CONVENTION NATIONALE

NOVEMBRE 1971

11-71 — Technique du Livre

PREAMBULE

Les Caisses Nationales et la profession médicale organisée ayant examiné, au cours de nombreuses rencontres, le problème de leurs rapports communs dans le double souci des intérêts des assurés sociaux et des médecins, sont parvenues à la conclusion qu'une convention nationale librement négociée pouvait déterminer les relations entre Caisses et médecins praticiens dans les conditions telles que soient respectés les principes auxquels sont attachées les deux parties contractantes et qu'elles rappellent ci-dessous.

La profession médicale organisée considère que les principes de l'exercice libéral de la médecine praticienne doivent demeurer en France un des fondements du système de santé.

Le libre choix du médecin demeure pour le malade une liberté essentielle, condition nécessaire de la confiance qu'il accorde à son praticien.

La médecine, quel que soit le perfectionnement de ses techniques, devant toujours tenir compte de la personnalité du malade, le médecin doit avoir toute liberté dans ses prescriptions pour déterminer la thérapeutique appropriée.

Le respect du secret professionnel est la condition indispensable des relations existant entre le médecin et le malade, dans l'intérêt de celui-ci.

La profession médicale organisée est fermement attachée au paiement direct à l'acte, du médecin par le malade, qui est conciliable avec les nécessités du remboursement par l'Assurance Maladie.

La profession médicale organisée estime qu'une entente entre représentants de la profession et Caisses d'Assurance Maladie n'est pas incompatible avec un exercice libéral de la médecine, à condition que la valeur des actes médicaux conserve son rang dans la hiérarchie des services.

Enfin, la Profession médicale organisée affirme que la croissance des dépenses de santé est liée au progrès des techniques médicales et à l'évolution de la civilisation industrielle et que ces dépenses constituent une des meilleures finalités humaines et sociales de l'expansion économique. Cependant, la Profession médicale, associée à l'élaboration et à la réalisation de la politique sanitaire dans les conditions définies par la déclaration du Gouvernement en date du 19 mai 1971 est prête à assumer toutes ses responsabilités économiques pour que l'effort de prévoyance collective soit utilisé au meilleur coût dans l'intérêt des malades.

Les Caisses Nationales d'Assurance Maladie constatent que la majorité des Français souhaite à la fois que les caractéristiques essentielles de l'exercice libéral de la médecine praticienne soient maintenues et que les Organismes d'assurance maladie leur remboursent, dans des conditions satisfaisantes, les frais qu'ils ont engagés pour se soigner.

Elles considèrent que les principes fondamentaux de la médecine libérale, respectée dans l'intérêt du malade, ne sont pas inconciliables avec la prise en charge, pour la quasi totalité de la population, des frais d'honoraires et de prescriptions médicales, par les régimes d'assurance maladie.

En conséquence, les Caisses Nationales d'Assurance Maladie manifestent leur attachement au libre choix du médecin par son malade qui correspond aux vœux des assurés sociaux. Elles apportent également leur appui total au respect du secret professionnel dans l'intérêt du malade, à condition que celui-ci ne soit pas détourné de son but au détriment de l'efficacité des nécessaires contrôles qu'entraînent les libertés reconnues au corps médical.

Les Caisses Nationales d'Assurance Maladie estiment également que la liberté de prescription doit demeurer totale, mais rappellent qu'en application de l'article L. 258 du Code de la Sécurité Sociale « les médecins sont tenus dans toutes leurs prescriptions d'observer la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement ». Elles demandent que la liberté de prescription s'exerce dans le cadre d'une autodiscipline de la profession médicale.

Article 24 - En cas de conflits graves entre la section médicale et la section sociale de la Commission concernant l'application de l'article 15 de la convention, le président de chaque section peut, après en avoir informé la Commission, saisir la partie signataire qu'il représente des difficultés survenues en vue d'une conciliation.

TITRE IV

COMMISSIONS MEDICO-SOCIALES PARITAIRES LOCALES

Article 25 - Dans les départements où existent plusieurs Caisses Primaires et ou sont créées plusieurs commissions médico-sociales paritaires, ces commissions fonctionnent dans les conditions prévues au présent règlement intérieur et exercent les mêmes attributions; toutefois, l'établissement de la liste des médecins bénéficiant d'un droit permanent à dépassement ainsi que les conditions d'utilisation du « de » prévu par l'article 10, § 2 a de la convention sont effectués dans les conditions prévues aux articles 14 et 15 du présent règlement intérieur par une commission paritaire départementale composée de délégués désignés par les commissions locales.

Article 26 - Dans les départements compris dans la circonscription d'une même Caisse primaire, où sont créées des Commissions médico-sociales par département ou par circonscriptions administratives de Caisses, ces commissions fonctionnent dans les conditions prévues au présent règlement intérieur et exercent les mêmes attributions.

médicale ceux qui lui paraissent inhabituels par rapport aux tableaux des médecins de la même discipline.

Article 21 - Pour l'exercice des attributions prévues à l'article 15 de la convention nationale, les membres titulaires de la section médicale peuvent se faire remplacer par des membres suppléants désignés en même temps que les titulaires et dans les mêmes conditions que ces derniers.

La section médicale ne peut délibérer valablement que si six membres titulaires ou suppléants assistent à la séance.

Dans le cas où le quorum prévu au deuxième alinéa du présent article n'aurait pas été atteint, la section médicale est convoquée à nouveau dans un délai maximum de quinze jours avec le même ordre du jour. Aucune exigence de quorum n'est alors requise.

Article 22 - Dans les conditions et délais prévus à l'article 15 de la convention nationale, la section médicale de la Commission, à laquelle est invité à se joindre le membre du Conseil de l'Ordre prévu à l'article 15 de la convention, procède par tous moyens utiles à l'instruction des dossiers statistiques qui lui ont été transmis. Elle peut en particulier solliciter toute consultation technique susceptible d'éclairer ses délibérations.

Elle informe et entend les praticiens concernés qui peuvent prendre connaissance avant la séance du dossier les intéressant et notamment des consultations techniques demandées par la Commission. Ils peuvent se faire assister par un praticien exerçant régulièrement sa profession.

La section se prononce à la majorité des membres présents sur le rapport motivé de la section médicale prévu au paragraphe 2 et au paragraphe 3 de l'article 15 de la convention nationale. Le rapport adopté est transmis par le Président de la section au Président de la Commission dans un délai de huit jours.

Article 23 - Dans l'hypothèse prévue au paragraphe 4 de l'article 15, où la section médicale transmet à la Commission le dossier décodé d'un praticien, la Commission établit un rapport sur l'échec constaté de l'autodiscipline et formule ses conclusions.

Les Caisses Nationales considèrent que le mode de fixation des tarifs d'honoraires par entente avec les représentants de la Profession médicale constitue le seul moyen de garantir à l'assuré un remboursement satisfaisant de ses frais d'honoraires, sans pour autant porter atteinte aux conditions d'exercice libéral de la médecine.

En revanche, les Caisses Nationales admettent le maintien du paiement direct à l'acte, sauf cas exceptionnels déjà prévus par la loi (accidents du travail, article 115, cas prévus à l'article 8 du Code de déontologie), mais soulignent que ce mode de rémunération oblige à détailler l'activité nécessairement multiforme des praticiens en un grand nombre de cotations et entraîne donc des formalités administratives importantes (nomenclature, feuilles de maladie...) qui doivent être respectées par le corps médical.

Enfin, les Caisses Nationales d'Assurance Maladie, constatant la croissance de la consommation médicale qu'elles remboursent et les problèmes de financement qu'elle soulève dans la société industrielle de notre temps, souhaitent que la profession médicale prenne une pleine conscience de ses responsabilités économiques et financières. Seule une telle prise de conscience, dont les Caisses Nationales ne sous-estiment pas la difficulté, est de nature à concilier, en France, l'existence de régimes obligatoires d'assurance maladie avec l'exercice libéral de la médecine praticienne.

Constatant la convergence des valeurs auxquelles elles sont attachées et considérant que l'absence d'accord entre elles porterait atteinte aux intérêts des assurés sociaux et préjudice à la Santé de la collectivité, les Caisses Nationales d'Assurance Maladie et la Profession médicale organisée sont convenues de signer une convention nationale destinée à définir de façon durable les rapports entre la Profession médicale et les Caisses d'Assurance Maladie.

Cette convention détermine les conditions dans lesquelles les soins distribués aux assurés sociaux sont constatés ainsi que les tarifs des différents actes médicaux pratiqués que les médecins s'engagent à respecter, sauf cas de dérogation, et que les Caisses s'engagent à prendre comme base de leur remboursement.

Elle instaure une concertation permanente tant au niveau départemental qu'au niveau national entre le corps médical et les organismes d'assurance

maladie. En outre, elle prévoit les modalités d'exercice d'une autodiscipline par laquelle la Profession médicale organisée entend faire tout ce qui est en son pouvoir pour augmenter, à coût égal, la rentabilité humaine et sociale de la médecine.

Pour que le système de relations conventionnelles puisse être appliqué sans contrainte à chaque praticien, tout médecin pourra demander, au début de la période conventionnelle, à ne pas placer ses relations avec les Caisses sous le régime de la convention nationale. Les parties signataires de la convention, conscientes d'avoir élaboré un système qui concilie de façon équitable les intérêts des assurés sociaux et des médecins, conviennent que ces dégagements doivent avoir un caractère exceptionnel et ne devront pas porter atteinte à l'économie de la politique suivie, faute de quoi la convention nationale ne pourrait pas être considérée comme acceptée par les parties en présence.

La convention nationale donne une dimension sociale au contrat de soins permettant à toutes les catégories de malades, dans toutes les régions de France, l'accès à une médecine d'un niveau scientifique et technique élevé. Ce modèle conventionnel pourrait avoir dans le Marché Commun une valeur exemplaire.

Article 17 - Le secrétariat de la Commission médico-sociale paritaire départementale notifie immédiatement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception la réclamation au praticien concerné en lui demandant de faire connaître par écrit, dans un délai de quinze jours, ses observations ou explications.

Si la Commission juge ces explications insuffisantes, elle convoque l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins dix jours à l'avance.

La Commission entend la partie requérante ainsi que les assurés sociaux et le praticien intéressé qui peuvent prendre connaissance avant la séance, du dossier de l'affaire. Les praticiens peuvent également se faire représenter ou assister par un autre praticien exerçant régulièrement sa profession.

Si une des parties ne se présente pas ou ne se fait pas représenter, la Commission se prononce au vu du dossier.

Article 18 - La Commission médico-sociale paritaire départementale examine si les justifications fournies par le médecin correspondent aux clauses prévues à l'article 10 de la convention.

Si la Commission estime que les justifications fournies sont insuffisantes, elle peut inviter le praticien, à titre de conciliation, à rembourser à l'assuré le trop perçu.

Section III — **Consommation médicale**

Article 19 - Les Commissions médico-sociales paritaires départementales ont également pour rôle d'étudier le fonctionnement de l'assurance maladie sur le plan de leur circonscription. Elles étudient, en particulier, la morbidité propre à leur circonscription et son influence sur les conditions d'exercice des praticiens, ainsi que les informations qui peuvent être apportées aux assurés sociaux comme aux praticiens pour une meilleure efficacité de l'assurance maladie, conformément à l'article 14 de la convention nationale.

Section IV — **Autodiscipline**

Article 20 - La Commission médico-sociale paritaire départementale, après examen des tableaux statistiques codés, transmet à sa section

Pour l'instruction des dossiers concernant les droits permanents à dépassement, à laquelle il est procédé par tous moyens utiles, une sous-commission technique composée paritairement de membres de la section médicale et de médecins-conseils représentant les organismes d'assurance maladie est désignée par chacune des sections.

La sous-commission transmet son avis écrit et motivé à la Commission médico-sociale paritaire départementale, avis portant la signature d'un représentant de chacun des deux groupes constituant la sous-commission. Cet avis sert de base à la discussion de la Commission.

Article 15 - La demande d'inscription sur la liste formulée par un médecin ne possédant pas l'un des titres particuliers ouvrant un droit sans autre justification est adressée au secrétariat de la Commission médico-sociale paritaire départementale. Elle doit être motivée et accompagnée de toutes justifications nécessaires.

La Commission entend sur sa demande le praticien intéressé ; celui-ci, dans ce cas, peut se faire représenter ou assister par un praticien inscrit au Tableau de l'Ordre. S'il ne se présente pas ou ne se fait pas représenter, la Commission se prononce au vu du dossier.

La décision motivée de la Commission est notifiée dans les huit jours francs par le secrétariat au praticien par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ainsi qu'aux organismes d'assurance maladie.

Un recours peut être exercé par le praticien ou l'une des Caisses intéressées dans un délai de deux mois devant la Commission médico-sociale paritaire nationale.

Section II — **Respect des tarifs**

Article 16 - La Commission médico-sociale paritaire départementale connaît, en application de l'article L. 265 du Code de la Sécurité Sociale et de l'article 17 de la convention, des réclamations formulées par les Caisses (de leur propre initiative ou à la demande d'un assuré), lorsque le praticien a demandé un tarif supérieur à ceux fixés conformément à la convention. La Commission ne peut être saisie de faits remontant à plus de 2 ans.

CONVENTION NATIONALE

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés,
représentée par M. DERLIN, Président,
mandaté par délibération du Conseil d'Administration du 26 octobre 1971,

La Caisse Centrale de Secours Mutuels Agricoles,
représentée par M. BONJEAN, Président,
mandaté par délibération du Conseil d'Administration du 24 juin 1971,

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs non salariés des Professions non Agricoles,
représentée par M. LUCENET, Président,,
mandaté par délibération du Conseil d'Administration du 14 octobre 1971,

Ci-dessous désignées sous le terme « les Caisses Nationales »

et

la Confédération des Syndicats Médicaux Français,
représentée par M. MONIER, Président,
mandaté par délibération du Conseil d'Administration des 2 et 3 octobre 1971,

Compte tenu du préambule ci-dessus et en application de l'article L. 259 modifié du code de la Sécurité Sociale, sont convenues le 28 octobre 1971 des termes de la Convention qui suit.

Les parties ci-dessus énumérées, signataires de la présente convention et de ses annexes sont désignées sous le terme de « Parties signataires », compte tenu des dispositions du 6e alinéa de l'article 11 de la Convention, et on entendra sous le terme de Caisses :

Les Caisses Primaires du régime général,

Les Caisses de la Mutualité Sociale Agricole,

Les Caisses Mutuelles Régionales d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs non salariés des Professions non Agricoles.

En cas de maintien du partage égal des voix, la Commission constate l'absence d'accord et ne prend pas de décision ; toutefois, dans cette hypothèse, les demandes de droit permanent à dépassement sont rejetées. Dans la même hypothèse, les avis demandés à la Commission sont constitués par l'exposé des points de vue des deux sections.

Article 11 - Les délibérations de la Commission médico-sociale paritaire départementale sont constatées par des procès-verbaux conservés au secrétariat et signés par le président de la Commission ou, à défaut, par un membre de chacune des sections ayant pris part à la réunion.

Article 12 - La Commission médico-sociale paritaire départementale adresse au cours du dernier trimestre de chaque année à la Commission médico-sociale paritaire nationale un rapport sur ses activités, notamment pour l'application des articles 20 et 21 de la convention nationale.

TITRE III — **DES ATTRIBUTIONS**

Article 13 - La Commission médico-sociale paritaire départementale exerce les attributions qui lui sont confiées par la convention et qui sont définies aux articles 13 (rôle de la Commission), 14 (consommation médicale), 15 (autodiscipline), 16 (droits à dépassement), 17 (respect des tarifs), de la convention.

La Commission étudie en outre dans sa circonscription l'organisation du système de soins de santé dans les conditions définies à l'article 18 de la convention.

Section I — **Droits à dépassement**

Article 14 - La Commission médico-sociale paritaire départementale traite de la détermination des droits à dépassement ; elle dresse la liste des praticiens disposant d'un droit permanent à dépassement et notifie aux praticiens concernés leur inscription sur la liste.

TITRE II — DU FONCTIONNEMENT

Article 7 - La Commission médico-sociale paritaire départementale se réunit au siège de la Caisse Primaire ou en tout autre lieu qu'elle choisit à cet effet.

Le secrétariat est assuré par un membre du personnel administratif des organismes sociaux.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la Commission au moins huit jours avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour.

L'ordre du jour est établi par le secrétariat de la Commission après consultation des présidents de chaque section.

Article 8 - La Commission se réunit chaque fois qu'il est nécessaire et au moins une fois par trimestre.

Toutefois, la réunion est de droit si elle est demandée par le président d'une des sections.

Article 9 - La Commission ne peut délibérer valablement qu'à parité de ses membres présents ou représentés ; en outre il est nécessaire que la moitié au moins d'entre eux assiste à la séance.

En cas d'absence, les membres de la Commission peuvent donner délégation de vote à un autre membre ; dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Dans le cas où le quorum prévu au premier alinéa du présent article n'aurait pas été atteint, la Commission est convoquée à nouveau dans un délai maximum de 15 jours, avec le même ordre du jour. Aucune exigence de quorum n'est alors requise, à condition que la Commission demeure paritaire.

Article 10 - La Commission se prononce à la majorité des voix. En cas de partage égal des voix, et s'il n'est pas présenté de proposition transactionnelle, la décision est remise à une réunion ultérieure.

TITRE I

DE LA DELIVRANCE DES SOINS AUX ASSURES SOCIAUX

Article 1er - DU LIBRE CHOIX

§ 1er Les caisses s'engagent à ne pas faire de discrimination entre tous les médecins placés sous le régime de la présente convention et ayant légalement le droit d'exercer en France.

Toutefois, les caisses ne participent pas aux dépenses supplémentaires résultant du choix fait par l'assuré, sans motif justifié sur le plan des techniques médicales, d'un praticien autre qu'un de ceux de l'agglomération où il réside, à défaut, de l'agglomération la plus proche.

§ 2 Les caisses se réservent le droit de faire connaitre à leurs ressortissants les sanctions comportant interdiction temporaire ou définitive de donner des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie.

Les caisses sont tenues de donner à leurs ressortissants toutes informations utiles sur la situation des praticiens de leur circonscription au regard de la présente convention.

Article 2 - DE LA QUALITE DES SOINS

Les médecins placés sous le régime de la présente convention s'engagent à maintenir leur activité dans les limites telles que les malades bénéficient de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science.

Article 3 - DE LA CONSTATATION DES SOINS : UTILISATION DES FEUILLES DE MALADIE ET FEUILLES DE SOINS SPECIAUX

§ 1er Les caisses s'engagent à fournir aux médecins des feuilles de maladie d'un modèle standard pré-imprimées, permettant l'identification du praticien.

Les médecins s'engagent à n'utiliser pour les soins donnés aux ressortissants des caisses, que les feuilles qui leur auront été fournies.

Toutefois, en ce qui concerne les feuilles d'accidents du travail et les carnets de maternité qui ne peuvent être pré-imprimés, les médecins s'engagent à porter sur ces feuilles leur identification complète.

§ 2 Lors de chaque acte médical, le médecin porte sur la feuille de maladie toutes les indications correspondant à cet acte compte tenu du libellé de l'imprimé.

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

§ 3 Le praticien indique, quand il y a lieu et s'il s'agit de l'assuré lui-même, la période de l'interruption de travail qu'il juge médicalement nécessaire, à compter de la date d'arrêt prescrit.

En aucun cas, la feuille de maladie ne doit être conservée par le médecin sous réserve des dispositions réglementaires ou contractuelles particulières applicables à certaines catégories d'assurés.

§ 4 La feuille de maladie ne doit comporter aucune indication de diagnostic, la caisse s'interdit, en dehors de la procédure de contrôle médical, de poser des questions à ce sujet.

§ 5 Dans le cas où la nomenclature prévoit l'établissement d'un imprimé autre que la feuille de soins, le médecin doit remplir cet imprimé dans les mêmes conditions que la feuille de maladie.

§ 6 S'il y a consultation entre plusieurs médecins, ils apposent chacun leur signature sur une feuille distincte, à la date de la consultation.

§ 7 S'il y a lieu à intervention d'un auxiliaire médical, le médecin traitant le spécifie dans une ordonnance distincte qui précise qualitativement et quantitativement les soins à donner.

La qualité de membre d'une profession de santé est incompatible avec celle de représentant d'un organisme d'assurance maladie à la Commission médico-sociale paritaire départementale.

Les membres de la section médicale sont désignés par leurs syndicats parmi leurs adhérents placés sous le régime de la présente convention et de telle sorte que les principales disciplines soient, dans toute la mesure du possible, représentées.

Article 3 - La durée du mandat des membres de la section sociale est la même que celle de leur mandat d'administrateur.

En cas de cessation de fonction de l'un des membres, les parties intéressées pourvoient au remplacement de celui-ci dans les meilleurs délais.

Article 4 - La section médicale et la section sociale élisent chacune un président choisi parmi leurs membres. Le président de la section sociale et le président de la section médicale assurent à tour de rôle, par période d'un an, la présidence et la vice-présidence de la Commission médico-sociale paritaire départementale.

Article 5 - Les membres de la Commission peuvent se faire assister de conseillers techniques à raison de trois au maximum par section.

Les représentants du Contrôle Médical des régimes d'assurance maladie, notamment les médecins-conseils chefs de service, peuvent assister aux séances de la Commission et des sections de celle-ci sous réserve des dispositions de l'article 15 de la convention nationale.

Un membre du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins est invité aux réunions de la section médicale dans les conditions définies par l'article 15 de la convention nationale.

Article 6 - Les représentants des organisations médicales membres de la Commission médico-sociale ont droit à une indemnité de vacation et une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs des Caisses de Sécurité Sociale.

ANNEXE II

REGLEMENT INTERIEUR
COMMISSION MEDICO-SOCIALE PARITAIRE DEPARTEMENTALE

TITRE I — COMPOSITION

Article 1er - La Commission médico-sociale paritaire départementale (C.M.S.P.D.) instituée par l'article 12 de la convention est composée d'une section médicale et d'une section sociale.

La section médicale comprend :

— 8 représentants désignés par les syndicats médicaux les plus représentatifs du département, appartenant à une organisation médicale nationale signataire de la convention, ou, ayant conclu un accord de représentation dans les conditions définies à l'article 12 de la convention.

La section sociale comprend :

— 8 représentants désignés par les organismes d'assurance maladie du département, relevant des Caisses Nationales signataires de la convention.

Article 2 - Les membres de la section sociale sont désignés à raison de :

— 5 par la Caisse Primaire dont :
- 3 salariés
- 2 employeurs

— 2 par la Caisse de Mutualité Sociale Agricole dont :
- 1 exploitant
- 1 salarié

— 1 par la Caisse Mutuelle Régionale d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs non Salariés.

§ 8 Le médecin est tenu d'inscrire sur la feuille de maladie le montant des honoraires qu'il a perçus et en donne l'acquit, par une mention portée dans une colonne spéciale. Il ne peut donner l'acquit que pour des actes qu'il a accomplis personnellement et pour lesquels il a perçu des honoraires, réserve faite des dispositions du paragraphe 2 de l'article 4.

Toutefois, lorsque les actes sont exécutés par des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux ayant loué leurs services au médecin, soit sous la responsabilité et la surveillance directe du médecin avec possibilité d'intervention à tout moment, soit sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de sa présence, la sage-femme ou l'auxiliaire médical appose sa signature dans la colonne réservée à l'attestation de la prestation de l'acte et le médecin signe dans la colonne réservée à l'attestation du paiement des honoraires.

Article 4 - DU PAIEMENT DES HONORAIRES

§ 1er Le malade règle directement au médecin ses honoraires. Il n'y a lieu à remboursement à l'assuré que pour les actes médicaux pour lesquels les médecins attestent qu'ils ont été dispensés et rémunérés.

§ 2 Pour les actes concernant les assurés bénéficiaires

1° de pension militaire,

2° de l'aide médicale,

3° de consultation à titre gratuit,

le médecin porte sur les imprimés d'assurances sociales la mention « gratuit ».

§ 3 Dans des cas exceptionnels, justifiés par des situations sociales particulières, le praticien pourra demander à la caisse d'avancer à l'assuré les prestations correspondant aux soins médicaux dispensés avant le règlement des honoraires. Le praticien devra, lorsqu'il entend user de cette possibilité, porter la men-

tion « Dû, autorisation d'avance » sur la feuille de maladie à la place de l'acquit des honoraires. Cette procédure ne pourra être utilisée que pour les actes donnant lieu à remboursement à 100 %. Le praticien ne pourra, en aucun cas, faire jouer les dispositions de la convention concernant les dépassements lorsqu'il aura recours aux présentes dispositions.

L'avance pourra être réalisée au moyen de l'envoi au médecin, par les soins de la caisse, d'un chèque barré, libellé au nom de l'assuré et endossé par ce dernier au nom du praticien intéressé.

Article 5 - DU CONTROLE MEDICAL

§ 1er En cas de contrôle effectué par une caisse, le médecin-conseil ne doit, en aucun cas, donner au malade une appréciation sur le traitement effectué et il doit s'abstenir rigoureusement de tout acte et de tout conseil thérapeutiques.

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

Article 6 - DE LA REDACTION DES ORDONNANCES

§ 1er Les médecins sont tenus, conformément aux prescriptions de l'article L. 258 du code de la Sécurité Sociale (ou de l'article 98 du décret du 21 septembre 1950), d'observer dans toutes leurs prescriptions la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement.

§ 2 Le médecin formule ses prescriptions sur un papier portant de façon lisible son nom et son adresse. Les ordonnances sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision possible, notamment en ce qui concerne la durée du traitement.

— Valeur du forfait d'accouchement gémellaire
  — Zone A ..... **370 F**
  — Zone B ..... **340 F**

— Valeur du forfait thermal ..... **110 F**

— Valeur de la lettre clé PC (actes de pratique médicale courante) . **5,20 F**

— Valeur de la lettre clé K (actes de chirurgie et de spécialité, sauf électro-radiologie) ..... **5,20 F**

— Valeur de la lettre clé R
  — Electroradiologistes ..... **4,50 F**
  — Gastro-entérologues ..... **4,50 F**
  — Rhumatologues ..... **4,25 F**
  — Pneumo-phtisiologues ..... **4,25 F**
  — Autres spécialistes ..... **3,50 F**
  — Omnipraticiens ..... **3,50 F**

— Valeur de la majoration pour visite de dimanche
  — Zone A ..... **20 F**
  — Zone B ..... **20 F**

—Valeur de la majoration pour visite de nuit
  — Zone A ..... **35 F**
  — Zone B ..... **35 F**

— Valeur de l'indemnité horo-kilométrique
  — Plaine ..... **0,70 F**
  — Montagne et haute montagne ..... **1 F**
  — A pied ou à skis ..... **5 F**

— Valeur de l'indemnité spéciale de dérangement
  — Agglomérations de Paris, Lyon et Marseille ..... **5 F**
  — Autres villes de 300 000 habitants et plus ..... **3 F**
  — Villes de 100 000 habitants et plus ..... **2 F**

A défaut de clauses locales particulières, la délimitation des agglomérations sera effectuée conformément à l'arrêté du 24 mars 1966 modifié.

ANNEXE I

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

— Valeur de la consultation au cabinet du médecin omnipraticien
  — Zone A ..... **20 F**
  — Zone B ..... **19 F**

— Valeur de la consultation au cabinet du médecin spécialiste
  — Zone A ..... **32 F**
  — Zone B ..... **30 F**

— Valeur de la consultation au cabinet du médecin neuro-psychiatre
  — Zone A ..... **47 F**
  — Zone B ..... **44 F**

— Valeur de la visite du médecin omnipraticien au domicile du malade
  — Zone A ..... **27 F**
  — Zone B ..... **25 F**

— Valeur de la visite du médecin spécialiste au domicile du malade
  — Zone A ..... **40 F**
  — Zone B ..... **36 F**

— Valeur de la visite du médecin neuro-psychiatre au domicile du malade
  — Zone A ..... **59 F**
  — Zone B ..... **53 F**

— Valeur du forfait d'accouchement simple
  — Zone A ..... **320 F**
  — Zone B ..... **300 F**

Le médecin prescrit le traitement pour la durée qu'il juge nécessaire, dans la limite maximale de six mois. Le cas échéant, et dans les mêmes conditions, le médecin peut renouveler sa prescription. Toutefois, en ce qui concerne les médicaments, et pour les traitements dont la durée excède un mois, le médecin libelle sa prescription par période d'un mois renouvelable dans la limite de six mois.

L'ordonnance est la propriété du malade ; celui-ci peut en demander aux caisses la restitution ou la copie.

§ 3 Le médecin formule sur des feuilles distinctes :

1° - les médicaments ou objets que le malade doit se procurer chez des fournisseurs différents (pharmaciens, orthopédistes, opticiens, etc.).

2° - les prescriptions de soins à effectuer par des auxiliaires médicaux.

3° - les examens de laboratoires.

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

En cas d'ordonnances multiples, il porte les indications « O 2 », « O 3 »...

Article 7 - REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX

Les caisses s'engagent à rembourser les honoraires médicaux et frais accessoires correspondant aux soins délivrés par des médecins placés sous le régime de la présente convention, dans les conditions définies au Titre I de la présente convention, sur la base des tarifs définis dans le Titre II de la présente convention.

●

TITRE II

DU TARIF DES HONORAIRES

Article 8 - DE LA COTATION DES ACTES

Les médecins s'engagent à respecter les dispositions prévues dans les nomenclatures des actes professionnels et à en utiliser les cotations (1).

Les parties signataires conviennent d'étudier en commun les adaptations à apporter aux nomenclatures compte tenu notamment du progrès des sciences et techniques médicales, et de formuler toutes propositions utiles à cet effet (2) et (3).

Article 9 - DE LA VALEUR DES LETTRES-CLES

Les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés dans le protocole annexe I ci-joint.

---

(1) - Clause complémentaire concernant les médecins-stomatologistes.

En ce qui concerne l'appareillage des arcades dentaires, il est expressément convenu entre les parties que les tarifs conventionnels s'appliquent aux techniques actuelles de réalisation (empreintes, montage et matériaux) permettant un appareillage conforme aux règles de l'art, présentant toute garantie de résistance et rétablissant les fonctions physiologiques de la mastication et de la phonation.

Cependant, l'assuré a la faculté de choisir un autre mode d'appareillage faisant appel à des techniques ainsi définies :

Prothèses adjointes

— Appareils squelettés ou décolletés avec prises d'empreintes spéciales nécessitant la confection d'un porte-empreinte individuel.

— Rupteurs de force ou d'attachements.

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

Ces clauses locales particulières ne peuvent déroger aux dispositions de la Convention Nationale.

Ces projets d'accords complémentaires à la Convention Nationale négociés entre les caisses et les organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort ne peuvent être signés par les parties à la négociation et constituer des clauses locales particulières qu'après approbation des parties signataires.

Article 30 - DE LA RESILIATION DE LA CONVENTION

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

— pour violation grave et répétée des engagements conventionnels du fait de l'une des parties,

— en cas de modifications législatives ou réglementaires mettant en cause les principes fondamentaux qui gouvernent l'exercice de la profession médicale dans ses rapports avec les régimes d'assurance maladie, ou de modifications des mesures tendant à inciter les médecins à exercer sous le régime de la présente convention.

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

Article 27 - DES EXCEPTIONS

Par dérogation à l'article 26 et à titre exceptionnel, tout médecin ayant fait usage de l'option visée ci-dessus pourra demander, entre le 15 septembre et le 15 octobre 1973, à renoncer à cette option.

Dans les mêmes conditions et pendant la même période, les praticiens n'ayant pas fait usage de l'option prévue à l'article 26 pourront indiquer à la Caisse Primaire de leur résidence qu'ils entendent ne plus se placer sous le régime de la présente convention.

Tout praticien dont les conditions d'exercice se trouveraient modifiées de façon essentielle et qui aurait pris l'option visée à l'article 26 pourra demander, dans le délai d'un mois à compter de l'événement qui a produit ce changement, à renoncer à cette option.

Article 28 - DES CONSEQUENCES DE LA NON APPLICATION DES REGLES CONVENTIONNELLES

§ 1er Les caisses peuvent signifier à un praticien leur décision de ne plus se placer à son égard sous le régime de la présente convention dans les cas prévus aux articles 15 (paragraphe 4) et 17.

§ 2 Cette décision motivée est transmise pour information à la commission médico-sociale paritaire nationale en même temps qu'elle est notifiée au praticien. Elle prend effet un mois après la date de sa notification, sauf opposition des Caisses Nationales. Le praticien dispose d'un recours de droit commun.

§ 3 Les caisses conservent le droit, en cas de faute, fraude ou abus, de recourir aux contentieux du contrôle technique, en application des articles L. 403 et suivants du Code de la Sécurité Sociale.

Article 29 - DES CLAUSES LOCALES PARTICULIERES

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

Article 10 - DE L'APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

§ 1er Le médecin établit ses honoraires conformément aux tarifs fixés à l'article 9 ci-dessus.

§ 2 Le médecin s'interdit tout dépassement non justifié par une des situations suivantes :

a) - Circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade (de).

b) - Qualité particulière du praticien résultant de titres universitaires ou hospitaliers.

c) - Autorité médicale accrue résultant :

- soit de fonctions hospitalières,
- soit de travaux personnels,
- soit de la durée d'exercice liée à la fréquentation d'un établissement hospitalier ayant un rôle d'enseignement, postérieure à l'obtention du diplôme de docteur en médecine (ou en ce qui concerne les spécialistes qualifiés, postérieure à l'obtention de certificats d'études spéciales), et dont la durée, l'assiduité et l'adaptation à la discipline du praticien intéressé seront jugées suffisantes, ou à l'appel habituel en consultation par des confrères de même discipline.

Métaux précieux :

Dans ces cas, des honoraires supérieurs peuvent être demandés.

Ils seront fixés avec tact et mesure par entente directe de l'assuré et du praticien, étant entendu que celui-ci fera connaitre par écrit à son patient, si celui-ci le demande, le montant du remboursement alloué par la Caisse d'Assurance Maladie et l'importance de la somme qu'il aura à supporter.

(2) - Les parties signataires conviennent de proposer en commun à la commission de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels l'inscription des actes entraînés par l'assistance technique à un malade en état de détresse physiologique aiguë (infarctus du myocarde, œdème du poumon, hémorragie grave...), ces actes pouvant, dans l'attente de leur inscription, être remboursés par assimilation en application de l'article 4 de la Nomenclature.

(3) - Les parties signataires conviennent de proposer en commun à la commission de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels l'inscription d'un acte de consultation nécessitant, outre l'exploration clinique habituelle, une investigation psychosociologique approfondie, imposant un entretien prolongé avec le malade.

En cas de dépassement des tarifs, le praticien en détermine le montant avec tact et mesure et indique le montant des honoraires demandés sur les feuilles de maladie en précisant le motif du dépassement :

- de : exigence particulière du malade visée en a) ci-dessus,
- dp : droit permanent à dépassement pour qualité particulière ou autorité médicale accrue visée en b) et c) ci-dessus.

Article 11 - DE LA REVISION DES TARIFS D'HONORAIRES

Les parties signataires conviennent de se réunir en vue d'étudier toutes informations d'ordre statistique et économique utiles à leurs travaux.

Lorsque l'une ou l'autre des parties souhaite une révision des tarifs ci-annexés, elle doit en faire la demande aux autres parties avant le 1er mars de chaque année.

Les propositions des parties sont transmises au Ministre de l'Economie et des Finances, au Ministre de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale et au Ministre de l'Agriculture avant le 31 mars.

Après avoir pris connaissance de la position du Gouvernement sur ces propositions, les parties se concertent en vue de la signature d'un avenant modifiant l'annexe visée à l'article 9 pour inscrire, à compter du 1er mai, les nouveaux tarifs dans la convention.

Cet avenant n'entre en vigueur qu'après approbation par arrêté interministériel.

Si une partie signataire de la présente convention estime ne pas devoir signer un avenant tarifaire accepté par les autres parties, elle perd la qualité de partie signataire ; de ce fait, elle ne participe pas à la discussion prévue au présent article et cesse de faire partie de toutes les commissions paritaires prévues par la présente convention, jusqu'à la signature par elle de l'avenant tarifaire suivant.

●

TITRE VI

DUREE ET CONDITION D'APPLICATION DE LA CONVENTION

Article 25 - DE LA DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention est conclue pour une période s'étendant jusqu'au 1er mai 1975 renouvelable par expresse reconduction.

Les parties signataires s'engagent à se concerter six mois avant l'expiration de la période de validité de la convention en vue d'étudier en commun les résultats de l'application de la convention et les adaptations qui leur apparaîtraient devoir y être apportées, compte tenu notamment des propositions éventuellement formulées par les commissions médico-sociales paritaires départementales visées à l'article 12 ci-dessus.

Article 26 - DE LA NOTIFICATION DE LA CONVENTION ET DU DELAI D'OPTION DES MEDECINS

Les caisses primaires d'assurance maladie du régime général, agissant pour le compte de tous les organismes relevant des Caisses Nationales signataires, adressent à chaque médecin dont le domicile professionnel est situé dans leur circonscription le texte de la présente convention par lettre recommandée.

Dans le délai d'un mois suivant l'entrée en vigueur de la convention ou suivant la date de sa première installation, tout praticien, après réception de la lettre recommandée visée ci-dessus, peut notifier à la caisse primaire de son lieu de résidence qu'il n'entend pas se placer sous le régime de la présente convention. La caisse primaire en informe la commission médico-sociale paritaire départementale. Cette option est valable pour l'ensemble des régimes gérés par les Caisses Nationales signataires et pour la durée de la convention.

TITRE V

DISPOSITIONS SOCIALES ET FISCALES

Article 22 - DE L'ASSURANCE MALADIE

Les caisses s'engagent à participer au financement de l'assurance maladie des médecins placés sous le régime de la présente convention, prévue au Titre VI du Livre VI du Code de la Sécurité Sociale.

Article 23 - DE L'ASSURANCE VIEILLESSE

Les caisses s'engagent à participer au financement de l'assurance vieillesse supplémentaire prévue au Titre III du Livre VIII du Code de la Sécurité Sociale.

Article 24 - DE LA FISCALITE

Les caisses s'engagent à communiquer chaque année aux praticiens le montant global des honoraires, qu'elles sont tenues de déclarer à l'administration fiscale, dans toute la mesure du possible avant le 31 janvier.

Les caisses s'engagent à mettre en œuvre, dès 1972, les moyens pratiques permettant de maintenir, pour les médecins, les modalités comptables d'évaluation de leurs recettes professionnelles retenues par l'administration fiscale.

●

TITRE III

DE LA COMMISSION MEDICO-SOCIALE PARITAIRE DEPARTEMENTALE

Article 12 - DE LA COMMISSION ET DU FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION

Il est institué dans chaque département, ou éventuellement circonscription de caisse, pour l'application de la présente convention, une commission médico-sociale paritaire départementale composée pour moitié :

— de représentants des organismes d'assurance maladie désignés par ceux-ci ;

— de représentants des praticiens exerçant dans le département ou le ressort de la caisse, désignés par les organisations médicales les plus représentatives dans le ressort de la circonscription et appartenant à l'une des organisations médicales nationales signataires, ou ayant conclu avec les parties signataires un accord en vue d'organiser cette représentation.

Cette commission comporte deux sections qui peuvent siéger séparément :

— une section médicale composée de représentants des praticiens,

— une section sociale composée de représentants des organismes d'assurance maladie.

Les conditions de fonctionnement de la commission sont fixées par un règlement intérieur-type figurant en annexe II, qui précise notamment les conditions de participation des médecins-conseils des régimes d'assurance maladie.

Article 13 - DU ROLE DE LA COMMISSION

La commission médico-sociale paritaire départementale (1) a pour rôle de faciliter dans toute la mesure du possible, l'application de la convention par une collaboration permanente sur le plan départemental des organismes sociaux et des syndicats médicaux départementaux.

Elle est saisie de toutes les difficultés d'application de la présente convention, elle s'efforce de les régler en conciliant les points de vue des parties en cause.

Article 14 - DE LA CONNAISSANCE DE LA CONSOMMATION MEDICALE

§ 1er Les commissions médico-sociales paritaires départementales ont également pour rôle d'étudier le fonctionnement de l'assurance maladie sur le plan de leur circonscription. Elles étudient, en particulier, la morbidité propre à leur circonscription et son influence sur les conditions d'exercice des praticiens, ainsi que les informations qui peuvent être apportées aux assurés sociaux comme aux praticiens pour un meilleur fonctionnement de l'assurance maladie.

§ 2 En liaison avec la commission médico-sociale paritaire départementale et compte tenu de ses indications, les caisses établissent, dans la limite de leurs moyens pour l'ensemble des praticiens de la circonscription et pour chaque praticien, des tableaux statistiques codés faisant apparaître la nature et le nombre d'actes réalisés ainsi que la nature et le coût des prescriptions ordonnancées. Ces données sont établies en principe par trimestre. Elles sont communiquées sous forme codée à la commission médico-sociale paritaire départemenatle et couvertes par le secret professionnel.

Article 15 - DE L'AUTODISCIPLINE

§ 1er La commission médico-sociale paritaire départementale transmet, après examen, à sa section médicale, les tableaux statistiques codés qui paraissent inhabituels par rapport aux tableaux

(1) Par commission médico-sociale paritaire départementale, les parties signataires entendent dans l'ensemble de ce texte, les commissions définies à l'article 12.

Article 20 - DES ATTRIBUTIONS DE LA COMMISSION

La commission médico-sociale paritaire nationale recueille toutes informations sur les travaux des commissions médico-sociales paritaires départementales concernant la détermination des droits à dépassements.

En cas de carence d'une commission médico-sociale paritaire départementale ou sur recours des caisses ou des représentants des organisations syndicales visées à l'article 19 ci-dessus ou du praticien intéressé, la commission médico-sociale paritaire nationale statue sur la détermination et l'exercice des droits permanents à dépassement visés aux b et c de l'article 10 ci-dessus. Elle peut déléguer cette attribution à une sous-commission fonctionnant en son sein.

De plus, elle veille, en cas de carence d'une commission médico-sociale paritaire départementale, au respect des tarifs dans cette circonscription, dans les conditions définies à l'article 17, ou intervient dans les cas de conflits visés à l'article 15 § 5.

Article 21 - DU ROLE DE LA COMMISSION

A la demande des parties signataires, la commission médico-sociale paritaire nationale étudie tout problème soulevé par les rapports entre les praticiens et les organismes d'assurance maladie à l'occasion du fonctionnement de cette assurance.

Elle réunit toutes les informations d'ordre statistique ou économique utiles aux parties, en particulier pour l'application de l'article 11 ci-dessus.

Elle peut constituer, à cet effet, tous les groupes de travail qu'elle jugera utiles.

●

§ 5 Dans le cas d'affectation nouvelle de centres de soins ou de diagnostic existants affectés à certaines catégories socio-professionnelles ne relevant pas des régimes gérés par les Caisses Nationales signataires, les caisses s'engagent à recueillir l'accord du syndicat médical le plus représentatif dans le secteur considéré et adhérant à l'une des organisations médicales signataires avant de faire bénéficier ces établissements de conventions particulières.

§ 6 Dans le cas où l'étude de la commission médico-sociale paritaire départementale fait apparaître que l'organisation du système de soins de santé dans sa circonscription présente des lacunes au regard du principe posé au paragraphe 1er, notamment quant au nombre de praticiens placés sous le régime de la présente convention, la commission médico-sociale envisage les moyens de remédier à cet état de fait. Les projets alors élaborés doivent être communiqués pour avis aux parties signataires.

●

TITRE IV

DE LA COMMISSION MEDICO-SOCIALE PARITAIRE NATIONALE

Article 19 - DE LA COMPOSITION ET DU FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION

Il est institué entre les parties signataires une commission médico-sociale paritaire nationale composée comme suit :

— de représentants des Caisses Nationales d'Assurance Maladie, désignés par celles-ci ;

— de représentants des organisations syndicales nationales représentatives de praticiens, signataires de la présente convention.

Les conditions de fonctionnement de la commission médico-sociale paritaire nationale sont fixées par un règlement intérieur figurant dans un protocole annexe.

Ce règlement intérieur doit prévoir une section médicale dont il fixe la composition et les attributions.

des médecins de la même discipline. Dans cette hypothèse, la section médicale, en présence d'un médecin-conseil analyse chacun de ces tableaux ainsi que la situation du praticien intéressé.

§ 2 S'il y a lieu, la section médicale entend le praticien et l'informe des faits constatés. Si les observations du médecin ont été considérées par la section médicale de la commission médico-sociale paritaire départementale comme justifiées, elle en informe par un rapport motivé la commission médico-sociale paritaire départementale.

Si les observations du médecin n'ont pas été considérées par la section médicale de la commission médico-sociale paritaire départementale comme justifiées, celle-ci met en garde le praticien contre les conséquences de son attitude et en informe la commission médico-sociale paritaire départementale.

§ 3 Si l'étude des tableaux statistiques du trimestre suivant celui de la mise en garde fait apparaître des éléments nouveaux susceptibles de modifier la première appréciation de la section médicale, celle-ci, après examen en présence d'un médecin-conseil transmet, avec un rapport motivé, le dossier codé du praticien à la commission médico-sociale paritaire départementale.

§ 4 Si l'étude des tableaux statistiques du trimestre suivant celui de la mise en garde ne fait pas apparaître des éléments nouveaux susceptibles de modifier la première appréciation de la section médicale, celle-ci, dans ce cas, transmet dans le délai d'un mois le dossier décodé du praticien à la commission médico-sociale paritaire départementale.

Au vu des conclusions du rapport de la commission médico-sociale paritaire départementale sur l'échec constaté de l'autodiscipline, les caisses peuvent alors recourir à la procédure prévue à l'article 28 de la présente convention.

§ 5 Au cas où, dans l'exercice de ces attributions, des conflits graves s'élèveraient entre la section médicale et la section sociale, les parties signataires peuvent être saisies par une des sections intéressées en vue d'une conciliation. Elles peuvent éventuellement décider de la transmission des dossiers à la commission médico-sociale paritaire nationale et lui demander de se substituer à la commission médico-sociale paritaire départementale.

§ 6 Un membre du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins désigné par celui-ci est invité à participer aux réunions de la section médicale prévues au présent article et produit, dans l'hypothèse prévue au § 4, s'il le juge opportun, un avis motivé.

Article 16 - DE LA DETERMINATION DES DROITS A DEPASSEMENT

§ 1er Dans le délai de trois mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente convention, la commission médico-sociale paritaire départementale définit, compte tenu des circonstances de temps et de lieu, les cas dans lesquels les dépassements de tarifs pour circonstances exceptionnelles sont considérés comme justifiés.

§ 2 La commission médico-sociale paritaire départementale dresse la liste des praticiens bénéficiant d'un droit permanent à dépassement en application de l'article 10 b et c de la présente convention et la tient à jour.

A cet effet, la commission dresse une liste de titres particuliers ouvrant aux médecins un droit permanent à dépassement sans autre justification particulière et précise les conditions dans lesquelles d'autres praticiens peuvent être considérés comme jouissant d'une autorité médicale accrue.

§ 3 Tout médecin désireux de bénéficier d'un droit permanent à dépassement doit, s'il ne possède pas l'un des titres particuliers visés au paragraphe 2 ci-dessus, en faire la demande à la commission médico-sociale paritaire départementale.

§ 4 Les décisions des commissions médico-sociales paritaires départementales en matière de reconnaissance du droit permanent à dépassement sont susceptibles de recours devant la commission médico-sociale paritaire nationale dans le délai de deux mois après leur notification aux parties intéressées.

Article 17 - DU RESPECT DES TARIFS

§ 1er La commission médico-sociale paritaire départementale connaît des réclamations formulées par les caisses lorsque le praticien a demandé un tarif supérieur à ceux fixés conformément à la présente convention.

§ 2 Si la commission estime que les justifications fournies pour expliquer le dépassement des tarifs ne correspondent pas aux clauses prévues à l'article 10 ci-dessus, elle peut inviter le praticien, à titre de conciliation, à rembourser à l'assuré le trop perçu.

§ 3 En cas de dépassements fréquents et répétés, les caisses peuvent faire jouer la procédure prévue à l'article 28 de la présente convention.

Article 18 - DE LA CONCERTATION SUR L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS EN MEDECINE PRATICIENNE

§ 1er Les parties signataires conviennent qu'en ce qui concerne les malades relevant de la médecine praticienne, le système de soins de santé doit être tel que les assurés sociaux et leurs ayants droit puissent avoir recours facilement pour les soins de toute nature dont ils ont besoin, à des praticiens placés sous le régime de la présente convention.

§ 2 Les organisations médicales signataires s'engagent à faire participer leurs syndicats adhérents, pendant la durée de la convention, à l'organisation, dans leur circonscription, du système de soins de santé, c'est-à-dire de l'ensemble des liaisons contribuant à assurer la prévention et les soins aux assurés sociaux.

§ 3 La commission médico-sociale paritaire départementale étudie l'organisation dans sa circonscription du système de soins de santé afin d'en faire apparaître les lacunes éventuelles au regard du principe posé au paragraphe 1er.

§ 4 Si ce principe est respecté, les caisses d'assurance maladie acceptent de ne pas créer, développer ou subventionner des centres de soins et de diagnostic, sans avoir reçu préalablement l'accord des syndicats médicaux les plus représentatifs et adhérant à l'une des organisations syndicales médicales signataires.

Les dispensaires et centres existants ne pourront, sous réserve de l'avis motivé des parties signataires, recevoir les prêts des caisses, que pour maintenir leur valeur technique au niveau nécessaire afin de garantir la qualité des soins donnés dans ces établissements.