de le placer hors convention pour une des durées prévues à l'article 30 à compter de la date de la condamnation.

Article 32

Des dispositions communes

Les décisions prises en application de l'article 30 s'appliquent un mois au moins après la date de leur notification.

Elles sont portées à la connaissance de la commission conventionnelle paritaire locale et du secrétariat permanent des parties signataires en même temps qu'à l'intéressé.

Les caisses nationales peuvent faire opposition à la décision des caisses en cas de mise hors convention pour une durée de six mois et plus.

Le praticien peut faire appel de toute mesure de mise hors convention prise en application de l'article 30 devant une commission nationale composée d'un représentant de chaque caisse nationale.

Cette commission statue après avis du comité médical paritaire national qui l'exprime dans le mois suivant sa saisine.

Cet appel est suspensif et doit être formé auprès de la commission précitée dans le mois suivant la date de notification de la mesure frappée d'appel.

Le praticien dispose d'un recours de droit commun.

Les caisses conservent le droit, dans les cas prévus à l'article 30 (2° et 3°) de recourir au contentieux du contrôle technique, en application des articles L. 145-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

TITRE VII

DES DISPOSITIONS SOCIALES ET FISCALES

Article 33

De l'assurance maladie

Les caisses s'engagent à participer au financement de l'assurance maladie des médecins placés sous le régime de la présente convention, prévue au titre II du livre VII du code de la sécurité sociale.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les médecins qui ont choisi de pratiquer des tarifs différents des tarifs conventionnels, prennent en charge le financement de leur assurance maladie, dans les conditions définies au titre II du livre VII du code de la sécurité sociale.

Une information sur les résultats financiers du régime des praticiens conventionnels sera présentée, chaque année, aux parties signataires.

Les parties signataires conviennent de proposer des aménagements à apporter au régime, au titre de l'assurance maternité.

Article 34

De l'assurance vieillesse

Les caisses s'engagent à participer au financement de l'assurance vieillesse supplémentaire, prévue au titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les médecins qui ont choisi de pratiquer des tarifs différents des tarifs conventionnels prennent en charge le financement de l'assurance vieillesse supplémentaire, dans les conditions fixées au titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale.

Article 34 bis

Des allocations familiales

Les caisses s'engagent à participer au financement de la cotisation d'allocations familiales due par les médecins exerçant sous le régime de la présente convention.

Cette participation s'effectue dans les conditions fixées à l'article L. 162-8-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, les parties signataires s'engagent à intervenir auprès des ministres compétents dès l'entrée en vigueur de la présente convention, aux fins d'adoption des textes nécessaires.

Par dérogation à l'alinéa 1 du présent article, les médecins qui ont choisi de pratiquer des tarifs différents des tarifs conventionnels prennent en charge l'intégralité du financement de leurs cotisations d'allocations familiales dans les conditions prévues par le titre IV du livre II du code de la sécurité sociale.

Article 35

De la fiscalité

Les caisses s'engagent à communiquer, chaque année, et si possible avant le 31 janvier, aux praticiens le montant global des honoraires qu'elles sont tenues de déclarer à l'administration fiscale, et d'une manière générale, à adresser au médecin des documents identiques à ceux remis à l'administration fiscale.

Les caisses s'engagent à mettre en œuvre les moyens pratiques permettant de maintenir, pour les médecins, les modalités compatibles de reconstitution de leurs recettes professionnelles retenues par l'administration fiscale.

Les moyens seront adaptés pour permettre la mise en œuvre des dispositions particulières qui seront retenues en ce qui concerne les médecins pratiquant des tarifs différents des tarifs conventionnels.

Un groupe de travail paritaire est chargé de suivre les conditions d'application du dispositif mis en place.

TITRE VIII

DE LA DURÉE ET DES CONDITIONS D'APPLICATION

Article 36

De la durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de quatre ans : elle est renouvelable par tacite reconduction, par périodes de même durée, sauf dénonciation, six mois au moins avant sa date d'échéance, par les parties signataires. La dénonciation peut être faite soit par décision conjointe de deux caisses nationales dont la C.N.A.M.T.S., soit par décision conjointe des organisations syndicales de médecins, signataires de la convention, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les parties signataires dressent tous les deux ans au cours du second semestre de l'année un bilan général de l'application de la convention. Elles apprécient la situation en fonction, notamment des modalités nouvelles introduites dans la convention nationale et définies dans les protocoles ; elles décident des aménagements éventuels à apporter au dispositif conventionnel.

Article 37

De la notification de la convention et du choix de médecine

1. Les caisses primaires d'assurance maladie du régime général, agissant pour le compte de tous les organismes relevant des caisses nationales signataires, adressent dans le mois suivant l'entrée en vigueur de la convention à chaque médecin exerçant en totalité ou en partie sous forme libérale, dont le domicile professionnel est situé dans leur circonscription, le texte de la présente convention, par lettre recommandée avec avis de réception, celle-ci étant présentée dans les conditions fixées par l'administration des P.T.T.

2. La convention est applicable à l'ensemble des médecins libéraux. Si le praticien souhaite ne pas exercer sous le régime de la présente convention, il le notifie aux caisses dans le mois qui suit l'entrée en vigueur de la convention ou la date de sa première installation.

3. Dans un délai d'un mois suivant la notification de la convention ou suivant la date de sa première installation et après avoir pris connaissance des droits et obligations conventionnels :

- le médecin qui choisit de pratiquer ses honoraires conformément aux tarifs fixés à l'article 22 de la convention fait connaître son choix à la caisse primaire de son lieu d'exercice professionnel. Celle-ci en informe les caisses des autres régimes ;

- le médecin qui choisit de pratiquer des honoraires différents des honoraires conventionnels fait connaître son choix dans les mêmes conditions.

4. Ces options sont valables pour l'ensemble des régimes gérés par les caisses nationales signataires et pour la durée de la convention.

5. Par dérogation, tout médecin pourra modifier la position qu'il a prise initialement au regard de la convention entre le 1^{er} et le 31 décembre des années au cours desquelles les bilans prévus à l'article 36 sont dressés ou en cas de modification de ses conditions d'exercice.

6. Faute d'avoir effectué l'une des options exprimées à l'alinéa 3 dans le délai précité, le médecin est placé hors convention pour une période de trois mois, cette mesure est rapportée dès que son option est portée à la connaissance de la caisse primaire.

Article 38

Des clauses locales particulières

La convention nationale pourra faire l'objet de clauses locales particulières sous forme d'accords complémentaires qui constituent des avenants à la convention.

Ces accords complémentaires à la convention nationale sont signés entre les caisses d'assurance maladie et les organisations syndicales les plus représentatives des médecins de la circonscription de la caisse primaire correspondante.

Ils entrent en application après avoir été approuvés par arrêté interministériel, pris après avis favorable des caisses et des organisations médicales signataires de la convention nationale.

Article 39

De la résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée soit par une décision conjointe des caisses nationales signataires, soit par une décision conjointe des organisations médicales signataires, par lettre recommandée avec avis de réception :

- pour violation grave et répétée des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;

- en cas de modifications législatives ou réglementaires mettant en cause les principes fondamentaux qui gouvernent l'exercice de la profession médicale dans ses rapports avec les régimes d'as-

surance maladie, ou de modifications des mesures tendant à inciter les médecins à exercer sous le régime de la présente convention.

Elle peut également être résiliée. Dans les mêmes conditions, à l'occasion des bilans périodiques effectués conformément à l'article 36 ci-dessus, au cas où l'une ou l'autre des parties signataires considère que l'économie du dispositif a porté gravement atteinte à ses intérêts, ou encore si les conditions de fonctionnement du système sont substantiellement différentes de la situation enregistrée au début de la convention.

La résiliation prend effet à l'échéance d'un préavis de deux mois à compter de l'envoi de la lettre recommandée.

Lorsqu'une seule des organisations médicales signataires exprime la volonté de résilier la convention pour un des motifs ci-dessus cités, cette décision a pour effet de lui retirer sa qualité de partie signataire de la présente convention.

Nombre d'annexes : sept.

Fait à Paris, le 9 mars 1990.

Suivent les signatures :

Le président de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés :

Le président de la Caisse centrale de secours mutuels agricoles :

Le président de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles :

Le président de la Fédération des médecins de France.

ANNEXE I

I. - Les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés comme suit :

	TARIFS (en francs)			
	A la date d'entrée en vigueur de la convention	Au 15 décembre 1990	Au 1 ^{er} mars 1991	Au 1 ^{er} octobre 1991
1. Départements métropolitains				
Consultation au cabinet :				
- du médecin omnipraticien	90	95		100
- du médecin spécialiste	130	135		140
- du médecin psychiatre	200	205		210
Visite au domicile du malade :				
- du médecin omnipraticien	105			110
- du médecin spécialiste	130			135
- du médecin psychiatre	200			205
Forfait d'accouchement :				
- simple	1 000		1 000	
- gémellaire	1 100		1 220	
Forfait thermal	420			
Lettre-clé KC (actes de chirurgie et de spécialité)	13,50		14	14,50
Lettre-clé K (autres actes de spécialité)	12,40			
Lettre-clé SPM	14,10			
Lettre-clé Z :				
- électro-radio + gastro-entérologie	10,35			
- rhumato + pneumophtisiologie	9,50			
- autres spécialités et omni	8,10			
Lettre-clé P	1,78			
Valeur de la majoration de dimanche (1)	110			
Valeur de la majoration de nuit	150			
Valeur de l'indemnité kilométrique :				
- plaine	2,50			
- montagne et haute montagne	3,50			
- à pied ou à ski	20			
Valeur de l'indemnité de déplacement :				
- agglomérations de Paris, Lyon et Marseille	30			
- autres agglomérations ou communes non agglomérées	20			
2. Départements des Antilles-Guyane				
Consultation au cabinet :				
- du médecin omnipraticien	100	104,50		110
- du médecin spécialiste	143	148,50		154
- du médecin psychiatre	220	225,50		231
Visite au domicile du malade :				
- du médecin omnipraticien	115,50			121
- du médecin spécialiste	143			148,50
- du médecin psychiatre	220			225,50
Forfait d'accouchement :				
- simple	1 000		1 000	
- gémellaire	1 100		1 220	
Forfait thermal	420			
Lettre-clé KC (actes de chirurgie et de spécialité)	13,50		14	14,50
Lettre-clé K (autres actes de spécialité)	12,40			
Lettre-clé SPM	14,10			
Lettre-clé Z :				
- électro-radio + gastro-entér.	10,35			
- rhumato + pneumophtisiologie	9,50			
- autres spécialités et omni	8,10			
Lettre-clé P	2,02			
Valeur de la majoration de dimanche (1)	110			

	TARIFS (en francs)			
	A la date d'entrée en vigueur de la convention	Au 15 décembre 1988	Au 1 ^{er} mars 1991	Au 1 ^{er} octobre 1991
Valeur de la majoration de nuit	150			
Valeur de l'indemnité kilométrique :				
- plaine	2,75			
- montagne et haute montagne	3,85			
- à pied ou à skis	22			
Valeur de l'indemnité de déplacement	22			
3. - Département de la Réunion				
Consultation au cabinet :				
- du médecin omnipraticien	108	114		120
- du médecin spécialiste	156	162		168
- du médecin psychiatre	240	246		252
Visite au domicile du malade :				
- du médecin omnipraticien	126			132
- du médecin spécialiste	156			162
- du médecin psychiatre	240			246
Forfait d'accouchement :				
- simple	1 000		1 080	
- gemellaire	1 160		1 220	
Forfait thermal	420			
Lettre clé KC (actes de chirurgie et de spécialité)	13,50		14	14,50
Lettre clé K (autres actes de spécialités)	12,40			
Lettre clé SPM	14,10			
Lettre clé Z :				
- électroradio-gastro-entérologie	10,35			
- rhumato + pneumophthiziologie	9,50			
- autres spécialités et omni	8,10			
Lettre clé P	2,11			
Valeur de la majoration du dimanche (1)	110			
Valeur de la majoration de nuit	150			
Valeur de l'indemnité kilométrique :				
- plaine	3			
- montagne et haute montagne	4,20			
- à pied ou à skis	22			
Valeur de l'indemnité de déplacement	24			

(1) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite.

II. - Les parties signataires conviennent de revaloriser le K et le Z en 1991 en prenant notamment en compte l'évolution des volumes des actes cotés en ces lettres clés en 1990.

ANNEXE II

DE LA PROMOTION DU SECTEUR À HONORAIRES OPPOSABLES

Les parties signataires considèrent que pour parvenir à un meilleur équilibre entre les deux secteurs conventionnels, il convient de promouvoir certains actes de médecine générale et de revaloriser les conditions économiques d'exercice des praticiens à honoraires opposables. Elles s'engagent à améliorer ces conditions d'exercice en tenant compte des contraintes socio-économiques.

Dans cette perspective, la revalorisation des actes de consultation et des actes chirurgicaux est prioritaire.

Les parties signataires décident de proposer après études diverses mesures d'amélioration de la protection sociale des médecins à honoraires opposables.

ANNEXE III

DE LA MAÎTRISE CONVENTIONNELLE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES

La maîtrise conventionnelle de l'évolution des dépenses consiste en l'optimisation des soins sans pour autant organiser ou permettre un quelconque rationnement.

Elle repose entièrement sur la définition suivante :

Garantir la qualité des soins c'est apporter « à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de

la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (O.M.S.).

Elle s'accomplit, dans son exercice quotidien, par chaque médecin, qui garde sa totale liberté pour adapter ses soins au cas particulier du malade qu'il a en face de lui.

Sur des thèmes médicaux choisis selon la procédure précisée ci-après, des recommandations sont élaborées tous les ans et adressées aux médecins. Elles doivent les aider à choisir parmi les procédés, techniques et produits que le progrès médical leur propose, ceux répondant le mieux à la qualité des soins ainsi définie.

Les composantes de cette qualité des soins qui doivent apparaître dans les recommandations prévues sont les suivantes :

- le meilleur résultat en termes de santé : c'est l'efficacité, telle que les plus hautes autorités scientifiques l'ont admise. Là où cet accord n'est pas encore dégagé, des travaux et, si besoin est, des recherches sont entrepris pour l'obtenir ;
- mais tout ce qui est scientifiquement établi n'est utile ou bénéfique pour le malade qu'en fonction de son cas. Ainsi, sont précisées l'indication, ses limites ou la non-indication de tel ou tel acte diagnostique ou thérapeutique a priori efficace ;
- lorsque pour un même résultat un choix est possible, la solution la moins onéreuse est privilégiée ;
- tout ce qui est efficace n'est pas systématiquement approprié au cas d'un malade donné, compte tenu de son état de santé, de son âge, de thérapeutiques déjà instituées... L'approche de tout

médecin est fondée sur l'appréciation des avantages d'un soin face aux risques encourus : sont donc retenus les traitements sûrs, comportant le minimum de risques pour le malade pris dans sa globalité :

- faire recouvrer au malade sa santé dans des conditions qui le satisfassent totalement, c'est, à l'intérieur du système de soins, lui accorder temps d'écoute et d'examen, car les techniques et médicaments ne résument pas le soin, et c'est, par ailleurs, le traiter chez lui ou dans les structures de soins adaptées qui concilient le mieux efficacité, satisfaction et meilleur coût.

Les thèmes choisis ci-dessous pour la première année de mise en place de cette démarche de qualité l'ont été pour les motifs suivants :

- thèmes pour lesquels un accord des plus hautes autorités scientifiques est déjà acquis et pour lesquels aucune synthèse des différentes composantes de la qualité n'avait été encore réalisée et diffusée sous une forme adaptée et utilisable par le médecin dans sa pratique de tous les jours ;
- les maladies et les prescriptions retenues dans ces thèmes concernent un nombre considérable de patients, dont une proportion élevée de personnes âgées chez lesquelles la pathologie iatrogène devient plus atypique, plus grave et plus fréquente ;
- ces thèmes concernent tous les médecins, quelle que soit leur discipline.

Les organisations syndicales de médecins reconnaissent que les caisses ont estimé à 3,6 p. 100 l'impact global des thèmes d'actions sur l'évolution des dépenses de soins de santé et s'engagent à tout mettre en œuvre pour atteindre ce résultat.

Cette démarche de qualité ne saurait se réaliser qu'accompagnée d'une information des professions de santé concernées et des patients : information générale sur ce qu'est une médecine cohérente et de qualité, information particulière sur chacun des thèmes retenus.

Cette démarche de qualité nécessite l'adaptation de la formation spécifique des médecins, la révision des critères de responsabilité médicale, l'aménagement de l'information des médecins par l'industrie pharmaceutique et la cohérence du système de soins.

Pour les années à venir, des thèmes seront retenus en fonction des propositions qui seront formulées, tant au niveau national que local, en fonction notamment des conclusions des actions d'évaluation concernant l'ensemble des professions de santé.

Références médicales nationales retenues par les parties signataires pour les actions à mener en 1990

Les examens préopératoires.

Prescription et surveillance dans l'H.T.A.

Indications des explorations en pathologie digestive.

Exploration d'une céphalée.

Surveillance d'une arthrose rachidienne.

Diagnostic et surveillance d'une grossesse.

Exploration de l'œil.

Investigation sur l'oreille.

La prescription plurimédicamenteuse :

- chez les personnes âgées ;
- en infectiologie ;
- en gastro-entérologie ;
- les interactions médicamenteuses.

La prescription des psychotropes, des vaso-protecteurs et des vaso-dilatateurs.

Prescriptions et actes divers : électromyogramme, dosages de l'urée, créatinine, magnésium, hormones thyroïdiennes.

Prescription claire et précise des soins de masso-kinésithérapie.

Prescription claire et précise des soins infirmiers de surveillance.

Prescription claire et précise des transports des malades.

Impact estimé par les caisses sur l'évolution des dépenses de soins de santé (*) des références médicales nationales retenues pour les actions à mener en 1990

	P. 1000
Les examens préopératoires.....	1,41
Prescription et surveillance dans l'H.T.A.....	0,63
Indications des explorations en pathologie digestive.....	2,07
Exploration d'une céphalée.....	1,41
Surveillance d'une arthrose rachidienne.....	1,21
Diagnostic et surveillance d'une grossesse.....	0,86

Explorations de l'œil.....	0,19
Investigations sur l'oreille.....	0,20
La prescription plurimédicamenteuse :	
- chez les personnes âgées.....	8,03
- en infectiologie.....	4,03
- en gastro-entérologie.....	4,45
- les interactions médicamenteuses.....	4,08
La prescription des psychotropes, des vaso-protecteurs et des vaso-dilatateurs.....	0,28
Prescriptions et actes divers.....	2,11
Prescription claire et précise des soins de masso-kinésithérapie.....	2,27
Prescription claire et précise des soins infirmiers de surveillance.....	1,81
Prescription claire et précise des transports des malades.....	1,10

Ainsi, l'impact global national est estimé par les caisses à 3,6 p. 100.

Cet impact a été estimé par les caisses après :

- consultation d'experts médecins indépendants dont la liste sera jointe aux recommandations ;
- concertation entre les représentants des syndicats médicaux représentatifs et les médecins des trois caisses nationales. Ces travaux ont permis notamment de dégager d'un commun accord les éléments qui sont apparus être les plus raisonnables et qui ont permis d'aboutir à cette estimation.

(*) « Dépenses de soins de santé » (moins les actes en S.P.M., les actes en D. De, Sep, les frais de séjour public, privés, l'ophtalmique et l'orthopédie).

Source : C.N.A.M.T.S. - Carnets statistiques : statistiques des régimes d'assurance maladie en 1987, n° 45-1988.

Les contrats locaux d'objectifs

Le court terme : 1990.

Les références médicales nationales pour 1990 ayant été établies et leur impact respectif et global sur l'évolution nationale des dépenses de soins de santé ayant été estimé, le dispositif suivant est mis en œuvre :

Avant le 15 mai 1990 :

1. Avec les experts qu'il choisit, le C.M.P.N., qui peut créer un groupe de travail permanent à cet effet, établit les recommandations destinées aux médecins et prépare le message correspondant, en termes de santé, aux patients.

2. Les références nationales et leur impact respectif et global, ainsi que les recommandations, sont adressées par les parties signataires aux C.C.P.L. et C.M.P.L.

Avant le 15 juin 1990 :

3. Les C.C.P.L., sur le rapport des C.M.P.L., choisissent, dans le mois qui suit, pour leurs contrats locaux d'objectifs, au moins dix thèmes - qu'elles modulent compte tenu du contexte local - parmi les dix-sept références nationales. Elles complètent ce choix en retenant des thèmes différents sur lesquels elles estiment devoir intervenir ; l'ensemble des choix, pondéré et rapporté aux différentes catégories de dépenses, s'inscrit en tout état de cause dans la politique de maîtrise définie dans le présent protocole.

4. Une fois ce choix réalisé et sa cohérence avec les références nationales vérifiée, elles adressent à chaque médecin de leur circonscription les recommandations sur les thèmes retenus et aux assurés, sous forme collective ou individuelle, le message préparé à leur intention. Le message particulier à chaque thème pourra être remis par le médecin à son patient.

5. Parallèlement, tant au niveau national que régional et local, les thèmes retenus peuvent être intégrés dans les programmes de formation médicale continue dans le respect des procédures prévues par l'article 28 et l'annexe 4 de la présente convention.

A l'issue du quatrième trimestre 1990 :

6. Un bilan d'étape est établi par la C.C.P.L., sur le rapport du C.M.P.L., et transmis au comité de suivi statistique et au C.M.P.N.

Au cours du premier trimestre 1991 :

7. a) Les C.C.P.L. examinent les résultats de l'année écoulée : résultats médicaux, à partir des statistiques qu'aura produites le C.M.P.L. ou un groupe de travail permanent créé par le C.M.P.L. à cet effet et chargé de mettre en évidence l'évolution de la pratique médicale ainsi que ses conséquences financières à partir des statistiques de dépenses des caisses fournies par le groupe de travail permanent mis en place par la C.C.P.L.

Ces doubles statistiques sont étudiées à la lumière de l'évolution de la démographie générale, de la démographie médicale et paramédicale, de la morbidité, de la réglementation, compte tenu également des nouveautés médicales apparues, des transferts d'activité observés, etc.

b) Les résultats d'application des contrats locaux d'objectifs sont constatés par une délibération de la commission conventionnelle paritaire locale. Celle-ci retrace notamment :

- les objectifs initiaux et leur degré de réalisation ;
- les moyens mis en œuvre en vue de leur réalisation ;
- les décisions adoptées par les partenaires conventionnels à la lumière des résultats constatés.

En cas de non-réalisation des objectifs, la délibération de la C.C.P.L. comporte l'analyse des raisons de ce constat.

8. Chaque C.C.P.L. porte ce constat à la connaissance des médecins et des assurés de la circonscription et transmet le bilan des actions entreprises au comité de suivi statistique et au C.M.P.N.

Le moyen et le long terme :

Parmi les propositions de thèmes, nationales ou locales qui lui parviennent, le C.M.P.N. détermine des choix.

Il les étudie et peut créer un groupe de travail permanent à cet effet, avec des experts - hautes instances médicales, sociétés savantes, enseignants, médecins de terrain. Selon les modalités les plus appropriées, il cherche à obtenir un consensus répondant aux différentes composantes de la qualité des soins définies plus haut. Il établit les recommandations.

Parallèlement, il informe les C.M.P.L. des travaux en cours. Ceux-ci, qui peuvent créer un groupe de travail permanent à cet effet, mettent alors en œuvre les enquêtes nécessaires, d'une part, à la connaissance de la pratique médicale locale et, d'autre part, à l'estimation de l'inflexion des dépenses pouvant résulter des actions envisagées.

Ces travaux préparatoires permettent aux parties signataires d'établir, sur le rapport du C.M.P.N. et du comité de suivi statistique, les références nationales pour l'année à venir et l'estimation de leur impact national respectif et global sur l'évolution des dépenses.

Les parties signataires adressent ces références nationales et leur impact, ainsi que les recommandations, aux C.C.P.L. qui établissent alors les objectifs locaux en fonction de ces références.

Il est important de reprendre localement, celles que soient les modifications de comportement observées chaque année et selon les modalités les plus appropriées, les recommandations et messages relatifs aux thèmes de l'année précédente, afin de les réactiver.

ANNEXE IV

FORMATION MÉDICALE CONTINUE

Les parties signataires rappellent l'intérêt commun qu'elles attachent au développement de la formation médicale continue.

Elles définissent, par le présent accord, la politique qu'elles entendent mener pour favoriser le développement de la formation médicale continue, les modalités de ses financements et de leur gestion et les conditions d'une indemnisation des médecins conventionnés qui la suivent.

Section 1

Des objectifs et de l'organisation

Article 1^{er}

Thèmes de formation

Les parties signataires conviennent qu'il est de leur responsabilité de définir les orientations et thèmes d'actions de la formation médicale continue qu'elles soutiennent dans le cadre conventionnel.

1. Les organisations syndicales signataires de la convention nationale, sur proposition des organismes compétents en matière de formation médicale continue au niveau national et, au niveau local, des conseils régionaux de formation médicale continue notamment, dressent avant le 31 août la liste des thèmes susceptibles d'être retenus pour l'année suivante.

2. Au vu de ces propositions, les parties signataires constituées en comité paritaire de F.M.C. arrêtent le programme annuel des thèmes de formation médicale continue qu'elles entendent soutenir.

3. Les parties signataires mandatent le comité paritaire de F.M.C. visé au paragraphe 2 ci-dessus pour assurer la diffusion de ce programme annuel de formation auprès des organismes compétents.

Article 2

Du choix des actions

Pour la réalisation de ce programme annuel de formation, les parties signataires confient au fonds d'assurance-formation la charge du lancement d'un appel d'offres auprès de l'ensemble des organisateurs de formation médicale connue.

1. Organismes interrégionaux et nationaux.

Pour les organismes de formation dont le champ d'action excède la circonscription d'une région administrative, d'un département pour la région parisienne, la Corse et les D.O.M. :

- les réponses à l'appel d'offres sont déposées auprès du fonds d'assurance-formation ;
- les candidatures sont instruites et sélectionnées par le fonds d'assurance-formation, au sein d'une commission dite « commission des marchés » à laquelle trois représentants des caisses, dont un médecin-conseil, assistent avec voix consultative.

Après avis du Comité national pour la formation continue de médecine, les actions de formation retenues conformément aux dispositions du paragraphe ci-dessus reçoivent l'agrément conventionnel du comité paritaire de F.M.C.

2. Organismes locaux.

Pour les organismes de formation dont le champ d'action n'excède pas la circonscription d'une région administrative, d'un département pour la région parisienne, la Corse et les D.O.M. :

- les propositions d'actions de formation s'inscrivant dans le cadre du programme annuel retenu par les parties signataires sont formulées auprès des conseils régionaux de formation médicale continue agréés ;
- après avis du conseil régional de formation médicale continue, ces actions de formation sont agréées par la commission paritaire régionale créée par l'article 7 de la présente annexe ;
- les commissions paritaires régionales transmettent la liste des actions agréées au fonds d'assurance-formation ;
- le fonds d'assurance-formation communique au comité paritaire de F.M.C. les programmes d'actions locales, aux fins d'application des dispositions de l'article 4 de la section 2 ci-dessous.

Section 2

Des financements

Article 3

De la contribution conventionnelle des médecins

En application de l'article 28 de la convention, cette contribution est versée directement chaque année par douzième par les caisses nationales au fonds d'assurance-formation.

Cette contribution est destinée à financer les actions de formation titulaires de l'agrément conventionnel, délivré dans les conditions visées à la section 1 ci-dessus et selon les modalités prévues par les conventions de financement qui seront conclues entre les caisses nationales et le fonds d'assurance-formation.

S'agissant d'une contribution conventionnelle, l'assiette du calcul de son montant global est constituée par l'ensemble des honoraires opposables perçus par les médecins exerçant sous le régime de la convention au titre de la précédente année.

Le taux de cette contribution est présentement fixé à 1,35 p. 1 000.

Pour chaque caisse nationale, l'assiette visée ci-dessus est prise en compte à hauteur de la part respective que leur régime représente dans les dépenses d'assurance maladie au titre des honoraires médicaux.

Article 4

De la répartition de la contribution conventionnelle des médecins

Les parties signataires affectent chaque année le montant de la contribution conventionnelle aux actions de formation continue à la gestion de la convention et de formation médicale continue. Le comité paritaire de F.M.C. détermine la répartition des fonds au plan national et régional dans les conditions fixées à l'article 2 de la présente annexe.

Section 3

De l'indemnisation de la formation

Conformément à l'alinéa 6 de l'article 28 de la convention nationale, les caisses nationales s'engagent à favoriser la participation des médecins placés sous le régime de la convention aux actions de formation en permettant le versement à leur profit d'une indemnité de formation.

Article 5

Champ d'application

Les médecins peuvent prétendre au versement d'une indemnité quotidienne pour perte de ressources, sous réserve de remplir les conditions suivantes :

- exercer sous le régime de la présente convention nationale ;
- suivre une action de formation, titulaire de l'agrément conventionnel visé à la section 1 ci-dessus, et d'une durée au moins égale à deux journées consécutives.

Article 6

Montant de l'indemnisation

Le montant de l'indemnité quotidienne pour perte de ressources est fixé à quinze fois la valeur de la consultation de l'omnipraticien (C).

Le montant total de l'indemnisation versée à un médecin est calculé au prorata de la durée des stages de formation suivis, dans la limite de dix journées par année civile.

Article 7

Modalités de versement de l'indemnité

Les indemnités pour perte de ressources sont versées par le fonds d'assurance-formation (section régionale) à chaque médecin au vu d'un justificatif, émis par l'organisme de formation, validé par une commission paritaire régionale composée de représentants des caisses et des syndicats affiliés aux organisations syndicales signataires de la convention et placée auprès du conseil régional de formation médicale continue, comportant les informations suivantes :

- l'identification du praticien ;
- le thème, les lieux et dates de l'action et l'attestation de son agrément dans les conditions visées ci-dessus ;
- la durée de l'action ;
- l'attestation de la participation effective du médecin à l'action de formation ;
- l'évaluation de l'action par le médecin.

Le justificatif est adressé par le médecin à la commission paritaire, mentionnée à l'alinéa ci-dessus, de son lieu d'exercice.

Article 8

Du financement de l'indemnisation par les caisses nationales

La dotation allouée par les caisses nationales au fonds d'assurance-formation au titre de l'indemnisation des médecins conventionnés concernés est :

- fixée présentement à 2,10 p. 1 000 des honoraires opposables perçus par les médecins conventionnés au titre de la pénultième année.

Elle est versée au fonds d'assurance-formation en tant que de besoin et selon les modalités prévues par les conventions de financement conclues entre chaque caisse nationale et le fonds d'assurance-formation.

ANNEXE V

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE LA COMMISSION CONVENTIONNELLE PARITAIRE LOCALE

TITRE I^{er}

DE LA COMPOSITION

Article 1^{er}

La C.C.P.L. instituée par l'article 8 de la convention est composée d'une section professionnelle et d'une section sociale.

La section professionnelle comprend :

- Six médecins conventionnés exerçant dans le ressort de la C.P.A.M. désignés par les organisations syndicales locales les plus représentatives et appartenant à l'une des organisations syndicales signataires ou, à défaut, ayant reçu l'accord des parties signataires pour participer aux travaux de la commission.

La section sociale comprend :

- Six représentants désignés par les caisses du département (ou de la circonscription) relevant des caisses nationales signataires de la convention.

Les membres de la section sociale sont désignés à raison de :

- trois par la C.P.A.M. ;
- deux par la M.S.A. ;
- un par la C.M.R.

Une répartition différente des sièges au sein de la section sociale peut être adoptée après accord entre les représentants locaux des trois régimes d'assurance maladie.

La qualité de membre d'une profession de santé en exercice (à l'exception de médecin-conseil) est incompatible avec celle de représentant d'un organisme d'assurance maladie à la C.C.P.L.

Article 2

Les organisations syndicales locales visées à l'article 8, ainsi que les caisses, peuvent désigner chacune un représentant suppléant dans les mêmes conditions que les représentants titulaires.

Les membres suppléants ne siègent aux séances qu'en l'absence d'un des représentants titulaires appartenant à la même organisation syndicale ou à la même caisse.

Article 3

Chaque section est assistée d'un nombre maximum de six conseillers avec voix consultative, à ce titre le directeur et le médecin-conseil de chaque régime ou leurs représentants pour la section sociale et six conseillers désignés par la section professionnelle.

Article 4

La C.C.P.L. doit être mise en place trois mois au plus tard après l'entrée en vigueur de la convention.

Au cas où la constitution de la section ne peut avoir lieu dans les deux mois, les représentants locaux des syndicats signataires se réunissent. Ils constatent ou non l'état de carence et s'efforcent d'y remédier. Si la carence est confirmée, les parties signataires interviennent pour arbitrage pour mettre en place la commission dans les délais impartis.

Article 5

En cas de vacance de poste, les parties intéressées pourvoient au remplacement de celui-ci dans les deux mois.

Article 6

La section professionnelle et la section sociale désignent chacune un président choisi parmi leurs membres. Le président de la section professionnelle et celui de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'un an, la présidence et la vice-présidence de la commission conventionnelle paritaire locale.

Article 7

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

Article 8

Les représentants des syndicats professionnels membres de la C.C.P.L. perçoivent une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs de caisses et une indemnité de vacation. Cette dernière est égale à 6 C par réunion.

TITRE II

DU FONCTIONNEMENT

Article 9

La C.C.P.L. se réunit en tout lieu qu'elle choisit à cet effet.

Le secrétariat administratif est assuré par un membre de l'une des caisses après accord de la commission.

La C.C.P.L. fixe, en fin de séance, la date et l'ordre du jour de la réunion suivante.

L'ordre du jour définitif est établi par le président et le vice-président.

L'inscription d'une question à la suite de l'ordre du jour réclamée au moins quinze jours avant la réunion suivante par la majorité d'une des deux sections est de droit.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la commission au moins dix jours francs, sauf urgence, avant la date de la réunion, accompagnées de la documentation y afférente.

Article 10

La C.C.P.L. se réunit chaque fois qu'il est nécessaire et au moins cinq fois par an.

La réunion est de droit si elle est demandée par le président, le vice-président ou à la majorité de l'une ou l'autre des sections.

Article 11

La C.C.P.L. exerce ses attributions dans le cadre de l'article 9 de la convention.

Article 12

La C.C.P.L. se prononce à la majorité des deux tiers des voix exprimées dans chacune des sections la composant.

Lorsque l'une ou les deux sections refusent de participer au vote, ou s'il y a partage des voix, le secrétariat permanent des parties signataires est saisi dans les meilleurs délais.

Les attributions de la C.C.P.L. lui sont alors dévolues sur le point litigieux.

Article 13

Les délibérations de la C.C.P.L. font l'objet de procès-verbaux conservés au secrétariat administratif et signés par le président et le vice-président de la commission ou, à défaut, par un membre de chacune des sections ayant pris part à la réunion.

Ces procès-verbaux sont adressés aux membres de la commission, titulaires et suppléants et sont soumis pour approbation lors de la réunion suivante.

Ils sont transmis également au secrétariat permanent des parties signataires.

ANNEXE VI

RÈGLEMENT INTÉRIEUR
DU COMITÉ MÉDICAL PARITAIRE LOCAL

TITRE I^{er}

DE LA COMPOSITION

Article 1^{er}

Le comité médical paritaire local institué par l'article 10 de la convention est composé, sauf dérogation accordée par les parties signataires de :

- trois médecins conventionnés exerçant dans le ressort de la C.P.A.M., désignés par les syndicats médicaux locaux les plus représentatifs et appartenant à l'une des organisations syndicales signataires, ou à défaut, ayant reçu l'accord des parties signataires pour participer aux travaux du comité ;
- un médecin-conseil de chacun des trois régimes d'assurance maladie.

Un représentant du conseil de l'ordre des médecins, ainsi que le médecin-conseil régional du régime général ou son représentant, sont invités à participer aux travaux du comité avec voix consultative.

Article 2

Les organisations syndicales ainsi que les services médicaux des caisses désignent chacun un représentant suppléant dans les mêmes conditions que les représentants titulaires.

Article 3

Le comité médical paritaire local exerce ses fonctions conformément aux articles 11 et 12 de la convention nationale. Il peut faire appel à des experts.

Les experts n'interviennent que sur le point de l'ordre du jour où leur compétence a été requise.

Le comité médical paritaire local invite, chaque fois qu'il est nécessaire, les directeurs des caisses d'assurance maladie. Il les reçoit également, à leur demande, pour l'étude d'un problème précis.

Le C.M.P.L. délibère hors la présence des experts et des directeurs des caisses.

Article 4

La section professionnelle et la section des médecins-conseils élisent l'une et l'autre un président choisi par leurs membres. Ces présidents assurent à tour de rôle, par période d'un an, la présidence et la vice-présidence du comité médical paritaire local.

Article 5

Les représentants des organisations professionnelles perçoivent une indemnisation sur la base de 6 C par séance et une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs de caisses.

TITRE II

DU FONCTIONNEMENT

Article 6

Le comité médical paritaire local se réunit en tout lieu qu'il choisit à cet effet.

Le secrétariat est assuré par un médecin - médecin-conseil ou médecin libéral - choisi d'un commun accord entre les médecins libéraux et les médecins-conseils.

Article 7

Le comité se réunit chaque fois qu'il est nécessaire et au moins 10 fois par an.

Toutefois, la réunion est de droit si elle est demandée par le président ou le vice-président ou par une des sections.

L'ordre du jour, établi par le président et le vice-président, est adressé par le secrétariat avec la convocation et la documentation au moins dix jours francs avant la date de la réunion. Dans la mesure du possible, la date de la réunion suivante est fixée à la fin de chaque séance.

Article 8

Le C.M.P.L. ne peut statuer que si deux médecins au moins de chaque section sont présents.

En cas d'absence répétée, plus de trois fois consécutives, de l'un ou de plusieurs membres du comité médical paritaire local et de leurs suppléants, la section intéressée est invitée à prendre toute disposition pour remédier à la situation. Si aucune solution n'est intervenue dans les deux mois suivant le constat, le comité médical paritaire national est saisi et son arbitrage s'impose.

Article 9

Les délibérations du C.M.P.L. sont prises à la majorité des deux tiers des voix exprimées dans chacune des sections la composant.

Les délibérations portant sur les alinéas 3 et 4 de l'article 30 de la convention font l'objet d'un vote à bulletin secret. Elles sont adoptées à la majorité absolue des membres du C.M.P.L.

Pour les délibérations du C.M.P.L. ne relevant pas des alinéas 3 et 4 de l'article 30, en cas d'absence d'avis, partage des voix inclus, le président prend avis de la C.C.P.L. avant de soumettre à nouveau la question litigieuse à une seconde délibération du C.M.P.L.

Article 10

Les délibérations du comité médical paritaire local font l'objet à chacun de ses séances d'un procès-verbal conservé au secrétariat et signé par le président et le vice-président. Le procès-verbal est adressé aux membres du comité et à leurs suppléants. Il est soumis à l'approbation des membres du comité médical paritaire local à la séance suivante et est communiqué au comité médical paritaire national.

Article 11

Il est constaté une carence du prononcé de l'avis du C.M.P.L. lorsque l'une ou les deux section(s) refuse(nt) de participer au vote.

Le point contesté est alors inscrit d'office à l'ordre du jour de la prochaine réunion du C.M.P.L.

Parallèlement, le président et le vice-président du comité médical paritaire national sont immédiatement saisis des difficultés rencontrées et doivent donner leur avis avant la réunion du C.M.P.L. qui doit en débattre.

Si à la séance suivante la carence du prononcé est maintenue, les dispositions de l'article 30, paragraphe 5, sont mises en œuvre.

ANNEXE VII

CLAUSE COMPLÉMENTAIRE
CONCERNANT LES MÉDECINS STOMATOLOGISTES

En ce qui concerne le traitement prothétique et maxillo-facial, il est expressément convenu entre les parties que les tarifs conventionnels s'appliquent aux techniques actuelles de réalisation (empreintes, montage et matériaux) permettant un appareillage conforme aux données actuelles de la science, présentant toute garantie de résistance et rétablissant les fonctions physiologiques de la mastication et de la phonation.

Cependant, l'assuré a la faculté de choisir un autre mode d'appareillage faisant appel à des techniques particulières définies ci-dessous, ainsi qu'à des métaux précieux et à leurs alliages.

Prothèses adjoindes :

- appareils squelettés ou décollés avec prises d'empreintes spéciales nécessitant la confection d'un porte-empreinte individuel. Rupteurs de force ou d'attachement.

Prothèses conjointes :

- notamment dents porcelaine cuites sous vide, couronnes céramo-métalliques, couronnes avec incrustation vestibulaire.

Métaux précieux et leurs alliages.

Dans ces cas, des honoraires supérieurs peuvent être demandés. Ils seront fixés avec tact et mesure par entente directe de l'assuré et du praticien, étant entendu que celui-ci fera connaître par écrit à son patient le montant de remboursement alloué par la caisse et l'importance de la somme restant à sa charge.

Ces honoraires supplémentaires ne peuvent faire l'objet d'un remboursement de la part de la caisse.

(1) Voir en annexe VII la clause complémentaire concernant les traitements prothétiques.

ANNEXE 2

Arrêté du 12 avril 1991 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des médecins

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, le ministre de l'agriculture et de la forêt, le ministre des affaires sociales et de la solidarité, le ministre délégué au budget et le ministre délégué à la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5 à L. 162-7 :

Vu l'arrêté du 27 mars 1990 portant approbation de la convention nationale des médecins :

Le Conseil national de l'ordre des médecins consulté,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. - Il est pris acte de l'adhésion de la Fédération française des médecins généralistes à la convention nationale des médecins susvisée.

Art. 2. - Est approuvé l'avenant n° 1 à la convention nationale des médecins, annexé au présent arrêté, conclu entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la Caisse centrale de secours mutuels agricoles et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes.

Art. 3. - Le directeur du budget et le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes au ministère de l'économie, des finances et du budget, le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la santé au ministère des affaires sociales et de la solidarité et le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture et de la forêt sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 12 avril 1991.

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité,

CLAUDE ÉVIN

*Le ministre d'Etat, ministre de l'économie,
des finances et du budget,*

PIERRE BÉRÉGOVOY

Le ministre de l'agriculture et de la forêt,

LOUIS MERMAZ

Le ministre délégué au budget,

MICHEL CHARASSE

Le ministre délégué à la santé,

BRUNO DURIEUX

AVENANT N° 1

À LA CONVENTION MÉDICALE DU 9 MARS 1990 DE L'ADAPTATION DE LA PRATIQUE MÉDICALE

Les parties signataires considèrent que seul le processus conventionnel est à même d'assurer une véritable maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé, notamment en généralisant les contrats locaux d'objectifs.

Elles estiment donc nécessaire d'approfondir et développer les orientations arrêtées dans la convention signée le 9 mars 1990 et destinées à définir par étape un nouvel équilibre conventionnel et à dégager les conditions d'une adaptation progressive de la pratique médicale.

A cet effet, les caisses d'assurance maladie décident de mettre en place, avant la fin de 1991, un financement spécifique de la reconversion des médecins, destinée avec la réduction du *numerus clausus*, à rééquilibrer l'offre de soins par application des mesures qu'elles auront arrêtées dans le cadre de la commission prévue par l'article 1^{er} ter de la convention.

Les parties signataires décident également de contribuer à rééquilibrer la demande de soins par la mise en place des expérimentations et de l'option conventionnelles décrites ci-après.

I. - De la coordination des soins

Les parties signataires considèrent que la coordination des soins prodigués par les généralistes, les spécialistes et les autres professions de santé, en liaison éventuellement avec le secteur public et le secteur social, constitue un facteur essentiel d'amélioration de la qualité des soins et de la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

Article 1^{er}

De l'aide médicale urgente

La loi du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente prévoit :

La participation des caisses au financement du centre de régulation des appels .

La participation des médecins libéraux au fonctionnement du centre de réception et de régulation des appels.

Les parties signataires se proposent d'étendre l'application de la convention signée le 8 décembre 1987 entre les parties signataires de la convention nationale de juillet 1985, parallèlement au développement par les pouvoirs publics des centres de réception et de régulation des appels en prenant en compte les conclusions du comité de suivi des urgences fondées notamment sur les évaluations des expérimentations en cours.

Article 2

Des expérimentations

Les parties signataires, en recherchant l'accord des partenaires locaux, décident de développer en priorité les expérimentations suivantes :

a) L'établissement de soins coordonnés à domicile au profit de personnes âgées souffrant de pathologies dont la liste est établie d'un commun accord entre les parties signataires :

b) La recherche des conditions propres à assurer le développement des plateaux techniques d'exploration ou d'intervention destinés à des malades ambulatoires.

Article 2 bis

De l'évaluation des expérimentations

Les parties signataires déterminent les conditions dans lesquelles sont engagées, suivies et évaluées les expérimentations visées à l'article 2.

Elles fixent également la rémunération spécifique des praticiens participant à ces actions.

Le présent avenant ne fait pas obstacle à l'application de l'article L.162-31 du code de la sécurité sociale et des textes subsidiaires.

A l'issue des deux premières années d'expérimentations engagées au titre du présent avenant les parties signataires, au vu des évaluations prévues au présent article, décident des arrêts, modifications, extensions ou généralisations des actions au regard des résultats obtenus.

II. - De la continuité des soins

Les parties signataires rappellent l'intérêt commun qu'elles attachent à promouvoir des formes d'exercice de la médecine permettant une meilleure approche des problèmes de santé d'un individu pris dans sa globalité.

Le développement des techniques médicales, la multiplication des intervenants médicaux rendent nécessaire l'adaptation du dispositif conventionnel afin d'assurer au mieux la qualité des soins dans la synthèse et la continuité. Ainsi, elles décident la création d'une option conventionnelle proposée au libre choix des patients et des médecins.

Elles définissent en annexe I au présent avenant l'organisation de cette option, les modalités particulières concernant le règlement des honoraires, ainsi que les conditions de rémunération des activités induites par cette nouvelle option.

Fait à Paris, le 20 mars 1991.

MAURICE BERLIN,

Président de la Caisse nationale

de l'assurance maladie des travailleurs salariés

ANDRÉ LAUR,

Président de la Caisse centrale de secours mutuels agricoles

RICHARD BOUTON,

Président de la Fédération française des médecins généralistes

ANNEXE I

DE L'OPTION CONVENTIONNELLE

« CONTINUITÉ DES SOINS »

TITRE I^{er}

DE L'ORGANISATION

Section 1

Du libre choix

Article 1^{er}

Dans le cadre de cette option, les patients qui le souhaitent ont la possibilité d'établir avec le médecin généraliste conventionné de leur choix une relation s'inscrivant dans la continuité et la synthèse des différents intervenants médicaux. La durée de cette option est d'un an.

Après accord du médecin optant, sa reconduction est signifiée par le patient à sa caisse.

Cette option est formulée par le patient auprès de sa caisse dans les conditions prévues au titre III ci-dessous.

Article 2

A l'issue de cette période d'un an ou en cas de changement de domicile, le patient peut transférer son option auprès d'un autre praticien. Il en est de même en cas de départ du médecin (ou de différend grave malade-médecin. Dans ce dernier cas, le service médical de la caisse dont relève le patient sera informé dans le respect du code de déontologie).

Article 3

A l'exception de l'exercice en groupe de médecins généralistes libéraux comportant la mise en commun des données médicales, cette option ne peut être choisie qu'auprès d'un seul médecin à la fois.

Article 4

Le patient demeure libre de consulter à tout moment tout autre médecin, mais l'esprit de cette option est de demander conseil au médecin généraliste librement choisi, pour toute démarche de soins.

Article 5

Dans le cadre des articles 52 et 53 du code de déontologie médicale, tout médecin consulté ou appelé par un patient ayant opté pour le droit ouvert à l'article 1^{er}, établit un compte rendu médical de la consultation et de ses conclusions à l'intention du médecin généraliste traitant évoqué au même article.

Article 6

Tout médecin généraliste optant est libre de ne pas accepter d'assurer ainsi le suivi d'un patient considéré. Il porte le motif de son refus à la connaissance du service médical de la caisse dont relève le patient, qui en prend acte.

Section 2

Du règlement des honoraires

Article 7

Les parties signataires s'engagent à progresser dans un délai d'un an vers l'utilisation de supports informatiques modernes, assurant un règlement rapide et sûr, la dispense d'avance des frais n'étant qu'une procédure transitoire.

Article 8

Dans le cadre de cette option et pour tous les actes effectués par le médecin généraliste choisi, le patient bénéficie d'une dispense d'avance de frais.

Article 9

Les actes effectués par les médecins dans le cadre de cette option sont rémunérés sur la base des tarifs conventionnels à l'exclusion de tout dépassement d'honoraires ou de tarifs différents.

L'engagement visé à l'article 1^{er} bis paragraphe 3 de la convention nationale est pris par les médecins, compte non tenu des actes effectués dans les mêmes conditions dans le cadre de cette option conventionnelle.

Article 10

Au cas où le droit du patient aux prestations concernées d'être ouvert au cours de la validité de l'option, le médecin généraliste perçoit ses honoraires auprès du patient et même à son terme cette option en ce qui concerne le titre II de cette annexe.

Article 11

Afin de permettre une mise en œuvre immédiate de ces dispositions, le versement des honoraires aux praticiens est assuré par la procédure de « Dispense d'avance de frais », après inscription sur la feuille de soins de l'acte effectué et de son montant (un acte par feuille). La signature de l'assuré atteste la réalisation de l'acte. Cette feuille est transmise par le praticien à la caisse du patient.

Afin d'alléger la charge de gestion des documents supportés par le médecin dans le cadre de cette option, les caisses mettent à la disposition de chaque patient ayant levé cette option une carte d'assuré social à embosser, appelée carte « continuité des soins ».

Article 12

S'il s'avérait, pour des raisons nationales et/ou locales, que le règlement des honoraires aux praticiens soit impossible ou s'il devait excéder un délai de quinze jours, les parties signataires pourraient

suspendre temporairement la procédure de dispense d'avance de frais et autoriser les praticiens à percevoir directement leurs honoraires. Un groupe paritaire conventionnel est chargé, dans chaque circonscription de soins primaire de veiller à la bonne application de cette procédure de « dispense d'avance des frais » liée à l'option.

TITRE II DU SUIVI MÉDICINAL

Article 13

Le dossier médical

Afin d'améliorer la qualité des soins par un suivi et une synthèse médicale, le médecin généraliste fait figurer dans le dossier médical du patient toutes les données disponibles concernant la santé de celui-ci.

Le dossier médical comporte des données confidentielles et personnelles. Le médecin généraliste qui en est le dépositaire en assume l'entière responsabilité (art. 378 du code pénal).

Les parties signataires, après avis du comité médical paritaire national, dressent la liste des éléments transmissibles du dossier et élaborent le ou les supports - à joindre au dossier préexistant - les plus appropriés pour les recueillir et les transmettre. Elles arrêtent également la liste et la qualité des destinataires de ces informations dans le respect du code de déontologie et des lois en vigueur.

En cas de changement de médecin généraliste, conformément à l'article 2, titre I^{er} du présent texte, celui-ci transmet ces éléments au nouveau praticien choisi.

Article 14

Prévention-Épidémiologie

Dans le cadre de cette option, les médecins généralistes dressent annuellement pour chaque patient une synthèse personnalisée de son état de santé et des éventuelles actions de prévention à entreprendre.

A cet effet, tout médecin généraliste doit, avant de lever l'option, s'inscrire à une action de formation adaptée au recueil de ces données épidémiologiques. Cette inscription s'effectue auprès du Fonds d'assurance formation.

Ils participent, à partir des données ainsi recueillies et rendues anonymes, aux actions épidémiologiques de prévention et de maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses, décidées conventionnellement.

Les parties signataires élaborent, après avis du Comité médical paritaire national, les diverses grilles de recueil des données épidémiologiques et de prévention qui seront intégrées dans le dossier médical du patient et utilisées dans le cadre d'études épidémiologiques ou d'actions de santé publique. Les instances conventionnelles locales peuvent, le cas échéant, décider de thèmes ou d'actions spécifiques. L'ensemble de ces actions se fait dans le respect du code de déontologie.

Article 15

De la rémunération

Pour cette tâche d'épidémiologie et de suivi, le médecin reçoit annuellement une rémunération forfaitaire d'une valeur de 2 C/patient ayant choisi la présente option conventionnelle, la valeur du C retenue étant celle en vigueur lors de l'ouverture du droit prévu à l'article 3. Celle-ci est versée pour moitié à l'ouverture de l'option, puis à son échéance, après fourniture des données épidémiologiques demandées. Cette rémunération est incluse dans les relevés visés à l'article 35 de la convention nationale.

TITRE III DU CHAMP D'APPLICATION

Article 16

Les parties signataires s'engagent à faire connaître l'option « Continuité des soins » auprès des assurés sociaux et des médecins. Pour ce faire, elles déterminent au niveau national et local les moyens de communication les mieux adaptés.

Cette option est ouverte à l'ensemble des médecins généralistes conventionnés. Elle est portée à leur connaissance dans le mois suivant l'entrée en vigueur du présent accord.

L'entrée des médecins dans ce système optionnel peut s'effectuer à tout moment pendant la durée de la présente convention, elle se fait par simple déclaration du médecin auprès de sa caisse primaire.

Les médecins généralistes considérés informent leurs patients de la possibilité qui leur est ainsi ouverte.

Un acte d'adhésion type précisant les droits et engagements réciproques du médecin et du patient sera réalisé à l'initiative des parties signataires avant la mise en œuvre du présent texte.

Article 17

C'est par déclaration également que les médecins informent la caisse primaire de leur volonté de mettre fin à leur participation à ce système. Dans ce cas, ils déclarent à terme les options en cours.

Il en est de même lorsque le médecin s'est vu notifier une décision prise en application de l'article 19 ci-dessous.

Lors de l'échéance de la présente convention et sauf dispositions légales ou réglementaires contraires, les médecins généralistes déclarent également à terme les options en cours.

TITRE IV DE L'ÉVALUATION ET DES PROCÉDURES CONVENTIONNELLES

Article 18

De l'évaluation

Les parties signataires mettent en place en commun les procédures de suivi et d'évaluation de cette option conventionnelle. Elles portent notamment sur les effectifs et la composition de la population ainsi couverte, l'évolution de son mode de consommation de soins et de ses dépenses de santé comparée à celle de populations identiques restées dans le système actuel.

Article 19

Des procédures conventionnelles

Sans préjudice de l'application de l'article 30 de la convention médicale, lorsqu'un médecin ne respecte pas les dispositions de la présente annexe régissant l'application de l'option « Continuité des soins », les caisses peuvent, dans les conditions définies ci-après, lui notifier la durée pendant laquelle ses patients ne pourront ni conclure, ni renouveler de telles options auprès de lui.

§ 1. Les caisses peuvent prononcer une telle décision à l'encontre de tout médecin ayant :

- commis des irrégularités dans la facturation des soins qu'il dispense dans le cadre de l'option ;
- violé les dispositions de l'article 9 de la présente annexe ;
- omis de transmettre les données épidémiologiques demandées.

Dans ces cas, les caisses communiquent au praticien concerné au médecin concerné qui dispose d'un délai de quinze jours pour présenter ses observations éventuelles, écrites ou orales.

Les caisses en informent simultanément les syndicats médicaux représentés dans le groupe conventionnel visé à l'article 12, qui peuvent donner leur avis.

§ 2. Les caisses peuvent compléter les documents visés à l'article 12 de la convention nationale par des données retraçant, pour chaque médecin concerné, les actes et prescriptions qu'il réalise au profit de ses patients ayant choisi l'option « Continuité des soins ».

L'ensemble de ces documents est transmis pour examen au C.M.P.L. qui peut entendre le médecin lorsqu'il apparaît que celui-ci a modifié son comportement de façon notable à la suite de son adhésion à ladite option.

Dans ce cas, les caisses peuvent, sur proposition du C.M.P.L., lui notifier la décision visée au premier alinéa du présent article.

Le paragraphe 5 de l'article 30 de la convention nationale est applicable à la présente procédure.

Article 20

Les parties signataires, un an après l'entrée en vigueur effective de l'option « Continuité des soins », dressent une évaluation d'ensemble de l'application de la présente annexe.

Cette évaluation est élaborée à partir des comptes rendus d'application locale effectués par les groupes conventionnels prévus à l'article 12.

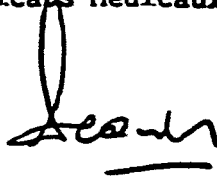
ANNEXE 3

**ACTE D'ADHESION
DE LA CONFEDERATION DES SYNDICATS MEDICAUX FRANCAIS
A LA CONVENTION NATIONALE MEDICALE
DU 9 MARS 1990**

La Confédération des Syndicats Médicaux Français, représentée par le docteur Jacques Beaupère, Président, adhère par le présent acte à la convention nationale médicale, en vigueur à ce jour, conclue entre la Fédération des Médecins de France et la Fédération Française des Médecins Généralistes d'une part, et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, la Caisse Centrale de Secours Mutuels Agricoles et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs Non Salariés des Professions Non Agricoles d'autre part, et signe l'annexe à ladite convention portant orientation pour stratégie conventionnelle globale.

Fait à Paris, le 25 juin 1991

Le Président
de la Confédération
des Syndicats Médicaux Français,



docteur Jacques Beaupère

ANNEXE

portant orientations pour une stratégie conventionnelle globale

Les syndicats médicaux et les caisses d'assurance maladie partagent l'ambition de préserver et de renforcer le système conventionnel. Ils réaffirment leur volonté d'agir en partenariat, de mettre en oeuvre les évolutions nécessaires pour répondre aux besoins de notre temps et de permettre ainsi par une vie conventionnelle dynamique sur l'ensemble du territoire, l'application des textes conventionnels.

Les parties signataires déclarent prioritaires les évolutions qui portent sur les sujets suivants :

- le renforcement permanent d'un partenariat réel et efficace,
- la maîtrise médicalisée, contractualisée et décentralisée de l'évolution des dépenses,
- la régulation de la démographie médicale,
- l'exercice de la médecine générale et son rôle dans la permanence et la continuité des soins, notamment dans la réponse aux urgences médicales, les soins coordonnés à domicile et l'hospitalisation à domicile,
- l'exercice de la médecine spécialisée - nomenclature, codage des actes - plateaux techniques et hospitalisation de jour,
- l'utilisation de supports monétiques dans les rapports entre les médecins et leurs malades, et la dispense d'avance des frais,
- les conditions d'équilibre entre les secteurs conventionnels comportant :
 - une amélioration des conditions d'exercice des médecins qui respectent les tarifs conventionnels,
 - un respect des dispositions conventionnelles concernant les conditions d'accès au secteur à honoraires différents.

Les syndicats médicaux et les caisses d'assurance maladie, se fondant sur les priorités ainsi définies et développées dans chacun des sept chapitres qui composent la présente annexe, fixent ainsi les orientations stratégiques qui prévaudront pour la mise en oeuvre du dispositif qu'ils ont dressé au travers des textes conventionnels.

Ils considèrent que ce dispositif doit être accompagné d'une annexe tarifaire fixant les dates d'application des tarifs déjà inscrits dans l'annexe I de la convention de mars 1990.

DES CONDITIONS DU PARTENARIAT

La réalisation des conditions d'un partenariat conventionnel étroit et permanent, dans une confiance réciproque, est une condition indispensable au succès des ambitions conventionnelles.

Ce partenariat doit être fondé sur les principes suivants :

- **il doit être efficace : pour cela, il doit permettre à la profession médicale organisée, dans le respect de son autonomie d'assumer pleinement ses différentes missions au service des assurés sociaux et ses responsabilités en ce qui concerne la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses, la qualité des soins, l'évaluation et la formation médicale continue.**
- **il doit préserver l'indépendance d'exercice des médecins conventionnés et les règles de la déontologie médicale, notamment, au premier chef, le secret professionnel dans l'intérêt des patients.**
- **il doit être décentralisé : il convient de promouvoir un véritable partenariat permettant une mise en application au niveau local de certains chapitres conventionnels.**

Son succès nécessite :

- **une application réelle des textes conventionnels par chacun des partenaires et, particulièrement la mise en place et le fonctionnement effectif des divers groupes de travail prévus par ces textes, ainsi que le respect des délais de remise de leurs conclusions.**
- **le respect par chacun des engagements souscrits, notamment en matière tarifaire,**
- **une coopération étroite des partenaires et une réflexion commune sur l'ensemble des données tant médicales qu'économiques, indispensables à la gestion de la convention, selon des modalités à préciser conformément aux articles 16°, 21 et 29 bis de la convention. Les syndicats médicaux et les caisses d'assurance maladie conjuguent leur action dans le respect de leur responsabilité respective, pour assurer la collecte et l'étude des informations concernant l'évolution des dépenses de santé, d'assurance maladie, la consommation de soins, l'épidémiologie et les conditions économiques de l'exercice médical.**
- **la conclusion de clauses locales permettant d'adapter la vie conventionnelle aux caractéristiques géographiques particulières et de favoriser les initiatives locales indispensables.**
- **une intervention commune des partenaires conventionnels auprès des Pouvoirs Publics dès lors que l'évolution de la vie conventionnelle la rend nécessaire.**

DE LA MAITRISE MEDICALISEE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES

Le caractère normal de l'augmentation des dépenses de santé ne peut légitimer tout rythme de croissance sans justification ou analyse. La maîtrise médicalisée et contractualisée de l'évolution des dépenses de santé est la seule voie de régulation possible pour améliorer l'état sanitaire de la population et la couverture des soins, tout en préservant les conditions économiques d'exercice des professionnels de santé.

A cet effet, le corps médical s'engage à optimiser ses décisions diagnostiques et thérapeutiques ; il concourt ainsi à garantir à tous les assurés sociaux l'accès à des soins de qualité et un haut niveau de prestations.

Les parties signataires considèrent que la maîtrise médicalisée doit privilégier une approche par catégorie de soins et de prescriptions et non par catégorie de dépenses, en utilisant comme critère central d'analyse et d'action, l'utilité médicale et non le coût. Elle est le seul type de maîtrise qui garantit contre le rationnement des soins ou la détérioration du remboursement.

C'est également le seul qui se confond avec une démarche de qualité. C'est enfin le seul qui instaure un dialogue collectif et constructif entre les représentants des assurés et les médecins.

Pour être efficace, la maîtrise médicalisée doit être chiffrée, décentralisée, et contractualisée. Les disciplines ou professions de santé concernées par les objectifs doivent être associées à leur définition.

Les parties signataires considèrent que la réussite de la maîtrise dans le cadre conventionnel suppose une large adhésion du corps médical. Aussi, elles réaffirment l'importance que revêtent la mise en place des instances conventionnelles dans le mois suivant la signature de la présente annexe et la conclusion de contrats locaux d'objectifs, dans toutes les circonscriptions de caisses.

Les parties signataires s'accordent également pour étudier les évolutions et adaptations à apporter aux références médicales nationales existantes, à la lumière de l'appréciation de leur application et de leur impact, et pour en élaborer de nouvelles. Elles affirment, à ce propos, leur intérêt pour l'évaluation. Les syndicats médicaux s'engagent à organiser, au niveau local, des groupes de rencontre ayant pour objet la recherche d'une démarche optimale en matière de stratégie, diagnostique et thérapeutique.

Les parties signataires considèrent que le succès de la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé nécessite :

- **l'élaboration d'un constat annuel des dépenses de santé au niveau local et national,**
- **la sensibilisation des assurés sociaux, à l'initiative des caisses, lorsque cela s'avère opportun, et avec l'appui de l'ensemble des partenaires conventionnels et des médecins.**
- **la maîtrise parallèle de la démographie médicale et une régulation permanente des flux.**
- **une politique des honoraires des médecins cohérente avec l'objectif de qualité des soins.**
- **la mise en oeuvre d'une démarche d'accréditation médicalisée des établissements hospitaliers qui concoure à la performance des soins hospitaliers et participe ainsi au souci d'orienter progressivement les demandes de soins vers des réponses ambulatoires, comme le souhaitent les patients.**

DE LA REGULATION DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

Il n'existe pas d'équilibre conventionnel durable sans maîtrise de la démographie médicale.

La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé et la maîtrise de la démographie médicale vont aujourd'hui de pair.

À partir de nombreuses réflexions et tout particulièrement des travaux menés par la CNAMTS conformément aux engagements pris et concrétisés dans les textes conventionnels, les parties signataires disposent dès à présent d'un ensemble sans égal de données portant sur la situation actuelle et l'évolution de la démographie médicale.

La poursuite des études dans le cadre de la commission mise en place à cet effet permettra de mesurer l'ampleur du rééquilibrage à obtenir, d'apprécier la portée du recours aux différentes mesures mises en oeuvre et de tracer ainsi les orientations d'une action conventionnelle dans la perspective d'un retour à l'équilibre.

Ces études qui fonderont une gestion active de la démographie médicale, devront comporter une analyse des besoins, qui prennent en compte les effectifs médicaux, non pas dans leur globalité mais par discipline, région par région et par âge, afin d'optimiser la définition des populations intéressées.

Les parties signataires s'accordent sur le principe d'une réduction importante du nombre de médecins praticiens en médecine de soins et sur la nécessité de l'emploi simultané et complémentaire de tous les moyens d'allègement de ces effectifs :

- **le renforcement de la sélection à l'entrée des études (numerus clausus) et la recherche d'une meilleure répartition des étudiants dans les différentes filières en fonction des besoins, afin de mieux s'adapter à l'évolution de la médecine,**
- **l'incitation à la cessation anticipée d'activité dont la convention d'application signée par les syndicats médicaux et les caisses d'assurance maladie doit être approuvée d'urgence par les Pouvoirs Publics,**
- **la reconversion des médecins, dans le domaine de la santé ou en dehors, en fonction des besoins réels.**

Le processus de reconversion devra être défini avant le 30 novembre 1991 et comporter un financement spécifique en respectant les principes suivants :

- **Il devra être fondé sur le volontariat individuel ainsi que sur des critères définis conventionnellement assurant un équilibre de la structure par âge de la population médicale et un équilibre par discipline.**
- **il devra être défini en corrélation avec le recours aux autres moyens de régulation et compte tenu de l'impact attendu desdits moyens.**

Les syndicats médicaux et les caisses d'assurance maladie affirment que leur recherche d'un équilibre démographique ne saurait contrevenir à la libre installation des médecins au sein du système conventionnel.

DE L'EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE DE LA CONTINUTE DES SOINS - DES URGENCES - DU MAINTIEN A DOMICILE

Dans la médecine actuelle où le recours aux "spécialités" est fréquent, chaque patient doit prendre conscience de la nécessité d'avoir un médecin de famille qui soit son médecin traitant et son conseiller. Par le libre choix du médecin comme du patient, une relation de continuité renforce la qualité du colloque singulier, contribue à une démarche de qualité et donc à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé.

S'il est vrai que la continuité des soins est déjà effective dans un grand nombre de cas, les parties signataires ont souhaité en faciliter l'extension dans le strict respect des règles déontologiques, fondée par :

- l'adaptation du dossier médical par la définition des éléments permettant le suivi et la continuité des soins de chaque patient,
- une synthèse annuelle, résultante de l'environnement du patient, de ses pathologies, et permettant l'éducation sanitaire et la programmation du dépistage et de la prévention individuelle ,
- une définition dans le cadre du partenariat, des données épidémiologiques et de prévention qui seront utilisées afin de déterminer des programmes d'actions de santé publique, ciblées en fonction des âges et des pathologies.

Les syndicats médicaux et les caisses d'assurance maladie confirment leur volonté d'engager des actions d'information et de sensibilisation des assurés sociaux en ce sens.

Ce rôle de permanence et de continuité des soins implique que les médecins généralistes soient à même d'assurer la réponse aux urgences, la prise en charge et la coordination des soins à domicile, ainsi que la réponse aux besoins des personnes âgées.

Rappelant les termes de la loi relative à l'organisation des urgences médicales, et à la participation des médecins libéraux et ceux de la convention nationale sur les urgences, les parties signataires estiment qu'il est de leur responsabilité de poursuivre la mise en place d'une procédure rigoureuse d'évaluation quantitative et qualitative des expérimentations qu'elles ont engagées.

Elles estiment également, que ces expérimentations pourront être étendues à une trentaine de sites, en fonction des propositions présentées par les partenaires conventionnels locaux avec une évaluation dont le renforcement est défini conventionnellement.

Enfin, le maintien à domicile, notamment des personnes âgées, est aujourd'hui un besoin unanimement reconnu. Il importe que soient définies avant le mois de novembre 1991, les conditions d'engagement, de financement et d'évaluation qualitative et quantitative des projets présentés en ce sens par les partenaires conventionnels locaux.

DE LA DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS

La convention prévoit les modalités de paiement des honoraires dus aux médecins : elle réaffirme le principe du règlement direct et définit les modalités particulières réservées à l'hospitalisation privée, et à certains actes ou situations en médecine ambulatoire.

Les parties signataires s'engagent à mettre en place le groupe de travail visé à l'article 4c de la convention, habilité à apprécier les conséquences de l'évolution des moyens de communication sur le paiement des honoraires et les procédures de dispense d'avance des frais, afin d'assurer l'utilisation de supports monétiques modernes instaurant une relation financière directe sans interférence des caisses entre le patient, son médecin et entre ce dernier et un organisme bancaire.

Les modalités de cette utilisation devront assurer sa simplicité, l'indépendance des médecins et la sécurité de leur rémunération.

Elles définissent ensemble préalablement les modalités d'adaptation, qui seraient nécessaires, à titre provisoire, de la dispense d'avance des frais aux patients exonérés du ticket modérateur ou assimilés, en précisant les droits et obligations de chacun des partenaires.

DE L'EXERCICE DE LA MEDECINE SPECIALISEE

Le progrès médical rend indispensable l'existence d'une médecine spécialisée maîtrisant les techniques les plus élaborées et les rendant accessibles à la population dans le respect du libre choix.

L'exercice de cette médecine suppose :

- **une nomenclature adaptée, établie notamment à partir des propositions communes faites par les partenaires conventionnels à la commission permanente de la Nomenclature,**
- **le respect par chacun des partenaires de l'ensemble des engagements conventionnels pris en matière de Nomenclature,**
- **un codage des actes respectant l'indépendance de la profession et les dispositions législatives en vigueur qui assurera à chaque partenaire conventionnel un apport essentiel de connaissances médicalisées et dont l'exploitation individualisée ne pourra relever que de l'article 30 de la convention et particulièrement de son paragraphe 4 alinéa 1,**
- **la recherche des conditions propres à assurer le développement des plateaux techniques d'exploration ou d'intervention en médecine ambulatoire.**

L'accroissement de la technicité de la médecine spécialisée a pour corollaire l'augmentation du nombre de médecins spécialistes qui exercent au sein d'établissements d'hospitalisation privés. Les parties signataires reconnaissent en conséquence qu'il est essentiel que les représentants de ces praticiens puissent participer aux réflexions communes qui précèdent la conclusion des accords entre l'hospitalisation privée et les caisses d'assurance maladie.

DES CONDITIONS D'EQUILIBRE ENTRE LES SECTEURS CONVENTIONNELS

Les syndicats médicaux et les caisses d'assurance maladie considèrent que les conditions d'équilibre entre les secteurs conventionnels constituent un élément central de l'évolution conventionnelle.

Ils proposent que l'étude de l'évolution des deux secteurs soit conduite simultanément à l'amélioration des conditions d'exercice en secteur à honoraires opposables.

Un bilan immédiat des flux observés depuis le 1er décembre 1989 entre les deux secteurs conventionnels doit être établi afin de permettre notamment de définir les possibilités d'option conventionnelle pour les médecins en première installation.

Les parties signataires réunies au sein de la commission instituée par l'article 1 ter de la convention, s'engagent donc à dresser des scénarios alternatifs d'issue à cette période de gel partiel et temporaire.

Elles décident de mettre en place le groupe de travail prévu au préambule de la convention et destiné à rechercher un système promotionnel pour les médecins, conforme à leur statut libéral.

Le dispositif conventionnel à honoraires opposables se doit de garantir à l'ensemble des médecins libéraux qui l'acceptent, une rémunération des activités qu'ils exercent dans ce cadre, conforme à leur haut niveau de qualification et de responsabilité.

C'est avec ce souci et en tenant compte de ces deux critères que les parties signataires rappellent leurs engagements tarifaires antérieurs et les dispositions qu'elles ont permises en ce qui concerne la couverture sociale des médecins, cotisations d'allocations familiales, de maladie et d'assurance supplémentaire de vieillesse.

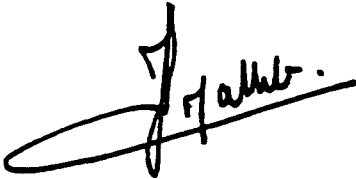
Les parties signataires rappellent que la convention de mars 1990, en suspendant le droit d'option visé à l'article 37 a créé une situation temporaire pour les médecins et, notamment ceux dont la première installation est postérieure au 1er décembre 1989 et imposé en conséquence à ses parties signataires de trouver une solution d'équilibre entre les secteurs, avant la fin de l'année 1991.

Elles s'engagent à reprendre dans les meilleurs délais leurs travaux en ce qui concerne le financement du régime de l'ASV aux fins notamment d'en fixer la cotisation pour l'année 1991 et déterminer rapidement le taux des cotisations AF prises en charge par les Caisses.

Les parties signataires, reconnaissant la valeur essentielle du contenu intellectuel de l'acte médical, s'engagent à progresser vers une meilleure appréciation du coût de son environnement technique.

Fait à Paris, le 25 juin 1991

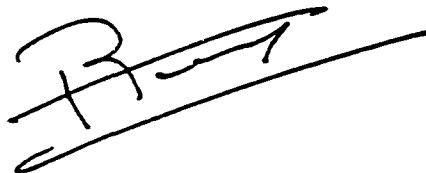
Jean-Claude MALLET
Président de la Caisse Nationale
de l'Assurance Maladie
des Travailleurs Salariés



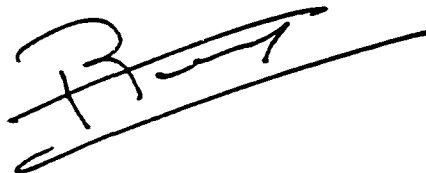
André LAUR
Président de la Caisse Centrale
de Secours Mutuels Agricoles



Marcel RAVOUX
Président de la Caisse Nationale
d'Assurance Maladie et Maternité
des Travailleurs Non Salariés
des Professions Non Agricoles

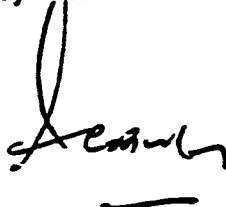


Jean GRAS
Président de la Fédération
des Médecins de France



Richard BOUTON
Président de la Fédération Française
des Médecins Généralistes

Jacques BEAUPERE
Président de la Confédération
des Syndicats Médicaux Français



ANNEXE 4

Arrêté du 5 mai 1992 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins

Le ministre de l'économie et des finances, le ministre du budget, le ministre de l'agriculture et de la forêt et le ministre des affaires sociales et de l'intégration.

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5 à L. 162-7 :

Vu l'arrêté du 27 mars 1990 portant approbation de la convention nationale des médecins :

Vu l'arrêté du 12 avril 1991 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des médecins :

Le conseil national de l'ordre des médecins consulté,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. - Est approuvé l'avenant n° 3 à la convention nationale des médecins ci-annexé conclu le 10 avril 1992 entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de secours mutuels agricoles et, d'autre part, la Confédération des syndicats médicaux français.

Art. 2. - Le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes au ministère de l'économie et des finances, le directeur du budget au ministère du budget, le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture et de la forêt et le directeur de la sécurité sociale au ministère des affaires sociales et de l'intégration sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 5 mai 1992.

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,
RENÉ TEULADE

Le ministre de l'économie et des finances,
MICHEL SAPIN

Le ministre du budget,
MICHEL CHARASSE

Le ministre de l'agriculture et de la forêt,
LOUIS MERMAZ

AVENANT N° 3 À LA CONVENTION MÉDICALE DE MARS 1990 RELATIF À L'ADAPTATION CONVENTIONNELLE ET LA RÉGULATION DES DÉPENSES

Preambule

Les signataires entendent préserver les traits essentiels du système de santé français que sont :

- le libre et égal accès de la population à des soins de qualité et le maintien de la forme libérale de l'exercice de la médecine ;
- la prise en compte permanente du progrès médical et technique permettant les meilleurs soins au meilleur coût ;
- l'assurance donnée au corps médical d'un avenir respectant l'indépendance professionnelle (libre choix et liberté de prescription), basé sur la responsabilité et la participation à l'amélioration du fonctionnement du système de soins ;
- la pérennité d'une protection sociale de haut niveau, comme fondement de la solidarité au sein de toute la population et de garantie de financement du système de soins ;
- la complémentarité entre l'offre de soins publique et privée.

Dans cet esprit et concernant le corps médical libéral, la politique de régulation des dépenses fondée sur la maîtrise médicalisée conventionnelle tiendra compte :

- des recommandations énoncées par la conférence annuelle « Objectif Santé » prévue par le protocole d'accord Etat-syndicats médicaux ;
- du protocole d'orientation pour la maîtrise de l'évolution des dépenses signé entre l'Etat et les caisses nationales d'assurance maladie ;
- des objectifs d'évolution quantifiés des dépenses d'assurance maladie concernant l'hospitalisation privée, les soins infirmiers, les transports sanitaires, la biologie et, le cas échéant, les autres professions de santé ;
- des possibilités offertes par le développement des méthodes d'évaluation médicale tel que prévu à l'article 27 bis de la convention de mars 1990.

Elle implique la mise en œuvre et la pleine application de la convention médicale qui garantit le caractère contractuel des relations entre les acteurs de la médecine de ville et les caisses d'assurance maladie.

CHAPITRE I^{er}

La régulation des dépenses

Section 1

Les principes de la régulation des dépenses

Article 1^{er}

La régulation des dépenses permet le financement du progrès médical pour tous et contribue à améliorer la qualité des soins. Elle s'exprime par la définition de la croissance médicalement utile des dépenses, c'est-à-dire la fixation de taux nationaux de croissance provisionnels.

Pour satisfaire à cet objectif portant sur la croissance des dépenses, la politique de régulation repose sur les principes suivants :

- l'approche médicalisée de la dépense traduite par les contrats locaux d'objectifs et les références médicales nationales dont les enjeux économiques ont été chiffrés et diffusés ;
- la détermination par la profession médicale, les services médicaux des caisses d'assurance maladie et d'autres experts de la santé, des stratégies et des pratiques médicales les plus efficaces, au moyen de procédures d'évaluation et de consensus, ainsi que des données épidémiologiques ;
- la responsabilisation de tous : médecins, autres professionnels de santé, caisses, assurés sociaux et industries de santé ;
- la réduction de la part de l'augmentation du volume des actes et des prescriptions qui altère la qualité des soins, par la lutte contre le gaspillage, les actes et les prescriptions inutiles dans l'ensemble des secteurs du système de soins.

Article 2

Le système de régulation repose sur deux niveaux de mise en œuvre :

- le niveau national où sont négociés les équilibres globaux de croissance des volumes des activités médicales et de rémunération des actes ;
- le niveau local (circonscription de caisse) où sont passés les contrats locaux d'objectifs médicalisés concourant aux plans locaux de maîtrise des dépenses dont les impacts chiffrés doivent conduire à la réalisation des objectifs nationaux.

Section 2

Le dispositif national

Article 3

De la fixation des taux nationaux de croissance provisionnels

Chaque année, avant le 31 décembre, les syndicats médicaux et les caisses nationales d'assurance maladie négocient, pour chaque secteur de l'activité des médecins libéraux, les taux de croissance provisionnels des dépenses utiles pour l'année suivante.

Ces taux prennent en compte :

- la démographie générale ;
- le vieillissement de la population ;
- le progrès technique et médical ;
- les maladies nouvelles et les conjonctures épidémiques ;
- la démographie médicale ;
- la coordination des différents intervenants du système de soins, et les transferts qui en découlent.

Ils tiennent compte également des valeurs de référence prévues par les accords de régulation signés au niveau national par les autres secteurs ou professions et de la synthèse des contrats locaux d'objectifs.

Cette négociation globale devra assurer la juste rémunération des actes médicaux et la nécessaire maîtrise des volumes sur la base d'une évaluation médicale des pratiques et des prescriptions.

Ces taux nationaux portent sur l'activité médicale et la prescription remboursable des praticiens conventionnés. Ils sont fixés respectivement pour les omnipraticiens et les médecins spécialistes ; l'approche s'effectue par lettre citée, les décisions résultant de leur suivi se prenant par discipline.

Ils sont fixés annuellement par avenant à la convention nationale et, pour l'année 1992, figurent à l'annexe II du présent avenant.

Article 4

De la mise en œuvre de la politique de régulation

Dans le cadre privilégié du partenariat que constitue la convention, les caisses nationales d'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des médecins définissent les voies et moyens les plus appropriés pour atteindre les objectifs de la régulation des dépenses, dans le respect des principes réaffirmés ci-dessus.

A cette fin, il leur revient de développer la démarche médicalisée qu'elles ont entreprise au travers de la convention médicale, notamment en élargissant les références médicales visées à l'annexe III de la convention.

Une politique nationale d'évaluation des pratiques diagnostiques et thérapeutiques sera développée et permettra l'élaboration des consensus de pratiques médicales.

Les signataires conviennent également de la nécessité d'améliorer les mécanismes de régulation qui, en fonction de l'état de connaissance de la consommation médicale, garantissent les possibilités techniques de gestion des mesures mises en œuvre et permettent la réalisation de cette politique de régulation.

Article 5

De la déclinaison des taux nationaux

Les taux provisionnels de dépenses visés à l'article 3 ci-dessus sont déclinés pour chaque circonscription de caisse primaire en tenant compte des particularités locales en matière d'offre, de besoins et de consommations de soins et constituent les références annuelles de maîtrise.

Ils sont arrêtés annuellement par les parties signataires par la voie de l'avenant à la convention médicale visé au dernier alinéa de l'article 3 ci-dessus.

Pour l'année 1992, cette déclinaison se fera dans les deux mois suivant l'entrée en vigueur du présent avenant.

Section 3

Des objectifs locaux : une approche décentralisée et médicalisée

Article 6

Des contrats locaux d'objectifs médicalisés

Dans un délai maximum de deux mois suivant l'approbation du présent avenant, les partenaires locaux de la convention médicale, dans le cadre des commissions conventionnelles paritaires locales et après consultation des comités médicaux paritaires locaux, sont tenus, dans chaque circonscription de caisse, de conclure un contrat local d'objectifs médicalisés et d'élaborer un plan négocié de maîtrise des dépenses.

Pour l'élaboration du plan local, les partenaires locaux doivent conclure un contrat local d'objectifs médicalisés défini à partir :

- de références médicales nationales et des consensus nationaux et de ceux qui pourraient être dégagés au plan local ;
- des propositions des caisses ou des partenaires médicaux, compte tenu des caractéristiques de leur circonscription, en consommation de soins, meilleure organisation de l'offre de soins, amélioration de la régulation locale du système de santé et campagnes d'information sanitaire en direction des assurés.

Le plan local de maîtrise, auquel concourt le contrat local d'objectifs médicalisés et qui a vocation à correspondre à la croissance médicalement utile des dépenses est élaboré et chiffré à partir :

- du contrat local d'objectifs médicalisés ;
- des accords qui ont été signés au niveau national avec les autres secteurs et professions et de ceux qui pourraient être négociés dans telle ou telle discipline ;
- de la déclinaison locale des taux nationaux de croissance des dépenses prévus aux articles 3 et 5 ci-dessus.

Article 7

De la synthèse nationale

Dans les quinze jours qui suivent leur conclusion, les parties signataires prennent connaissance des plans locaux de maîtrise des dépenses, et des contrats d'objectifs médicalisés élaborés par les partenaires locaux, et de leur valorisation. Elles en réalisent la synthèse au plan national et valident ceux qui sont en cohérence avec les taux provisionnels.

Elles constatent la carence éventuelle soit par absence de plan local, soit par un écart trop important par rapport à la déclinaison locale des taux nationaux prévus à l'article 3. Dans ces cas, les taux nationaux déclinés visés à l'article 5 s'appliquent jusqu'à validation par les parties signataires d'un plan local négocié de maîtrise de dépenses médicalement utiles.

Section 4

De la responsabilité de la profession médicale, garante de sa pratique

Article 8

La profession médicale met en œuvre, pour sa part, les actions et les moyens nécessaires en vue d'optimiser les comportements des médecins et de les sensibiliser à la nécessaire maîtrise des dépenses. La formation continue, l'évaluation locale et le développement des groupes locaux de médecins contribuent à ce type d'action.

La structure professionnelle visée à l'article 16 dans laquelle les praticiens sont électeurs prend connaissance chaque trimestre de l'état de l'activité et de la prescription remboursable des médecins, en même temps que de l'évaluation de l'écart entre la croissance des dépenses réalisées et les dépenses dont la croissance avait été reconnue utile dans le plan local de maîtrise.

La structure professionnelle apprécie le comportement des médecins au regard des impacts attendus des objectifs médicaux du plan et fait connaître au C.M.P.L., après avoir effectué l'information nécessaire auprès des médecins concernés, dans les trente jours qui suivent sa saisine, ceux qui peuvent faire l'objet d'une contribution financière.

Section 5

De la responsabilité des caisses d'assurance maladie

Article 9

Chaque trimestre, les caisses d'assurance maladie établissent, à partir des T.S.A.P. et des données issues du S.N.I.R., l'état de l'activité et des prescriptions des médecins. Cet état distingue, d'une part, les médecins dont la pratique observée au vu de la consommation de soins respecte les objectifs fixés par le plan local de maîtrise défini pour la circonscription où ils exercent et, d'autre part, les médecins dont la pratique observée dépasse ces objectifs.

La contribution financière visée à l'article 8 est mise en œuvre par les caisses, à partir des éléments transmis par les C.M.P.L. Elle prend la forme d'une suspension temporaire de la participation des caisses au financement des cotisations sociales des médecins du secteur à honoraires opposables ou du secteur promotionnel et d'une contribution d'un montant équivalent pour les médecins du secteur à honoraires différents en conformité au code de la sécurité sociale.

Dans les cas prévus à l'article 10, alinéas 4 et 5, les caisses affectent pour chacun des objectifs les excédents de dépenses. La répartition se fera sur l'ensemble des médecins concernés ou sur l'ensemble des médecins ayant dépassé le taux, en fonction des simulations qui seront faites par discipline. Les médecins installés depuis moins de trois ans feront l'objet d'un examen spécifique.

Cette récupération prend la forme prévue à l'alinéa 2 du présent article.

Section 6

De la responsabilité commune des caisses d'assurance maladie et de la profession médicale

Article 10

Les partenaires locaux, syndicats médicaux signataires et caisses d'assurance maladie, sont solidairement responsables de la mise en œuvre de la politique de régulation des dépenses locales et, chacun pour ce qui le concerne, des actions nécessaires à la réalisation de ces objectifs. Elles seront accompagnées d'informations auprès des praticiens et des assurés sociaux. Certaines actions peuvent être mises en œuvre en coordination avec les autres professions de santé.

A titre provisoire, et dans l'attente de la création des structures professionnelles locales, au plus tard au 15 mai 1992, il revient au comité médical paritaire local, à partir de l'analyse des T.S.A.P. et des données issues du S.N.I.R., de prendre les décisions de régulation susvisées.

En vue de donner un fondement plus médicalisé à la maîtrise de l'évolution des dépenses, les parties signataires s'engagent à développer leurs moyens permettant une évaluation de la pratique médicale et à demander les modifications législatives et réglementaires qui seraient nécessaires.

Dans les cas où les parties signataires ont constaté que le dispositif de régulation professionnel ou les instances conventionnelles locales n'assument pas leurs responsabilités en ne permettant pas la fixation des objectifs médicaux locaux ou le respect des objectifs du plan local de maîtrise, ou en cas de carence de ces instances

constatée par les parties signataires, les caisses suppléent au dispositif de régulation pour garantir le succès des objectifs fixés conventionnellement en faisant respecter les taux provisionnels déclinés localement correspondant à la croissance médicalement utile des dépenses et mentionnés à l'article 5 ci-dessus.

Pour l'année 1992, les parties signataires déterminent les excédents de dépenses donnant lieu à récupération, affectés à chacun des taux concernés et à chacune des disciplines. Pour les années suivantes, elles déterminent les excédents de dépenses répondant à un besoin médical non prévu ne donnant pas lieu à récupération. Le montant total des récupérations effectuées au titre du présent accord et des accords conclus avec les autres professions de santé ne peut dépasser celui des excédents de dépenses donnant lieu à récupération.

Article 11

Commission d'arbitrage

A défaut d'accord entre les parties signataires relatif à l'application des articles 7 et 9, une commission conventionnelle nationale d'arbitrage valide les plans locaux et statue sur les modalités de récupération des excédents de dépenses.

La commission conventionnelle nationale est composée paritaire-ment de trois représentants des syndicats médicaux signataires et de trois représentants des caisses nationales signataires.

Elle est présidée par une personnalité extérieure choisie par au moins deux caisses nationales, dont la C.N.A.M.T.S., et un syndicat médical signataire du présent avenant. En cas de vote, la voix du président est prépondérante.

Section 7

Bilan annuel

Article 12

En fin d'année, les caisses examinent, avec les syndicats médicaux signataires, à partir du bilan des suivis intermédiaires, la réunion des moyens mis en œuvre : ils analysent les causes des écarts éventuels et déterminent les actions à entreprendre dans le cadre conventionnel pour, en cas de croissance supérieure non justifiée médicalement, corriger la situation et/ou envisager la revalorisation des actes médicaux pour l'année suivante.

CHAPITRE II

De l'adaptation conventionnelle

Section 1

Article 13

Des instances conventionnelles de concertation

Lorsqu'elles ne le sont pas encore, les instances conventionnelles visées aux articles 8 et 10 de la convention nationale sont installées au plus tard dans les deux mois suivant la signature du présent avenant dans les conditions ci-annexées.

Article 14

Reconversion des médecins

Les reconversions des médecins libéraux vers d'autres professions sont encouragées, notamment au travers d'un financement de projets individuels assuré conjointement par des contributions de l'Etat, des caisses d'assurance maladie et des médecins en activité : pour ces derniers, la hauteur de leur participation financière ne pourra excéder 15 p. 100 des dépenses décidées d'un commun accord.

Ce dispositif fera l'objet d'un avenant qui devra entrer en vigueur au 1^{er} septembre 1992 et devra, au terme des deux ans, être évalué.

Article 15

A.S.V.

Un groupe de travail « réforme de l'A.S.V. » est créé. Il associe tous les financeurs de ce régime et l'Etat.

Il est chargé de dégager, avant la fin du premier semestre 1992, les propositions à même de permettre l'adaptation et la pérennisation du régime, en prenant en compte les nécessités suivantes :

- réorganisation institutionnelle ;
- cohérence avec les régimes de retraite des autres professions ;
- renforcement de la contributivité des actifs ;
- déconnexion des lettres clés servant au calcul respectif des contributions et des prestations ;
- maintien de la participation des caisses au taux actuel pour les dépenses faisant l'objet d'un accord conventionnel.

Pour garantir le maintien de service des prestations durant le premier semestre 1992, les parties signataires conviennent de faire porter, à titre conservatoire, la cotisation du premier semestre acquittée par les caisses et les praticiens à 90 C appelée à 100 p. 100. Par ailleurs, les régimes d'assurance maladie consentent une avance de fonds correspondant au besoin de financement constaté au cours de ce semestre.

Article 16

Des structures professionnelles locales

Des structures professionnelles locales seront créées, avant le 15 mai 1992, à partir d'élections au suffrage universel par les médecins libéraux. Leurs responsables élus auront, entre autres missions, l'appréciation des pratiques médicales par la profession énoncée au chapitre 1^{er}, section 2.

Article 17

Secteur à honoraires différents

Conformément aux articles 1 bis et 1 ter de la convention médicale, les parties signataires poursuivent leur réflexion d'ensemble sur l'avenir du secteur conventionnel à honoraires différents, en prenant en compte notamment :

- les zones (1) où la proportion de médecins tenus au respect des tarifs conventionnels ne permet plus un véritable libre choix de son médecin par le patient ;
- l'évaluation et les enseignements tirés de la création d'un secteur promotionnel ;
- l'équilibre entre les disciplines médicales ;
- le maintien de l'égal accès aux soins ;

Durant cette réflexion, les parties signataires décident de l'application des mesures suivantes, étant entendu que les médecins visés aux articles 1^{er} bis, paragraphe c. et 1^{er} ter, alinéa 3, de la convention médicale peuvent continuer à choisir de pratiquer des honoraires différents.

1. Dans les zones (1) où, par discipline, les médecins pratiquant les honoraires opposables sont minoritaires :

- les médecins qui exercent sous le régime des honoraires différents doivent respecter les tarifs opposables pour 35 p. 100 des actes qu'ils réalisent à titre onéreux dans le cadre de la convention ;
- en cas de non-respect de cette obligation constaté au cours de deux trimestres consécutifs, les caisses peuvent mettre en œuvre à l'encontre du médecin concerné les dispositions prévues à l'article 30, paragraphe 2, de la convention médicale.

2. Dans les zones (1) où, par discipline, les médecins qui pratiquent les honoraires opposables ne sont pas minoritaires et sous réserve que ces choix ne conduisent pas à les rendre minoritaires :

- les médecins qui s'installent pour la première fois, à compter du 1^{er} mars 1992 jusqu'à l'entrée en vigueur du secteur promotionnel (au plus tard le 1^{er} septembre 1992), peuvent choisir de pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels ;
- les médecins installés depuis le 1^{er} décembre 1989 pourront choisir de pratiquer des honoraires différents au moment de l'ouverture du secteur promotionnel et par étapes ultérieures à condition que ces choix s'opèrent dans le strict respect de l'équilibre conventionnel par zone et par discipline et s'inscrivent dans l'objectif de déconcentration du secteur à honoraires différents, favorisée entre autres par le secteur promotionnel. Cette option ne peut s'exercer qu'une seule fois.

A cet effet, les parties signataires feront le bilan périodique du nombre de sorties des médecins du secteur à honoraires différents vers le secteur promotionnel ou le secteur à honoraires opposables, et autoriseront à due concurrence les entrées dans le secteur à honoraires différents des médecins visés à l'alinéa précédent.

Les autorisations données à l'issue du bilan dressé à l'entrée en application du secteur promotionnel tiendront compte des choix opérés conformément aux premier et deuxième alinéas du présent paragraphe.

Dans le délai d'un mois suivant l'entrée en vigueur du présent avenant, les médecins ayant opté pour le secteur à honoraires différents peuvent modifier leur option et choisir le secteur à honoraires opposables. Il en sera de même lors de l'entrée en vigueur du secteur promotionnel.

Article 18

Secteur promotionnel

Les parties signataires décident de créer un secteur conventionnel promotionnel :

- il sera ouvert aux médecins conventionnels, notamment pour les généralistes et certaines spécialités chirurgicales (un nombre maximum de 5 000 praticiens est prévu pour 1992), qu'ils exercent dans le secteur à honoraires conventionnels ou dans le sec-

teur à honoraires différents, sur critères définis conventionnellement, assurant la promotion de la qualité dans l'exercice de la pratique médicale :

- l'exercice dans le secteur promotionnel donnera droit à la perception d'une majoration d'honoraires prise en charge par les caisses d'assurance maladie dans les conditions définies conventionnellement fixant notamment les montants des majorations ainsi que la nature et le volume des actes pouvant bénéficier de la majoration, compte tenu de l'objectif de promotion de la qualité dans l'exercice de la pratique médicale ;
- les médecins ayant opté pour le secteur promotionnel bénéficieront de dispositions sociales spécifiques.

Les conditions d'application seront définies par voie d'avenant à la convention médicale avant le 1^{er} septembre 1992.

Article 19

Du rôle et des missions du médecin généraliste et de famille

Les Parties signataires considèrent que le médecin généraliste et de famille doit être un des pivots essentiels du système de distribution des soins.

Le médecin généraliste et de famille est le médecin de proximité et du premier recours. Il doit assurer la permanence et la continuité des soins et doit participer pleinement à la réponse aux urgences, aux alternatives à l'hospitalisation et à tous les soins à domicile. Il a aussi un rôle hospitalier dans le cadre de l'hôpital local notamment.

En cas de participation de différents intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux, il doit assurer la coordination : outre son rôle diagnostique et thérapeutique, il réalise la prévention individuelle et participe aux actions de prévention collective et d'éducation pour la santé.

La connaissance de ses patients et de leur environnement le conduit naturellement à les prendre en charge dans leur totalité. Il est par excellence le médecin de synthèse.

Afin de remplir ces missions, le médecin généraliste et de famille doit :

- recevoir une formation initiale spécifique, notamment avec le concours des médecins généralistes et de famille en exercice ;
- être en mesure de participer de façon active, avec des moyens diversifiés, à la formation médicale continue sous tous ses aspects ;
- pouvoir procéder à des travaux de recherche clinique, thérapeutique, épidémiologique et à la pharmacovigilance, y compris ceux décidés dans le cadre conventionnel.

Son rôle devra être promu par des campagnes ayant pour objectif d'inciter les assurés sociaux à le choisir et par des dispositions conventionnelles.

Pour développer la permanence des soins et la coordination avec les autres professionnels de santé et les travailleurs sociaux, les parties signataires décident :

- de reconduire et d'étendre l'application de la convention nationale sur les urgences signée le 8 décembre 1987 ;
- de mettre en œuvre sur propositions locales quinze projets de soins coordonnés à domicile répondant aux critères qu'elles avaient conjointement définis, conformément à l'avenant n° 1 à la convention médicale et sous condition d'évaluation ;
- de proposer à la commission permanente de la Nomenclature générale des actes professionnels, dès l'entrée en vigueur du présent avenant, la cotation d'actes spécifiques à ces activités.

Pour favoriser le suivi, la continuité et la synthèse des soins, les parties signataires estiment nécessaire de définir des rémunérations spécifiques pour la tenue et le suivi du dossier médical, ainsi que les actions de prévention individuelle et collective. A cet effet, un groupe de travail devra rendre ses conclusions avant le 30 juin 1992, afin de conclure un avenant à la convention nationale.

La recherche d'une utilisation plus rationnelle du système de soins par une véritable responsabilisation des assurés sociaux et des professionnels de santé passe par des mesures incitatives afin que le médecin généraliste et de famille soit prioritairement consulté.

Les dispositions susvisées compléteront les avenants n° 1 et n° 2. L'avenant complémentaire concernant les généralistes se substituera à l'annexe I de l'avenant n° 1.

Section 2

Des révaluations tarifaires

L'annexe I de la convention médicale est modifiée dans les conditions suivantes :

« La valeur de la consultation du médecin généraliste est portée de 90 F à 100 F à la date d'entrée en vigueur du présent avenant (110 F aux Antilles et en Guyane et 120 F à la Réunion).

« Les consultations de spécialistes et psychiatres sont portées respectivement à 140 F et à 210 F au 1^{er} mai 1992 (154 F et 231 F aux Antilles et en Guyane et 168 F et 252 F à la Réunion). »

Les autres revalorisations figurant à l'annexe I de la convention interviennent au 15 juillet 1992. Pour la lettre clé KC, les parties signataires conviennent de rechercher à équivalence d'impact financier des mesures portant réforme de la Nomenclature des actes chirurgicaux. Ces mesures se substitueront à la revalorisation précitée si elles recueillent l'accord des parties signataires réunies au sein de la commission permanente de la Nomenclature générale des actes professionnels et des pouvoirs publics avant le 15 juillet 1992.

Les parties signataires conviennent de procéder, avant le 30 juin 1992, à l'étude des conditions d'une revalorisation des lettres clés K et Z en prenant en compte l'évolution des volumes d'actes cotés à l'aide de ces lettres clés.

Fait à Paris, le 10 avril 1992.

Suivent les signatures.

(1) Zone = en principe la circonscription de caisse et/ou ville de plus de 30 000 habitants par discipline.

ANNEXE I

MISE EN PLACE DES INSTANCES CONVENTIONNELLES

Les parties signataires ont arrêté les principes suivants, de nature à permettre la mise en place et le fonctionnement des instances conventionnelles sur toutes les circonscriptions de caisses et une reprise rapide des travaux conventionnels.

Ils sont adoptés dans l'attente d'élections professionnelles légalement instaurées et s'appliquent aux commissions conventionnelles paritaires locales et comités médicaux paritaires locaux.

1. Capacité à désigner des représentants

Tout syndicat médical local régulièrement constitué et affilié à l'une des organisations syndicales signataires de la convention a vocation, de droit, à siéger au sein de cette instance.

Tout syndicat médical local qui n'a pas, dans le délai de quinze jours suivant l'entrée en vigueur du présent avenant, procédé à la désignation de son (ou ses) représentant(s) est considéré comme ayant renoncé à son droit à représentation.

2. Répartition des sièges entre les syndicats

Si les désignations faites par les syndicats médicaux dans les conditions ci-dessus ne peuvent être conciliées dans le respect des annexes 5 et 6 de la convention médicale fixant notamment le nombre de représentants au sein des instances conventionnelles, les caisses tentent dans les quinze jours qui suivent de concilier les points de vue des syndicats.

En cas d'échec de cette conciliation, les caisses saisissent le président du tribunal administratif dans le ressort duquel elles se situent afin qu'il désigne le magistrat de sa juridiction chargé de l'arbitrage de ce différend.

Ce magistrat est compétent pour fixer, dans un délai d'un mois suivant sa saisine, la répartition des sièges entre les syndicats médicaux, en fonction des résultats de l'enquête nationale de représentativité et des éléments locaux qu'il estimera nécessaire de se faire communiquer à ce titre. Cet arbitrage s'impose aux partenaires conventionnels locaux.

ANNEXE II

DE LA FIXATION DES TAUX NATIONAUX PRÉVISIONNELS DE CROISSANCE

Conformément à l'article 3, premier alinéa, du présent avenant, et pour l'année 1992, les parties signataires conviennent que les taux de croissance médicalement utiles des dépenses portant sur l'activité et les prescriptions médicales, dont l'impact global est de + 7,09 p. 100 (*), sont fixés ainsi qu'il suit :

C - V - Prescriptions (consultations et visites des omnipraticiens et prescriptions s'y rattachant) : + 7,34 p. 100 dont + 2,18 p. 100 en valeur et + 5,05 p. 100 en volume ;

Cpsy - Vpsy - Prescriptions (consultations et visites des neuropsychiatres, psychiatres et neurologues et prescriptions s'y rattachant) : + 6,70 p. 100 dont + 2,61 p. 100 en valeur, et + 3,99 p. 100 en volume ;

CS - VS - Prescriptions (consultations et visites des autres spécialistes et prescriptions s'y rattachant) : + 7,11 p. 100 dont + 2,65 p. 100 en valeur et + 4,35 p. 100 en volume ;

Lettre clé K : + 6,00 p. 100 dont + 6,00 p. 100 en volume ;

Lettre clé KC : + 10,82 p. 100 dont + 3,09 p. 100 en valeur et + 7,50 p. 100 en volume ;

Lettre clé Z : + 2,21 p. 100 dont + 1,20 p. 100 en valeur et + 1,00 p. 100 en volume ;

Lettre clé-SPM : + 2,00 p. 100 dont + 2,00 p. 100 en volume ;

Lettre clé P : + 7,00 p. 100 dont + 7,00 p. 100 en volume.

Ces taux intègrent l'ensemble de la prescription médicale. Ils sont susceptibles d'évolution si d'autres accords de maîtrise interviennent en cours d'année 1992 (pharmacie, masseurs-kinésithérapeutes...).

(*) Pour 1992, ces taux ont été établis à partir des données disponibles : commission des comptes de la sécurité sociale et dépenses du régime général.

ANNEXE 5

**Protocole d'orientation
pour la maîtrise négociée
de l'évolution des dépenses
d'assurance maladie**

entre

**le Ministre des Affaires Sociales et de l'Intégration
le Ministre Délégué à la Santé**

et

**le Président de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
des Travailleurs Salariés**

le Président des Caisses Centrales de la Mutualité Sociale Agricole

**le Président de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternité
des Travailleurs non Salariés des Professions non Agricoles**

25 OCTOBRE 1991

Depuis 45 ans, le système français de Sécurité Sociale a permis, par la généralisation de la couverture sociale et la mise en oeuvre de la politique conventionnelle entre l'assurance maladie et les professions de santé, le libre accès à des soins de qualité favorisant le développement de l'offre de soins et le progrès des technologies médicales.

Si la conjoncture économique et ses conséquences sur l'emploi raréfient le volume des recettes de la sécurité sociale, il n'en demeure pas moins que la croissance tendancielle des dépenses de santé, caractérisée par une augmentation très rapide du volume de la consommation de biens et de services de santé compromet l'équilibre et le bon fonctionnement tant du système de soins que de l'assurance maladie.

L'évolution des besoins de santé, les facteurs sanitaires et sociaux n'expliquent qu'en partie cette situation. L'allongement de la durée de la vie, l'apparition de nouvelles maladies, l'amélioration de l'accès aux soins ne sauraient justifier à eux seuls la croissance préoccupante des dépenses.

Cette situation ne sert pas l'intérêt des malades : elle ne favorise pas une bonne allocation de moyens en fonction des besoins sanitaires de la population. Elle est source d'inégalités injustifiées. Une forte consommation médicale n'est pas nécessairement le gage d'une meilleure santé. Au contraire, elle peut être inutile, voire dangereuse.

Cette situation porte également préjudice aux professions de santé. L'obsolescence des nomenclatures entraîne pour certains actes une rémunération insuffisante, pour d'autres des retards de situation. L'augmentation actuelle du nombre des actes et du volume des prescriptions fait obstacle à la juste et nécessaire évolution des prix et des tarifs. Elle pénalise la promotion des soins de qualité et la médecine moderne. L'art médical et la relation médecin-malade pourraient en être altérés.

Aussi le gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie s'engagent à mettre en oeuvre une politique de maîtrise négociée de l'évolution des dépenses afin de maintenir la qualité des soins et garantir la pérennité du système de protection sociale français auquel est attachée la population. Il s'agit de garantir à chaque assuré social l'accès aux meilleurs soins au meilleur coût.

L'Assurance Maladie prendra ses responsabilités dans cette maîtrise médicalisée au travers de nouveaux rapports. La claire définition du rôle et des responsabilités de chaque partenaire est indispensable à l'efficacité d'un système de maîtrise basé sur la contractualisation. La négociation sera conduite entre partenaires disposant de prérogatives effectives et dont la crédibilité repose sur des engagements de responsabilité. Aussi il est indispensable : que soient clarifiés les domaines d'engagement et les responsabilités de chacun des acteurs.

ARTICLE 1ER :

La progression des dépenses de santé comme celle de l'assurance maladie ne peuvent être subies. Elles doivent être maîtrisées et correspondre aux besoins réels de la population pour être compatibles avec l'accroissement des ressources que le pays doit leur consacrer.

A cette fin, le gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie négocient un taux d'évolution annuel global des dépenses.

La détermination de ce taux fait appel à un ensemble de critères : progrès médical, besoins de la population, évolution de la démographie.

Les aspects relatifs aux actions nationales de bon usage des soins et de prescriptions, à la redéfinition des responsabilités propres à certaines professions de santé, à l'évolution des prix et des tarifs et celle des nomenclatures négociées dans un cadre conventionnel concourent à l'élaboration et au respect de l'objectif défini en commun.

Dans cette perspective, le gouvernement et les caisses d'assurance maladie s'engagent à maintenir le taux moyen de prise en charge des dépenses de santé par les régimes d'assurance maladie.

ARTICLE 2 :

La maîtrise négociée des dépenses d'assurance maladie repose sur les principes suivants :

L'approche médicalisée de la dépense, fondée sur une appréciation de ce qui est médicalement justifié en matière de dépenses de santé, ne doit pas conduire à un rationnement des soins. Les actions de bon usage des soins définies au niveau national et local ainsi que la lutte contre les gaspillages dans l'ensemble des structures de soins, les mauvaises habitudes et les abus engagent la responsabilité de l'assurance maladie et des professions de santé dans le cadre des objectifs et des modalités d'application des accords conventionnels.

Il appartient aux professions de santé d'abord, mais aussi aux services médicaux des caisses nationales dont l'action doit être renforcée, de déterminer les pratiques médicales plus efficaces par le développement des procédures d'évaluation et de consensus.

|| La gestion par les caisses et les professions de santé de mécanismes efficaces de régulation des dépenses afin de garantir aux assurés la qualité du service rendu et la couverture des besoins.

|| La juste rémunération des biens et services de santé : il convient, par le jeu des mécanismes de régulation, de maîtriser l'évolution des volumes de manière à parvenir à de justes rémunérations, conformes à des soins de qualité.

|| La responsabilisation des professionnels de santé et des assurés sociaux.

ARTICLE 3 :

L'Etat et les caisses nationales, sur la base des réflexions et des travaux engagés depuis plusieurs mois, et après consultation des organisations représentatives des professions de santé, élaboreront dans un délai d'un mois un dispositif de régulation effective de l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Une fois adopté ce dispositif, il appartiendra chaque année, aux caisses nationales et aux organisations représentatives des professions de santé d'en assurer la mise en oeuvre.

ARTICLE 4 :

Lorsque l'objectif énoncé par l'article 3 sera atteint, le gouvernement et les caisses nationales s'engagent, dans le respect des responsabilités imparties à chacun, à permettre l'ouverture de négociation portant sur :

- la rémunération des professions de santé,
- l'Allocation Supplémentaire Vieillesse des professions de santé,
- la maîtrise de la démographie médicale, le développement d'une médecine d'intérêt collectif, l'amélioration de la politique de prévention.

ARTICLE 5 :

En vue de parvenir à la maîtrise des dépenses, le gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie, en concertation avec les professions de santé, conviennent de retenir les orientations suivantes :

a) La définition de règles stables fondées d'une part sur l'autonomie des caisses nationales et d'autre part sur une meilleure clarification des comptes de l'assurance maladie.

Un groupe de travail sera chargé d'apprécier la situation actuelle des comptes.

Pour l'avenir, ces règles devront garantir durablement le financement des charges nouvelles.

Dans cet esprit, les parties concernées évoqueront l'évolution des recettes de l'assurance maladie afin de garantir l'équilibre des comptes.

b) Le renforcement des dispositifs existants d'évaluation et de formation permanente, la mise en place du codage des actes et tous mécanismes susceptibles de concourir à la transparence des informations, le développement de l'expertise en santé publique.

c) L'adaptation des conditions d'exercice des professions de santé passe par la nécessaire coordination du système de soins. L'évolution de pratiques médicales permettra une meilleure réponse aux besoins de santé de la population. Il convient de redéfinir et de revaloriser le rôle et les missions du médecin généraliste. Les soins de première intention, la qualité et le temps du suivi des patients, la tenue du dossier médical concourent à une meilleure pratique médicale. Le rôle de la médecine spécialisée doit également être garanti.

La liaison médecine de ville-hôpital devra être encouragée. Par ailleurs, l'importance du suivi et de l'adaptation des pratiques professionnelles médicales aux besoins des malades est une nécessité pour les professions paramédicales. A cet égard, les parties s'engagent à valoriser les innovations qui découleront des accords contractés avec les professions de santé conventionnées.

d) Le renforcement de l'action en vue de la bonne prescription et du bon usage des soins concerne tous les acteurs du système de soins. Dans cet esprit, il conviendra d'accroître les initiatives destinées à mieux responsabiliser les usagers.

e) L'accroissement de la participation des professions de santé dans les domaines comme la démographie, la formation continue, la mise en place des systèmes d'information, le bon usage des soins seront développés.

ARTICLE 6 :

Dans le domaine des soins hospitaliers, la loi du 31 Juillet 1991 vise l'adaptation et la restructuration des établissements de soins hospitaliers publics et privés. Elle prévoit de développer une politique contractuelle entre les établissements, les organismes d'assurance maladie, l'Etat.

Ainsi des dispositifs personnalisés pour chaque établissement sur la base d'objectifs d'activité et de service rendu à la population devront rapidement être élaborés. Ces dispositifs incluront des évaluations médicales et économiques et permettront ainsi à l'assurance maladie de mieux asseoir ses responsabilités dans la maîtrise des dépenses et de mieux cerner la réalité médicale et économique de l'activité des établissements.

Trois volets essentiels concourent à la réussite de cette politique conventionnelle :

- le projet médical d'établissement,**
- la médicalisation des systèmes d'information,**
- une meilleure allocation des ressources au niveau régional et départemental par le biais des marges de manoeuvre.**

A cette fin, il conviendra de développer le rôle de l'assurance maladie dans l'élaboration des schémas régionaux sanitaires comme garant des engagements des dépenses. Le renforcement des actions du contrôle médical hospitalier ainsi que la mise en place du système commun d'informations, Etat/Assurance Maladie prévu par la loi relèvent également de priorités communes.

ARTICLE 7 :

Les signataires conviennent de se réunir régulièrement afin de permettre la bonne réalisation des objectifs énoncés par le présent protocole.

Jean Louis BIANCO
Ministre des Affaires Sociales
et de l'Intégration

Bruno DURIEUX
Ministre Délégué à la Santé

Jean Claude MALLET
Président de la Caisse Nationale
de l'Assurance Maladie
des Travailleurs Salariés
(CNAMTS)

André LAUR
Président des Caisses Centrales
de la Mutualité Sociale Agricole

Marcel RAVOUX
Président de la Caisse Nationale
d'Assurance Maladie et Maternité
des Travailleurs non Salariés
des Professions non Agricoles
(CANAM)