

Vu le décret n° 89-271 du 12 avril 1989 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais de déplacement des personnels civils à l'intérieur des départements d'outre-mer, entre la métropole et ces départements et pour se rendre d'un département d'outre-mer à un autre ;

Vu le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France lorsqu'ils sont à la charge de l'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Les membres des comités médicaux régionaux désignés par les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral ou leurs suppléants présents en séance perçoivent une indemnité forfaitaire brute égale, par demi-journée, au tarif conventionnel de la consultation du médecin généraliste, tel qu'il résulte de l'application des articles L. 162-5, L. 162-5-9 ou L. 162-38 du code de la sécurité sociale, affecté d'un coefficient 6.

Art. 2. – Les demi-journées consacrées à la formation dispensée pour siéger dans les comités médicaux régionaux sont indemnisées dans les mêmes conditions que les séances du comité médical régional.

Art. 3. – Les frais de déplacement et de séjour éventuellement engagés par les membres des comités médicaux régionaux et par le personnel assurant le fonctionnement du secrétariat pour se rendre aux séances ou aux formations sont pris en charge dans les conditions prévues par les décrets du 12 avril 1989 et du 28 mai 1990 susvisés.

Art. 4. – Les rapporteurs perçoivent une indemnité de 3 C par dossier correspondant à l'ensemble des attributions qui leur sont dévolues par l'article R. 142-7-8 du code de la sécurité sociale, sans préjudice des frais de déplacement et de séjour auxquels ils sont, le cas échéant, exposés au cours de l'instruction des dossiers.

Art. 5. – Les indemnités et les frais visés aux articles précédents du présent arrêté, ainsi que les frais de fonctionnement, de formation et les dépenses engagées au titre des consultations extérieures mentionnées à l'article R. 142-7-12, sont liquidés directement par la caisse régionale d'assurance maladie du régime général de sécurité sociale dans la circonscription de laquelle se trouve le siège du comité médical régional.

Les caisses nationales remboursent à la caisse régionale les frais ainsi supportés en vertu de la répartition suivante : 50 % à la charge de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, 25 % à la charge de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et 25 % à la charge de la Caisse nationale d'assurance maladie-maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Art. 6. – Le directeur de la sécurité sociale au ministère du travail et des affaires sociales, le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation et le directeur du budget au ministère de l'économie et des finances 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 17 mars 1997.

Le ministre du travail et des affaires sociales,

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

R. BRIET

*Le ministre de l'agriculture, de la pêche
et de l'alimentation,*

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur des exploitations,
de la politique sociale et de l'emploi :

L'administrateur civil hors classe,

M. RIOU-CANALS

*Le ministre délégué au budget,
porte-parole du Gouvernement,*

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur du budget :

Le sous-directeur,

F. MORDACQ

Arrêté du 24 mars 1997 portant classement sur les listes des substances vénéneuses

NOR : TASP9721201A

Le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 626, R. 5190 et R. 5204 ;

Vu l'arrêté du 22 février 1990 portant inscription sur les listes I et II des substances vénéneuses définies à l'article R. 5204 du code de la santé publique ;

Sur la proposition du directeur général de l'Agence du médicament en date du 11 février 1997,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Est classé sur les listes des substances vénéneuses le produit suivant sous toutes ses formes :

Liste II

Insuline.

Art. 2. – I. – Le présent arrêté entrera en vigueur le 2 avril 1997.

II. – Les conditionnements des spécialités pharmaceutiques à base d'insuline autorisés à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté pourront être commercialisés pendant un délai d'un an à compter de cette date. Au-delà de ce délai, lesdits conditionnements devront être conformes aux dispositions réglementaires relatives aux médicaments inscrits sur la liste II définie à l'article R. 5204 du code de la santé publique.

Art. 3. – Le directeur général de la santé et le directeur général de l'Agence du médicament 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 24 mars 1997.

HERVÉ GAYMARD

Arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes

NOR : TASS9721163A

Le ministre du travail et des affaires sociales, le ministre de l'économie et des finances, le ministre de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation, le ministre délégué au budget, porte-parole du Gouvernement, le ministre délégué aux finances et au commerce extérieur et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5 et L. 162-5-2 ;

Vu la lettre du 21 mars 1997 du président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

Le Conseil national de l'ordre des médecins consulté,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Sont approuvées la Convention nationale des médecins généralistes, son annexe pour 1997 ainsi que ses annexes I, II et II bis, ci-annexées, conclues 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 la mutualité sociale agricole et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes.

Art. 2. – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère du travail et des affaires sociales, le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, le directeur du budget au ministère de l'économie et des finances et le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation 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 28 mars 1997.

Le ministre du travail et des affaires sociales,

JACQUES BARROT

Le ministre de l'économie et des finances,

JEAN ARTHUIS

*Le ministre de l'agriculture, de la pêche
et de l'alimentation,*

PHILIPPE VASSEUR

*Le ministre délégué au budget,
porte-parole du Gouvernement,*
ALAIN LAMASSOURE

*Le ministre délégué aux finances
et au commerce extérieur,*
YVES GALLAND

*Le secrétaire d'Etat à la santé
et à la sécurité sociale,*
HERVÉ GAYMARD

CONVENTION NATIONALE

ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
LIBÉRAUX ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Entre, d'une part,

Les organisations syndicales représentatives de médecins généralistes suivantes :

La Fédération française des médecins généralistes, MG France, représentée par son président, M. Bouton,

Et, d'autre part,

Les caisses nationales d'assurance maladie :

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés représentée par son président, M. Spaeth ;

La Caisse centrale de mutualité sociale agricole représentée par son président, M. Amis ;

La Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes représentée par son président, M. Ravoux, ci-dessous désignées sous le terme les caisses nationales.

Les parties ci-dessus énumérées, signataires de la présente convention et de ses annexes, sont désignées sous le terme de Parties signataires.

En application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, elles sont convenues, le 12 mars 1997, des termes de la convention qui suit.

Préambule

Les Parties signataires prennent acte de la spécificité de l'exercice et du rôle des différents acteurs de la médecine libérale et se donnent, dans le cadre de conventions séparées, les moyens de mieux adapter les règles conventionnelles à ces spécificités.

Cependant les principes déontologiques de même que les dispositions législatives et réglementaires qui définissent les règles de l'exercice libéral et les relations entre médecins et caisses sont identiques pour l'ensemble des médecins libéraux.

Elles souhaitent en outre permettre une bonne coordination des différents acteurs du système de soins au bénéfice des assurés sociaux.

C'est pourquoi, la présente convention comprend, à côté de dispositions spécifiques, des dispositions qui se doivent d'être identiques dans la convention nationale pour les médecins généralistes et dans celle pour les médecins spécialistes.

La liste de ces dispositions communes et les modalités de leur modification figurent dans le chapitre VIII.

Article 1^{er}

Champ d'application

La présente convention régit les relations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins généralistes légalement autorisés à exercer en France et qui pratiquent leur activité à titre libéral.

CHAPITRE I^{er}

Délivrance des soins aux assurés sociaux

Article 2

Principe du libre choix

Les assurés et leurs ayants droit ont le libre choix entre tous les médecins légalement autorisés à exercer en France.

Les caisses s'engagent à ne faire aucune distinction entre tous les médecins placés sous le régime de la présente convention à l'exception de celles prévues par ladite convention.

Pour faciliter le libre choix du praticien, les caisses donnent à leurs ressortissants toutes informations utiles et actualisées sur la situation des praticiens de leur circonscription au regard de la présente convention, notamment sur les tarifs qu'ils sont autorisés à pratiquer et sur les tarifs de remboursement.

Les caisses font connaître aux assurés les sanctions comportant interdiction pour un médecin d'exercer ou de donner des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie ainsi que, le cas échéant, les mesures de suspension provisoire ou définitive du conventionnement.

De leur côté, les médecins informent leurs patients de leur situation au regard de la présente convention, ainsi que de leurs tarifs d'honoraires conformément aux textes en vigueur.

Article 3

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 actuelles de la science et à observer, dans tous leurs actes et prescriptions, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Article 4

Imprimés nationaux

Les médecins s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents fournis par les caisses et conformes aux modèles fixés par arrêté ou, à défaut, adaptés et validés par les paritaires conventionnels pour répondre à des besoins locaux après information des Parties signataires ou validés par les Parties signataires pour répondre à des besoins nationaux ou à une expérimentation.

Lorsque ces imprimés ne sont pas préidentifiés, les médecins doivent y reporter leur identification nominale et codée.

Paragraphe 1

Feuilles de soins

Les soins et les prestations doivent être mentionnés au jour le jour et conformément à la Nomenclature générale des actes professionnels, dans la limite de la période de validité de la feuille de soins ou de son substitut.

La feuille de soins doit être immédiatement remise par le médecin à son patient à l'exception des situations de dispense d'avance des frais.

Pour les assurés bénéficiaires d'actes dispensés à titre gratuit, le médecin porte sur la feuille de soins la mention « acte gratuit ». Cette information est indispensable dans tous les cas afin de connaître l'activité totale du médecin.

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

Paragraphe 2

Actes réalisés à titre libéral

dans un établissement ou une structure médico-sociale

Pour les actes dispensés à titre libéral dans un établissement ou une structure médico-sociale, les médecins doivent noter sur la feuille de soins, à côté de leur pavé d'identification, la raison sociale, l'adresse et le numéro d'identification de l'établissement ou structure où sont effectués les soins.

Paragraphe 3

Honoraires

Le médecin est tenu d'inscrire sur la feuille de soins ou sur tout autre support en tenant lieu l'intégralité des honoraires demandés à l'assuré. Lorsqu'il réalise des actes remboursables et des actes hors nomenclature, il note ces derniers à l'aide de la mention HN.

Il ne donne l'acquit par sa signature que pour les actes qu'il a accomplis personnellement et pour lesquels il a perçu des honoraires, réserve faite dans ce dernier cas des dispositions relatives à la dispense d'avance des frais.

Paragraphe 4

Personnel salarié du médecin

Lorsque les actes sont effectués par un auxiliaire médical, salarié d'un médecin :

- les feuilles de soins ou les supports, sur lesquels sont portés les actes doivent permettre l'identification nominale et codée du médecin employeur, suivie de l'identification de l'auxiliaire médical ;

- 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 ou tout autre support engage sa responsabilité sur l'application par l'auxiliaire médical, des cotations de la NGAP et des tarifs en vigueur ainsi que du code correspondant.

Article 5

Télétransmission des informations à destination des caisses

Les Parties signataires entendent favoriser le développement des nouvelles techniques de communication et de traitement de l'information, notamment informatiques.

Elles appuient le plan de diffusion des cartes VITALE présenté par les caisses. Elles s'engagent à faire des propositions aux ministères de tutelle sur le contenu des modèles des cartes de bénéficiaires qui comporteront un volet médical.

Les Parties signataires s'engagent à conclure, avant le 31 mai 1997, et conformément à l'article L. 161-34 du code de la sécurité sociale, un avenant à la présente convention, qui déterminera notamment le montant et les modalités de financement par les caisses des frais engendrés par la transmission des feuilles de soins électroniques ainsi que les frais d'assistance nécessaires pour garantir la fiabilité de cette télétransmission.

Dans le même délai, le comité de gestion du Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale fixera les conditions, les modalités et le financement des actions d'accompagnement de l'informatisation, notamment la formation, pour les médecins qui s'engagent à réaliser un taux significatif de télétransmission.

Les médecins exerçant dans le cadre de la présente convention offriront le service de la télétransmission des feuilles de soins aux assurés sociaux dont la caisse de rattachement garantit que les conditions techniques de mise en œuvre de SESAM-VITALE lui incombant sont remplies et qui aura procédé, depuis plus de neuf mois, à la distribution de la carte électronique VITALE, visée à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale. A cette fin, ils devront acquérir auprès du GIP-CPS la carte de professionnel de santé prévue par l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale.

Les organismes d'assurance maladie sont tenus de transmettre aux unions régionales de médecins toutes les données issues du traitement des informations codées, qu'elles soient agrégées ou individuelles. Ces données sont rendues anonymes tant au regard du patient qu'à celui du médecin et ce dans les conditions prévues par la réglementation et par la CNIL. Les Parties signataires définiront par ailleurs les conditions d'utilisation de ces données pour l'application de la présente convention.

Article 6

Situation du remplaçant

Le remplaçant est tenu de faire connaître aux caisses son numéro d'inscription à l'ordre des médecins de son département ainsi que son adresse personnelle et celle du cabinet professionnel dans lequel il assure son activité de remplacement.

Le médecin remplacé vérifie que le médecin remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention.

Ainsi, il s'engage à porter à la connaissance de son remplaçant les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

Le médecin remplacé s'interdit toute activité médicale dans le cadre de la présente convention durant son remplacement.

Le remplaçant adopte la situation du remplacé au regard des droits et obligations qui découlent de la présente convention, à l'exception du droit permanent à dépassement (DP) et du régime d'assurance maladie.

Il indique sa situation de remplaçant et son numéro d'inscription à l'ordre des médecins ou, à défaut, le numéro attribué par la caisse à l'emplacement prévu à cet effet sur les différents supports de facturation.

La caisse d'assurance maladie peut en tant que de besoin demander communication du contrat de remplacement.

Le non-respect des références médicales opposables est imputable au médecin remplaçant pour les actes qu'il effectue.

En revanche, au regard de la gestion de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales, l'activité exercée par le remplaçant s'impute sur celle du médecin remplacé.

Article 7

Rédaction des ordonnances

Le médecin porte lisiblement sur l'ordonnance son numéro d'identification.

Les prescriptions sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision possible, conformément à la réglementation en vigueur.

Lorsque le patient est atteint d'une affection de longue durée exonérante en application du code de la sécurité sociale, le médecin utilise obligatoirement le modèle d'ordonnance spécifique en vigueur.

Pour les prescriptions de spécialités pharmaceutiques d'exception, le médecin utilise les modèles de prise en charge en vigueur.

Lorsque le praticien prescrit des spécialités pharmaceutiques en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement de l'assurance maladie, il doit noter à côté de cette prescription le caractère non remboursable de sa prescription par la mention NR (non remboursable).

Le médecin formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions :

- de médicaments ;
- de fournitures et appareils ;
- de soins à effectuer par des auxiliaires médicaux ;
- d'examen de laboratoire.

Le médecin ne peut utiliser des ordonnances préimprimées, sauf dans le cas où il précise les modalités pratiques de préparation à un examen.

Article 8

Carnet de santé

Lors de chaque consultation ou visite, le médecin demande au patient communication de son carnet de santé et y reporte les informations dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur. A cette occasion, il expose à son patient les apports de ce carnet au regard d'une meilleure prise en charge de son état de santé.

Article 9

Paiement des honoraires

Paragraphe 1

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 inscrits à la Nomenclature générale des actes professionnels pour lesquels le médecin atteste qu'ils ont été dispensés et honorés.

Paragraphe 2

Modalités particulières

à l'exercice dans un établissement de santé

a) Actes réalisés dans un établissement de santé privé ne participant pas au service public hospitalier.

Pour les actes médicaux effectués dans un établissement de santé privé ne participant pas au service public hospitalier - avec ou sans hébergement - à l'exclusion des soins externes, l'ensemble des actes dispensés ainsi que le montant correspondant des honoraires sont inscrits sur un support papier ou électronique dit « bordereau de facturation » incluant le codage des actes au fur et à mesure de son entrée en vigueur.

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, désigné par ses confrères, ou à une société de médecins ou un groupement de médecins, exerçant dans l'établissement ;
- soit individuellement, à chaque praticien.

b) Actes réalisés dans le secteur libéral d'un établissement public de santé.

L'ensemble des actes dispensés dans le secteur libéral d'un établissement public de santé - avec ou sans hébergement, à l'exclusion des soins externes - ainsi que le montant correspondant aux frais sont facturés individuellement.

Le médecin temps plein hospitalier qui exerce une activité libérale en adhérant à la présente convention formule, ce faisant, et conformément à l'option qui lui est offerte par l'article L. 714-32 du code de la santé publique, le choix de faire percevoir ses honoraires par l'établissement public.

Paragraphe 3

Autres modalités particulières

a) Accord local spécifique.

Des accords locaux, transmis pour information aux Parties signataires, peuvent être conclus pour permettre des formes de dispense

d'avance des frais non inscrites dans la convention nationale, notamment pour les actes d'urgence ou pour les soins destinés aux patients en situation de précarité. Il sera procédé, dans ce dernier cas, par les instances locales à un examen préalable de la situation économique et sociale de la circonscription.

Dans le cadre de cet accord, les médecins s'engagent à pratiquer les tarifs d'honoraires conventionnels fixés en annexe.

b) Expérimentation.

La procédure de dispense d'avance des frais et le respect des tarifs opposables s'appliquent au bénéfice des assurés qui ont fait le choix d'adhérer à l'une des expérimentations agréées dans le cadre de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale lorsque celle-ci le prévoit et dans les conditions qu'elle détermine.

CHAPITRE II

Secteur tarifaire

Article 10

Tarifs

Les médecins appliquent les tarifs opposables fixés dans l'annexe de la présente convention, sauf dans les trois cas suivants :

a) Application d'un dépassement pour circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade (DE).

Dans ce cas, le praticien informe le malade du montant du dépassement non remboursé par les caisses et lui en explique le motif.

L'indication DE est portée sur la feuille de soins.

Le dépassement ne peut porter que sur l'acte principal effectué par le praticien et non sur les frais accessoires ;

b) Application du droit permanent à dépassement (DP) pour les médecins qui en étaient titulaires sous l'empire de la précédente convention médicale venue à échéance le 20 février 1997 ;

c) Application d'honoraires différents par les médecins qui relevaient du secteur à honoraires différents sous l'empire de la convention médicale venue à échéance le 20 février 1997, ou pour ceux qui s'installent pour la première fois en exercice libéral dans le cadre de la présente convention, ou qui se sont installés pour la première fois entre le 7 juin 1980 et le 1^{er} décembre 1989 et sont titulaires des titres énumérés ci-après acquis dans les établissements publics ou de titres équivalents acquis dans les établissements participant au service public hospitalier ou acquis au sein de l'Union européenne :

- ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux, ancien assistant des hôpitaux généraux ou régionaux n'appartenant pas à un CHU, ancien assistant des hôpitaux spécialisés, praticien chef de clinique ou assistant des hôpitaux militaires, praticien temps plein hospitalier dont le statut relève du décret n° 84-131 du 24 février 1984.

S'agissant des titres acquis dans les établissements participant au service public hospitalier et ceux acquis au sein de l'Union européenne, leur équivalence aux titres énumérés au paragraphe précédent est appréciée par la commission conventionnelle paritaire locale du lieu d'implantation du cabinet principal, après avis de la Commission conventionnelle paritaire nationale. La décision est notifiée par la caisse primaire du lieu d'implantation du cabinet principal du médecin. Pour ce faire et en tant que de besoin, la Commission conventionnelle paritaire nationale a recours à l'avis des services ministériels compétents ou du Conseil national de l'ordre pour déterminer les équivalences des titres précités.

Pour bénéficier ou pour continuer à bénéficier du droit d'appliquer des honoraires différents, le médecin doit :

- déclarer à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de son cabinet principal, par lettre recommandée avec avis de réception, dans un délai de deux mois après l'entrée en vigueur de la présente convention ou, si elle est postérieure, dès la date de sa première installation, sa volonté de bénéficier du droit de pratiquer des honoraires différents ;

A défaut de déclaration dans le délai précité, le praticien applique les tarifs opposables fixés en annexe ;

- informer par écrit simultanément l'URSSAF dont il dépend de sa décision.

Le médecin qui a choisi, dans les conditions précitées, de pratiquer des honoraires différents, peut revenir sur son choix à tout moment, et opter pour le secteur à honoraires opposables. Dans ce cas, il en informe la caisse primaire du lieu d'implantation de son cabinet principal. Le praticien ne pourra pas bénéficier à nouveau du secteur à honoraires différents pendant la durée de la présente convention.

Dans les trois situations précédentes, le médecin fixe ses honoraires avec tact et mesure conformément aux obligations qui résultent du code de déontologie.

Le comité médical paritaire local est compétent pour connaître des éventuels abus d'usage de ces droits à dépassement.

Article 11

Avantages sociaux

Les Parties signataires rappellent que la participation des caisses aux cotisations sociales des médecins qui respectent les tarifs conventionnels constitue un élément important de l'équilibre conventionnel.

Pour les médecins pratiquant sous convention les tarifs opposables ou pour les bénéficiaires du droit permanent à dépassement, ou ceux exerçant à titre de remplaçant et ayant opté pour le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés :

- les caisses participent au financement des cotisations d'allocation familiales selon les conditions prévues par l'article D. 242-15.1 du code de la sécurité sociale ;
- elles participent au financement des cotisations d'assurance maladie à hauteur du taux fixé à l'article D. 722-3 du code de la sécurité sociale ;
- enfin, elles participent au financement de l'avantage supplémentaire vieillesse dans les conditions visées à l'article D. 645-3 du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE III

Maîtrise médicalisée

Section 1

Recommandations et références professionnelles

Article 12

Outils de la maîtrise

La maîtrise médicalisée a pour finalité d'infléchir les comportements dans une recherche constante d'amélioration de la qualité et de contribuer ainsi à améliorer l'efficacité du système de soins.

Les principaux outils de la maîtrise médicalisée sont :

- les recommandations et les références professionnelles ;
- les contrats locaux de maîtrise médicalisée (CLMM) ;
- la coordination des différents intervenants du système de soins.

Article 13

Elaboration des recommandations et des références professionnelles

Les Parties signataires déterminent, chaque année, et sur proposition du Comité médical paritaire national, les thèmes médicaux, qu'elles transmettent respectivement à l'ANAES et à l'Agence du médicament, en vue de l'élaboration de recommandations et de références médicales.

Les recommandations sont des propositions de bonne pratique ou de stratégies diagnostiques ou thérapeutiques établies méthodiquement, améliorables en permanence, destinées à aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés. Les recommandations contribuent à l'émergence progressive de nouvelles références médicales.

Les références médicales opposables identifient, aux termes de l'article L. 162.12.15 du code de la sécurité sociale, des soins et des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux. Elles sont établies par l'ANAES à partir de critères scientifiques reconnus et, pour le domaine du médicament par l'Agence du médicament à partir des évaluations réalisées pour délivrer l'autorisation de mise sur le marché et pour apprécier le service médical rendu.

Des recommandations de bonne pratique établies par l'ANAES ou par l'Agence du médicament accompagnent, pour chaque thème, les références médicales.

Toutes les références médicales établies tant par l'ANAES que par l'Agence du médicament, à partir des thèmes médicaux sélectionnés par les Parties signataires de chacune des conventions médicales nationales, sont transmises aux Parties signataires de l'autre convention médicale nationale.

Après avoir procédé à l'examen de l'ensemble des références visées à l'alinéa précédent, les Parties signataires, après avis du Comité médical paritaire national, arrêtent la liste des références médicales qu'elles rendent opposables aux médecins relevant de la présente convention.

Les Parties signataires considèrent que les références médicales rendues opposables doivent couvrir l'ensemble de la pratique médi-

cale en privilégiant les domaines dans lesquels peuvent être discernées des attitudes médicales contestables et des dépenses médicales inutiles au patient.

Figurent en annexe I de la présente convention, les références concernant les médecins relevant de la présente convention et rendues opposables dans le cadre de la convention médicale venue à échéance le 20 février 1997 et les nouvelles références validées par les partenaires conventionnels. Cette annexe sera révisée et complétée par de nouvelles RMO au fur et à mesure de leur élaboration dans les conditions précédemment décrites.

Article 14

Des actions thématiques concertées

Sans préjudice des contrôles engagés par les services médicaux des caisses à leur initiative, les Parties signataires de la convention entendent privilégier des démarches pédagogiques et des actions thématiques concertées visant à la modification des comportements diagnostiques et thérapeutiques habituels des médecins en vue de l'amélioration de la qualité des soins et du respect de l'objectif des dépenses médicales.

Ces actions thématiques, d'information, de formation, de suivi et de contrôle portent sur des références, qualifiées de prioritaires par la CCPL et choisies parmi la liste nationale annexée à la présente convention ou sur le respect des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement des spécialités pharmaceutiques.

Les Parties signataires demandent aux CCPL de retenir, sur proposition du CMPL, des thèmes prioritaires dans le cadre des contrats locaux de maîtrise médicalisée pour lesquels une démarche spécifique d'évaluation ou une action d'information des médecins sera engagée. Ces thèmes pourront également être privilégiés dans le cadre de la formation médicale continue conventionnelle.

La CCPL :

- choisit, sur proposition du CMPL, les thèmes de ces actions et en définit les modalités. Dans les périodes où aucune priorité n'a été dégagée par la CCPL, une ou plusieurs actions prioritaires types sont fixées par la CCPL sur proposition du CMPL et doivent être mises en œuvre par les instances locales ;
- organise, avant la mise en œuvre effective des contrôles portant sur ces thèmes prioritaires, une campagne d'information et/ou de formation pour sensibiliser les médecins aux thèmes et aux objectifs retenus.

Article 15

Le développement des outils de maîtrise médicalisée

Les Parties signataires reconnaissent la nécessité de faire évoluer progressivement les outils de la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et, en particulier, les recommandations et les références médicales opposables.

A cet effet, elles décident de compléter le domaine des recommandations en demandant à l'ANAES ou à l'Agence du médicament de tendre vers une définition de stratégies diagnostiques et thérapeutiques applicables en première, deuxième voire troisième intention.

Dans ce cadre, elles conviennent d'engager au sein du CMPL une réflexion afin d'étudier dans quelles conditions ces stratégies pourraient être développées et intégrées dans la pratique médicale.

Article 16

L'examen par le CMPL des dossiers individuels relatifs aux RMO

Au vu des critères d'opposabilité définis ci-après, du recueil et du traitement des données conventionnellement définies, l'examen de la situation d'un médecin au regard des références médicales opposables est réalisé à l'initiative d'au moins un des partenaires des instances conventionnelles locales.

A chacune de ses réunions, le CMPL est informé par le secrétariat du nombre de contrôles engagés et des thèmes concernés, en préservant l'anonymat des médecins concernés.

Le comité médical paritaire local est saisi des dossiers comportant une présomption d'anomalies sanctionnables, par dépôt dûment constaté au secrétariat, et le praticien concerné en est simultanément informé.

Le service médical fournit au comité médical paritaire local, pour chaque médecin concerné, les dates de départ et de fin d'observation, le nombre de dossiers par référence pour celle(s) présentée(s) au comité, ainsi que les raisons de la sélection de chaque médecin (utilisation des données dont dispose le service médical, enquête aléatoire, résultats d'un contrôle thématique...).

Le comité médical paritaire local instruit le dossier, vérifie notamment le respect de la durée d'observation définie à l'article 17 (2, a), apprécie la pratique habituelle du praticien concerné et constate ou non l'existence et le coût de l'anomalie, ainsi que sa gravité appréciée médicalement. A la demande de ce dernier, le comité procède à son audition et rend sa décision au plus tard dans le délai fixé réglementairement. La date de saisine initiale du comité médical paritaire local et l'information simultanée du professionnel constituent le point de départ de ce délai.

La décision du comité médical paritaire local constate l'existence ou l'inexistence et le coût de l'anomalie ainsi que sa gravité appréciée médicalement.

A défaut de décision dans le délai précité, les compétences du comité médical paritaire local sont exercées par le comité médical régional.

En cas de partage des voix au sein d'un comité médical paritaire local, le comité médical régional est saisi.

Sur la base des faits litigieux retenus par le comité médical paritaire local, le service du contrôle médical propose à la caisse la retenue financière prévue par la présente convention.

La caisse primaire notifie, par lettre recommandée avec avis de réception, le montant de la retenue financière exigible au praticien traitant. Le (ou les) montant(s) exigible(s) sur une année civile ne peut (peuvent) excéder le montant annuel des cotisations sociales du praticien en cause, prises en charge par l'assurance maladie.

La décision est exécutoire dès sa notification. Elle est signifiée simultanément aux syndicats médicaux signataires représentés au sein de la CCPL et aux caisses des deux autres régimes. Le praticien peut saisir le tribunal des affaires de sécurité sociale de cette décision.

Si le praticien a choisi de pratiquer des honoraires différents, le (ou les) montant(s) exigible(s) sur une année civile visé(s) à l'alinéa précédent ne peut (peuvent) excéder le montant annuel des cotisations sociales que l'assurance maladie aurait prises en charge si ce praticien exerçait dans le secteur à honoraires opposables.

Le produit des retenues financières est réparti entre les trois régimes d'assurance maladie. Les caisses peuvent allouer une fraction de ce montant, définie conventionnellement, aux instances locales notamment en vue de l'amélioration de l'information des praticiens et des patients sur la maîtrise.

Les conditions de versement de ces dotations sont définies localement.

Article 17

Critères d'opposabilité des références médicales opposables

1° Principes :

Il appartient aux comités médicaux paritaires locaux de vérifier la bonne application des références médicales à partir des critères d'opposabilité définis ci-dessous.

Les Parties signataires sont conscientes que les conditions d'opposabilité et de sanction d'un dispositif de références médicales opposables, qui constituent une innovation profonde dans le système de santé, devront être réexaminées et, le cas échéant, ajustées pour tenir compte de l'expérience acquise.

2° Les critères d'opposabilité :

Ces critères sont au nombre de trois :

- a) L'observation de la pratique habituelle du praticien concerné sur une période d'une durée d'activité présentée au remboursement, de deux mois au maximum pour une, plusieurs ou l'ensemble des références ;
- b) La constatation d'un nombre minimum de cas de non-respect d'une ou plusieurs références.

Ce nombre minimum varie en fonction de l'indice de gravité médicale de la référence concernée :

- l'indice de gravité médicale 1,5 correspond à des soins ou prescriptions dangereux, pour lesquels le nombre de cas de non-respect par référence ne saurait excéder un cas ;
- l'indice de gravité médicale 1 correspond à des soins ou prescriptions inutiles, pour lesquels le nombre de cas de non-respect par référence ne saurait excéder six cas ;
- c) L'importance numérique des anomalies décelées ;

Par référence :

- indice d'importance numérique 0,5 : les anomalies sont rares, c'est-à-dire inférieures ou égales au double des nombres correspondant aux deux indices de gravité décrits au b ;
- indice d'importance numérique 1 : les anomalies sont nombreuses, c'est-à-dire supérieures au double et inférieures ou égales au triple des nombres correspondant aux deux indices de gravité décrits au b ;

- indice d'importance numérique 1,5 : les anomalies sont très fréquentes, c'est-à-dire supérieures au triple des nombres correspondant aux deux indices de gravité décrits au b ;

Ou par sommation des anomalies constatées pour toutes les références observées dans le cas où le seuil susvisé n'a été atteint pour aucune référence :

- le nombre total de cas de non-respect observés ne saurait excéder 15, ce chiffre ne pouvant être atteint par la prise en compte de plus de 5 références. L'indice de gravité médicale pris en compte pour le calcul de la sanction est l'indice 1, l'indice d'importance numérique est forfaitairement de 0,5 et le coefficient d'incidence financière est égal à 1.

Article 18

Calcul de la retenue financière

L'unité de calcul de la retenue, mise à la charge du praticien, correspond à un mois du montant de la participation des caisses au financement de ses cotisations sociales, s'il exerce dans le secteur à honoraires opposables ou est titulaire du DP, ou à un montant équivalent, s'il exerce dans le secteur à honoraires différents.

Un coefficient d'incidence financière a été affecté à chaque référence en fonction du coût estimé des actes, prescriptions et traitements correspondants :

- indice 1 : actes, prescriptions et traitements peu onéreux ;
- indice 1,25 : actes, prescriptions et traitements onéreux ;
- indice 1,5 : actes, prescriptions et traitements très onéreux.

La retenue financière est calculée par application de la formule suivante :

1 mois de cotisations sociales × indice de gravité médicale × indice d'importance numérique × indice d'incidence financière.

Section 2

Option conventionnelle

Article 19

Les Parties signataires considèrent que la coordination des soins est un élément essentiel de l'amélioration de la qualité des soins, de la santé et de la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses médicales. Elle implique la responsabilisation du médecin et du patient.

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, elles conviennent de favoriser cette coordination en offrant aux médecins généralistes qui le souhaitent la possibilité d'assurer un rôle de médecin référent pour ceux de leurs patients qui en feront le choix.

Elles sont convaincues que les expérimentations de filières et réseaux de soins auxquelles participeront notamment des médecins généralistes et des médecins spécialistes, dans les conditions prévues à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale permettront d'offrir des prolongements indispensables à la présente option conventionnelle, en élargissant progressivement la coordination des soins à l'ensemble des intervenants, des secteurs ambulatoire et hospitalier concourant à la réponse aux besoins sanitaires des patients.

Dans ce cadre, elles précisent les principes régissant la coordination des soins vers laquelle elles souhaitent tendre au travers des expérimentations :

- les médecins généralistes constituent le premier étage du système de soins. Médecins de la personne, ils apportent une réponse globale et appropriée à la demande de soins de première intention et assurent la synthèse des différents intervenants médicaux. Conseillers de santé et thérapeutes à tous les âges de la vie, ils gèrent le dossier médical de leur patient et le guident utilement quand il est nécessaire d'accéder à des soins de deuxième ou troisième intention ;
- les médecins spécialistes constituent le second étage du système de soins. Médecins consultants, ils apportent une réponse appropriée aux problèmes qui leur sont posés dans le cadre de leur spécialité. Ils interviennent alors en accord avec le médecin généraliste référent du malade.

Les médecins généralistes peuvent être amenés à conseiller à leur patient l'intervention d'un médecin spécialiste dans trois types de situations médicales : demande d'avis diagnostique ou thérapeutique, demande d'acte ou de suite d'actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique, suivi thérapeutique. Dans ce dernier cas, le médecin référent confie le suivi médical de son patient, pour ce problème particulier et pour une période déterminée, à un médecin spécialiste.

Les Parties signataires, après avis du conseil d'orientation, rechercheront les conditions dans lesquelles les médecins spécialistes qui le souhaiteraient pourraient intégrer leur pratique dans le cadre des filières de soins.

Article 20

Elles décident dans un premier temps d'ouvrir dans les conditions qu'elles préciseront, avant le 1^{er} juillet 1997, par avenant à la présente convention, une option conventionnelle au libre choix des médecins conventionnés.

Elle leur sera ouverte dès l'entrée en vigueur de cet avenant, le médecin formalisant son adhésion par acceptation des clauses du cahier des charges défini par ce même avenant.

DE L'ORGANISATION DE L'OPTION

Article 21

Du libre choix

En adhérant à cette option, les médecins généralistes pourront offrir, à ceux de leurs patients qui le souhaitent, la possibilité d'établir avec eux une relation privilégiée favorisant la continuité et la coordination des différents intervenants.

Pour établir une telle relation, le patient choisit son médecin comme médecin référent.

Article 22

Droits et engagements du patient

Afin d'améliorer tant la qualité que l'efficacité des soins, le patient, qui opte pour cette nouvelle forme d'approche globale de sa santé, s'adresse au médecin référent qu'il a choisi, pour toute demande de soins, sauf circonstances particulières qui l'en empêcheraient et susceptibles d'être justifiées.

L'avenant visé à l'article 20 précisera les engagements souscrits par le patient et les conséquences de leur éventuel non-respect, ainsi que les modalités selon lesquelles ces éléments sont portés à la connaissance du patient au moment où il choisit son médecin référent.

Dès lors, pour les actes réalisés par son médecin généraliste référent, le patient bénéficie de l'application des tarifs conventionnels opposables ainsi que de la dispense d'avance de frais.

Pour les patients non exonérés du ticket modérateur pour des raisons médicales ou sociales et qui bénéficient d'une couverture complémentaire pour le risque maladie, les caisses chercheront à favoriser, par le biais d'accords conclus avec les régimes complémentaires, les conditions permettant au patient d'être également dispensé de l'avance du ticket modérateur.

Article 23

Des engagements du médecin référent

Cahier des charges

En adhérant à l'option, les médecins généralistes s'engagent à respecter les termes d'un cahier des charges fixé dans l'avenant visé à l'article 20. Il comporte notamment des dispositions relatives à la tenue d'un dossier médical, à son articulation avec le carnet de santé, à la prévention et aux vaccinations, aux garanties de permanence et de continuité des soins, à l'informatisation du cabinet et à la formation médicale continue.

Le dossier médical :

Afin d'améliorer la qualité des soins par un suivi et une synthèse médicale, le médecin référent 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 qui en est le dépositaire en assume l'entière responsabilité (art. 226.13 du code pénal).

Les Parties signataires, dans le cadre de l'avenant, 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.

Prévention-épidémiologie :

Les médecins s'engagent à participer à toute action de prévention individuelle ou collective qui serait décidée par les partenaires conventionnels. De même, ils participent en tant que de besoin à toute enquête ou recueil d'information à caractère épidémiologique, accompagné, le cas échéant, d'une action de formation spécifique.

De la permanence des soins :

Les médecins référents s'engagent, lors de leur adhésion à l'option, à communiquer à la commission paritaire *ad hoc*, les moyens

qu'ils mettent en œuvre pour garantir la permanence des soins, notamment sous forme d'un tour de garde local formalisé.

Article 24

Rémunération spécifique

Les Parties signataires ont la volonté de créer, à travers cette option conventionnelle nouvelle, les conditions d'une médecine moderne et de qualité au service des malades. Elles sont conscientes aussi des missions et engagements nouveaux qu'elle implique pour les médecins référents.

L'avenant visé à l'article 20 définira la rémunération forfaitaire annuelle par patient, correspondant à l'ensemble des obligations posées par le cahier des charges, arrêtera les conditions et modalités de son versement et de son éventuelle modulation ainsi que son articulation avec les rémunérations actuelles des actes médicaux.

Les dépenses résultant chaque année du versement de la rémunération forfaitaire seront incluses dans l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales fixées pour ladite année.

Elles sont provisionnées dans l'objectif fixé pour 1997.

Article 25

De l'évaluation

Au regard des objectifs qu'elles ont arrêtés, les Parties signataires mettent en place en commun les procédures de suivi et d'évaluation de cette option conventionnelle.

L'évaluation porte 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 comparées à celle de populations identiques n'ayant pas choisi de médecin référent.

Elle porte aussi sur la qualité des soins dispensés dans ce cadre ainsi que sur l'appréciation portée tant par les malades que par les médecins sur ce nouveau mode d'organisation des soins.

Les Parties signataires confient à un groupe de travail le soin d'arrêter la méthodologie d'évaluation à partir des objectifs notamment d'intérêt médico-économiques qu'elles ont assignés à l'option.

Article 26

Des instances paritaires

L'évaluation et le suivi de cette option conventionnelle en application de la méthodologie précitée relèvent de comités paritaires de suivi de l'option conventionnelle, national et locaux, constitués au sein des instances paritaires instituées par la présente convention.

Leur composition, leurs missions et leurs modalités de fonctionnement sont fixées par l'avenant visé à l'article 20.

Section 3

Gestion de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales

Article 27

Dans le cadre du partenariat, les caisses nationales s'engagent à informer les organisations syndicales signataires, des éléments qui les concernent de la Convention d'objectifs et de gestion et de ses avenants annuels, et à les consulter avant signature avec l'Etat.

De même, elles s'engagent à ne pas prendre ou soutenir des décisions portant sur les prix, les tarifs ou les nomenclatures de biens et services entrant dans le montant prévisionnel des prescriptions qui soient en contradiction avec celui-ci.

Article 28

Définition du champ de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales

a) L'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales comprend les dépenses remboursables, hors dépassement, engendrées par l'activité des médecins libéraux, pour tous les régimes et pour les trois risques (maladie, maternité, accidents du travail).

Cet objectif concernant, d'une part, les médecins généralistes et, d'autre part, les médecins spécialistes est décomposé en un montant prévisionnel des dépenses d'honoraires et un montant prévisionnel des dépenses de prescriptions.

b) Les postes de dépenses concernés par le champ défini ci-dessus sont :

- pour les honoraires : actes médicaux inscrits à la NGAP, honoraires de surveillance, forfaits d'accouchement, frais de déplacement des médecins, forfaits thermaux, autres honoraires, forfaits scanner et IRMN (1) ;

- pour les prescriptions : actes d'auxiliaires médicaux inscrits à la NGAP, frais de déplacements des auxiliaires médicaux, médicaments, accessoires et pansements, actes de biologie inscrits à la NABM, optique, orthopédie, produits d'origine humaine, cures thermales, frais de transports des malades, indemnités journalières maladie et accidents du travail.

Dans le cadre de l'objectif fixé par la présente convention, seuls sont retenus parmi les postes de dépenses cités à l'article 28 *b* ci-dessus, ceux concernant les médecins généralistes.

c) Sont exclues du champ de l'objectif des dépenses médicales :

- les dépenses de ville correspondant à des honoraires et des prescriptions qui ne sont pas liées à l'activité des médecins libéraux : honoraires et prescriptions des sages-femmes (sauf soins infirmiers), des chirurgiens-dentistes et des médecins exerçant en centres de santé, prescriptions des médecins hospitaliers publics ;
- les dépenses des associations et structures prises en charge au titre des forfaits :
 - de soins à domicile ;
 - de soins courants et de sections de cure médicale des établissements pour personnes âgées ;
 - de soins de long séjour ;
 - de réadaptation fonctionnelle ;
 - de dialyse à domicile ;
 - d'insuffisance respiratoire chronique ;
- les dépenses ne résultant pas de la prescription des médecins et qui ne constituent pas des soins de ville :
 - les prestations en espèces maternité ;
 - les rentes accidents du travail.

Article 29

Fixation de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales

Conformément à l'article L. 162-5-2-I du code de la sécurité sociale, l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales, concernant les médecins relevant de la présente convention, est fixé chaque année par annexe à ladite convention et peut comprendre une provision pour revalorisation d'honoraires.

Lors de l'élaboration de l'annexe annuelle qui, sur la base de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville, fixe les objectifs prévisionnels en honoraires et prescriptions pour les médecins relevant de la présente convention, les Parties signataires retiennent pour base de discussion l'objectif de l'année précédente.

L'objectif d'évolution des dépenses médicales fait l'objet dans cette même annexe d'une adaptation soit par zone géographique, soit par spécialité.

L'adaptation par zone géographique est effectuée selon une démarche de réduction progressive des disparités entre ces zones des consommations moyennes de soins médicaux par bénéficiaire de l'assurance maladie.

Il est ainsi tenu compte des caractéristiques de la demande de soins de ville de chaque zone :

- structure d'âge et évolution de la population résidente ;
- niveau de la demande de soins par classe d'âges ;
- recours relatif aux deux secteurs libéral et hospitalier (consultations externes).

La consommation moyenne de soins médicaux en secteur libéral par bénéficiaire est déterminée au niveau de chaque zone par le rapport entre :

- le montant des dépenses médicales remboursables sur le champ de l'objectif,
- et
- la demande de soins auprès des médecins relevant de la présente convention (population résidente pondérée en fonction de son âge et de son taux de recours au secteur libéral).

Les disparités de cette consommation moyenne de la zone sont mesurées en pourcentage d'écart à la médiane.

Pour chaque zone, chaque objectif est déterminé par application à cet écart d'un taux négocié, appelé taux de réduction des écarts entre les zones.

Article 29 bis

Pour les médecins généralistes, l'objectif prévisionnel est adapté par département. Toutefois, à titre transitoire et pour l'année 1997, cette adaptation de l'objectif figurant en annexe est effectuée sur la base des régions administratives.

(1) Il s'agit des forfaits versés au titre des équipements dont l'autorisation a été obtenue par un ou plusieurs médecins libéraux.

Article 30

Suivi de la réalisation de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales

Le constat du niveau de réalisation de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales de l'année est effectué nationalement, au plus tard au début du mois de février de l'année suivante.

Un suivi de l'objectif est assuré trimestriellement par la Commission conventionnelle paritaire nationale qui analyse l'évolution des dépenses au regard de cet objectif.

Les caisses s'engagent à fournir :

- à chaque médecin un relevé semestriel de ses honoraires et de ses prescriptions comparant son activité à celle de ses confrères de même catégorie par zone géographique ;
- aux partenaires conventionnels nationaux et locaux, un relevé trimestriel agrégé des honoraires et prescriptions pris en compte dans l'objectif prévisionnel.

Les partenaires conventionnels s'engagent à mener les travaux nécessaires en vue d'adapter tant le contenu que la présentation du RIAP et de ramener sa périodicité au trimestre.

Article 31

Versement de la provision pour revalorisation d'honoraires en cas de respect de l'objectif prévisionnel national

Si le montant des dépenses médicales de l'année est inférieur au montant prévisionnel de ces dépenses incluant une provision pour revalorisation des honoraires, la différence est versée, à concurrence de cette provision, à l'ensemble des médecins relevant de la présente convention, quelle que soit leur zone géographique d'installation, en proportion de leur activité remboursée de ladite année.

Cette activité est mesurée par référence aux lettres clés et coefficients ainsi qu'aux autres éléments de rémunération retenus dans le cadre de la revalorisation des tarifs des honoraires décidés pour l'année suivante conformément aux dispositions de l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale.

Pour les médecins qui dans leur catégorie ou spécialité se situent dans les 20 % de ceux dont l'activité individuelle est la plus élevée, le versement de la provision est plafonné à concurrence de la part de leur activité qui les situerait dans les 80 % restants.

Ce versement est effectué au plus tard au 15 mai de l'année concernée.

Article 32

Reversement du dépassement en cas de non-respect de l'objectif prévisionnel national

Si le montant des dépenses médicales de l'année est supérieur au montant prévisionnel de ces dépenses, le reversement exigible des médecins conventionnés est calculé conformément à la réglementation en vigueur.

Du montant du reversement ainsi défini sont déduites les sommes reversées dans l'année de référence et correspondant aux éventuelles sanctions financières individuelles résultant du non-respect des références médicales opposables, de la répétition des indus et des décisions rendues par les comités médicaux régionaux.

Si l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales a été adapté par zone géographique, un constat est dressé au plan national pour chaque zone de la réalisation ou non de son objectif. Ce constat est communiqué à la Commission conventionnelle paritaire nationale.

Le montant national du reversement exigible des médecins est affecté aux seules zones qui n'ont pas respecté leur objectif, et ce, à due concurrence de la part du dépassement de chacune d'entre elles dans le dépassement constaté nationalement.

Article 32 bis

Montant du reversement

Le montant du reversement exigible des médecins de chaque zone géographique ainsi déterminé est individualisé par médecin conformément aux dispositions de la réglementation en vigueur et selon la procédure suivante :

- ne sont pas compris au nombre des médecins passibles d'un reversement ;
- les médecins installés pour la première fois en libéral depuis moins de sept ans à l'issue de l'année au titre de laquelle le reversement est dû ;

- les médecins décédés au cours de cette même année ;
- les médecins ayant interrompu, sans se faire remplacer, leur activité pendant une durée supérieure à six mois au cours de cette même année ;
- le montant du reversement exigible dans chaque zone est rapporté à la masse annuelle des honoraires et frais remboursables des médecins concernés de ladite zone, pour déterminer le taux de base de reversement individuel ;
- ce taux de base est majoré ou minoré en fonction des caractéristiques de l'activité de chaque médecin et ajusté afin de garantir la répartition de la totalité du reversement exigible ;
- les taux individuels ainsi obtenus sont appliqués à la masse annuelle des honoraires et frais remboursables des médecins concernés, afin de déterminer le montant de leur reversement individualisé.

Les critères retenus, caractéristiques de l'activité de chaque médecin au cours de l'année au titre de laquelle le reversement est dû sont les suivants :

Critères de majoration :

- une majoration si le montant des honoraires du médecin se situe dans les 25 % les plus élevés de sa catégorie dans la zone géographique où il exerce, ou deux majorations si le montant des honoraires du médecin se situe dans les 5 % les plus élevés de sa catégorie pour la zone géographique où il exerce ;
- une majoration si le ratio du montant des dépassements sur le montant des honoraires sans dépassements (frais de déplacements exclus) du médecin se situe dans les 10 % les plus élevés de sa catégorie pour la zone géographique où il exerce ;
- une majoration si le ratio défini précédemment a augmenté l'année considérée par rapport à l'année précédente.

Critères de minoration :

- une minoration si le ratio du montant des prescriptions totales sur le montant correspondant des honoraires sans dépassements et hors frais de déplacement du praticien se situe dans les 25 % les moins élevés de sa catégorie ou de sa spécialité pour la zone géographique où il exerce ;
- une minoration si le ratio du coût total par client a évolué de façon négative l'année considérée par rapport au même ratio mesuré l'année précédente ou deux minoration si le ratio du coût total par client a baissé d'au moins 10 % l'année considérée par rapport au même ratio mesuré l'année précédente ;
- une minoration si le médecin n'a pas été sanctionné pour non-respect des RMO.

Les valeurs d'une majoration et d'une minoration sont de plus et moins 20 % et se combinent par additions de taux.

Le montant du reversement exigible des médecins de chaque zone géographique n'ayant pas respecté l'objectif est établi par la CNAMTS et présenté aux Parties signataires, avant d'être communiqué à l'URCAM, qui est chargée de mettre en œuvre la procédure d'individualisation précédemment décrite.

Dans l'attente de la création des URCAM, cette mission est confiée à la CPAM du chef-lieu de région.

Le montant du reversement individualisé est notifié à chaque médecin concerné par la CPAM de son lieu d'installation au plus tard le 15 mai de l'année de sa mise en recouvrement.

En cas de refus d'un médecin de s'acquitter dudit reversement, il est fait application des dispositions de l'article L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale.

Article 33

Mesures transitoires applicables aux résultats des objectifs 1997

Si un reversement est exigible des médecins au titre de l'année 1997, les Parties signataires de la présente convention pourront décider de déduire le montant de ce reversement du montant de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales concernant les médecins de cette catégorie pour 1998.

Dans ce cas, le recouvrement des sommes dont sont redevables les médecins au titre de 1997 sera différé jusqu'à ce que soit constaté le respect de l'objectif prévisionnel des dépenses médicales de 1998 et ce, dans les conditions suivantes :

- si, au titre de 1998, le montant des dépenses médicales est égal ou inférieur au montant de l'objectif prévisionnel de ladite année calculé conformément au premier alinéa, le reversement dû au titre de 1997 sera annulé ;
- si, au titre de 1998, le montant des dépenses médicales est supérieur au montant de l'objectif prévisionnel de ladite année calculé conformément au premier alinéa, le reversement dû au

titre de l'année 1997 sera mis en recouvrement dans les conditions prévues aux articles 32 et 32 bis. Il sera, le cas échéant, réduit à concurrence de la fraction du montant de reversement compatible avec le respect de l'objectif prévisionnel de 1998.

CHAPITRE IV

De la formation médicale continue conventionnelle

La formation médicale continue est un élément fondamental de la qualité des soins qui concourt à la maîtrise médicalisée des dépenses.

Les Parties signataires décident, en ce qui les concerne, de participer au développement de la formation médicale continue.

Section 1

Article 34

De la contribution des organismes nationaux d'assurance maladie

La contribution annuelle des organismes nationaux d'assurance maladie est versée au Fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral selon des modalités définies par le protocole conclu entre la CNAMTS et le FAF-MEL.

Cette contribution, révisable dans le cadre de l'annexe annuelle visée à l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale, est fixée pour 1997 à 15 millions de francs.

Article 35

Du complément à la contribution des organismes nationaux

Les caisses nationales décident, aux termes de la présente convention, d'apporter un complément à la contribution visée à l'article 34 ci-dessus, destiné à financer les actions de formation dans les conditions ci-après.

Ce complément, qui inclut une part affectée à la formation des représentants des médecins à la vie conventionnelle, est versé au FAF-MEL pour le financement desdites actions, dans les conditions prévues dans le protocole signé entre le FAF-MEL et la CNAMTS.

Le montant de ce complément, revalorisable dans le cadre de l'annexe annuelle visée à l'article L. 162-5-2 du Code de la sécurité sociale, est fixé pour 1997 à 35 millions de francs.

Section 2

Article 36

Paragraphe 1

Des thèmes de formation médicale continue

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.

Avant le 31 août, les Parties signataires réunies dans le Comité paritaire national de formation médicale continue défini en annexe II arrêtent les thèmes qu'elles décident de promouvoir pour l'année suivante parmi les thèmes choisis par le Conseil national de la formation médicale continue.

Les Parties signataires mandatent le Comité paritaire national de formation médicale continue visé au paragraphe ci-dessus pour assurer, par l'intermédiaire du FAF-MEL, la diffusion de ce programme annuel de formation auprès des organismes de formation médicale continue.

Paragraphe 2

Du choix des actions de formation médicale continue

Pour la réalisation de ce programme annuel de formation, le Comité paritaire national de FMC confie au FAF-MEL des médecins d'exercice libéral, la charge du lancement d'un appel d'offres auprès de l'ensemble des organisateurs de formation médicale continue.

Dans cette optique, le Comité paritaire national de formation médicale continue, communique au FAF-MEL :

- la liste des thèmes de formation qu'il juge prioritaires dans le cadre conventionnel pour l'année suivante ;
- le cahier des charges de l'appel d'offres ;
- les critères d'indemnisation des actions.

1. Organismes nationaux

Pour les organismes de formation dont le champ d'action est national :

- les réponses à l'appel d'offres sont déposées auprès du FAF-MEL et dûment enregistrées par une commission d'ouverture des plis ;
- les projets d'actions sont ensuite transmis aux comités d'experts compétents placés sous l'autorité du Conseil national de formation médicale continue, afin qu'ils apprécient la valeur scientifique et pédagogique des actions concernant les médecins relevant de la présente convention ;
- le Comité paritaire national de formation médicale continue agréé les actions que les Parties signataires décident de financer ainsi que les actions ouvrant droit à indemnisation, parmi les actions validées par les comités d'experts visés à l'alinéa précédent.

2. Organismes locaux

Pour les organismes de formation dont le champ d'action est régional ou départemental :

- les réponses à l'appel d'offres des actions à caractère régional s'inscrivent dans le cadre du programme annuel retenu par les Parties signataires sont déposées également auprès du FAF-MEL, et dûment enregistrées par une commission d'ouverture des plis ;
- les projets d'actions sont ensuite transmis aux comités d'experts compétents placés sous l'autorité des conseils régionaux de formation médicale continue afin qu'ils apprécient la valeur scientifique et pédagogique des actions concernant les médecins relevant de la présente convention ;
- le CPR FMC agréé les actions que les Parties signataires décident de financer, ainsi que les actions ouvrant droit à indemnisation, parmi les actions validées par les comités d'experts prévus à l'alinéa précédent.

Section 3

Article 37

De l'indemnisation

Conformément à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, les caisses nationales s'engagent à favoriser la participation des médecins conventionnés aux actions de formation, en permettant le versement à leur profit d'une indemnité de formation.

Paragraphe 1

Du champ d'application

Les médecins peuvent bénéficier du 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 2 ci-dessus, et d'une durée au moins égale à 2 journées ouvrables consécutives.

Paragraphe 2

Du montant de l'indemnisation

Le montant de l'indemnité quotidienne pour perte de ressources est fixé à 15C ou 11CS selon la catégorie des médecins concernés.

Le Comité paritaire national de formation médicale continue fixe le nombre maximal annuel de journées indemnifiables par médecin.

Paragraphe 3

Des modalités de versement de l'indemnité

Les indemnités pour perte de ressources sont versées par le FAF-MEL à chaque médecin au vu d'un justificatif, émis en double exemplaire par l'organisme de formation continue, et 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.

Un exemplaire du justificatif est adressé par le médecin au FAF-MEL (même dans le cas où l'action n'ouvre pas droit à indemnisation), et l'autre au conseil régional de la FMC conformément aux dispositions des articles L. 367-2 et suivants du code de la santé publique.

Paragraphe 4

Du financement de l'indemnisation par les caisses

Chaque année, et en même temps que le Comité paritaire national de formation médicale continue procède à la définition des critères ouvrant droit à indemnisation, les caisses nationales fixent le montant global maximal qu'elles entendent affecter à l'indemnisation des médecins.

La dotation ainsi allouée par les caisses nationales au titre de l'indemnisation des médecins conventionnés concernés est versée au FAF-MEL, selon les modalités prévues par le protocole de financement conclu entre la CNAMTS et le FAF-MEL.

Article 38

*Des instances paritaires
de la formation médicale continue conventionnelle*

Le Comité paritaire national de formation médicale continue

Il est composé paritairement des représentants des Parties signataires de la convention médicale. Sa composition, ses missions et ses règles de fonctionnement sont fixées à l'annexe II et à l'annexe II bis.

Le Comité paritaire régional de formation médicale continue

Il est composé paritairement des représentants des Parties signataires et installé dans la circonscription de caisse primaire dans laquelle se situe le conseil régional de formation médicale continue. Sa composition, ses missions et ses règles de fonctionnement sont fixées à l'annexe II et à l'annexe II bis.

Article 39

*De l'évaluation de la formation médicale
continue conventionnelle*

Les Parties signataires réunies au sein du Comité paritaire national de formation médicale continue dressent un bilan des actions de formation promues dans le cadre conventionnel au cours de l'année écoulée.

Cette évaluation porte sur le coût des actions, d'une part, et sur la qualité de la formation, d'autre part.

Elle est réalisée en collaboration avec les services du FAF-MEL suivant les modalités précisées dans le protocole de financement prévu aux articles 35 et 37, elle prend en compte notamment les éléments figurant dans les justificatifs visés à l'article 37.

*De l'évaluation de l'impact de la formation réalisée
dans le cadre conventionnel sur la pratique médicale*

Les conseils régionaux de formation médicale continue évaluent, dans les conditions définies à l'article L. 367-5 du code de la santé publique, l'impact de la formation médicale continue sur les pratiques médicales.

Conformément à l'article 8 de la loi du 4 janvier 1993, les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats médicaux signataires confient aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral le programme d'évaluation de la formation médicale continue conventionnelle qu'ils souhaitent voir mener, en collaboration avec les comités paritaires régionaux de formation médicale continue.

Le financement de l'évaluation s'impute sur le complément visé à l'article 35.

CHAPITRE V

De la pratique médicale du médecin généraliste

Article 40

Urgences et gardes

La garde médicale fait partie des obligations déontologiques des médecins.

Les Parties signataires souhaitent en favoriser l'exercice effectif. A cette fin :

- elles demanderont aux pouvoirs publics de procéder, dès l'agrément de la présente convention, à la création de la lettre clef « VU » (visite d'urgence) permettant de rémunérer le médecin intervenant quand il doit quitter immédiatement son cabinet de consultation, soit à la demande du Centre 15, soit à la demande directe d'un patient. Dans ce dernier cas, le médecin informe le Centre 15 de son intervention ;

La procédure de dispense d'avance des frais peut être utilisée par le médecin pour les actes effectués avec « VU ».

Elles évaluent à 50 MF en année pleine le coût d'une telle mesure qui serait financée au sein de l'objectif des dépenses médicales ;

- elles décident de relancer la signature de conventions types entre les Centres 15 et les associations départementales de médecins libéraux qui conditionnent l'existence et le financement de la régulation libérale au sein des centres d'appels d'urgence.

CHAPITRE VI

Du partenariat conventionnel

LES INSTANCES NATIONALES

Article 41

Commission conventionnelle paritaire nationale

Il est institué une Commission conventionnelle paritaire nationale dont la composition, les règles de fonctionnement et les attributions sont définies à l'annexe II et à l'annexe II bis.

Article 42

Comité médical paritaire national

Il est institué un Comité médical paritaire national dont la composition, les règles de fonctionnement et les attributions sont définies à l'annexe II et à l'annexe II bis.

INSTANCES RÉGIONALES OU LOCALES

Article 43

Commission conventionnelle paritaire locale

Il est institué une commission conventionnelle paritaire locale par département, dont la composition, les règles de fonctionnement et les attributions sont définies à l'annexe II et à l'annexe II bis.

Article 44

Comité médical paritaire local

Il est institué un comité médical paritaire local par département, dont la composition, les règles de fonctionnement et les attributions sont définies à l'annexe II et à l'annexe II bis.

CHAPITRE VII

Non-respect des dispositions conventionnelles

Article 45

*Non-respect de la présente convention et/ou des textes
régissant les rapports entre les médecins et les caisses*

Paragraphe 1

Mesures encourues

Lorsqu'un médecin ne respecte pas, dans sa pratique, les dispositions de la présente convention et/ou les dispositions législatives ou réglementaires qui régissent ses rapports avec l'assurance maladie, il peut, après mise en œuvre des procédures décrites dans le présent article, encourir les mesures suivantes :

a) Suspension de tout ou partie de la participation des caisses au financement de ses cotisations sociales pour les médecins appliquant les tarifs fixés en annexe ou titulaires du DP ;

- la suspension de tout ou partie de la participation des caisses au financement des cotisations est de 1, 3, 6 ou 12 mois. Elle peut concerner la totalité des avantages sociaux ou porter seulement sur la cotisation maladie ou allocations familiales ou avantage supplémentaire vieillesse ;

b) Application d'une contribution financière pour les médecins à honoraires différents, d'un montant équivalent à tout ou partie de la participation annuelle que supporteraient les caisses au financement de leurs cotisations sociales s'ils étaient en secteur à honoraires opposables ;

c) Suspension du droit permanent à dépassement ou suspension du droit de pratiquer des honoraires différents, cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect du tact et de la mesure, après décision du conseil de l'ordre ou en cas d'abus du

droit conventionnel à dépassement, constaté par les partenaires conventionnels ;

d) Suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel, avec ou sans sursis.

Cette suspension peut être temporaire (1, 3, 6 mois ou 1 an) ou prononcée pour la durée d'application de la convention, selon l'importance des griefs.

La mise hors convention de trois mois ou plus entraîne la suppression de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

Paragraphe 2

Non-respect des tarifs opposables, des règles de remplissage des feuilles de soins et imprimés en vigueur

Les caisses peuvent appliquer les mesures prévues au paragraphe du présent article 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 notamment à l'obligation soit de remplir les feuilles de soins et imprimés en vigueur, soit d'inscrire le montant des honoraires perçus, soit d'inscrire les codes des actes.

Dans les cas énumérés aux points ci-dessus, la caisse primaire pour le compte des autres caisses communique simultanément le relevé des constatations au médecin concerné par lettre recommandée avec avis de réception et aux syndicats médicaux représentés dans les instances conventionnelles. Le médecin dispose du délai d'un mois à compter de la date de notification pour présenter ses observations éventuelles ou être entendu à sa demande par les directeurs des caisses ou leurs représentants. Le médecin peut se faire assister par un médecin de son choix.

Les syndicats médicaux représentés dans les instances conventionnelles peuvent donner leur avis dans le même délai.

La caisse primaire pour le compte des autres caisses notifie la décision au médecin après l'expiration du délai d'un mois, par lettre recommandée avec avis de réception.

Paragraphe 3

Non-respect répété de la NGAP, du codage, des règles de formulation des ordonnances, abus de droit à dépassement autorisé

Dans les cas précités, une ou des caisses ou un ou plusieurs syndicats transmettent le relevé de leurs constatations au CMPL.

Dans le mois suivant la transmission par la caisse ou le syndicat, le CMPL communique au médecin les motifs de la plainte, l'informe des procédures pouvant être suivies à son encontre. Le CMPL invite le médecin à lui faire connaître ses observations dans les 30 jours qui suivent cette notification et, s'il y a lieu, lui adresse une mise en garde. Durant ce délai, le médecin peut être entendu à sa demande par le CMPL. Il peut se faire assister par un médecin de son choix.

Si, après une nouvelle période de deux mois à l'issue des délais précédents, les caisses constatent que le médecin persiste dans son attitude, elles peuvent, après avis du CMPL pris dans un délai d'un mois, lui notifier une des mesures prévues au paragraphe 1 du présent article.

Paragraphe 4

Non-respect des RMO

Les mesures encourues en cas de non-respect des RMO figurent aux articles 16 à 18 de la convention.

Article 46

Cas de condamnation par l'ordre ou les tribunaux

Lorsque le conseil régional ou national de l'ordre des médecins a prononcé à l'égard des médecins une sanction devenue définitive qui consiste en une interdiction de donner des soins aux assurés sociaux ou en une interdiction d'exercer ou,

Lorsqu'une juridiction a prononcé à l'égard d'un médecin une peine effective d'emprisonnement, le professionnel se trouve placé de ce seul fait et simultanément hors convention, à partir de la date d'application de la sanction ordinaire ou judiciaire et pour une durée équivalente, et lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinaire ou judiciaire constituent en outre une infraction au regard des règles

conventionnelles, les caisses peuvent entamer à l'encontre du praticien l'une des mesures prévues à l'article 45 et dans les conditions qu'il fixe.

Article 47

Dispositions générales

Les décisions prises sont notifiées par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'exercice du professionnel agissant pour le compte des autres régimes, par lettre recommandée avec avis de réception.

Elles précisent la date d'effet de la décision, intervenant au moins un mois à compter de la date de notification.

Le praticien dispose des voies de recours de droit commun. Pour les décisions portant suspension du conventionnement, la date d'effet visée à l'alinéa précédent est fixée au regard des éventuels recours engagés par le médecin.

CHAPITRE VIII

Durée de la convention et conditions d'adhésion

Article 48

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 d'au moins deux caisses nationales dont la CNAMTS, soit par décision conjointe des organisations syndicales de médecins signataires de la convention, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Article 49

Modification de la convention

Conformément au préambule, les articles 2 à 18, 27 à 29, 30 à 32, 33 à 39 et 41 à 51 et l'annexe II constituent les dispositions communes à l'ensemble des médecins exerçant à titre libéral dans le cadre des conventions nationales. Elles ne peuvent être modifiées par avenant à la présente convention sans que ces modifications fassent l'objet dans les mêmes termes d'un avenant concomitant à la convention applicable aux médecins spécialistes.

Article 50

Notification de la convention et adhésion du médecin

Paragraphe 1

Notification de la convention

Les caisses d'assurance maladie du régime général agissant pour le compte de tous les organismes relevant des caisses nationales signataires adressent, dans le mois suivant la publication de l'arrêté d'approbation de la convention, à chaque médecin, exerçant en totalité ou en partie sous forme libérale, dont le cabinet principal est situé dans la circonscription, le texte de la présente convention.

Paragraphe 2

Adhésion à la convention

La convention est applicable à tout médecin qui déclare y adhérer dans le délai de deux mois à compter de la publication de l'arrêté d'approbation de la convention au *Journal Officiel*.

Pour les médecins qui s'installent après cette date, le délai de deux mois court à compter de la date à laquelle ils ont informé la caisse de leur installation par lettre recommandée avec avis de réception.

Paragraphe 3

Choix du secteur tarifaire

En adhérant à la convention, le médecin indique, le cas échéant, à la caisse sa volonté de bénéficier du droit de pratiquer des honoraires différents. A défaut de déclaration dans le délai précité, le praticien applique les tarifs opposables fixés en annexe. Il informe simultanément l'URSSAF dans les conditions prévues à l'article 10.

Si le médecin opte pour le secteur à honoraires différents, il doit dans les mêmes conditions indiquer le régime d'assurance maladie dont il souhaite relever.

Article 51

Résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée soit par décision conjointe d'au moins deux caisses nationales, dont la CNAMTS, soit par décision conjointe des organisations syndicales de médecins généralistes signataires de la convention, dans les cas suivants :

- violation grave des engagements conventionnels du fait de l'une des Parties ;
- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins, en particulier en ce qui concerne la participation des caisses aux cotisations sociales ;
- modification substantielle des conditions de fonctionnement du système par rapport à la date de la signature de la convention.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception à tous les signataires de la convention. Elle prend effet à l'échéance de deux mois après la date de notification.

Fait à Paris, le 12 mars 1997.

*Le président de la Fédération française
des médecins généralistes MG France,
M. BOUTON*

*Le président de la Caisse nationale
de l'assurance maladie des travailleurs salariés,
M. SPAETH*

*Le président de la Caisse centrale
de mutualité sociale agricole,
M. AMIS*

*Le président de la Caisse nationale
d'assurance maladie des professions indépendantes,
M. RAVOUX*

ANNEXE

POUR 1997 À LA CONVENTION NATIONALE LIANT LES CAISSES
NATIONALES ET LES ORGANISATIONS DE MÉDECINS
GÉNÉRALISTES

Article 1^{er}

*Fixation de l'objectif prévisionnel
d'évolution des dépenses médicales pour 1997*

L'objectif et les montants prévisionnels visés à l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale sont fixés conformément aux indications figurant au tableau ci-dessous :

(en MF)

	DÉPENSES remboursées	TAUX de remboursement	DÉPENSES remboursables
OBJECTIF PRÉVISIONNEL.....	141 010	0,78 047	180 673
Montant prévisionnel: Honoraires.....	28 260	0,76 941	36 729
Dont provision.....	(850)		(1 105)
Montant prévisionnel: Prescription.....	112 750	0,78 329	143 944

Nota. - La fixation de l'objectif prévisionnel pour 1997 en dépenses remboursables a été effectuée par conversion de l'objectif négocié entre les Parties en dépenses remboursées.

Le taux de conversion utilisé est le taux de remboursement constaté en 1996.

Dans l'hypothèse où ce taux progresserait en 1997, sous l'effet de facteurs comportementaux ou de morbidité, une correction sera effectuée lors du constat visé à l'article 30.

Cependant cette correction ne pourra avoir pour effet d'entraîner ou d'aggraver un reversement éventuel à la charge des médecins.

La provision prévue à hauteur de 850 MF en dépenses remboursées et 1 105 MF en dépenses remboursables sera affectée prioritairement au financement des dépenses entraînées par l'option conventionnelle visée aux articles 19 et suivants de la convention liant les caisses nationales et les organisations représentatives des médecins généralistes.

Dans la mesure où l'évolution des dépenses constatées le permettra, elle sera affectée à une revalorisation des lettres clés C et V pour un montant qui sera arrêté par les Parties signataires, lors du constat portant sur l'année 1997.

Conformément aux dispositions de l'avenant annuel 1997 aux conventions signées entre l'Etat et les caisses nationales d'assurance maladie, les dépenses résultant de la prescription des médicaments antirétroviraux, des prothèses internes et des produits d'origine humaine par les médecins libéraux ne sont pas incluses dans le périmètre de l'objectif des dépenses médicales pour 1997.

Article 2

*Adaptation par région administrative
de l'objectif prévisionnel des dépenses médicales pour 1997*

Conformément aux articles 29 et 29 bis de la présente convention et sur la base d'un taux de réduction des écarts interrégionaux de 5 %, l'objectif pour 1997 est décliné par région administrative conformément aux indications figurant au tableau ci-dessous :

RÉGIONS	OBJECTIFS prévisionnels (en millions de F)
Alsace.....	4 766
Aquitaine.....	10 142
Auvergne.....	4 355
Basse-Normandie.....	4 090
Bourgogne.....	4 882
Bretagne.....	9 318
Centre.....	7 639
Champagne-Ardenne.....	4 109
Corse.....	977
Franche-Comté.....	3 097
Haute-Normandie.....	5 387
Ile-de-France.....	26 704
Languedoc-Roussillon.....	8 311
Limousin.....	2 841
Lorraine.....	7 391
Midi-Pyrénées.....	9 243
Nord - Pas-de-Calais.....	14 770
Pays de la Loire.....	9 507
Picardie.....	6 187
Poitou-Charentes.....	5 722
Provence-Côte d'Azur.....	16 678
Rhône-Alpes.....	14 557
Rappel de l'objectif prévisionnel national.....	180 673

Article 3

Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires

Les tarifs sont fixés comme suit :

ACTES	DÉPARTEMENTS		
	Métropolitains (en francs)	Antilles-Guyane (en francs)	Réunion (en francs)
Consultation au cabinet :			
- C.....	110,00	121,00	132,00
Visite au domicile du malade :			
- V.....	110,00	121,00	132,00
Forfait d'accouchement :			
- simple.....	1 160,00	1 160,00	1 160,00
- gémellaire.....	1 220,00	1 220,00	1 220,00
Forfait thermal.....	420,00	420,00	420,00
Lettre clé :			
- KC (actes de chirurgie et de spécialité).....	13,70	13,70	13,70
- KE (actes d'écho, de doppler).....	12,60	12,60	12,60
- K (autres actes de spécialité).....	12,60	12,60	12,60
Lettre clé SPM (1) :			
- SCM (soins conservateurs médecins).....	15,20	15,20	15,20
- ORT (orthodontie).....	14,10	14,10	14,10
- PRO (prothèses).....	14,10	14,10	14,10
Lettre clé Z :			
- Z3.....	8,70	8,70	8,70
Lettre clé ZN (actes médecine nucléaire).....	10,95	10,95	10,95
Lettre clé PRA.....	2,90	2,90	2,90
Lettre clé P.....	1,87	2,15	2,24
Valeur de la majoration de dimanche (2).....	125,00	125,00	125,00
Valeur de la majoration de nuit.....	165,00	165,00	165,00
Valeur de l'indemnité kilométrique :			
- plaine.....	4,00	4,40	4,80
- montagne et haute montagne.....	6,00	6,60	7,20
- à pied ou à skis.....	30,00	33,00	36,00
Valeur de l'indemnité de déplacement :			
- agglomérations de Paris, Lyon, Marseille (3).....	35,00		
- autres agglomérations ou communes non agglomérées.....	25,00	27,50	30,00

(1) En application de l'arrêté du 26 avril 1995 portant éclatement de la lettre clé SPM.

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

(3) Les agglomérations correspondent à celles définies par l'INSEE dans son dernier recensement.

ANNEXE I

RÉFÉRENCES MÉDICALES OPPOSABLES GÉNÉRALISTES

Liste des références

1. Prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens (*)

1. Il n'y a pas lieu de poursuivre un traitement par un AINS lors des rémissions complètes des rhumatismes inflammatoires chroniques et en dehors des périodes douloureuses dans les rhumatismes dégénératifs.

2. Il n'y a pas lieu de poursuivre un traitement par un AINS au-delà d'une période d'une à deux semaines et sans une réévaluation clinique dans les lombalgies aiguës et/ou lombosciatalgies aiguës et dans les rhumatismes abarticulaires en poussée.

3. Suspendue.

4. Il n'y a pas lieu d'associer un anti-ulcéreux (**) au traitement par un AINS sauf chez les sujets à risque digestif pour lesquels cette association constitue l'une des précautions possibles.

5. Il n'y a pas lieu car dangereux, de prescrire un AINS à partir du sixième mois de la grossesse, sauf indications obstétricales précises.

6. Il n'y a pas lieu de prescrire un AINS à des doses supérieures aux doses recommandées.

7. Il n'y a pas lieu de prescrire un AINS par voie intramusculaire (***) au-delà des tout premiers jours de traitement, la voie orale prenant le relais.

8. Il n'y a pas lieu d'associer un AINS par voie générale à l'aspirine prise à doses supérieures à 500 mg par jour ou de l'associer à un autre AINS, même à doses antalgiques.

9. Il n'y a pas lieu, car généralement déconseillé en raison du risque hémorragique, de prescrire un AINS chez un patient sous antivitamine K, ou sous héparine ou ticlopidine.

10. Il n'y a pas lieu, particulièrement chez le sujet âgé, en raison du risque d'insuffisance rénale aiguë, de prescrire un AINS chez un

patient recevant un traitement conjoint IEC-diurétiques, sans prendre les précautions nécessaires.

11. Il n'y a pas lieu d'associer un traitement AINS à la corticothérapie, sauf dans certaines maladies inflammatoires systémiques évolutives (cas résistants de polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux disséminé, angéites nécrosantes...).

(*) A dose anti-inflammatoire.

(**) Le misoprostol et l'oméprazole sont les seuls anti-ulcéreux ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication.

(***) La voie parentérale ne diminue pas le risque digestif, comporte des risques spécifiques et n'est pas plus efficace au-delà de ce délai.

2. Prescription des antibiotiques en pratique courante

Infections ORL et respiratoires

Ces références s'appliquent aux infections de sphères ORL et respiratoires rencontrées en pratique quotidienne chez l'enfant ou l'adulte sans facteur de risque (*) ni terrain particulier (*), à l'exclusion des otites, sinusites, épiglottites, bronchiolites du nourrisson, dans leurs formes aiguës.

Elles concernent :

- les infections aiguës saisonnières présumées virales : rhinites, rhinopharyngites, bronchites aiguës, trachéites et laryngites, lorsqu'elles sont justiciables d'une antibiothérapie ;
- les angines non récidivantes ;
- les pneumopathies aiguës chez l'adulte sain.

1. Il n'y a pas lieu d'utiliser une association amino-pénicilline-inhibiteur des bêta-lactamases.

2. Il n'y a pas lieu d'utiliser les fluoroquinolones systémiques.

3. Il n'y a pas lieu d'utiliser les céphalosporines de deuxième et de troisième génération.

4. Il n'y a pas lieu d'instaurer un traitement par corticoïdes en association à l'antibiothérapie générale, sauf urgence, dans les situations où un œdème inflammatoire peut mettre une fonction vitale en danger.

5. Il n'y a pas lieu d'instaurer un traitement par AINS à dose anti-inflammatoire en association à l'antibiothérapie générale, sauf composante inflammatoire importante. L'aspirine et les AINS antalgiques et antipyrétiques (à faible posologie) ne sont pas concernés.

(*) Facteurs de risque :

1. Dans la rhinopharyngite de l'enfant : otites dans les antécédents, particulièrement lorsqu'elles ont commencé tôt dans la vie de l'enfant, otite séreuse préexistante à la rhinopharyngite ;

2. Dans les pneumopathies communautaires (c'est-à-dire acquises en dehors du milieu hospitalier) :

- soit présence d'au moins deux parmi les facteurs de risque suivants :
 - âge supérieur à 65 ans ;
 - comorbidité associée, telle que diabète sucré mal équilibré, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire, BPCO, insuffisance cardiaque congestive, hospitalisation antérieure dans l'année, vie en institution, alcoolisme, drépanocytose... ;
- soit présence d'un des facteurs de risque suivants :
 - immunodépression : corticothérapie prolongée par voie générale dans les six derniers mois, chimiothérapie anticancéreuse dans les six derniers mois, splénectomie, sida... ;
 - étiologie à haut risque : pneumopathie postgrippale ou de déglutition, facteurs d'inhalation, pneumopathie sur obstruction.

3. Imagerie dans l'arthrose rachidienne et les algies rachidiennes communes

1. Il n'y a pas lieu de demander ou de pratiquer un scanner et/ou une IRM, pour le diagnostic ou la surveillance d'une arthrose rachidienne, en dehors des cas où les données cliniques et/ou paracliniques et les radios standards font craindre une complication ou une pathologie rachidienne d'une autre nature.

2. Il n'y a pas lieu de demander ou de pratiquer un scanner et/ou une IRM, devant une lombalgie aiguë ou un lumbago d'effort, en dehors des cas où les données cliniques et/ou paracliniques font craindre une lombalgie symptomatique (*).

(*) Par lombalgie symptomatique, on entend les lombalgies révélatrices d'une pathologie infectieuse, inflammatoire, tumorale ou extrarachidienne.

4. Prescription des hypnotiques et anxiolytiques

La prescription des hypnotiques et des anxiolytiques doit reposer sur une analyse soignée de la situation clinique, en cherchant à séparer ce qui relève des difficultés transitoires et des réactions à une pathologie somatique, de la pathologie psychiatrique confirmée. Elle doit être régulièrement réévaluée et tenir compte des indications de l'AMM, de la fiche de transparence et de l'arrêté du 7 octobre 1991. Un traitement datant de plusieurs semaines ne doit pas être arrêté brutalement.

Dans le cadre de cette prescription :

1. Il n'y a pas lieu, dans le traitement de l'anxiété, d'associer deux anxiolytiques (benzodiazépine ou autre).

2. Il n'y a pas lieu d'associer deux hypnotiques.

3. Il n'y a pas lieu de prescrire des anxiolytiques et/ou des hypnotiques sans tenir compte des durées de prescription maximales réglementaires (incluant la période de sevrage) et sans réévaluation régulière. Les durées de prescription doivent être courtes et ne pas excéder :

- 4 à 12 semaines pour les anxiolytiques ;
- 2 à 4 semaines pour les hypnotiques (2 semaines pour le triazolam).

4. Il n'y a pas lieu de prescrire un anxiolytique ou un hypnotique sans débiter par la posologie la plus faible, sans rechercher la posologie minimale efficace pour chaque patient, ni de dépasser les posologies maximales recommandées.

5. Il n'y a pas lieu de reconduire systématiquement et sans réévaluation, une prescription d'anxiolytique ou d'hypnotique.

5. Recherche d'hCG

Les tests diagnostiques de grossesse sont : urinaires qualitatifs, plasmatiques qualitatifs ou plasmatiques quantitatifs.

La dénomination retenue est :

- test qualitatif ou recherche qualitative d'hCG ;
- test quantitatif ou dosage (quantitatif) d'hCG.

1. Il n'y a pas lieu de prescrire une recherche d'hCG sans préciser s'il s'agit d'un test qualitatif ou recherche qualitative d'hCG, ou s'il s'agit d'un test quantitatif ou dosage (quantitatif) d'hCG.

2. Il n'y a pas lieu de prescrire un dosage plasmatique quantitatif d'hCG chez une femme sans contraception, ou ayant un désir de

grossesse, asymptomatique, ayant habituellement des cycles réguliers, n'ayant aucun facteur de risque de grossesse extra-utérine (*) et ayant une aménorrhée secondaire. Un test qualitatif (urinaire ou plasmatique) est suffisant pour le diagnostic précoce de grossesse.

3. Il n'y a pas lieu de demander une recherche systématique d'hCG, si la grossesse est suffisamment évoluée pour être diagnostiquée cliniquement, ou si elle a été affirmée par l'échographie.

4. Il n'y a pas lieu de demander un dosage plasmatique quantitatif d'hCG pour déterminer la date précise de la fécondation.

(*) Les facteurs de risque de GEU sont : antécédents de pathologie inflammatoire pelvienne, la séropositivité à *chlamydiae trachomatis*, un antécédent de grossesse extra-utérine, la chirurgie tubaire, le tabagisme (> 20 cigarettes/jour), une grossesse induite, une grossesse débutant sous contraception.

Nota. - Est exclue, vu l'arrêté du 23 janvier 1997 (JO du 26 janvier 1997), la situation de risque accru de trisomie 21 fœtale.

6. Bilans biologiques systématiques

Chez un patient asymptomatique, sans antécédents pathologiques ou facteurs de risque particuliers, sans signes d'appel évocateurs et dont l'examen clinique est normal, il n'y a pas lieu notamment en première intention de demander (*) :

1. Supprimée ;
2. Ionogramme, ou natrémie et/ou kaliémie et/ou réserve alcaline ;
3. TSH et/ou hormones thyroïdiennes ;
4. Hémoglobine glyquée ;
5. Apolipoprotéines ;
6. Marqueurs tumoraux ;
7. Ferritine ;
8. Phosphatases alcalines ;
9. Protéinogramme (électrophorèse) ;
10. Profils protéiques ;
11. Examen cyto-bactériologique des urines.

(*) Liste d'examen retenus du fait de leur fréquence de prescription.

7. Surveillance de la contraception orale (*)

Ces références ne remettent pas en cause le bien-fondé d'un examen clinique annuel.

1. Il n'y a pas lieu, au cours de la surveillance biologique d'une contraception orale, chez une femme de moins de 35 ans, lorsque ni le premier bilan comprenant nécessairement la mesure à jeun de la glycémie, du cholestérol total et des triglycérides plasmatiques, ni les bilans de contrôle effectués trois mois, puis douze mois après n'ont montré d'anomalies, de pratiquer d'autres explorations biologiques.

2. Il n'y a pas lieu, au cours de la surveillance biologique d'une contraception orale, chez une femme de moins de 35 ans, lorsque le premier bilan et les bilans de contrôle effectués trois mois, puis douze mois après n'ont pas montré d'anomalies, de répéter les examens de contrôle plus d'une fois tous les deux ans, en l'absence de faits nouveaux.

(*) Proctis exclu.

8. Diabète non insulino-dépendant (DNID)

1. Il n'y a pas lieu de commencer un traitement médicamenteux en l'absence de critères de diagnostic suffisants (glycémie $\geq 1,40$ g/l à deux reprises ou glycémie à jeun comprise entre 1,00 g/l et 1,4 g/l et glycémie deux heures après charge orale de 75 g de glucose, $\leq 2,00$ g/l).

2. Il n'y a pas lieu de prescrire un dosage de l'hémoglobine glyquée dans un but de dépistage.

3. Il n'y a pas lieu de prescrire une hyperglycémie provoquée par voie orale quand la glycémie à jeun est $\geq 1,40$ g/l à deux reprises.

4. Il n'y a pas lieu de prescrire une hyperglycémie provoquée par voie orale comme examen de surveillance d'un diabétique.

5. Il n'y a pas lieu de doser l'hémoglobine glyquée plus d'une fois tous les 3 mois, dans la surveillance d'un patient atteint de DNID : sauf cas particulier.

6. Il n'y a pas lieu d'associer deux sulfamides hypoglycémiant.

7. Il n'y a pas lieu de prescrire un biguanide ou un sulfamide hypoglycémiant :

- sans avoir vérifié la fonction rénale au préalable ;
- sans surveillance de la créatininémie.

8. Il n'y a pas lieu, de prescrire un biguanide en cas :

- d'insuffisance rénale ;

- d'insuffisance cardiaque, respiratoire ou hépatique ;
- d'infarctus du myocarde récent ;
- de risque d'ischémie tissulaire aiguë.

9. Il n'y a pas lieu, chez les sujets de plus de 70 ans, d'utiliser des sulfamides hypoglycémisants à durée de demi-vie longue (carbutamide, chlorpropamide).

10. Il n'y a pas lieu, chez les sujets de plus de 70 ans, de commencer un traitement par sulfamides hypoglycémisants sans utiliser des doses initiales réduites.

9. Surveillance échographique au cours de la grossesse normale

(Cette référence concerne une prescription maximale. Elle ne préjuge pas de la liberté du clinicien à demander ou pratiquer un nombre inférieur d'échographies, s'il juge que trois échographies ne sont pas indispensables.)

1. Il n'y a pas lieu de demander ou de pratiquer plus de trois échographies - une par trimestre - dans la surveillance d'une grossesse normale, c'est-à-dire hors grossesse à risque et hors grossesse pathologique.

10. Examen électromyographique (EMG)

1. Il n'y a pas lieu d'effectuer un EMG dans la névralgie cervico-brachiale typique avant l'épreuve du traitement médical, sous réserve que les deux conditions suivantes soient réunies : absence d'anomalies neurologiques laissant préjuger de la gravité de l'atteinte radiculaire et absence de doute diagnostique.

2. Il n'y a pas lieu d'effectuer un EMG dans la sciatique commune avant l'épreuve du traitement médical, sous réserve que les deux conditions suivantes soient réunies : absence d'anomalies neurologiques laissant préjuger de la gravité de l'atteinte radiculaire et absence de doute diagnostique.

3. Il n'y a pas lieu d'effectuer un EMG devant l'état étiqueté « spasmophilie ».

4. Il n'y a pas lieu de mesurer les chronaxies.

11. Endoscopies digestives hautes (*)

1.

2. Suspendue.

3. Il n'y a pas lieu, lorsqu'une endoscopie a conduit à la recherche d'*Helicobacter pylori*, de demander en première intention un antibiogramme.

4. Il n'y a pas lieu de contrôler par endoscopie la cicatrisation et/ou l'éradication d'*Helicobacter pylori* (***) après la prise en charge thérapeutique de l'affection, dans la maladie ulcéreuse duodénale, sauf chez les sujets à risque : antécédents de complications, nécessité de reprendre un traitement par AINS, corticoïdes, anticoagulants.

5.

6.

7.

8.

(*) Il est impératif de mettre en œuvre, entre chaque examen, une procédure de désinfection de l'endoscope conforme aux normes édictées.

(**)

(***) Au contraire de l'ulcère gastrique, où un contrôle endoscopique est nécessaire.

12. Les frottis cervicaux en pratique courante

1. Il n'y a pas lieu, chez une femme asymptomatique, sans antécédent d'affection gynécologique, sans facteurs de risque, sans anomalie constatée à l'examen clinique et dont le frottis s'est révélé normal (*), de répéter ce frottis plus d'une fois tous les trois ans ; l'examen gynécologique annuel permettant de vérifier si ces conditions sont toujours réunies.

Remarque importante : le dépistage du cancer du col par le frottis cervical devra, pour réussir, être organisé et s'adresser à toutes les femmes de 20 à 65 ans ; sa mise en œuvre relève donc d'une politique de santé publique.

(*) Un frottis normal est un frottis sur lequel l'anatomo-cytopathologiste a pu identifier avec précision des cellules malpighiennes et cylindriques, présentes en quantité suffisante et pour lequel il énonce clairement qu'il n'existe pas d'anomalies épithéliales : ni réactionnelles, ni dysplasiques, ni de nature indéterminée.

13. Prescription du dosage des hormones thyroïdiennes (*) chez l'adulte

1. Il n'y a pas lieu de prescrire un dosage des hormones thyroïdiennes dans le cadre de bilans biologiques effectués chez des patients asymptomatiques (**).

2. Il n'y a pas lieu, devant un patient pour lequel on recherche une hypothyroïdie suspectée cliniquement, de doser la T3L.

3. Il n'y a pas lieu chez un patient qui reçoit un traitement hormonal substitutif pour une hypothyroïdie, de doser parmi les examens de surveillance, la T3L s'il est traité par L-thyroxine, ou la T4L s'il est traité par triiodothyronine.

4. Il n'y a pas lieu, au cours de la surveillance d'un patient atteint d'une hypothyroïdie, recevant un traitement substitutif, une fois l'équilibre du traitement atteint et en l'absence de pathologie cardio-vasculaire, de répéter les dosages hormonaux plus de 2 fois par an.

(*) Par « hormones thyroïdiennes », il faut entendre TSH et hormones thyroïdiennes.

(**) Par « patients asymptomatiques », il faut entendre les patients ne présentant pas d'éléments d'orientation vers une pathologie thyroïdienne, tirés des antécédents, de l'interrogatoire, de l'examen clinique ou des résultats d'examens complémentaires.

14. Prise en charge de l'HTA essentielle légère non compliquée de l'adulte en dehors de la grossesse

1. Il n'y a pas lieu devant une HTA légère (140 à 180 mmHg pour la systolique et/ou 90 à 105 mmHg pour la diastolique) non compliquée de l'adulte, en l'absence de signes d'orientation clinique ou biologique vers une HTA secondaire, de faire en première intention des explorations radiologiques, ultrasoniques, endocriniennes ou isotopiques à visée étiologique.

2. Il n'y a pas lieu d'instituer un traitement médicamenteux anti-hypertenseur avant de s'être assuré de la permanence d'une HTA légère, non compliquée, à au moins 3 consultations espacées sur une période d'au moins 2 mois.

3. Il n'y a pas lieu, dans une HTA légère non compliquée, de commencer un traitement antihypertenseur par plus d'un seul principe actif antihypertenseur, sauf association de diurétiques et toute autre association fixe prévue par l'autorisation de mise sur le marché pour être utilisée en première intention.

4. Il n'y a pas lieu, dans une HTA légère non compliquée, quand le contrôle de l'HTA est satisfaisant, de répéter à titre systématique l'ECG plus d'une fois par an, sauf en cas de symptomatologie nouvelle.

5. Il n'y a pas lieu quand le contrôle d'une HTA est satisfaisant et quand il n'y a pas d'hypertrophie ventriculaire gauche avérée, ou de pathologie cardiaque associée, d'effectuer des échocardiogrammes.

15. Prise en charge des hypercholestérolémies (HC) chez l'adulte

En l'absence de pathologie ou de traitement (contraceptifs oraux, notamment) pouvant interférer avec les lipides :

1. Il n'y a pas lieu, chez un patient jeune (homme < 50 ans, femme avant la ménopause), sans dyslipidémie et sans facteur de risque (*), dont les résultats d'une première mesure, après 12 heures de jeûne, du cholestérol total et des triglycérides sont normaux, de répéter ce dosage avant 5 ans.

2. Il n'y a pas lieu, chez un homme après 50 ans, sans facteur de risque et dont les résultats d'une première mesure, après 12 heures de jeûne, du cholestérol total et des triglycérides sont normaux, de répéter ce dosage avant 3 ans.

3. Il n'y a pas lieu, chez une femme après la ménopause, sans facteur de risque et dont les résultats d'une première mesure, après 12 heures de jeûne, du cholestérol total et des triglycérides sont normaux, de répéter ce dosage avant 3 ans.

4. Il n'y a pas lieu, chez les patients, porteurs de facteurs de risque, suivant une thérapeutique hypolipémiante hygiéno-diététique et/ou médicamenteuse, de répéter les dosages plus d'une fois tous les 6 mois, une fois les valeurs cibles (**) atteintes et stabilisées.

5. Il n'y a pas lieu, si une dyslipidémie est dépistée, de prescrire, dans le cadre de l'exploration d'une anomalie lipidique, d'autres examens que le dosage (***) du cholestérol total, du cholestérol HDL (permettant le calcul du LDL cholestérol) et des triglycérides.

(*) Facteurs de risque autres qu'une dyslipidémie : signes évocateurs de maladie artérielle (HTA notamment), diabète sucré, tabagisme, surpoids (surtout avec morphotype androïde, même si le surpoids est modeste), histoire familiale d'athérosclérose prématurée (infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans, chez un parent direct ou dans la fratrie).

(**) Valeurs du LDL cholestérol (*, +)

Les valeurs sont en g/l (mmol/l) :

CATÉGORIE DE PATIENTS ayant une élévation du LDL cholestérol	VALEUR d'instauration du traitement diététique	VALEUR cible	VALEUR d'instauration du traitement médicamenteux	VALEUR cible
Prévention primaire des hommes de moins de 45 ans ou femmes non ménopausées n'ayant aucun autre facteur de risque.	$\geq 2,20$ (5,7) ⁺⁺	$< 1,60$ (4,1)	Pas d'indication en première intention	
Prévention primaire des hommes de moins de 45 ans ou femmes non ménopausées n'ayant aucun autre facteur de risque après échec de la diététique.			$\geq 2,20$ (5,7) ⁺⁺ malgré une diététique suivie pendant 6 mois	$< 1,60$ (4,1)
Prévention primaire des sujets ayant un autre facteur de risque.	$\geq 1,60$ (4,1)	$< 1,60$ (4,1)	$\geq 1,90$ (4,9)	$< 1,60$ (4,1)
Prévention primaire des sujets ayant au moins deux autres facteurs de risque.	$\geq 1,30$ (3,4)	$< 1,30$ (3,4)	$\geq 1,60$ (4,1)	$< 1,30$ (3,4)
Prévention secondaire des sujets ayant une maladie coronaire patente.	$\geq 1,30$ (3,4)	$\leq 1,00$ (2,6)	$\geq 1,30$ (3,4) malgré une diététique suivie pendant 3 mois	$< 1,00$ (2,6)

(*) Valeur retrouvée lors de plusieurs mesures.

(+) On calcule la valeur du LDL cholestérol grâce à une formule simple, la formule de Friedwald, qui nécessite de connaître le cholestérol total, le cholestérol HDL et les triglycérides. La formule de Friedwald modifiée s'écrit ainsi :

1. Valeurs pondérales : LDL Chol = Chol total - (HDL Chol + $0,16 \times \text{Tg}$) ;

2. Valeurs molaires : LDL Chol = Chol total - (HDL Chol + $0,37 \times \text{Tg}$) .

(++) Entre 4,1 et 5,7 mmol/L (1,60 à 2,20 g/L) de LDL cholestérol, en prévention primaire chez des sujets sans autre facteur de risque, des conseils hygiéno-diététiques sont nécessaires : encourager l'activité physique, le contrôle pondéral, limiter les apports glucido-lipidiques et la consommation de boissons alcoolisées.

(***) Prélèvement effectué après 12 heures de jeûne.

16. Prescription du dosage du magnésium sérique ou globulaire

1. Il n'y a pas lieu de doser le magnésium sérique ou globulaire en dehors des cas de nettes perturbations cliniques et/ou biologiques.

Les circonstances dans lesquelles ce dosage est utile sont exceptionnelles.

Il peut être parfois utile au cours de la cirrhose décompensée, de l'insuffisance rénale, d'un syndrome de malabsorption intestinale, d'un traitement diurétique prolongé à fortes doses, d'une pancréatite aiguë, de brûlures étendues...

2. Il n'y a pas lieu de doser le magnésium sérique ou globulaire en cas de spasmodie ou de symptomatologie clinique associant fatigabilité, hyperexcitabilité neuro-musculaire et anxiété.

17. Dosage de certains marqueurs tumoraux en dépistage

1. Il n'y a pas lieu de doser l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) ou l'antigène Ca 15.3 dans le dépistage du cancer du sein.

2. Il n'y a pas lieu de doser l'ACE dans le dépistage du cancer colo-rectal.

3. Supprimée.

18. Les examens préopératoires

La consultation préopératoire effectuée par l'anesthésiste-réanimateur est indispensable et son compte rendu doit figurer au dossier. C'est la seule obligation médico-légale. Elle ne se substitue pas à la visite préanesthésique qui doit être effectuée par l'anesthésiste-réanimateur dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention.

Dans le cadre de la chirurgie courante (*), hors urgence, chez des patients de plus de 3 ans et de moins de 55 ans, en l'absence d'antécédents pathologiques précis, de facteurs de risque, de prise de médicaments pouvant interférer avec l'anesthésie et/ou l'acte chirurgical, d'anomalies de l'examen clinique :

1. Il n'y a pas lieu de faire un ECG avant l'âge de 40 ans chez l'homme.

2. Il n'y a pas lieu de faire un ECG avant l'âge de 50 ans chez la femme.

3. Il n'y a pas lieu de faire une radiographie thoracique.

4. Il n'y a pas lieu de demander un dosage du cholestérol et des triglycérides.

5. Il n'y a pas lieu de demander un dosage des phosphatases alcalines, des gamma-glutamyl-transpeptidases, du protéinogramme (électrophorèse).

6. Il n'y a pas lieu de demander un ionogramme, ou une natrémie, et/ou une kaliémie, et/ou une réserve alcaline.

7. Il n'y a pas lieu de demander une fibrinémie.

8. Il n'y a pas lieu de demander un dosage de l'antithrombine III.

9. Il n'y a pas lieu de répéter des examens jugés nécessaires, s'ils ont déjà été effectués dans les trois mois précédents.

(*) Sont exclues de ce cadre les interventions de chirurgie lourde telles que neurochirurgie, chirurgie cardiaque et pulmonaire, chirurgie artérielle, chirurgie carcinologique (ORL, digestive, urologique, gynécologique), chirurgie hépato-biliaire, orthopédie lourde (prothèse totale, scoliose), polytraumatisme, chirurgie urologique de remplacement ou de reconstruction.

19. Lombosciatique commune

Ces références concernent la lombosciatique d'origine discale, pour laquelle la clinique constitue l'élément capital de la stratégie diagnostique et thérapeutique, comme de l'évaluation de la gravité et du suivi de l'évolution.

1. Il n'y a pas lieu de prescrire ou de pratiquer, en première intention, de discographie, de disco-tomodensitométrie, d'épiduro-tomodensitométrie, ou d'arthrographie articulaire postérieure.

2. Il n'y a pas lieu, dans les cas où la lombosciatique n'est ni hyperalgique, ni paralysante, ni avec syndrome de la queue de cheval, de prescrire ou de pratiquer d'examen d'imagerie (*) permettant la mise en évidence du conflit disco-radiculaire, sauf si la symptomatologie est persistante après un traitement d'épreuve d'au moins 4 semaines.

3.

(*) Radiographies standard exclues.

20. Mammographie et échographie mammaire en pratique courante

1. Il n'y a pas lieu de demander ou de pratiquer une échographie mammaire lorsque les seins sont entièrement radio-transparents et sans anomalie mammographique.

2. Il n'y a pas lieu, chez une patiente asymptomatique, même si elle présente des facteurs de risque de cancer du sein, de répéter une mammographie qui s'est révélée normale plus d'une fois l'an.

21. Prescription des anti-ulcéreux (*)

1. Il n'y a pas lieu d'associer simultanément deux anti-ulcéreux.

2. Il n'y a pas lieu, dans l'ulcère duodénal, de prolonger le traitement anti-ulcéreux à doses d'attaque (**), sauf en cas de persistance des symptômes.

3. Il n'y a pas lieu, dans l'ulcère duodénal, en cas d'éradication d'*Helicobacter pylori*, de prescrire un traitement anti-ulcéreux d'entretien.

4. Il n'y a pas lieu de prescrire des formes injectables d'anti-ulcéreux quand la voie orale est possible.

5. Il n'y a pas lieu, dans le traitement des hémorragies digestives hautes d'origine ulcéreuse, de prescrire les antisécrotoires à des doses supérieures aux posologies recommandées.

6. Suspendue.

(*) Anti-ulcéreux : ce vocable recouvre les différentes classes d'anti-ulcéreux tels qu'ils sont définis dans la fiche de transparence. Sont donc inclus : les inhibiteurs des récepteurs H2 à l'histamine, les inhibiteurs de la pompe à protons, les analogues des prostaglandines, le sucralfate, les anti-acides ayant l'indication de l'autorisation de mise sur le marché dans l'ulcère.

(**) La dose d'attaque est prescrite, selon les médicaments concernés, pendant quatre à huit semaines.

22. Prescription des vaso-actifs (*) dans l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs

1. Il n'y a pas lieu de prescrire un vaso-dilatateur ou un anti-ischémique dans l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, en l'absence de signes fonctionnels.

2. Il n'y a pas lieu d'associer deux vaso-dilatateurs et anti-ischémiques ou plus, dans le traitement de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs symptomatique.

(*) Il s'agit des spécialités regroupées sous le vocable vaso-dilatateurs et anti-ischémiques, dans les familles pharmacothérapeutiques citées dans le Vidal.

23. Immuno-histochimie en anatomie et cytologique pathologiques

- 1.
- 2.

24. Cholecystectomie chez l'adulte en dehors de la grossesse

- 1.
- 2.

25. Hystérectomie

1. Il n'y a pas lieu, en cas de fibrome asymptomatique, de procéder à une prise en charge thérapeutique médicale.

2.

26. Explorations et chirurgie du genou

1. Il n'y a pas lieu, dans les syndromes fémoro-patellaires sans instabilité, ni dysplasie, de réaliser d'autres explorations que l'examen clinique et les radios standards (*), sauf dans un cadre pré-opératoire.

- 2.
- 3.
- 4.

(*) L'examen radiologique de base doit comporter :

- des clichés comparatifs des genoux de face en position debout ;
- un cliché de profil strict, de préférence en faible flexion (20 à 30 %) ;
- une vue axiale des genoux à 30-45° de flexion, quadriceps décontractés ;
- éventuellement, la même vue axiale réalisée avec une rotation externe des pieds pour potentialiser une subluxation externe de la rotule.

27. Prothèse de hanche

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

28. Tumeurs cutanées

1. Il n'y a pas lieu, chez les patients ayant eu un carcinome cutané, baso ou spino-cellulaire au stade I (tumeur locale), de faire un suivi autre que clinique.

2. Il n'y a pas lieu de pratiquer l'exérèse systématique des naevus.

29. Acné

Ces références concernent le traitement de l'acné par voie générale.

1. Il n'y a pas lieu de prescrire une antibiothérapie dans l'acné purement rétentionnelle (comédons et microkystes).

2. Il n'y a pas lieu de prescrire de l'isotrétinoïne en dehors des acnés sévères nodulo-kystiques et conglobata et des acnés résistantes à un traitement classique (*).

3. Il n'y a pas lieu, du fait du risque tératogène, de débiter un traitement de l'acné par isotrétinoïne, sans avoir vérifié qu'il n'y a pas de grossesse en cours par un test qualitatif de grossesse et sans qu'un moyen efficace de contraception ait été instauré un mois avant le début du traitement.

4. Il n'y a pas lieu, du fait du risque tératogène, de poursuivre un traitement de l'acné par isotrétinoïne, sans avoir vérifié qu'il n'y a pas de grossesse en cours par un test qualitatif de grossesse répété tous les deux mois, et sans qu'un moyen efficace de contraception soit poursuivi.

5. Il n'y a pas lieu, du fait du risque tératogène, d'arrêter le moyen efficace de contraception avant la fin du premier mois suivant l'arrêt du traitement par isotrétinoïne (**).

6. Il n'y a pas lieu, dans le traitement de l'acné par isotrétinoïne, de pratiquer d'autres examens (***) que le dosage des transaminases, du cholestérol total et des triglycérides, qui doivent être pratiqués :

- avant traitement ;
- après un mois à posologie maximale ;
- régulièrement si le traitement est poursuivi chez les sujets à risques (****).

7. Il n'y a pas lieu, dans le traitement de l'acné, d'associer les cyclines à l'isotrétinoïne du fait du risque d'hypertension intracrânienne.

8. Il n'y a pas lieu, dans le traitement de l'acné, de prescrire l'isotrétinoïne à une dose inférieure à 0,5 mg/kg/jour – dose initiale optimale – ou supérieure à 1 mg/kg/jour.

9. Il n'y a pas lieu, dans le traitement de l'acné, d'administrer une dose cumulée de plus de 150 mg/kg d'isotrétinoïne par cure.

(*) L'AMM précise que l'acné est résistante après un traitement classique (traitement antibiotique en association avec des traitements locaux) d'au moins trois mois.

(**) Au terme de cette période, il conviendra de vérifier qu'il n'y a pas de grossesse en cours par un test qualitatif de grossesse pratiqué une semaine après la fin de la contraception c'est-à-dire cinq semaines après l'arrêt du traitement par isotrétinoïne.

(***) Sauf les examens nécessaires pour répondre aux conditions des références 3, 4, 5 et sauf comorbidité.

(****) Diabète, obésité, alcoolisme, troubles du métabolisme lipidique.

30. Examen électro-encéphalographique (EEG)

1. Il n'y a pas lieu de répéter l'EEG en l'absence de modification du contexte clinique, dans les céphalées chroniques, les vertiges isolés, le suivi d'une détérioration mentale, d'un traumatisme crânien simple, d'une affection dégénérative ou des troubles psychiatriques non lésionnels, en particulier les troubles chroniques de l'humeur.

2. Il n'y a pas lieu de pratiquer un EEG chez le nourrisson, en présence d'un premier épisode de convulsion fébrile simple.

3. Il n'y a pas lieu, lors de la surveillance et en l'absence de modifications du syndrome clinique ou électrique, de répéter l'EEG à un rythme supérieur à un par an :

- en cas d'épilepsie bénigne de l'enfant ;
- en cas d'épilepsie à crises rares ou non invalidantes ;
- en cas d'épilepsie contrôlée de façon satisfaisante par le traitement médical.

31. Prescription des neuroleptiques

1. Il n'y a pas lieu d'administrer d'emblée, à titre préventif, des correcteurs anticholinergiques lors de la mise en route d'un traitement neuroleptique, sauf chez les malades à risques (personnes âgées, antécédents de syndrome parkinsonien...).

2. Il n'y a pas lieu, du fait des dangers potentiels (augmentation du risque des effets secondaires atropiniques), d'associer deux correcteurs anticholinergiques.

3. Il n'y a pas lieu, dans le traitement d'entretien de la psychose, d'associer deux neuroleptiques, même s'ils sont à polarité distincte, sauf si leur prescription est argumentée et périodiquement réévaluée.

32. Suivi du traitement des psychoses maniaco-dépressives

1. Il n'y a pas lieu d'entreprendre un traitement prophylactique par le lithium (*), sauf chez les malades ayant un trouble maniaco-dépressif bipolaire ou unipolaire et des états schizo-affectifs.

2. Il n'y a pas lieu, pour la surveillance d'un traitement par le lithium (*), de pratiquer à titre systématique d'autres examens biolo-

giques que la lithiémie et la créatininémie et, une fois par an, le contrôle de la TSH ultrasensible.

3. Il n'y a pas lieu, pour la surveillance d'un traitement par la carbamazépine, de pratiquer à titre systématique d'autres examens biologiques que la surveillance des taux plasmatiques, un hémogramme et un bilan hépatique.

(*) Cette référence concerne le lithium à posologie antipsychotique.

33. Laser en ophtalmologie

- 1.
- 2.
- 3.

34. Implants cristalliniens

- 1.
- 2.

35. Endartérectomie

- 1.

36. Chirurgie de la surdité

- 1.

37. Aérateurs transtympaniques (ATT)

- 1.
- 2.
- 3.

38. Indications des explorations dans le diagnostic et le suivi du reflux gastro-œsophagien (RGO) du nourrisson et de l'enfant

Ces références s'appliquent aux RGO primaires (*):

1. Il n'y a pas lieu de pratiquer d'investigation préalablement à la mise en route du traitement en cas de RGO non compliqué (histoire typique, développement staturo-pondéral normal).

2. Il n'y a pas lieu de pratiquer – en dehors de l'exploration du malaise du nourrisson – d'enregistrement du pH œsophagien en cas de RGO cliniquement évident, même compliqué, lorsque les complications peuvent lui être attribuées.

3. Il n'y a pas lieu de contrôler par une pHmétrie œsophagienne un RGO qui répond au traitement médical ou qui a guéri spontanément après l'âge de la marche.

(*) A l'exclusion des RGO secondaires, se manifestant par des vomissements récurrents au cours d'affections très diverses (infections chroniques, insuffisances cardiaques, maladies métaboliques et neuro-musculaires, allergies alimentaires, erreurs diététiques, affections chirurgicales telles que la sténose du pylore...).

39. 40. 41. Dysmorphoses dento-maxillo-faciales

1. Il n'y a pas lieu d'effectuer un examen par tomodontométrie et en première intention, dans le bilan radiographique des dents incluses.

2. Il n'y a pas lieu, au cours de la surveillance d'un patient devant éventuellement avoir un traitement orthodontique, ou une reprise de traitement orthodontique, de répéter un examen téléradiographique plus d'une fois par an.

- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

42. Traitement de l'adénome prostatique

1. Il n'y a pas lieu, chez un homme sans antécédents urologiques et n'ayant d'autres symptômes que ceux d'une hypertrophie prostatique bénigne non compliquée, d'effectuer en première intention une urographie intra-veineuse.

2. Il n'y a pas lieu d'utiliser l'association de deux médicaments ou plus, pour traiter les troubles mictionnels de l'hypertrophie prostatique bénigne.

- 3.
- 4.

43. Traitement du cancer de la prostate

1. Il n'y a pas lieu de commencer le traitement d'un cancer localisé (*) de la prostate, sans un diagnostic certain, affirmé par un examen anatomo-pathologique.

- 2.

- 3.
- 4.

(*) Cancer de stade T1-2, NO, MO de la classification TNM (version 1992).

44. Epreuves fonctionnelles respiratoires (EFR)

- 1.

45. Vaso-dilatateurs, anti-ischémiques et vasculo-protecteurs, veinotoniques (*), dans la symptomatologie d'une insuffisance circulatoire cérébrale

L'insuffisance circulatoire cérébrale recouvre les troubles circulatoires aigus – infarctus cérébraux, accidents ischémiques transitoires – et certaines manifestations centrales et sensorielles réputées ischémiques, dénommées traditionnellement insuffisance circulatoire cérébrale chronique. Cependant, les données physiopathologiques indiquent que les situations d'insuffisance circulatoire cérébrale chronique sont exceptionnelles.

Sont exclus du champ de ce thème la pathologie du vieillissement cérébral autre que vasculaire, les troubles sensoriels isolés, les vertiges et les manifestations ophtalmologiques du vieillissement.

1. Il n'y a pas lieu de prescrire de médicament appartenant à la famille des « vaso-dilatateurs et anti-ischémiques » dans la prévention des accidents vasculaires cérébraux, ou dans leur traitement à la phase aiguë ou de récupération des séquelles (**).

2. Il n'y a pas lieu de prescrire plus d'un médicament appartenant à la famille des « vaso-dilatateurs et anti-ischémiques » (***).

3. Il n'y a pas lieu de prescrire de médicament appartenant à la famille des « vasculo-protecteurs et veinotoniques » dans la prévention des accidents vasculaires cérébraux, ou dans leur traitement, quelle que soit la phase – aiguë ou de récupération – des séquelles.

4. Il n'y a pas lieu de prescrire de médicament appartenant à la famille des « vasculo-protecteurs et veinotoniques » dans l'insuffisance circulatoire cérébrale chronique.

(*) Il s'agit des spécialités regroupées sous les vocables, d'une part, « vaso-dilatateurs et anti-ischémiques », d'autre part, « vasculo-protecteurs et veinotoniques », dans les familles pharmacothérapeutiques citées dans le Vidal.

(**) Hormis les médicaments ayant l'indication par leur autorisation de mise sur le marché.

(***) Le bénéfice de leur association n'étant pas établi et compte tenu du risque d'effet indésirable.

46. Veinotropes (*) dans l'insuffisance veineuse des membres inférieurs

Le thème recouvre les veinotropes à indications phlébologiques. En sont exclus les indications proctologiques, gynécologiques, ophtalmologiques, le lymphoedème post-mastectomie.

1. Il n'y a pas lieu de prescrire de veinotrope dans l'insuffisance veineuse des membres inférieurs, en l'absence de symptomatologie fonctionnelle (jambes lourdes, douleurs, impatience de primo-décubitus).

2. Il n'y a pas lieu de prescrire de veinotrope en présence de maladie variqueuse asymptomatique.

3. Il n'y a pas lieu de prescrire de veinotrope pendant plus de trois mois, sauf en cas de réapparition de la symptomatologie fonctionnelle, après l'arrêt du traitement.

4. Il n'y a pas lieu d'associer plusieurs spécialités veinotropes dans l'insuffisance veineuse des membres inférieurs.

(*) Il s'agit des spécialités à tropisme veineux regroupées sous le vocable « vasculo-protecteurs et veinotoniques », dans les familles pharmacothérapeutiques citées dans le Vidal.

47. Médicaments anti-dépresseurs

Le traitement médicamenteux d'un patient déprimé n'est qu'un aspect de sa prise en charge, qui comporte d'autres mesures thérapeutiques (psychothérapies interpersonnelles, psychothérapies comportementales,...) et la prise en compte de facteurs sociaux.

Sont exclus de ce thème : les troubles paniques avec ou sans agoraphobie, les troubles obsessionnels compulsifs, l'énurésie de l'enfant, les algies rebelles.

1. Il n'y a pas lieu d'associer systématiquement, en début de traitement, à un anti-dépresseur :

- un anxiolytique ;
- ou un hypnotique ;
- ou un thymo-régulateur ;
- ou un neuroleptique.

Si l'importance de l'anxiété, de l'insomnie, de l'agitation, du risque de levée d'inhibition justifie une coprescription, celle-ci doit être brève et rapidement réévaluée.

2. Il n'y a pas lieu de prescrire en première intention plus d'un anti-dépresseur à doses anti-dépressives, lors de la mise en route du traitement d'un état dépressif.

3. Il n'y a pas lieu de poursuivre un traitement anti-dépresseur plus de six mois, après l'obtention de la rémission complète (*) de l'épisode dépressif, sauf en cas d'antécédents d'épisodes dépressifs majeurs caractérisés récurrents et rapprochés.

(*) Rémission complète = période durant laquelle est observée une amélioration d'une qualité suffisante pour que le patient soit considéré comme asymptomatique.

48. Hypolipémiants

1. Il n'y a pas lieu d'instaurer une prise en charge thérapeutique en cas d'hyperlipidémie sans confirmation de l'anomalie lipidique.

2. Il n'y a pas lieu de prescrire des médicaments hypolipémiants dans les hypercholestérolémies secondaires (*) ou iatrogènes, sans traiter la maladie causale ou arrêter le traitement responsable.

3. Il n'y a pas lieu de prescrire des médicaments hypolipémiants au cours de la grossesse, sauf en cas d'hypertriglycéridémie majeure.

4. Il n'y a pas lieu de prescrire de médicaments hypolipémiants en prévention primaire (**), sauf si la diététique hypocholestérolémiante, effectivement menée pendant trois à six mois, se révèle inefficace ; les hypercholestérolémies majeures familiales ne sont pas concernées.

5. Il n'y a pas lieu d'instaurer un traitement hypolipémiant en prévention primaire chez les personnes âgées de plus de soixante-dix ans, sauf en cas d'hyperlipidémies sévères et en présence d'un autre facteur de risque vasculaire.

6. Il n'y a pas lieu d'associer plusieurs hypocholestérolémiants de la même classe pharmacologique.

7. Il n'y a pas lieu d'associer statine et fibrate, en raison du risque d'addition des effets indésirables, notamment musculaires, sauf en cas d'hyperlipidémies sévères non contrôlées et associées à un risque vasculaire élevé.

8. Il n'y a pas lieu, en cas d'hypertriglycéridémie isolée non accompagnée de diabète ou d'HDL bas, de prescrire un hypolipémiant, sauf si le taux de triglycérides se maintient au-dessus de 4 g/l à jeun malgré des mesures diététiques spécifiques pour réduire le risque de survenue d'une pancréatite aiguë (***).

9.

(*) Dyslipidémies secondaires survenant au cours du diabète, de l'hypothyroïdie, du syndrome néphrotique...

(**) Le terme de prévention primaire est utilisé en l'absence d'affection coronaire et celui de prévention secondaire, chez les malades ayant déjà eu une affection coronaire.

(***) Entre 2 et 4 g/l à jeun il convient de prodiguer des conseils hygiéno-diététiques.

49. L'antibioprophylaxie en chirurgie

- 1.
- 2.

50. Insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs (IVC)

L'IVC regroupe les manifestations cliniques (signes fonctionnels et complications cutanées) liées à la stase veineuse induite par toute perturbation du retour veineux des membres inférieurs. Ses causes les plus connues sont les varices essentielles et les séquelles de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs.

1. Il n'y a pas lieu, pour poser le diagnostic d'une IVC mineure (*) ou pour la soumettre à un traitement médical ou de sclérothérapie, de faire appel à d'autres données que celles de l'interrogatoire, de l'examen clinique et du doppler continu, sauf dans certains cas avant sclérothérapie, où l'échodoppler est utile (**).

2. Il n'y a pas lieu, si la chirurgie est envisagée pour des varices essentielles non compliquées, ou pour une IVC mineure, de pratiquer d'autres explorations que le doppler continu et l'échodoppler.

3. Il n'y a pas lieu, si la chirurgie est envisagée en présence d'une IVC modérée ou sévère (***), ou de récurrence de varices, de pratiquer en première intention d'autres explorations qu'un échodoppler.

4. Il n'y a pas lieu, pour surveiller une IVC stabilisée, quelle que soit la thérapeutique instaurée, de pratiquer d'autre surveillance que clinique.

(*) IVC mineure (classes 0 et 1) = asymptomatique ($\pm$ varices) ou avec des signes fonctionnels ($\pm$ varicosités malléolaires ou plantaires, $\pm$ œdème vésical de cheville, $\pm$ piqueté de dermite à la cheville).

(**) Cas de reflux siégeant dans la région poplitée ou quand le doppler continu est insuffisant pour déterminer un reflux saphène interne ou pour s'assurer de l'absence de séquelle d'une thrombose veineuse profonde.

(***) IVC modérée et sévère (classes 2 et 3) = présence de troubles trophiques manifestes (dermo-hypodermite, hypodermite, ulcères ouverts ou cicatrisés).

51. Stérilité du couple

1. Il n'y a pas lieu de prescrire ou de pratiquer des explorations, pour un bilan de stérilité, chez un couple ayant des rapports sexuels réguliers sans méthode contraceptive depuis moins d'un an, sauf si la femme a plus de trente-cinq ans ou a des troubles du cycle patents, ou s'il existe une pathologie de l'appareil génital connue ou suspectée chez l'homme ou la femme.

2. Il n'y a pas lieu, en l'absence de signes cliniques évocateurs d'une cause précise de stérilité, de prescrire ou de pratiquer d'autres investigations, avant de disposer des résultats des examens suivants : établissement d'une courbe de température, étude de la glaire et pratique d'un test post-coïtal de Huhner, spermogramme et spermocytogramme, contrôle des sérodiagnostics de toxoplasmose, rubéole, *Chlamydiae trachomatis*.

3.

4.

5. Il n'y a pas lieu d'utiliser un médicament hypo-prolactinémiant en l'absence d'hyperprolactinémie.

6. Il n'y a pas lieu de prescrire un traitement inducteur en cas de taux de FSH franchement et constamment augmenté.

7.

52. Hématologie en pratique courante

Carence martiale

1. Il n'y a pas lieu, pour dépister une carence martiale, de prescrire simultanément un dosage de fer sérique et la ferritinémie (*).

2. Il n'y a pas lieu de prescrire un dosage de fer sérique, en présence d'une ferritinémie basse.

3. Il n'y a pas lieu, en cas d'anémie hypochrome microcytaire par carence martiale, de demander :

- une numération des réticulocytes ;
- un médullogramme.

4. Il n'y a pas lieu de demander en première intention, devant une anémie microcytaire (**), une électrophorèse de l'hémoglobine à la recherche d'une β thalassémie hétérozygote, sans s'être assuré de l'absence de carence martiale.

5. Il n'y a pas lieu de prescrire la voie parentérale pour traiter une carence martiale, en raison du risque d'effets indésirables, sauf dans les cas où la voie orale est impossible ou inadaptée (malabsorption sévère).

6. Il n'y a pas lieu de prescrire par voie orale une forme galénique de fer destinée à la voie parentérale.

(*) Le dosage de la ferritine sérique est le test le plus sensible et le plus spécifique sauf s'il existe un syndrome inflammatoire où une ferritinémie normale n'exclut pas une carence martiale.

(**) L'anémie microcytaire est définie par :

- un abaissement de l'hémoglobine (< 130 g/l chez l'homme, < 120 g/l chez la femme non enceinte, < 110 g/l chez la femme enceinte ; chez l'enfant : < 135 g/l à la naissance, < 110 g/l jusqu'à 6 ans, < 120 g/l entre 6 et 14 ans) ;
- une diminution du volume globulaire moyen (VGM) (< 70 μ 3 avant 2 ans, < 73 μ 3 entre 2 et 6 ans, < 80 μ 3 entre 6 et 14 ans et chez l'adulte).

53. Asthme

1. Il n'y a pas lieu de répéter des tests d'hyperactivité bronchique non spécifique dans l'asthme, hormis le cas particulier des asthmes professionnels.

2. Il n'y a pas lieu de pratiquer un bilan allergologique initial systématique dans l'asthme, sauf chez l'enfant.

3. Il n'y a pas lieu de pratiquer des tests microbiens ou utilisant des extraits non standardisés dans l'exploration de l'asthme à composante allergique.

4. Il n'y a pas lieu de pratiquer des tests cutanés à lecture semi-retardée, ou retardée dans l'exploration de l'asthme à composante allergique.

5. Il n'y a pas lieu de pratiquer de manière systématique, devant des tests allergologiques positifs, une immunothérapie spécifique de désensibilisation dans l'asthme.

6. Il n'y a pas lieu d'utiliser l'immunothérapie spécifique, sauf dans certaines situations (*).

7. Il n'y a pas lieu de pratiquer des tests allergologiques pour suivre l'efficacité d'une immunothérapie spécifique dans l'asthme.

8. Il n'y a pas lieu d'instituer une corticothérapie orale au long cours chez un asthmatique, sauf en cas d'échec de l'association de la corticothérapie inhalée à fortes doses et des deux mimétiques longue action et à condition de l'associer à ceux-ci.

(*) L'immunothérapie spécifique concerne une minorité de patients soigneusement sélectionnés, quand les conditions suivantes sont réunies :

- il existe un facteur allergique déclenchant confirmé par la confrontation de l'histoire clinique et des tests allergologiques ;
- l'éviction ou l'évitement de cet allergène s'avère impossible ;
- un traitement médicamenteux est en cours, au palier thérapeutique correspondant à la sévérité de la maladie (l'immunothérapie spécifique peut être associée mais ne doit pas être substituée à ce traitement) ;
- ce traitement adapté ne permet pas une maîtrise suffisante de la maladie.

54. Techniques invasives dans l'insuffisance coronaire

Coronarographie

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

(*)
(**)

55. Appendicite

- 1.

*

56. Sérologie de l'hépatite virale

L'hépatite aiguë est définie par une élévation (généralement supérieure à 10 fois les valeurs normales) des transaminases, éventuellement précédée d'un syndrome pré-ictérique. Le diagnostic d'hépatite aiguë virale est plus facilement évoqué devant un syndrome typique. Les hépatites aiguës à virus de l'hépatite A, B et C sont souvent asymptomatiques ou peu symptomatiques. Elles doivent être distinguées des autres causes d'élévation des transaminases qui sont par ordre de fréquence décroissante : l'angiocholite, généralement accompagnée de fièvre et de symptômes abdominaux, les hépatites médicamenteuses, les hépatites toxiques (en particulier alcoolique) et l'élévation des transaminases consécutive à une insuffisance cardiaque.

Aussi, la recherche des marqueurs sérologiques des hépatites doit-elle être discutée en fonction des notions cliniques, de l'interrogatoire, des données épidémiologiques et des résultats des examens biologiques.

La qualité des tests sérologiques doit être indiscutable.

L'évolution vers la chronicité concerne 5 à 10 % des cas d'hépatite B et près de 50 % des cas d'hépatite C.

Il n'existe pas d'hépatite chronique A.

1. Il n'y a pas lieu, devant une hépatite aiguë (cytolyse aiguë), d'origine probablement virale, de prescrire ou de pratiquer d'autres examens sérologiques que l'IgM VHA, l'Ag HBs et les IgM anti-HBc, les Ac anti-VHC.

2. Il n'y a pas lieu, pour suivre une hépatite aiguë A dont la surveillance s'appuie sur les seules transaminases, de prescrire ou de pratiquer des examens sérologiques sauf fait clinique particulier (hépatite prolongée ou à rechute...).

3. Il n'y a pas lieu, pour suivre une hépatite aiguë B, mis à part la surveillance des transaminases et du taux de prothrombine en fonction du tableau clinique, de prescrire ou de pratiquer d'autres examens sérologiques qu'une recherche de l'Ag HBs et de l'Ac anti-HBs, entre trois et six mois après l'épisode aigu.

4. Il n'y a pas lieu, lors d'une suspicion d'hépatite chronique virale (élévation chronique des transaminases ALAT définie par des valeurs supérieures à la normale pendant plus de six mois, généralement dans un contexte clinique évocateur), de prescrire ou de prati-

quer en première intention d'autres recherches que celles de l'Ag HBs et des Ac anti-VHC.

5. Il n'y a pas lieu, chez les patients atteints d'hépatite chronique B ou d'infection chronique par le VHB et non traités, de rechercher des marqueurs e (Ag HBe, Ac anti-HBe) et l'ADN viral plus d'une fois par an, sauf incident particulier (réascension des transaminases, apparition de signes faisant craindre une réactivation, ...).

6. Il n'y a pas lieu de répéter la recherche des Ac anti-VHC pour surveiller l'évolution d'une hépatite chronique C diagnostiquée.

7. Il n'y a pas lieu de rechercher à la naissance et pendant la première année de la vie les Ac anti-VHC chez un enfant né de mère positive pour le VHC.

8. Il n'y a pas lieu de rechercher des marqueurs de l'infection par le virus de l'hépatite Delta, sauf chez les sujets Ag HBs positifs.

57. Oxygénothérapie à long terme (OLT) chez les insuffisants respiratoires chroniques

L'OLT consiste en l'inhalation quotidienne, au moins quinze heures par jour, pour une durée supérieure à trois mois d'un air enrichi en oxygène, en général par voie nasale et à un débit permettant de maintenir la PaO₂ supérieure à 60 mmHg, ou une saturation en O₂ supérieure ou égale à 90 %.

Elle s'adresse aux insuffisants respiratoires chroniques, c'est-à-dire aux malades ayant une maladie pulmonaire chronique associée à une hypoxémie permanente.

L'oxygénothérapie prescrite dans le cadre de traitements de courte durée (moins de trois mois) n'entre pas dans le cadre de ce thème.

1. Il n'y a pas lieu de prescrire une OLT si la permanence de l'hypoxémie n'a pas été affirmée par deux mesures concordantes des gaz du sang artériel, séparées par une période d'au moins trois semaines.

2. Il n'y a pas lieu de prescrire une OLT chez un patient ayant une broncho-pneumopathie chronique obstructive si, à distance d'un épisode aigu, la PaO₂ est supérieure à 55 mmHg. Cette limite peut être élargie à 60 mmHg dans les situations suivantes :

- polyglobulie (hématocrite supérieur à 55 %) ;
- hypertension artérielle pulmonaire (avec pression artérielle pulmonaire moyenne supérieure ou égale à 20 mmHg) ;
- désaturation artérielle nocturne non apnéique ;
- signes cliniques de cœur pulmonaire chronique.

3. Il n'y a pas lieu de prescrire une OLT sans indiquer le mode d'administration, la durée quotidienne et le débit de l'oxygénothérapie.

4. Il n'y a pas lieu de prescrire une oxygénothérapie de déambulation à un patient qui se trouve dans l'incapacité de déambuler et/ou dont la mobilité n'est pas améliorée à l'effort sous oxygène et/ou qui est dans l'incapacité de comprendre ou d'accepter l'utilisation du matériel.

5. Il n'y a pas lieu de surveiller les gaz du sang artériel en air ambiant ou sous oxygène, chez un malade cliniquement stable sous OLT, plus de deux à quatre fois par an.

58. Masso-kinésithérapie

Dans les lombalgies communes :

Les méthodes de masso-kinésithérapie dites à effet antalgique direct sont le plus souvent perçues comme sédatives par le patient, notamment le massage et le réchauffement local. Il n'existe cependant aucune preuve de leur efficacité durable dans le traitement de la lombalgie chronique.

Les méthodes dites à effet antalgique direct ne sont qu'adjuvantes et ne doivent donc pas résumer la séance de masso-kinésithérapie.

Les soins de masso-kinésithérapie ne peuvent qu'être prescrits après une évaluation médicale orientant vers des objectifs thérapeutiques précis et qui seront pris en compte dans l'appréciation des résultats.

1. Il n'y a pas lieu, dans la lombalgie aiguë (*), de prescrire des séances de rééducation fonctionnelle.

2. Il n'y a pas lieu de prescrire en première intention, plus de quinze séances de masso-kinésithérapie dans la lombalgie chronique.

(*) La lombalgie aiguë est définie par une douleur évoluant depuis moins de trois mois et dont l'intensité est telle que l'activité quotidienne personnelle ou professionnelle ne peut être maintenue au même niveau.

Dans les suites de ménisectomie :

La RMO ne porte que sur les ménisectomies (interne ou externe) arthroscopiques isolées, non associées à d'autres gestes chirurgicaux, sans laxité du genou opéré centrale ou latérale, et en l'absence de signe radiologique d'arthrose.

3. Il n'y a pas lieu, en l'absence de complication, de prescrire plus de quinze séances de masso-kinésithérapie, à réaliser précocement.

ment dans les trois mois qui suivent une ménisectomie arthroscopique.

Dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées :

L'absence d'objectifs fonctionnels précis ne permet pas de proposer des soins de masso-kinésithérapie pour la conservation de l'activité ambulatoire de la personne âgée.

4. Il n'y a pas lieu de prescrire en première intention, pour la conservation de l'activité ambulatoire de la personne âgée, plus de quinze séances de masso-kinésithérapie. L'évaluation de la progression ou de la stagnation par rapport aux objectifs fixés et une réévaluation des objectifs, le cas échéant, conduiront alors à estimer utile ou non une nouvelle prescription.

Dans le syndrome fémoro-patellaire :

Le syndrome fémoro-patellaire est caractérisé par la douleur de la face antérieure du genou majorée par les contraintes imposées à l'appareil extenseur : descente d'escaliers, position assise prolongée, accroupissement. A cette douleur peuvent s'associer les épisodes de dérochements ou de faux blocages du genou. La définition du syndrome fémoro-patellaire est symptomatique et fonctionnelle.

Ont été exclus du cadre de ce thème les syndromes fémoro-patellaires opérés et les syndromes fémoro-patellaires survenant sur des antécédents de luxation vraie de la rotule.

Ont été exclues du champ d'application de ce thème les techniques de physiothérapie, quelles qu'en soient les modalités.

5. Il n'y a pas lieu de prescrire des séances de masso-kinésithérapie dans les syndromes fémoro-patellaires :

- post-traumatiques contusifs, au cours de la phase aiguë ;
- avec épanchement, tant que celui-ci persiste ;
- dus à des ostéochondrites.

6. Il n'y a pas lieu de prescrire, en première intention, dans le syndrome fémoro-patellaire, plus de quinze séances de rééducation, à raison de deux à trois séances par semaine.

7. Il n'y a pas lieu de prescrire plus de trente séances de masso-kinésithérapie dans l'année pour syndrome fémoro-patellaire.

59. Examens biologiques au cours de la grossesse

Surveillance biologique de la femme enceinte en bonne santé et sans antécédents pathologiques

1. Il n'y a pas lieu, pour le suivi d'une grossesse qui se déroule normalement, chez une femme sans antécédents précis, sans facteurs de risque, sans terrain pathologique et sans signes d'appel cliniques ou biologiques, de prescrire d'autres examens que les examens rendus obligatoires par la loi.

2. Il n'y a pas lieu, sauf lorsqu'il existe des facteurs de risque d'infection urinaire (*), de rechercher par un ECBU une bactériurie asymptomatique, l'ECBU ne devant être prescrit qu'en présence, à la bandelette, d'une protéinurie et/ou nitriturie et/ou leucocyturie et/ou hématurie ; l'utilisation des bandelettes suppose le respect des délais de péremption, des conditions de conservation et d'utilisation indiquées par le fabricant.

(*) Antécédents d'infection urinaire (pyélonéphrites aiguës ou infections basses à répétition), antécédents d'uropathie (lithiases), antécédents de néphropathies (glomérulonéphrites ou néphrites interstitielles), diabète, ...

60. Endoscopies digestives basses (*)

1. Il n'y a pas lieu de demander ou de pratiquer en première intention une coloscopie totale, sauf devant :

- des symptômes évoquant des troubles fonctionnels intestinaux apparus après l'âge de cinquante ans ;
- des signes cliniques suggérant une pathologie organique intestinale ;
- ou en présence de sang occulte dans les selles ;
- ou chez un patient à haut risque (**) de cancer colo-rectal.

2. Il n'y a pas lieu de répéter les explorations morphologiques (***) coliques en l'absence de modification de la symptomatologie clinique et/ou de signe clinique suggérant une pathologie organique.

3. Il n'y a pas lieu de demander ou de pratiquer, en première intention, une opacification radiologique du côlon, sauf dans les situations suivantes :

- contre-indication à la coloscopie ;
- suspicion de perforation ou de fistule ;
- suspicion de sigmoïdite diverticulaire ;
- suspicion d'obstruction ;
- période post-opératoire précoce.

4. Il n'y a pas lieu, après exérèse de polypes hyperplasiques, de demander ou de pratiquer une coloscopie totale, ni dans le cadre

d'une surveillance, ni pour compléter systématiquement un examen initial, s'il a consisté en une rectoscopie ou une rectosigmoïdoscopie.

5. Il n'y a pas lieu de pratiquer une coloscopie totale de contrôle plus d'une fois tous les trois ans puis, si l'examen est négatif, plus d'une fois tous les cinq ans, après exérèse de polype adénomateux, en dehors des syndromes de Lynch, de la polyposse adénomateuse familiale et des polypes dégénérés.

(*) Il est impératif de mettre en œuvre entre chaque examen une procédure de désinfection conforme aux normes édictées.

(**) Haut risque = antécédent familial au premier degré (mère, père, frère, sœur) de cancer colo-rectal.

(***) Opacification radiologique ou endoscopie digestive basse.

RÉFÉRENCES MÉDICALES OPPOSABLES POUR LES GÉNÉRALISTES

INDICES DE GRAVITÉ OU D'INUTILITÉ MÉDICALE ET INCIDENCE FINANCIÈRE DES RÉFÉRENCES

THÈME	RÉFÉRENCE	INDICE médical	INCIDENCE financière
1	1	1	1
	2	1	1
	4	1	1
	5	1,5	1
	6	1,5	1
	7	1,5	1
	8	1,5	1
	9	1,5	1
	10	1,5	1
	11	1,5	1
2	1	1	1,25
	2	1	1,25
	3	1	1,25
	4	1	1
	5	1	1
3	1	1	1,5
	2	1	1,5
4	1	1	1
	2	1	1
	3	1	1
	4	1	1
	5	1	1
5	1	1	1
	2	1	1
	3	1	1
	4	1	1
6	2	1	1
	3	1	1,25
	4	1	1,25
	5	1	1,25
	6	1	1,25
	7	1	1,25
	8	1	1
	9	1	1,25
	10	1	1,25
	11	1	1
7	1	1	1
	2	1	1
8	1	1	1,5
	2	1	1,25
	3	1	1
	4	1	1
	5	1	1,25
	6	1,5	1
	7	1,5	1
	8	1,5	1
	9	1	1
	10	1	1

THÈME	RÉFÉRENCE	INDICE médical	INCIDENCE financière
9	1	1	1,25
10	1	1	1,25
	2	1	1,25
	3	1	1,25
	4	1	1,25
11	3	1	1,25
	4	1	1,5
	6	1	1,5
12	1	1	1
13	1	1	1,25
	2	1	1,25
	3	1	1,25
	4	1	1,25
14	1	1	1,25
	2	1	1,5
	3	1	1
	4	1	1,25
	5	1	1,5
15	1	1	1
	2	1	1
	3	1	1
	4	1	1
	5	1	1
6	1	1	1
	2	1	1
17	1	1	1,25
	2	1	1,25
18	1	1	1,25
	2	1	1,25
	3	1	1
	4	1	1
	5	1	1
	6	1	1
	7	1	1
	8	1	1,25
	9	1	1,25
19	1	1	1,5
	2	1	1,5
20	1	1	1,25
	2	1	1,25
21	1	1	1,25
	2	1	1,25
	3	1	1,25
	4	1	1,25
	5	1	1,25
22	1	1	1,25
	2	1	1,25
25	1	1	1
26	1	1	1
28	1	1	1
	2	1	1
29	1	1	1
	2	1	1,25
	3	1,5	1

	4	1,5	1
	5	1,5	1
	6	1	1
	7	1,5	1,25
	8	1	1
	9	1	1,25
30	1	1	1
	2	1	1
	3	1	1
31	1	1	1
	2	1,5	1
	3	1	1
32	1	1	1,5
	2	1	1
	3	1	1
38	1	1	1,25
	2	1	1,25
	3	1	1,25
39 + 40 + 41	1	1	1,5
	2	1	1
42	1	1	1
	2	1	1
43	1	1,5	1,5
45	1	1	1,25
	2	1	1,25
	3	1	1,25
	4	1	1,25
46	1	1	1
	2	1	1
	3	1	1
	4	1	1
47	1	1	1
	2	1	1
	3	1	1,25
48	1	1	1,25
	2	1	1,25
	3	1,5	1,25
	4	1	1,25
	5	1	1,25
	6	1	1,25
	7	1	1,25
	8	1	1,25
50	1	1	1,25
	2	1	1,25
	3	1	1,25
	4	1	1,25
51	1	1	1,25
	2	1	1,25
	4	1,5	1,25
	5	1	1,25
	6	1	1,25
52	1	1	1
	2	1	1
	3	1	1
	4	1	1
	5	1	1
	6	1	1

THÈME	RÉFÉRENCE	INDICE médical	INCIDENCE financière
53	1	1	1,25
	2	1	1,25
	3	1	1,25
	4	1	1,25
	5	1	1,25
	6	1	1,25
	7	1	1,25
	8	1	1,25
56	1	1	1,25
	2	1	1,25
	3	1	1,25
	4	1	1,25
	5	1	1,25
	6	1	1,25
	7	1	1,25
	8	1	1,25
57	1	1	1,5
	2	1	1,5
	3	1	1,5
	4	1	1,5
	5	1	1,25
58	1	1	1,25
	2	1	1,25
	3	1	1,25
	4	1	1,25
	5	1	1,25
	6	1	1,25
	7	1	1,25
59	1	1	1
	2	1	1
60	1	1	1,5
	2	1	1,5
	3	1	1,5
	4	1	1,5
	5	1	1,5

ANNEXE II

MISSIONS ET RÈGLES DE FONCTIONNEMENT
DES INSTANCES CONVENTIONNELLES

I. - LES MISSIONS

A. - Les instances nationales

Article 1^{er}*Commission conventionnelle paritaire nationale*

Les Parties signataires représentées paritairement au sein de la CCPN exercent leur rôle de décision, d'impulsion et de coordination en assurant le suivi des différents aspects de la vie conventionnelle et la conduite des études nécessaires aux adaptations à lui apporter. Elles mettent en place, à cette fin, les groupes de travail qu'elles jugent nécessaires.

a) Il incombe à la CCPN, en particulier, d'élaborer tous les avenants et annexes nécessaires à la mise en œuvre et à l'application de la convention dans les conditions prévues par l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Elle les soumet à la signature des parties signataires de la convention.

Ainsi :

- elle élabore l'annexe annuelle visée par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 et ce conformément aux modalités qu'elle fixe ;
- elle soumet aux Parties signataires, sur proposition du CMPN, les thèmes de recommandations et de références qui doivent être transmis à l'ANAES ou à l'Agence du médicament ;
- elle soumet aux Parties signataires, sur proposition du CMPN, parmi les références médicales élaborées par l'ANAES et l'Agence du médicament celles à rendre opposables aux médecins et détermine dans les mêmes conditions, les critères d'opposabilité.

b) Par ailleurs, elle exerce son pouvoir de décision sur l'ensemble de son champ de compétences. A ce titre, il lui incombe notamment :

- de déterminer, sur proposition du CPNFMF, les orientations nationales de la FMC conventionnelle ;
- d'analyser les bilans annuels d'activité des instances conventionnelles locales envoyés par les CCPL et ceux préparés par le CMPN et le CPNFMF ;
- de fixer sur proposition du CMPN les actions prioritaires types parmi les actions thématiques concertées prévues au chapitre III de la convention ;
- d'assurer le suivi trimestriel de l'évolution des dépenses médicales, notamment à partir des constats réalisés au niveau local ;
- de prendre toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances locales ;
- d'émettre un avis destiné aux CCPL sur les équivalences de titres présentés par les praticiens dans le cadre de l'application des textes conventionnels concernant le secteur à honoraires différents.

Les décisions que prend la CCPN dans le cadre du b ci-dessus sont adoptées en formation paritaire à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés, le nombre et la répartition des sièges au sein de chaque section s'effectuant selon les modalités définies pour le CMPN.

Article 2

Comité médical paritaire national

Il est institué un CMPN dont les attributions sont définies ci-après :

1. En qualité de conseiller médical de la CCPN, le Comité médical paritaire national donne un avis sur les actions ou projets qu'elle lui soumet ;
2. Il assure un rôle de conseil, de coordination, de proposition et d'information auprès des CMPL ;
3. Il exerce par ailleurs les missions qui lui sont confiées dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses et à ce titre :
 - propose les thèmes des recommandations de bonne pratique et des références médicales à la CCPN ;
 - propose à la CCPN la liste des références médicales opposables ;
 - élabore à l'intention de la CCPN les critères d'opposabilité des références médicales et les conditions d'application ;
 - propose à la CCPN les actions thématiques prioritaires types visées au chapitre III de la convention ;
 - élabore un bilan national à partir notamment des bilans locaux envoyés par les CMPL. Ce bilan est communiqué à la CCPN.

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

Article 3

Comité paritaire national de FMC

Il est institué un comité paritaire national de FMC dont les missions sont les suivantes :

- il propose à la CCPN les orientations nationales de la FMC conventionnelle en prenant en compte les objectifs d'amélioration de la pratique médicale, du développement de la qualité des soins et de maîtrise des coûts ;
- il fixe chaque année, compte tenu de ces orientations les thèmes prioritaires de formation choisis parmi les thèmes retenus par le Conseil national de la FMC ;
- il détermine les critères annuels d'indemnisation des médecins participant aux actions de FMC conventionnelle et le nombre annuel maximal de journées indemnifiables par médecin ;
- il élabore chaque année le cahier des charges qui sera transmis au FAF-MEL ;
- il assure par l'intermédiaire du FAF-MEL la diffusion du programme annuel de formation auprès des organismes de FMC ;
- il assure la coordination des travaux des comités paritaires régionaux de FMC et répond à leurs demandes ; il leur confie toute étude qu'il juge nécessaire ;
- il agréé les actions que la CCPN décide de financer ainsi que les actions ouvrant droit à indemnisation parmi les actions validées par les comités d'experts ;
- il dresse chaque année un bilan de la FMC ayant donné lieu à indemnisation. Ce bilan est communiqué à la CCPN ;
- il élabore la méthodologie d'évaluation du dispositif conventionnel de FMC dont la réalisation sera confiée aux CPRFMC en collaboration avec les unions régionales de médecins exerçant à titre libéral ;
- il détermine les thèmes de formation des représentants des médecins à la vie conventionnelle et fixe la part du complément visé à l'article 35, qui y est affectée.

B. - Les instances locales

Article 1^{er}*Commission conventionnelle paritaire locale*

Il est institué une CCPL au niveau de chaque département ; ses missions sont définies ci-après :

a) Animation de la vie conventionnelle locale :

La CCPL a pour rôle d'impulser et de coordonner la vie conventionnelle locale et de conduire toutes les études nécessaires à l'adaptation des dispositifs conventionnels.

b) Suivi de la maîtrise médicalisée :

Elle assure le suivi trimestriel des objectifs d'évolution des dépenses médicales. Dans ce cadre, la commission prend en compte les avis formulés à sa demande par le CMPL sur l'évolution de la consommation des dépenses de soins dans la circonscription ainsi que tous les autres éléments d'information disponibles : études statistiques, relevés collectifs d'activité et de prescriptions, statistiques clientèles.

A cet effet, les caisses mettent à la disposition des membres de la commission dans la mesure de leurs possibilités et à leur demande tous éléments d'informations statistiques nécessaires à leurs travaux, et notamment les statistiques de dépenses mensuelles.

Elle est tenue de conclure dans chaque circonscription de caisse un contrat local de maîtrise (CLMM) de l'évolution des dépenses médicales dans les conditions qui seront fixées par la CCPN et à ce titre peut notamment choisir de développer toute démarche d'information favorisant la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Conformément aux textes conventionnels, elle choisit, sur proposition du CMPL, les thèmes des actions concertées sur des références qu'elle qualifie de prioritaires et définit les modalités de mise en œuvre de ces actions ; elle met en œuvre, le cas échéant, les actions prioritaires types fixées par la CCPN.

Elle organise avant la mise en œuvre effective des contrôles portant sur ces thèmes prioritaires une campagne d'information et/ou de formation pour sensibiliser les médecins aux thèmes et aux objectifs retenus.

Elle informe les praticiens du contenu du contrat local de maîtrise et de la démarche entreprise dans ce cadre.

Elle apprécie après avis de la CCPN l'équivalence des titres présentés par les praticiens dans le cadre de l'application des textes conventionnels concernant le secteur à honoraires différents.

c) Suivi des règles conventionnelles :

La commission donne son avis sur les dossiers qui lui sont soumis dans le cadre des procédures conventionnelles visant le non-respect des règles conventionnelles.

d) Collaboration avec le CMPL :

La CCPL est régulièrement informée des travaux du CMPL. Elle peut charger celui-ci de tous travaux ou investigations qui lui seraient nécessaires et recueille son avis en cas de besoin.

e) Rapport d'activité :

Chaque année, elle établit un rapport de son activité pour la CCPN.

Article 2

Comité médical paritaire local

Il est institué au niveau de chaque département un CMPL dont les missions sont définies ci-après :

a) Conseiller médical de la CCPL :

Le CMPL est le conseiller médical de la CCPL et à ce titre émet des avis sur les conditions de réalisation des actions décidées par celle-ci.

Il tient régulièrement informée la CCPL de ses travaux et notamment de ses constats sur l'évolution des pratiques médicales individuelles et locales.

Il est consulté sur l'élaboration du CLMM et sur les actions thématiques prévues dans ce cadre et propose à la CCPL toute information qu'il juge utile de diffuser aux médecins.

Il exerce toutes les missions qui lui sont confiées dans le cadre de la maîtrise médicalisée, notamment il propose, au vu des constats locaux, des thèmes de recommandations et références médicales au CMPN.

b) Suivi des règles conventionnelles (hors RMO) :

Il instruit et se prononce sur les dossiers individuels présentés par les services médicaux des caisses dans les conditions fixées par les textes conventionnels.

c) Suivi individuel de l'application des RMO :

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'opposabilité des références médicales, le CMPL assure l'instruction des dossiers des pra-

ticiens dans les conditions fixées par les textes conventionnels et réglementaires.

d) Rapport d'activité :

Il présente un rapport d'activité annuel au CMPN.

Article 3

Comité paritaire régional de FMC

Il est institué dans la circonscription de la caisse primaire du lieu d'implantation du conseil régional de FMC un comité paritaire régional de FMC dont les missions sont définies ci-après :

- il propose chaque année au Comité paritaire national de FMC les thèmes régionaux prioritaires de formation ;
- il agréé les actions régionales dans les conditions fixées par la convention ;
- il évalue en collaboration avec les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral l'impact de la FMC sur les pratiques médicales ;
- il propose au Comité paritaire national de FMC les aménagements du dispositif qui lui paraissent nécessaires.

II. - LES RÈGLES DE FONCTIONNEMENT

A. - Les instances nationales (CMPN, CPNFMF)

Ces règles ne s'appliquent pas à la CCPN.

Installation :

Les instances nationales se mettent en place dans le mois qui suit la date d'entrée en vigueur de la présente convention ;

A défaut d'installation dans le délai imparti, la section constituée constate la carence et adresse ce constat à la CCPN, qui assure alors les missions de l'instance défaillante jusqu'à l'installation effective de cette dernière.

Réunions et tenue du secrétariat :

Les réunions :

Les instances se réunissent au moins quatre fois par an et chaque fois et qu'il est nécessaire ;

La réunion est de droit si elle est demandée par le président ou par le vice-président ;

L'ordre du jour, cosigné par le président et le vice-président, est adressé par le secrétariat avec la convocation et la documentation au moins 10 jours ouvrés avant la date de la réunion.

La tenue du secrétariat :

Le secrétariat est tenu par le régime général. Il assure toutes les tâches administratives de l'instance (convocations, relevés de décisions, constat de carence...).

Les délibérations :

Les instances ne peuvent valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint. Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections ;

En cas d'absence du titulaire ou du suppléant, une délégation de vote est donnée à un représentant présent de la même section ;

Les membres des instances sont soumis au secret des délibérations.

Les conditions de vote :

Pour les points de l'ordre du jour supposant un vote, les instances se prononcent à la majorité absolue des voix exprimées. Le nombre de votes est calculé abstraction faite des bulletins blancs ou nuls, qui n'expriment pas de votes ;

En cas de partage égal des voix, la délibération sur le point concerné est reportée à une séance ultérieure intervenant dans le mois qui suit ;

A l'occasion de cette réunion, les instances doivent prendre une décision à la majorité simple de l'ensemble voix exprimées ;

En cas de nouveau partage des voix, la voix du président est alors prépondérante.

Le relevé de décisions :

Les délibérations suivies d'un vote font l'objet d'un relevé de décisions ;

Il est adressé aux membres de l'instance concernée et à leurs suppléants, puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante. Ce document, signé par le président, est conservé au secrétariat

La présidence :

Les instances désignent un président et un vice-président. Ils sont choisis alternativement par période d'un an parmi les représentants des sections sociale et professionnelle. Le président et le vice-président ne doivent pas appartenir à la même section ;

La présidence de plusieurs instances nationales ne peut être assurée simultanément par la même personne.

L'indemnité de vacation :

Les représentants des organisations professionnelles du CMPN perçoivent une indemnité sur la base de 6 C par réunion, dans la limite de deux réunions au maximum par jour, et une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs de caisses.

Carence :

Les partenaires reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- dysfonctionnement :
 - non-tenu de réunion résultant de l'incapacité répétée (plus d'une fois) des sections soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section ;
 - absence de quorum plus d'une fois à des réunions ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre des sections ;
 - refus répété (plus d'une fois), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour ;
 - défaut de réponse de la part des instances nationales compétentes à une demande de la CCPN concernant leurs domaines de compétence et en particulier leurs obligations conventionnelles (absence de proposition des thèmes de recommandations et de références médicales, absence de proposition des thèmes de formation...).

Dans ces cas, un constat de carence est dressé. Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point ; il est transmis à la CCPN, qui se substitue à l'instance nationale concernée.

B. - Les instances locales (CCPL, CMPL, CRPFMC)

Ces règles, sauf dispositions particulières explicites, sont communes à la totalité des instances.

Installation :

Les instances locales se mettent en place dans les deux mois qui suivent la date d'entrée en vigueur de la convention. A défaut d'accord dans les délais, un constat de carence est dressé dans les conditions fixées ci-après.

Réunions et tenue du secrétariat :

Les réunions :

L'instance se réunit au moins quatre fois par an et autant que de besoin ;

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 est établi par le président et le vice-président. Il est adressé en même temps que les convocations, et le cas échéant, la documentation par le secrétariat au moins 10 jours avant la date de réunion sauf urgence ;

Les moyens nécessaires au fonctionnement des instances sont mis en place par les caisses.

La tenue du secrétariat :

Le secrétariat est tenu par l'un des membres de la section sociale. Il assure toutes les tâches administratives de l'instance (convocations, relevés de décisions, constats de carence...).

La délibération :

L'instance ne peut délibérer valablement que lorsque le quorum est atteint. Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections ;

En cas d'absence du titulaire ou du suppléant, celui-ci donne délégation de vote à un représentant présent de la même section ;

Les membres des instances sont soumis au secret des délibérations.

Les conditions de vote :

La commission se prononce à la majorité absolue de l'ensemble des voix exprimées. Le nombre de votes est calculé abstraction faite du nombre de bulletins blancs ou nuls, qui n'expriment pas de vote.

En cas de partage égal des voix :

a) S'il s'agit des travaux de la CCPL, du CRPFMC ou des travaux du CMPL autres que ceux visés en b et c ci-après, la délibération sur le point litigieux est reportée à une séance ultérieure intervenant au plus tard dans le mois qui suit ;

Il est alors procédé à un deuxième vote. La décision est adoptée à la majorité simple des voix exprimées. En cas de nouveau partage des voix, la voix du président est alors prépondérante.

b) Dans le cadre des procédures liées à un suivi individuel hors RMO, la commission doit prendre une décision. Il est procédé à un

deuxième vote au cours de la même séance. La décision est adoptée à la majorité simple des voix exprimées ;

En cas de nouveau partage des voix, la voix du président est alors prépondérante.

c) Dans le cadre des procédures individuelles liées au suivi de l'application des RMO, la section sociale dresse un constat qu'elle adresse à la CPAM et au CMR. Ce dernier se substitue au CMPL dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale ;

Les délibérations portant sur les procédures conventionnelles individuelles visées en b et c font l'objet d'un vote à bulletin secret.

Le relevé de décisions :

Les délibérations suivies d'un vote doivent faire l'objet d'un relevé de décisions ;

Il est adressé à chaque membre titulaire ou suppléant de l'instance ;

Il est soumis à l'approbation des membres à la séance suivante et communiqué à l'instance nationale concernée. Ce document, signé par le président, est conservé au secrétariat.

La présidence :

Les instances désignent un président et un vice-président. Ils sont choisis alternativement par période d'un an parmi les représentants des sections sociale et professionnelle. Le président et le vice-président ne doivent pas appartenir à la même section ;

La présidence de plusieurs instances locales ne peut être assurée simultanément par la même personne.

L'indemnité de vacation :

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

Situation de carence :

Les partenaires reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

1. Situation générale

Les procédures visées dans ce cadre ne concernent pas le suivi individuel des RMO :

a) Non-installation de l'instance, dans le délai de trois mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention, résultant :

- de l'absence de désignation des membres des instances par l'une ou l'autre section ;
- ou de l'insuffisance du nombre de titulaires ou membres suppléants désignés dans l'une ou l'autre section de l'instance, au regard du nombre de sièges prévu dans le texte conventionnel.

Dans cette situation, la section constituée informe l'instance nationale concernée. Les travaux qui relèvent de l'instance locale sont alors assurés par la section constituée, et ce jusqu'à ce qu'un accord soit trouvé.

b) En cas de dysfonctionnement :

- non-tenu de réunion résultant de l'incapacité répétée (plus d'une fois) des sections de l'instance soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun, soit à attendre le quorum à une réunion ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre section de l'instance.

c) Refus, par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour nécessitant délibération.

Dans les cas b et c, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation ;

Un constat de carence est dressé par le secrétariat de l'instance. Le constat est adressé à l'instance nationale concernée ;

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

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

2. Cas particulier des carences dans le cadre du suivi individuel des RMO

Une procédure spécifique a été prévue par le code de la sécurité sociale.

A défaut de mise en place du CMPL, en l'absence d'avis du CMPL dans les délais impartis, en l'absence d'avis résultant du partage égal des voix, le service du contrôle médical constate la carence, en avise la caisse primaire et saisit le CMR. Dans ce cas, les attributions du CMPL sont exercées par le CMR.

ANNEXE II BIS

LA COMPOSITION DES INSTANCES CONVENTIONNELLES

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

A. - Les instances nationales (CMPN, CPNFMF)

Les règles suivantes ne s'appliquent pas à la CCPN.

Les instances nationales sont composées de la manière suivante :

Les membres titulaires :

Chaque instance nationale est constituée de deux sections de quatre (1) membres chacune :

Section professionnelle :

Chaque syndicat représentatif de la catégorie des médecins généralistes signataires de la présente convention bénéficie d'un siège. Le nombre de sièges restant est attribué sur la base des derniers résultats nationaux des élections aux unions professionnelles de médecins, en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées dans l'ensemble des départements, divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant à la plus forte moyenne. L'attribution de ces sièges est révisée à l'occasion de chaque élection nationale aux unions professionnelles dans le délai d'un mois suivant la proclamation de ses résultats.

La section professionnelle désignera les membres titulaires et suppléants la représentant au plus tard dans le mois suivant la date de mise en œuvre de la convention médicale.

Section sociale :

Afin d'établir la parité, les caisses nationales désigneront le même nombre de représentants :

Régime général : 2 sièges

Régime agricole : 1 siège.

Régime des professions indépendantes : 1 siège.

Les membres suppléants :

Un nombre identique de suppléants est désigné afin de siéger en l'absence des membres titulaires.

Les membres consultatifs du CMPN :

Un représentant du Conseil national de l'ordre des médecins ainsi qu'un médecin-conseil désigné par le régime général participent de plein droit aux réunions du CMPN avec voix consultative.

Chacune des sections peut par ailleurs faire appel à des experts médicaux lorsqu'elle le juge utile.

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

Le CMPN invite chaque fois qu'il est nécessaire les directeurs des caisses nationales ou leurs représentants. Il les reçoit également à leur demande.

Les membres consultatifs du CPNFMF :

Chacune des sections peut faire appel à des experts médicaux ou administratifs lorsqu'elle le juge utile.

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

B. - La composition des instances locales

1° Les membres titulaires :

Les instances locales sont constituées de deux sections de quatre (1) membres chacune :

a) La composition de la CCPL et du CMPL est la suivante :

Section professionnelle :

La répartition des sièges s'effectue dans les conditions définies ci-dessous :

Chaque syndicat représentatif des médecins généralistes, affilié à un syndicat signataire de la présente convention et régulièrement constitué au plan régional ou départemental, bénéficie d'un siège. Le nombre de sièges restant est attribué sur la base des derniers résultats aux unions professionnelles de médecins, en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées dans chaque département, divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant à la plus forte moyenne. L'attribution de ces sièges est révisée à l'occasion de chaque élection aux unions professionnelles régionales dans le délai d'un mois suivant la proclamation de ses résultats.

Seuls peuvent être membres de la présente section les praticiens en activité libérale sous la présente convention ou les généralistes bénéficiant du dispositif du MICA.

Section sociale :

Afin d'établir la parité, les caisses désignent le même nombre de représentants.

Le nombre de sièges sera ainsi réparti :

2 sièges pour le régime général ;

1 siège pour la MSA ;

1 siège pour le CMR.

La qualité de membre d'une profession de santé libérale en exercice est incompatible avec celle de représentant d'un organisme d'assurance maladie.

Dans tous les cas, les médecins doivent être des médecins-conseils exclusifs.

b) Composition du CRPFMC :

La composition de cette instance régionale suit les mêmes règles que celles définies pour la CCPL et pour le CMPL.

2° Les membres suppléants :

Un nombre identique de suppléants est désigné dans les mêmes conditions que les membres titulaires afin de siéger en leur absence.

3° Les membres consultatifs :

a) Les membres consultatifs de la CCPL et du CRPFMC :

Le directeur et le médecin-conseil de chaque régime ou leur représentant, si ceux-ci ne sont pas membres délibératifs de la commission, sont membres consultatifs de plein droit.

Un représentant désigné par le président de la section généraliste de l'Union régionale professionnelle des médecins est membre consultatif du CRPFMC.

Chacune des sections peut faire appel à un expert à vocation médicale ou administrative désigné par vote au sein de la section.

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

La CCPL ou le CRPFMC délibère hors de la présence des experts.

b) Les membres consultatifs du CMPL :

Un représentant du conseil départemental de l'ordre des médecins ainsi qu'un médecin-conseil désigné par le régime général siègent de plein droit avec voix consultative.

Chacune des sections peut faire appel à des experts médicaux désignés par vote au sein de la section.

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 ou leurs représentants. Il les reçoit également à leur demande.

Le CMPL délibère hors de la présence des experts.

(1) Ce nombre peut être modulé par décision de la CCPN en fonction du nombre de parties signataires de la présente convention. Cette décision est adoptée à l'unanimité des membres composant l'instance.

Arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la Convention nationale des médecins spécialistes

NOR : TASS972164A

Le ministre du travail et des affaires sociales, le ministre de l'économie et des finances, le ministre de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation, le ministre délégué au budget, porte-parole du Gouvernement, le ministre délégué aux finances et au commerce extérieur et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5 et L. 162-5-2 ;

Vu la lettre du 21 mars 1997 du président du conseil d'administration et de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

Le Conseil national de l'ordre des médecins consulté,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. - Sont approuvés la Convention nationale des médecins spécialistes, son annexe pour 1997, ainsi que ses annexes I, II et II bis, ci-annexées, conclues 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 la mutualité sociale agricole et, d'autre part, l'Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français.

Art. 2. - Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère du travail et des affaires sociales, le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, le directeur du budget au ministère de l'économie et des finances et le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation 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 28 mars 1997.