

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1970-1971

Annexe au procès-verbal de la séance du 8 juin 1971.

RAPPORT

FAIT

au nom de la Commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, APRÈS DÉCLARATION D'URGENCE, relatif aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les médecins,

Par M. Henri TERRÉ,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Lucien Grand, *président* ; Léon Messaud, Marcel Lambert, Mme Marie-Hélène Cardot, *vice-présidents* ; MM. Hubert d'Andigné, François Levacher, Georges Marie-Anne, *secrétaires* ; André Aubry, Pierre Barbier, Hamadou Barkat Gourat, Jean-Pierre Blanchet, Joseph Brayard, Martial Brousse, Pierre Brun, Charles Cathala, Jean Collery, Roger Courbatère, Louis Courroy, Marcel Darou, Michel Darras, Roger Gaudon, Abel Gauthier, Jean Gravier, Louis Guillou, Marcel Guislain, Jacques Henriet, Arthur Lavy, Bernard Lemarié, Henry Loste, Jean-Baptiste Mathias, Marcel Mathy, Jacques Maury, André Méric, Paul Piales, Alfred Poroï, Eugène Romaine, Charles Sinsout, Robert Soudant, Marcel Souquet, Henri Terré, René Travert, Robert Vignon, Yves Villard, Hector Viron, Raymond de Wazières.

Voir les numéros :

Assemblée Nationale : 1716, 1745, 1767 et in-8° 418.

Sénat : 275 (1970-1971).

Sécurité sociale (généralités). — Médecins - Chirurgiens dentistes - Sages-femmes - Auxiliaires médicaux - Code de la sécurité sociale - Code rural.

Mesdames, Messieurs,

Le Sénat est saisi du projet de loi relatif aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les médecins.

Ce texte tente de résoudre un problème difficile posé depuis plus de quarante ans :

Comment peut-on concilier l'exercice de la médecine libérale, avec ses attributs essentiels que sont le libre choix du médecin par le malade, le paiement direct à l'acte et la liberté de prescription, avec l'impérieuse nécessité de contenir les dépenses de l'assurance maladie dans des limites raisonnables et le souci de garantir aux assurés un remboursement effectif de leurs frais médicaux ?

EVOLUTION HISTORIQUE

Depuis 1930, date de la généralisation des assurances sociales obligatoires, le problème n'a pas été résolu malgré plusieurs modifications de la législation et de la réglementation que nous rappellerons brièvement :

A. — Régime de la loi du 30 avril 1930.

Sous ce régime, les caisses d'assurances sociales remboursaient aux assurés leurs frais médicaux et chirurgicaux sur la base d'un tarif de responsabilité qu'elles établissaient elles-mêmes « compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région ». La possibilité de convention entre les caisses et les syndicats professionnels de praticiens était prévue, mais n'avait guère été utilisée.

En fait, les tarifs de responsabilité des caisses et ceux des syndicats professionnels de praticiens étaient indépendants les uns des autres, ces derniers étant le plus souvent très supérieurs aux premiers. Bien souvent même, le relèvement des tarifs de responsabilité des caisses demeurait inopérant, car il donnait le signal d'un nouveau relèvement des tarifs médicaux.

Ce système, bien que non satisfaisant, fut maintenu par le décret-loi du 28 octobre 1935 jusqu'à l'intervention des ordonnances de 1945.

B. — Régime des ordonnances du 3 mars et du 19 octobre 1945.

L'ordonnance du 3 mars 1945 substitua à l'ancienne notion de tarif de responsabilité une formule nouvelle, celle d'un tarif opposable unique devant servir obligatoirement de base à la fois au paiement des honoraires par l'assuré au praticien et au remboursement par la caisse de l'assuré.

L'ordonnance du 3 mars 1945 ne fut pas appliquée, mais ses dispositions furent reprises par l'ordonnance du 19 octobre 1945 sous réserve d'un certain assouplissement des règles d'établissement des tarifs.

Les tarifs des honoraires médicaux devaient être établis par des conventions conclues entre les caisses de Sécurité sociale et les syndicats de praticiens, sous réserve de leur approbation par une commission nationale tripartite comprenant des représentants des organismes de Sécurité sociale, des organisations professionnelles de praticiens et des administrations intéressées.

A défaut de convention, il était prévu qu'un tarif d'autorité serait fixé directement par la commission nationale.

Les tarifs conventionnels comme les tarifs d'autorité étaient en principe obligatoires pour les praticiens. Toutefois, les dépassements de tarifs étaient autorisés lorsqu'ils pouvaient être justifiés par « la situation de fortune de l'assuré, la notoriété du praticien ou d'autres circonstances particulières ». Le praticien qui demandait à un assuré des honoraires supérieurs à ceux résultant du tarif pouvait être invité à justifier des motifs de ce dépassement devant une commission paritaire départementale.

En pratique, les commissions départementales n'ont pu être constituées en raison du refus des syndicats médicaux de désigner leurs représentants. Certes, les dépassements de tarifs pouvaient alors être portés directement devant les conseils régionaux de discipline des praticiens, mais ces derniers étaient peu enclins à une attitude répressive en un tel domaine. Au surplus, dans les départements où aucune convention n'avait été conclue, les tarifs d'autorité étaient fixés à des chiffres si faibles qu'il n'était guère possible d'en exiger le respect par les praticiens. Dans ces départements, les tarifs appliqués par les caisses n'atteignaient souvent pas la moitié des tarifs effectivement pratiqués par les praticiens. L'échec était donc évident.

C. — Régime du décret du 12 mai 1960.

Une nouvelle tentative de résoudre le problème fut tentée par la publication du décret du 12 mai 1960. Ce texte, pris unilatéralement par le Gouvernement, avait pour objet d'assurer le remboursement à 80 % des honoraires médicaux, ce qui n'avait jusqu'alors pu être obtenu par suite de la liberté de fixation des honoraires par les membres du corps médical.

Les caractéristiques de ce régime conventionnel étaient les suivantes :

1° *Une convention-type départementale annuelle.*

Le décret du 12 mai 1960 proposait aux Caisses d'assurance maladie et aux syndicats départementaux la signature d'une convention-type, figurant en annexe au décret, dont toutes les dispositions étaient obligatoires. Cette convention-type organisait les rapports médecins-caisses et prévoyait les tarifs qui devaient être observés par les médecins et servir de base au remboursement par les caisses.

En cas de signature de la convention-type départementale, les dispositions de la convention s'imposaient à tous les médecins du département, syndiqués ou non.

A défaut de signature de la convention collective, les caisses pouvaient proposer la même convention-type à la signature individuelle de chaque praticien, de façon à permettre aux médecins ne partageant pas le point de vue des dirigeants syndicaux de se placer individuellement sous le régime de la convention.

2° *Le double engagement tarifaire.*

Le cœur de la convention est constitué par un double engagement portant sur les tarifs d'honoraires :

— le médecin s'engage à respecter les tarifs inscrits dans la convention ;

— les caisses d'assurance maladie s'engagent à rembourser les honoraires médicaux en prenant pour base de leur remboursement la valeur des tarifs inscrits dans la convention.

Ce double engagement représente un compromis entre les intérêts légitimes des parties :

a) Le médecin, sauf cas particuliers, accepte de renoncer à la liberté de fixation d'honoraires c'est-à-dire à la détermination par lui-même de la valeur des services qu'il rend à son malade, en fonction d'un certain nombre de critères souvent très subjectifs. L'entente individuelle directe « médecin-malade » sur la valeur des honoraires, où les deux parties n'ont jamais eu une même liberté contractuelle, est remplacé par une entente collective entre représentants des assurés et représentants des praticiens.

b) Le corps médical n'en abandonne pas néanmoins tout moyen d'action sur la valeur de ses honoraires puisque ses représentants syndicaux à l'échelon national discutent chaque année de la valeur des lettres-clés inscrites dans les conventions.

c) Pour permettre le remboursement effectif à 80 % des honoraires médicaux, les caisses d'assurance maladie consentent un effort financier important : il faut, en effet, rappeler qu'en 1960, les tarifs de remboursement étaient nettement inférieurs à 80 % de la valeur des honoraires les plus couramment pratiqués. Les caisses d'assurance maladie ont vu leurs dépenses à ce titre augmenter considérablement tandis qu'au fil des années, le remboursement à 80 % des honoraires se traduisait par une augmentation spectaculaire de la demande de soins médicaux.

Le double engagement tarifaire contenu dans la convention est assoupli par des possibilités de dépassement qui traduisent la grande diversité des relations entre médecins et malades. Ces possibilités pour le médecin de prendre des honoraires supérieurs aux tarifs conventionnels avec l'accord des caisses d'assurance maladie sont prévues dans trois hypothèses particulières :

- situation de fortune de l'assuré ;
- exigences particulières du malade résultant des circonstances de temps et de lieu ;
- notoriété du praticien (possédant un titre universitaire ou hospitalier, jouissant d'une autorité scientifique appuyée sur des travaux personnels ou d'une autorité médicale accrue pour avoir suivi un ou plusieurs cycles de perfectionnement professionnel officiellement reconnus et sanctionnés).

Pour pouvoir bénéficier du droit permanent à dépassement au titre de sa qualification, le praticien doit obtenir au préalable son inscription sur une liste établie par les commissions paritaires départementales.

Au début de 1970, près de 13 % de l'ensemble des praticiens exerçant à titre libéral disposaient du droit permanent à dépassement, soit 5.950 médecins, dont 1.700 omnipraticiens (5,7 % de leur catégorie) et 4.250 spécialistes (25 % de leur catégorie).

Les pourcentages de praticiens ayant obtenu le droit permanent à dépassement varient très sensiblement d'un département à l'autre, en fonction de nombreux facteurs. Ces pourcentages varient entre 0 % et 27 % (Corse).

3° *Les avantages conventionnels.*

Pour rendre attractive la convention, il a été institué un régime d'assurance maladie propre aux médecins conventionnés et financé en grande partie par les caisses d'assurance maladie ; d'abord instauré par voie réglementaire, ce régime a été légalisé par le vote de la loi n° 70-1325 du 31 décembre 1970. Ce régime, créé à un moment où n'existait pas de régime pour les travailleurs indépendants permettait aux praticiens conventionnés de bénéficier des prestations en nature du régime général des salariés.

De même, il a été institué un régime d'assurance vieillesse complémentaire du régime de base, en faveur des médecins conventionnés, financé lui aussi en grande partie par les caisses d'assurance maladie.

Enfin, la qualité de médecin conventionné était reconnue par l'administration fiscale qui autorisait, à ce titre, la déduction de frais professionnels.

4° *Le respect du caractère libéral de la médecine.*

La convention-type du décret du 12 mai 1960 ne modifie pas les caractéristiques essentielles de la médecine libérale sauf en ce qui concerne le principe de l'entente directe qui devient collective et s'adapte ainsi à l'existence de régimes d'assurance maladie obligatoires.

Tels sont les principaux éléments du système conventionnel institué par le décret du 12 mai 1960 ; ce système a été mis en place non sans quelques difficultés. En définitive, il a reçu l'appui de la Confédération des Syndicats médicaux français mais a rencontré l'hostilité d'un certain nombre de syndicats regroupés depuis quelques années au sein de la Fédération des Médecins de France.

*

* *

Les résultats du système 1960 pouvaient apparaître comme satisfaisants. Toutefois le système conventionnel a fait l'objet d'un nouvel examen et d'une négociation approfondie entre les principales parties intéressées : syndicats médicaux et caisses d'assurance maladie.

Quatre raisons expliquent cette remise en chantier :

a) Le système conventionnel de 1960 ne pouvait être reconduit tacitement au-delà du 1^{er} mai 1971 (1) : il était nécessaire que les représentants des caisses et des médecins manifestent explicitement leur désir de reconduire le système ; or les syndicats de médecins se plaignaient vivement du fait que la convention-type leur ait été imposée en 1960 par les Pouvoirs publics, bien que l'adjonction de clauses complémentaires négociées avec la Sécurité sociale en ait amélioré la rédaction initiale.

b) La carte du système conventionnel de 1960 faisait apparaître des « tâches blanches » persistantes correspondant à des départements non conventionnés.

Sur un effectif de près de 47.000 médecins exerçant à titre libéral, un peu plus de 41.000 médecins participent au régime conventionnel, soit 88 % (2).

Parmi ces 41.000 médecins conventionnés on en compte 27.200 en convention collective et 13.800 en adhésions individuelles.

Dans les vingt-deux départements restant sans convention, douze départements comptent entre 90 et 100 % de médecins conventionnés. Dans les dix derniers, ce pourcentage varie entre 32 % et 85 %. En réalité, les adhésions individuelles sont faibles dans trois régions :

— région parisienne, 69 % pour les sept départements dont Paris 49 %, Hauts-de-Seine 85 % ;

— région Rhône-Alpes : Rhône 35 %, Isère 74 %, Loire 67 %, Savoie 85 % ;

— Alpes-Maritimes 66 %.

Les six départements de la Seine, des Hauts-de-Seine, du Rhône, de l'Isère, de la Loire et des Alpes-Maritimes regroupent la quasi-totalité des médecins non conventionnés.

c) Les perspectives d'évolution des dépenses médicales requièrent une attention soutenue des pouvoirs publics.

Les frais médicaux sont estimés en 1970 à 5.066 millions de francs. Ils représentent 24,1 % des prestations en nature de l'assurance maladie. Les prévisions établies à législation constante

(1) Le décret n° 71-323 du 28 avril 1971 a prorogé, à titre dérogatoire, jusqu'au 1^{er} novembre 1971 la date d'expiration des conventions et des adhésions individuelles venues à échéance le 30 avril 1971.

(2) Le pourcentage avancé par la Confédération des Syndicats médicaux français est de 89,5 %.

dans le cadre des travaux préparatoires du VI^e Plan donnent pour 1975 le chiffre de 9.263 millions, soit une progression par rapport à 1970 de 82,8 % d'augmentation (12,9 % par an).

d) Le système conventionnel de 1960 avait une portée essentiellement tarifaire et n'organisait pas l'indispensable coopération entre caisses et responsables médicaux ; or cette coopération est apparue comme le seul moyen de concilier les intérêts des médecins, soucieux de défendre l'exercice libéral de leur art, et ceux des caisses d'assurance maladie, soucieuses d'assurer leurs responsabilités économiques et financières de gestionnaires. A défaut de cette coopération, force était bien de se tourner vers des solutions plus contraignantes comme il en existe dans les autres pays du Marché Commun ou vers des expériences de médecine non rémunérée à l'acte, comme le suggérait la Commission des Prestations sociales du VI^e Plan.

LE NOUVEAU SYSTEME CONVENTIONNEL

Après des négociations qui ont duré plus d'un an, les caisses nationales d'assurance maladie et la Confédération des Syndicats médicaux français sont parvenues récemment à se mettre d'accord sur un projet de convention nationale.

Il convient à propos de ces négociations de faire plusieurs remarques :

a) Les caisses nationales d'assurance maladie ont négocié séparément avec les deux organisations syndicales représentatives au plan national du corps médical ; elles n'ont abouti à un résultat qu'avec l'une d'entre elles : la Confédération des Syndicats médicaux français ;

b) Les caisses nationales n'ont pas négocié le projet de convention nationale avec l'Ordre des Médecins car elles ont considéré que la mission de l'Ordre ne concerne pas les modalités d'organisation des rapports entre les médecins et les caisses d'assurance maladie, dans la mesure où la convention nationale ne porte pas atteinte aux principes de la médecine libérale ;

c) Les Caisses nationales étaient représentées dans ces négociations par une délégation de deux administrateurs par caisse désignés par les conseils d'administration de chaque organisme

national. Ces délégations étaient paritaires (syndicats ouvriers et patronaux) en ce qui concerne les représentants du régime général et du régime agricole. De plus, les délégations ont constamment informé leurs conseils d'administration dont ils recevaient, pour chaque point de la négociation, un mandat souvent très précis, ce qui explique, en partie, la longueur des pourparlers (1) ;

d) Les Pouvoirs publics n'ont pas été tenus à l'écart des négociations puisque deux commissaires du Gouvernement, représentant respectivement le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale et le Ministre de l'Economie et des Finances, ont suivi au cours de plus de quinze réunions de commission et de conseils, les délibérations des instances compétentes de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des Travailleurs salariés.

Les caractéristiques principales du projet de convention nationale, adopté par les caisses nationales et les représentants des médecins en mai 1971, peuvent être étudiées par comparaison avec les principes du régime conventionnel de 1960.

1° *Une convention nationale.*

Les rapports entre caisses d'assurance maladie et médecins sont organisés par une convention nationale, totalement et librement négociée entre représentants des caisses d'assurance maladie et représentants du corps médical, compte tenu des intérêts des parties en cause.

Dans un préambule initial, les parties contractantes à l'échelon national ont rappelé les principes qu'elles défendent :

— les médecins attachés aux principes qui fondent les modalités d'exercice libéral de leur art ne peuvent se désintéresser de leurs responsabilités dans le coût des soins ;

— les caisses d'assurance maladie, soucieuses du meilleur remboursement des assurés sociaux, ne peuvent ignorer leurs responsabilités économiques et financières de gestionnaires d'une assurance qui rembourse les soins délivrés et prescrits par les médecins.

(1) Au sein du conseil d'administration de la Caisse nationale d'Assurance maladie des Travailleurs salariés, certaines représentations syndicales et notamment la C. F. D. T, la C. G. T. et la C. G. C. ont fait des réserves sur le contenu de la convention.

La convention nationale est une solution de compromis qui respecte le caractère libéral de la médecine tout en faisant prendre conscience au corps médical que les libertés qui lui sont reconnues nécessitent qu'il tienne compte des préoccupations des régimes d'assurance maladie.

La convention entre médecins et caisses d'assurance maladie quitte le niveau départemental pour devenir nationale. En fait, cette novation n'est qu'apparente. En effet les partenaires restent les mêmes puisque ce sont les mêmes organisations syndicales les plus représentatives des médecins qui avaient et auront pouvoir d'engager leurs mandants, soit sur le plan local, soit sur le plan national. Les conventions départementales ne pouvaient que reproduire les clause de la convention-type imposée sur le plan national.

L'originalité de la convention nationale tient au fait que chaque médecin décidera de se placer ou non sous le régime de la convention ; dans les départements conventionnés sous le régime de 1960, la signature du syndicat engageait tous les médecins du département syndiqués ou non syndiqués, favorables ou hostiles à la convention. Certaines difficultés d'application de la convention sont nées du fait que certains médecins se déclaraient étrangers à une convention qui leur était imposée.

Le projet de convention nationale est plus souple puisque chaque médecin pourra, après avoir reçu le texte de la convention et pendant un délai d'un mois, refuser le contrat qui lui est proposé et se placer hors convention pour la durée de celle-ci.

La convention nationale est conclue pour une période de trois ans et demi, mais, chaque année, devra être signé un avenant concernant les tarifs ; faute de signature de cet avenant, les médecins ne seront plus tenus au respect des tarifs conventionnels. De plus, à titre exceptionnel pour la première période d'application, les médecins qui auront choisi de ne pas se conventionner pourront, pendant le mois de janvier 1973, revenir sur leur choix initial et se placer alors sous le régime de la convention.

L'application de ce cadre contractuel national, librement débattu, en dehors de l'intervention des Pouvoirs publics, entre représentants des parties intéressées, accepté individuellement par

chaque médecin au début de la période d'application, sera effectuée sur le plan local au moyen d'organismes de dialogues paritaires composés de représentants des médecins et de représentants des caisses primaires.

2° *Le double engagement tarifaire.*

Le double engagement tarifaire qui était au cœur du système conventionnel de 1960 est reconduit. Les caisses nationales ont défendu les intérêts des assurés sociaux qui depuis 1960 ont été remboursés d'abord à 80 % (jusqu'en octobre 1967), puis à 70 % (d'octobre 1967 à juin 1968) puis enfin à 75 % (à partir de juin 1968) de leurs dépenses d'honoraires médicaux et qui n'admettraient pas que cette situation soit remise en cause.

Il n'est rien modifié au principe du paiement à l'acte, qui se traduit cependant par des formalités administratives contraignantes (feuille de maladie, nomenclature). Les médecins ont accepté ces contraintes qui sont la nécessaire conséquence d'une modalité de paiement qui leur tient à cœur ; les caisses ont demandé que ces formalités soient respectées dans l'intérêt d'un bon fonctionnement de l'assurance. La tâche des médecins conventionnés sera allégée par l'engagement pris par les caisses de leur fournir des feuilles préimprimées.

La nomenclature des actes médicaux sera aménagée sur certains points dans un sens souhaité depuis longtemps par le corps médical : reconnaissance des techniques psycho-sociologiques entraînant un entretien prolongé avec le malade pour la consultation, cotation particulière de l'acte médical exécuté en visite par un médecin appelé auprès d'un malade en état de détresse physiologique aiguë (infarctus du myocarde, œdème aigu du poumon, etc...).

Les possibilités de dépassements des tarifs conventionnels, éléments de souplesse du double engagement tarifaire, sont maintenues sous la réserve de la suppression du dépassement pour situation de fortune du malade, peu utilisé dans les faits et contestable dans son principe.

Les cas de dépassement autorisés par la convention sont les suivants :

— exigences particulières du malade ; ces cas de dépassement seront codifiés par les commissions paritaires locales ;

— qualifications particulières, dans des conditions voisines de celles qui existent actuellement (liste établie au plan départemental par les commissions paritaires locales avec possibilité d'appel au plan national).

En vue de faire respecter l'engagement tarifaire, le projet de convention nationale prévoit qu'en cas d'abus fréquents et répétés, et après information de la commission médico-sociale paritaire, la caisse primaire pourra se dégager de la convention vis-à-vis d'un médecin qui ne se conduirait pas comme un bon partenaire. Il ne s'agit pas là d'une sanction prise à l'égard du praticien, mais de la constatation du choix fait par celui-ci du cadre de ses rapports avec les caisses d'assurance maladie : convention ou hors convention.

3° *La concertation permanente et l'autodiscipline.*

Dépassant le cadre tarifaire, le projet de convention nationale organise une concertation permanente entre représentants des caisses d'assurance maladie et représentants du corps médical, au sein de commissions médico-sociales paritaires départementales ; celles-ci sont chargées d'examiner tous les problèmes posés par les rapports entre caisses et médecins.

Ces commissions seront chargées notamment d'étudier la consommation médicale des assurés prise en charge par les caisses, actes médicaux et prescriptions de produits pharmaceutiques, actes d'auxiliaires médicaux et analyses de laboratoires.

Dans ce but, les caisses mettront à la disposition des commissions des tableaux statistiques codés traduisant en chiffres l'activité des médecins en vue de faire prendre conscience au corps médical des conséquences économiques et financières de ses prescriptions. Les médecins, en général, ignorent en effet le coût des traitements et produits qu'ils prescrivent.

Il appartiendra à la section médicale de la commission paritaire, en présence d'un représentant de l'Ordre des Médecins, d'appliquer cette autodiscipline des praticiens si les ventilations statistiques font apparaître des comportements inhabituels, générateurs de dépenses injustifiées.

En définitive, si cette prise de conscience ne donnait pas des résultats satisfaisants et si l'autodiscipline se révèle être un échec au plan individuel, les caisses ont la possibilité de placer hors du régime de la convention les praticiens que leurs confrères ne défendraient plus.

Il est à noter que cette autodiscipline n'a pas pour objet de limiter la liberté de prescription du médecin mais de mettre en œuvre les dispositions existantes de l'article L. 258 du Code de la Sécurité sociale qui prévoit que le médecin doit choisir les thérapeutiques les plus économiques compatibles avec l'efficacité du traitement prescrit au malade. Le mécanisme de l'autodiscipline professionnelle est le moyen le plus souple pour porter remède aux inévitables excès que peut comporter une large liberté. Il faut ajouter que dans tous les pays du Marché commun, l'existence de régimes obligatoires d'assurance maladie s'est traduit dans ce domaine par des contraintes beaucoup plus sévères pour le corps médical, allant jusqu'à altérer le caractère libéral de la médecine.

4° *Les avantages conventionnels.*

Le projet de convention nationale prévoit le maintien et le renforcement des avantages reconnus depuis 1960 aux médecins conventionnés.

a) *Assurance maladie :*

La loi du 31 décembre 1970 a donné un fondement juridique indiscutable au régime d'assurance maladie des médecins conventionnés, financé en grande partie par les caisses d'assurance maladie, la solution retenue ayant consisté à faire échapper les médecins conventionnés à leur régime spécifique — celui des travailleurs indépendants — pour les faire bénéficier des prestations du régime général des salariés.

b) *Retraite complémentaire :*

Les caisses nationales ont manifesté leur accord pour qu'une revalorisation substantielle de la retraite complémentaire qu'elles financent soit réalisée, dès que le régime de retraite complémentaire sera devenu obligatoire comme la loi du 31 décembre 1970 en prévoit la possibilité.

c) *Avantages fiscaux :*

L'article 24 du projet de convention prévoit que les caisses appuieront les demandes des médecins tendant à les faire bénéficier d'un régime fiscal tenant compte que les honoraires des médecins conventionnés seront connus d'une manière très exacte, par les déclarations des caisses de Sécurité sociale. Bien que cette étonnante déclaration conjointe n'ait pas de portée pratique immédiate, elle rappelle néanmoins l'intérêt qu'il y aurait à modifier le statut fiscal des praticiens pour tenir compte de l'affiliation quasi générale des Français à un régime de Sécurité sociale.

5° *Le respect de la médecine libérale.*

Le projet de convention nationale respecte les principes fondamentaux de la médecine libérale : libre choix, secret professionnel, liberté des prescriptions, paiement direct à l'acte. Le régime conventionnel est, semble-t-il, la seule façon d'organiser les rapports entre caisses et médecins sans modifier les conditions d'exercice de la médecine.

Le projet de convention nationale prévoit que les caisses d'assurance maladie ne développeront pas de médecine salariée dans toutes les villes où le nombre de médecins conventionnés sera suffisamment important pour que les assurés sociaux puissent exercer leur choix.

6° *Le statut du médecin non conventionné.*

Le projet de convention nationale ne comporte que des dispositions concernant les médecins conventionnés ; bien évidemment, le médecin qui se sera mis en dehors de la convention volontairement soit au début de la convention, en exerçant son choix, soit en cours de convention, en refusant d'en respecter les dispositions essentielles, ne bénéficiera pas des avantages sociaux et fiscaux attachés à la qualité de médecin conventionné. Les médecins recouvrant la liberté de fixer leurs honoraires, les caisses rembourseront les assurés sociaux faisant appel aux services de ces médecins sur la base d'un tarif d'autorité fixé unilatéralement.

Telles sont les dispositions essentielles du projet de convention nationale.

*

* *

Votre rapporteur, après avoir longuement analysé le nouveau système conventionnel, se doit de rappeler au Sénat que l'objet du projet de loi qui lui est soumis n'a pour but que de donner un support législatif à une construction élaborée par les seuls partenaires sociaux.

Il n'appartient pas au Parlement d'examiner en détail les articles du projet de convention, d'en modifier les termes, mais seulement de tracer le cadre juridique indispensable à sa bonne application.

LA DECLARATION GOUVERNEMENTALE

Parallèlement à la réforme du régime conventionnel, les représentants du corps médical ont demandé au Gouvernement de donner aux praticiens des garanties concernant l'avenir de l'exercice libéral de la médecine.

La déclaration sur les rapports entre les Pouvoirs publics et les médecins, que le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale a fait approuver par le Conseil des ministres du 19 mai 1971 (1), répond à cette attente, en précisant les engagements que le Gouvernement prend vis-à-vis du corps médical dans la mesure où celui-ci conclura avec les caisses d'assurance maladie un accord national définissant la situation du praticien libéral par rapport aux organismes de protection sociale.

Le Gouvernement affirme, tout d'abord, dans ce texte son attachement aux principes de la médecine libérale et sa volonté de maintenir ce mode d'exercice de la médecine.

Il annonce, d'autre part, des mesures visant à améliorer la situation sociale et fiscale des praticiens conventionnés. En ce qui concerne la fiscalité, des dispositions seront prises en faveur de ces praticiens en vue d'alléger et de simplifier au maximum les obligations d'ordre comptable que la loi de finances pour 1971 a, en contrepartie d'allègements fiscaux importants, imposées aux membres de toutes les professions libérales ; par ailleurs, pour les médecins conventionnés qui, en raison du montant de leurs recettes,

(1) Cette déclaration est reproduite en annexe au présent rapport.

sont obligatoirement placés sous le régime de la déclaration contrôlée, des mesures particulières interviendront afin de leur conserver les allègements correspondant aux groupes II et III de frais professionnels.

En troisième lieu, le Gouvernement indique qu'il se propose de prendre ou de mettre à l'étude des mesures, concernant notamment la formation des praticiens, les cabinets de groupe, l'installation des médecins dans les zones « sous-médicalisées » et la revalorisation de la fonction de généraliste, dans le souci de permettre à la médecine libérale de s'adapter à l'évolution des techniques et des besoins. Un certain nombre de mesures concrètes, d'ordre fiscal et en matière de crédit, sont prévues en ce sens.

Enfin, le Gouvernement exprime sa volonté de voir s'instaurer dans des domaines divers et en particulier en ce qui concerne la détermination des grandes options intéressant la politique de santé, une collaboration active et confiante entre les pouvoirs publics et le corps médical.

EXAMEN EN COMMISSION

Déposé sur le bureau de l'Assemblée Nationale le 12 mai, le projet de loi relatif aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les médecins a été voté à l'Assemblée Nationale dès le 27 mai. Malgré le très court délai qui lui était imparti, votre Commission des Affaires sociales a tenu à entendre les représentants des organisations intéressées.

Le 27 mai, ont été successivement entendus le Président et le Secrétaire général de la Fédération des Médecins de France, le Président de la Confédération des Syndicats médicaux français, le Président de l'Union nationale pour l'avenir de la médecine, le Président et le Directeur de la Caisse nationale d'Assurance maladie des Travailleurs salariés, et enfin le Président du Conseil national de l'Ordre des Médecins.

Le 3 juin, M. Robert Boulin, Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale, est venu devant la commission défendre le projet de loi et répondre aux nombreuses questions que lui ont posées les commissaires.

Enfin, la commission a abordé, après un exposé de son rapporteur, l'examen des articles. Elle s'est déclarée favorable au projet de loi tel qu'il avait été voté par l'Assemblée Nationale et a écarté des propositions d'amendements déjà repoussés à l'Assemblée Nationale.

Elle s'est notamment prononcée contre :

— l'obligation de subordonner la conclusion de la convention nationale à l'avis conforme du Conseil de l'Ordre national des Médecins ;

— la ratification par les instances départementales de la convention nationale ;

— l'intervention du Conseil de l'Ordre des Médecins dans les conflits intervenant à propos des engagements contractuels ;

— l'obligation qui pourrait être faite aux caisses de rembourser au même tarif les soins dispensés sans distinguer si le praticien est ou non conventionné.

A ce propos, la commission n'a pas voulu revenir sur la pratique actuelle du tarif d'autorité inférieur au tarif conventionné. Bien que cette disposition soit critiquée par certaines organisations syndicales de médecins, elle constitue une des pièces fondamentales du système conventionnel tel qu'il a fonctionné depuis 1960.

En effet, les médecins conventionnés abandonnent la liberté de fixation de leurs honoraires ; il est donc normal que les caisses d'assurance maladie reconnaissent cet effort en prenant la valeur des honoraires convenus en commun comme base de leurs remboursements. Si elles traitaient les médecins non conventionnés de la même façon que les médecins conventionnés en remboursant les honoraires libres des premiers sur la base des honoraires conventionnés et donc limités des seconds, il est certain que les médecins auraient moins d'intérêt à se conventionner.

Or, ce qui importe à la plupart des assurés sociaux, c'est le fait d'être remboursés à 75 % de leurs dépenses d'honoraires ; les assurés sont attentifs au montant de la différence entre ce qu'ils ont versé à leur médecin et ce qu'ils ont obtenu de la caisse comme remboursement.

*

* *

En dehors des modifications de forme qui feront l'objet d'amendements dont vous trouverez dans le tableau comparatif la justification, votre commission a tenté, dans le cadre du texte voté par l'Assemblée Nationale, de résoudre les deux problèmes suivants :

1° *Convention nationale des chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.*

A la demande de M. Barrot, député, l'Assemblée Nationale a prévu une procédure d'extension de la convention nationale aux autres professions médicales et paramédicales.

Approuvant cette heureuse initiative, votre commission a décidé de rendre possible la conclusion de telles conventions dès la publication de la loi, sans attendre les décrets d'adaptation.

2° *Absence de convention nationale.*

Au cas où la convention nationale ne serait pas signée ou viendrait à être rompue à une échéance tarifaire ou même non renouvelée à son échéance normale, rien n'est prévu en dehors du remboursement au tarif d'autorité.

Cette situation a paru à votre commission tout à fait anormale, dans la mesure où les assurés sociaux auraient à supporter les conséquences d'un conflit entre les caisses, les syndicats médicaux et le Gouvernement.

Elle a donc décidé de vous proposer une solution subsidiaire à la convention nationale : l'adhésion personnelle des médecins à une convention-type.

EXAMEN DES ARTICLES

Texte du projet de loi.

Texte voté par l'Assemblée Nationale.

Texte proposé par votre commission.

PROJET DE LOI
relatif aux rapports entre les caisses
d'assurance maladie et les médecins.

Intitulé sans modification.

PROJET DE LOI
relatif aux rapports entre les caisses
d'assurance maladie et les praticiens
et auxiliaires médicaux.

Article premier A (nouveau).

Article premier A (nouveau).

L'article L. 257 du Code de la Sécurité sociale est rédigé comme suit :

Alinéa sans modification.

« Art. L. 257. — Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° du

« Art. L. 257. — Dans l'intérêt des assurés sociaux...

... de
promulgation de la loi n°
du
ou rendues nécessaires pour assurer le fonctionnement rationnel et le développement normal des services ou institutions de médecine sociale.

« Les dispositions nouvelles qui se révéleraient nécessaires pour assurer le fonctionnement rationnel et le développement normal des services ou institutions de médecine sociale sont déterminées par la loi.

Alinéa supprimé (dispositions reprises à l'alinéa précédent).

« Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

Alinéa supprimé (dispositions reprises à l'article premier B).

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles sont constatés les soins et les incapacités de travail ainsi que les mentions qui doivent figurer sur les feuilles de maladie pour ouvrir droit à remboursement au titre de l'assurance maladie. »

Alinéa supprimé (dispositions reprises à l'article premier B).

Commentaire. — Cet article rappelle les principes fondamentaux de l'exercice libéral de la médecine tels qu'ils figurent au Code de Déontologie. Votre commission s'est félicitée de cette adjonction qui confirme la volonté du Gouvernement et du Parlement de maintenir les traditions de la médecine auxquelles sont attachés tous les Français.

Amendements. — Deux amendements vous sont présentés à cet article :

1° Votre commission s'est demandée quelle pouvait être la valeur du deuxième alinéa inscrit dans l'article L. 257. Elle a estimé que la disposition était soit inutile, soit inconstitutionnelle :

— inutile si les dérogations apportées aux principes déontologiques fondamentaux énumérés au premier alinéa étaient, en application de l'article 34 de la Constitution, du domaine législatif ;

— inconstitutionnelle dans le cas contraire.

Votre commission a donc supprimé ce deuxième alinéa, mais elle en a repris l'essentiel en complétant le premier alinéa par des dispositions qui autorisent à l'avenir, sans préciser la procédure à utiliser, certaines dérogations qui s'avéreraient nécessaires pour le bon fonctionnement de la médecine sociale.

2° Votre commission vous propose de supprimer les deux derniers alinéas afin de ne laisser dans l'article L. 257 que les principes essentiels de la médecine. Les autres dispositions relatives à la consultation au cabinet du praticien, aux modalités de consultation, de soins et aux mentions des feuilles de maladie ont été renvoyées à un article L. 257-1.

Texte du projet de loi.

Texte voté par l'Assemblée Nationale.

Texte proposé par votre commission.

Art. premier B (nouveau).

Il est inséré dans le Code de la Sécurité sociale un article L. 257-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 257-1. — Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

Cf. deux derniers alinéas de l'article 1^{er} A.

Texte du projet de loi.

Texte voté par l'Assemblée Nationale.

Texte proposé par votre commission.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine :

« — les conditions dans lesquelles sont constatés les soins et les incapacités de travail ;

« — les mentions qui doivent figurer sur la feuille de maladie pour ouvrir droit à remboursement ».

Les dispositions supprimées à l'article L. 257 ont été reprises dans le nouvel article L. 257-1 du Code de la Sécurité sociale.

Texte du projet de loi.

Texte voté par l'Assemblée Nationale.

Texte proposé par votre commission.

Article premier.

Article premier.

Article premier.

Le premier alinéa de l'article L. 259 du Code de la Sécurité sociale est modifié comme suit :

I. — Le premier alinéa de l'article L. 259 du Code de la Sécurité sociale est modifié comme suit :

L'article L. 259 du Code de la Sécurité sociale est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens autres que les médecins et aux auxiliaires médicaux pour les soins... » (La suite sans modification.)

« Sous réserve des dispositions de l'article L. 261, les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens autres que les médecins et aux auxiliaires médicaux pour les soins... » (La suite sans modification.)

« Art. L. 259.

« I. — Les rapports entre les caisses primaires d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre la Caisse nationale de l'Assurance maladie des Travailleurs salariés et la ou les organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces catégories professionnelles.

« Les dispositions des articles L. 261 (deuxième alinéa) et L. 262, sont applicables aux conventions prévues à l'alinéa ci-dessus.

Le deuxième alinéa du même article est abrogé.

II. — Le deuxième alinéa du même article est abrogé.

« II. — A défaut de convention nationale, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux peuvent adhérer à titre personnel aux clauses d'une convention-type définie par décret en Conseil d'Etat.

« Les tarifs d'honoraires applicables à ces chirurgiens dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux sont fixés par arrêtés interministériels.

Commentaire. — L'article L. 259 du Code de la Sécurité sociale qui permet la conclusion de conventions entre les caisses et les praticiens et auxiliaires médicaux au stade départemental avait été modifié dans le projet de loi initial, simplement pour tenir compte du fait que les médecins seraient dorénavant soumis à une convention nationale.

Les autres praticiens (chirurgiens-dentistes, sages-femmes) et les auxiliaires médicaux continuent à être régis par le système actuellement en vigueur, à savoir convention avec les caisses primaires et, à défaut, adhésion personnelle à une convention-type.

Lors du débat à l'Assemblée Nationale, M. Barrot a demandé que les autres branches professionnelles médicales et paramédicales puissent bénéficier elles aussi de conventions nationales. A cet effet, des amendements ont été apportés aux articles L. 259 et L. 262 du Code de la Sécurité sociale et à l'article 9 du projet de loi. Selon le système proposé par M. Barrot et adopté par l'Assemblée Nationale, des décrets pouvaient adapter les dispositions législatives prévues en faveur des médecins à la situation particulière des autres branches professionnelles.

Votre Commission des Affaires sociales a préféré offrir cette faculté directement par une modification législative sans avoir à attendre les adaptations réglementaires.

Tel est l'objet de la rédaction proposée pour le paragraphe I de l'article L. 259 du Code de la Sécurité sociale.

Comme pour les médecins, la question a été posée de savoir quelle serait la situation si la convention nationale n'était pas signée ou si elle venait à être ultérieurement dénoncée par l'une des parties contractantes.

Deux solutions s'offraient au choix de la commission :

— soit le maintien du système actuel (convention départementale avec, à défaut, adhésion personnelle) ;

— soit adhésion personnelle à une convention-type sans possibilité de convention au plan départemental ou pluridépartemental.

Après une large discussion, la majorité de la caisse s'est ralliée à cette seconde solution qui est concrétisée dans le paragraphe II de l'article L. 259.

Texte du projet de loi.

Texte voté par l'Assemblée Nationale.

Texte proposé par votre commission.

Article premier bis (nouveau).

L'article L. 260 du Code de la Sécurité sociale est modifié comme suit :

Art. L. 260. — A défaut de convention ou en l'absence d'adhésion personnelle à la convention-type, les tarifs servant de base au remboursement des honoraires des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux sont fixés par arrêtés interministériels. »

Commentaire. — L'insertion de cet article additionnel est nécessaire car il convient d'adapter l'article L. 260 relatif aux tarifs dits « d'autorité » à la nouvelle rédaction de l'article L. 259.

Les tarifs seront, comme pour les médecins, des tarifs servant au remboursement et non plus des tarifs opposables aux praticiens et auxiliaires médicaux.

Texte du projet de loi.

Texte voté par l'Assemblée Nationale.

Texte proposé par votre commission.

Art. 2.

Art. 2.

Art. 2.

Il est inséré dans le Code de la Sécurité sociale un article L. 261 ainsi rédigé :

« Les rapports entre les caisses primaires d'assurance maladie et les médecins sont définis par une convention conclue entre la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les organisations syndicales nationales les plus représentatives de médecins. »

Alinéa sans modification.

Alinéa sans modification.

Art. L. 261. — Alinéa sans modification.

Art. L. 261. — Alinéa sans modification.

« Lorsque la convention nationale comportera des dispositions relatives à la déontologie médicale, ces dispositions devront obligatoirement recueillir l'avis du Conseil national de l'ordre des médecins.

Alinéa supprimé (dispositions reprises à l'article 3).

« La convention nationale pourra faire l'objet de clauses locales particulières sous forme d'accords complémentaires, entre les caisses primaires

Alinéa sans modification.

Texte du projet de loi.

Texte voté par l'Assemblée Nationale.

Texte proposé par votre commission.

d'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et modalités d'approbation de ces accords.

« Les rapports entre les caisses primaires d'assurance maladie et les praticiens autres que les médecins et les auxiliaires médicaux peuvent également être définis par des conventions nationales dans la mesure où les parties intéressées le décideraient d'un commun accord. »

Alinéa supprimé.

Commentaire. — Cet article traite des modalités de conclusion de la convention collective.

Votre commission a adopté les principes du texte proposé par l'Assemblée Nationale et a rejeté deux amendements qui visaient :

— l'un à la ratification de la convention nationale par les organismes départementaux ;

— l'autre à subordonner la conclusion de la convention à la signature de toutes les organisations syndicales représentatives.

Elle a admis la possibilité de compléter la convention nationale par des accords locaux mais a demandé à son rapporteur d'insister auprès du Ministre pour qu'il rejette tout accord local qui pourrait aboutir à remettre en cause la convention nationale.

Amendements. — Deux amendements de suppression d'alinéas vous sont présentés par votre commission dans cet article :

— le premier tend à supprimer le deuxième alinéa, non par hostilité au fonds du texte, mais pour renvoyer ces dispositions à l'article L. 263 du Code de la Sécurité sociale ;

— le second tire les conséquences de la rédaction nouvelle de l'article L. 259 et supprime le dernier alinéa devenu inutile.

Texte du projet de loi.

Art. 3.

Il est inséré dans le Code de la Sécurité sociale une article L. 262 ainsi rédigé :

« La convention prévue à l'article L. 261 détermine les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins ainsi que les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux. Elle n'entre en vigueur qu'après approbation par arrêté interministériel ; il en est de même de ses annexes ou avenants.

« Les dispositions de cette convention ne sont pas applicables :

« 1° Aux médecins qui, dans les conditions déterminées par la convention, ont fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie leur refus d'être régis par ces dispositions ;

« 2° Aux médecins à l'égard desquels la caisse primaire d'assurance maladie a décidé, dans les conditions déterminées par la convention, de ne plus se placer sous le régime conventionnel. »

Texte voté par l'Assemblée Nationale.

Art. 3.

Alinéa sans modification.

Art. L. 262. — Alinéa sans modification.

Cf. article 2 (troisième alinéa).

Alinéa sans modification.

« 1° Aux médecins qui, dans les conditions déterminées par la convention, ont fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils n'acceptent pas d'être régis par ces dispositions.

« 2° Aux médecins à l'égard desquels la caisse primaire d'assurance maladie a décidé, dans les conditions déterminées par la convention, de ne plus se placer sous le régime conventionnel, sans préjudice de l'application des dispositions des articles L. 403 à L. 408 du présent Code. »

Texte proposé par votre commission.

Art. 3.

Alinéa sans modification.

Art. L. 262. — La convention prévue à l'article L. 261 :

— détermine les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins ;

— fixe les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention.

Elle n'entre...

... annexes ou avenants.

L'avis du Conseil de l'Ordre national des médecins sur les dispositions de la convention nationale relatives à la déontologie médicale devra être préalablement recueilli.

Dès son approbation, la convention est, sous réserve des dispositions de l'alinéa 1° ci-dessous, applicable à l'ensemble des médecins.

Alinéa sans modification.

1° Alinéa sans modification.

2° Aux médecins que la caisse primaire d'assurance maladie a décidé de placer hors de la convention pour violation des engagements prévus par celle-ci. Cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par la convention ; elle ne fait pas obstacle à l'application éventuelle des dispositions des articles L. 403 à L. 408.

Commentaires. — Votre Commission des Affaires sociales est favorable au principe de la convention nationale et ne propose à cet article essentiel que des modifications de forme afin :

1° De faire apparaître que la convention ne fixe que les tarifs applicables aux médecins non autorisés à dépassement. Pour les

praticiens autorisés, la fixation des honoraires est libre, sous réserve que celle-ci soit faite, comme le demande la convention, avec « tact et mesure » ;

2° De consulter le Conseil national de l'Ordre des médecins sur les problèmes déontologiques, non plus au cours de la négociation mais à la fin de celle-ci, avant l'approbation de la convention par les Ministres intéressés ;

3° De rendre la convention applicable à l'ensemble des médecins dès son approbation, sous réserve de la faculté offerte à ces derniers d'utiliser la procédure de retrait prévue par la convention. Cette application de plein droit à l'ensemble des praticiens — même si la convention n'est signée que par une seule organisation syndicale représentative — n'est pas expressément édictée. Votre commission craint que la rédaction adoptée par l'Assemblée Nationale n'ouvre la porte à un contentieux de la part des médecins appartenant à un syndicat représentatif non signataire ;

4° De bien préciser que la caisse ne peut prononcer l'exclusion de la convention d'un médecin que pour violation des engagements contractuels.

Texte du projet de loi.

Texte voté par l'Assemblée Nationale.

Texte proposé par votre commission.

Art. 3 bis.

Il est inséré dans le Code de la Sécurité sociale, un article L. 262-1, ainsi rédigé :

« Art. L. 262-1. — A défaut de convention nationale, les médecins peuvent adhérer à titre personnel aux dispositions d'une convention-type, définie par un décret en Conseil d'Etat.

« Les tarifs d'honoraires applicables à ces médecins sont fixés par arrêté interministériel. »

Commentaire. — Le problème que poserait pour les assurés sociaux l'absence de convention nationale a retenu l'attention des membres de votre Commission des Affaires sociales. L'atmosphère actuelle laisse à penser que le projet de convention élaboré en commun par les caisses nationales d'assurance maladie et la Confédération des Syndicats médicaux français sera signé dès la promul-

gation de la loi. Malgré cette conjoncture favorable, rien ne permet de penser qu'une rupture ne se produira pas dans l'avenir, soit à l'occasion d'une échéance tarifaire, soit au moment de son renouvellement.

Que se passerait-il alors ? En l'absence de convention, l'article L. 264 du Code de la Sécurité sociale serait appliqué dans toute sa rigueur et les assurés sociaux seraient alors remboursés au tarif d'autorité très inférieur au tarif conventionnel.

Certes, cette situation ne pourrait s'éterniser et les parties contractantes : caisses, syndicats et Gouvernement, seraient dans l'obligation de se mettre d'accord pour une nouvelle convention ou un nouveau tarif d'honoraires. Mais pendant toute la durée de ces négociations, les assurés sociaux feraient les frais d'un désaccord sur lequel ils n'ont pas directement prise.

Le devoir du législateur est de prévoir une solution pour une situation qui n'a rien d'hypothétique. Il ne semble pas, en effet, que le Gouvernement dispose de pouvoir réglementaire en la matière. C'est pourquoi votre commission vous propose ce nouvel article L. 262-1 qui permettrait en cas de rupture de la convention d'obtenir de la part des médecins attachés au régime conventionnel leur adhésion à une convention-type, définie par décret en Conseil d'Etat.

Texte du projet de loi.

Art. 4.

Il est inséré dans le Code de la Sécurité sociale un article L. 263 ainsi rédigé :

« Les tarifs d'honoraires applicables aux médecins non régis par la convention nationale sont fixés par arrêté interministériel. »

Texte voté par l'Assemblée Nationale.

Art. 4.

Alinéa sans modification.

« Art. L. 263. — Les tarifs servant de base au remboursement des honoraires des médecins non régis par la convention nationale sont fixés par arrêté interministériel. »

Texte proposé par votre commission.

Art. 4.

Alinéa sans modification.

« Art. L. 263. — Pour les médecins non régis par la convention nationale, ou à défaut de convention nationale, pour les médecins n'ayant pas adhéré à la convention-type prévue à l'article L. 262-1, les tarifs servant de base au remboursement des honoraires sont fixés par arrêté interministériel.

Commentaire. — La modification proposée à cet article ne vise qu'à mettre les textes en harmonie. L'article L. 263 du Code de la Sécurité sociale doit être complété par une disposition prévoyant la possibilité d'adhésion personnelle des médecins à la convention-type, celle-ci s'avère nécessaire.

Texte du projet de loi.

Art. 5.

Il est inséré dans le Code de la Sécurité sociale un article L. 264 ainsi rédigé :

« Lorsque les soins sont donnés dans un dispensaire, les tarifs sont établis par des conventions conclues entre la caisse primaire d'assurance maladie et le dispensaire dans la limite des tarifs fixés, d'une part, en ce qui concerne les médecins, dans les conditions prévues par les articles L. 262 et L. 263 et, d'autre part, en ce qui concerne les autres praticiens et les auxiliaires médicaux, par arrêté interministériel après avis de la Commission nationale prévue à l'article 259 ; ces conventions sont approuvées par l'autorité administrative. »

Texte voté par l'Assemblée Nationale.

Art. 5.

Alinéa sans modification.

« Art. L. 264. — Lorsque les soins sont donnés dans un dispensaire, les tarifs d'honoraires sont établis par des conventions conclues entre la caisse primaire d'assurance maladie et le dispensaire dans la limite des tarifs fixés, d'une part, en ce qui concerne les médecins, dans les conditions prévues par les articles L. 262 et L. 263 et, d'autre part, en ce qui concerne les autres praticiens et les auxiliaires médicaux, sous réserve de l'application à ces catégories des dispositions de l'article L. 261, deuxième alinéa, par arrêté interministériel après avis de la commission nationale prévue à l'article L. 259 ; ces conventions sont approuvées par l'autorité administrative. »

Texte proposé par votre commission.

Art. 5.

Alinéa sans modification.

« Art. L. 264. — Lorsque les soins sont fournis dans un dispensaire, les tarifs d'honoraires sont établis par des conventions conclues entre la caisse primaire d'assurance maladie et le dispensaire dans la limite des tarifs fixés pour chacune des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux dans les conditions prévues par les articles L. 259, L. 260, L. 262 et L. 263.

Ces conventions sont approuvées par l'autorité administrative.

Commentaire. — Comme à l'article 4, il apparaît nécessaire, dans cet article L. 264 du Code de la Sécurité sociale, de tenir compte des modifications apportées antérieurement aux articles L. 259 et L. 260.

Texte du projet de loi.

Texte voté par l'Assemblée Nationale.

Texte proposé par votre commission.

Art. 5 bis (nouveau).

Le début de l'article L. 265 du Code de la Sécurité sociale est modifié comme suit :

« Art. L. 265. — Tout praticien ou auxiliaire médical conventionné ou ayant donné son adhésion personnelle à une convention-type qui demande à un assuré social des tarifs... » (le reste sans changement).

Commentaire. — L'article L. 265 du Code de la Sécurité sociale prévoit les procédures selon lesquelles les praticiens et auxiliaires médicaux doivent justifier des dépassements d'honoraires. Puisque les articles L. 260 et L. 263 rendent en droit aux médecins non

conventionnés la liberté qu'ils détenaient en fait de fixer leurs honoraires, il apparaît nécessaire de limiter l'obligation de justification des dépassements d'honoraires aux seuls praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés ou ayant donné leur adhésion personnelle à une convention-type.

Tel est l'objet du nouvel article 5 bis.

Texte du projet de loi.

Art. 6.

Le dernier alinéa de l'article L. 257 du Code de la Sécurité sociale est modifié comme suit :

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles sont constatés les soins et les incapacités de travail ainsi que les mentions qui doivent figurer sur les feuilles de maladie pour ouvrir droit à remboursement au titre de l'assurance maladie. »

Texte voté par l'Assemblée Nationale.

Art. 6.

..... Supprimé

Texte proposé par votre commission.

Art. 6.

Suppression maintenue.

Texte du projet de loi.

Art. 7.

L'article L. 613-6 du Code de la Sécurité sociale est modifié comme suit :

« Le régime d'assurance obligatoire institué par le présent titre est applicable, d'une part, aux médecins qui exercent leur activité professionnelle non salariée dans le cadre de la convention prévue à l'article L. 261 et, d'autre part, aux chirurgiens dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux. » (Le reste sans changement.)

Texte voté par l'Assemblée Nationale.

Art. 7.

Sans modification.

Texte proposé par votre commission.

Art. 7.

Alinéa sans modification.

« Art. L. 613-6. — Le régime d'assurance obligatoire institué par le présent titre est applicable :

« — aux médecins exerçant leur activité professionnelle, non salariée dans le cadre de la convention prévue à l'article L. 261 ou de l'adhésion personnelle prévue à l'article L. 262-1 ;

« — aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et aux auxiliaires médicaux qui exercent leur activité professionnelle non salariée dans le cadre de la convention conclue en application de l'article L. 259 ou, en l'absence d'une telle convention, dans le cadre du régime de l'adhésion personnelle prévue au même article.

Texte du projet de loi.

Texte voté par l'Assemblée Nationale.

Texte proposé par votre commission.

« Le bénéfice du présent régime n'est accordé aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux qu'à la double condition :

« 1° qu'ils aient exercé... » (Le reste sans changement.)

Commentaire. — Les modifications proposées à cet article sont purement formelles puisqu'elles tendent :

1° A tenir compte des modifications apportées aux articles L. 261 et L. 262-1 du Code de la Sécurité sociale ;

2° A bien préciser que pour bénéficier du régime des avantages sociaux des praticiens et auxiliaires médicaux, les médecins — comme les autres bénéficiaires — doivent remplir la double condition de durée d'exercice et de conventionnement avec les trois caisses d'assurance maladie.

Texte du projet de loi.

Texte voté par l'Assemblée Nationale.

Texte proposé par votre commission.

Art. 8.

Art. 8.

Art. 8.

La Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de Secours mutuels agricoles peuvent conclure, conjointement avec la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés, la convention prévue à l'article L. 261 du Code de la Sécurité sociale.

La Caisse nationale d'assurance maladie ...

... des travailleurs salariés, les conventions nationales prévues aux articles L. 259 et L. 261 du Code de la Sécurité sociale.

L'article 1040 du Code rural est modifié comme suit :

« Les dispositions des articles L. 257, L. 259, L. 260, L. 261, L. 262, L. 263, L. 264, L. 266. » (Le reste sans changement.)

Les dispositions des articles L. 257, L. 259, L. 260, L. 261, L. 262, L. 263, L. 264, L. 266 du Code de la Sécurité sociale sont applicables dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat aux bénéficiaires du régime d'assurance maladie et maternité institué par la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée et aux bénéficiaires des législations sociales agricoles.

Les dispositions des articles...
... L. 263,
L. 264, L. 265 et L. 266 du Code...

coles.

... agri-

Commentaire. — Les deux amendements de votre commission tendent :

— le premier à harmoniser les textes pour tenir compte des amendements apportés aux autres articles ;

— le second à rendre l'article L. 265 du Code de la Sécurité sociale (justification et dépassements d'honoraires) aux régimes agricoles d'assurance maladie et au régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés non agricoles.

Texte du projet de loi.	Texte voté par l'Assemblée Nationale.	Texte proposé par votre commission.
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Art. 9.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de la présente loi.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Art. 9.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de la présente loi, <i>ainsi que, le cas échéant, les modalités de son adaptation aux professions de chirurgiens-dentistes, de sages-femmes et d'auxiliaires médicaux.</i></p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Art. 9.</p> <p>Supprimé, dispositions partiellement reprises à l'article 11 (<i>nouveau</i>).</p>

Commentaires. — La suppression de cet article n'a pour objet que de renvoyer à la fin du projet de loi l'article prévoyant les mesures d'application par décret en Conseil d'Etat.

Texte du projet de loi.	Texte voté par l'Assemblée Nationale.	Texte proposé par votre commission.
<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Art. 10 (<i>nouveau</i>).</p> <p><i>Les litiges pouvant survenir à l'occasion de l'application des dispositions de l'article L. 262, quatrième alinéa (2°), du Code de la Sécurité sociale sont de la compétence des tribunaux administratifs.</i></p> <p><i>Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application de cet article.</i></p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Art. 10 (<i>nouveau</i>).</p> <p>Les litiges...</p> <p>... de l'alinéa 2° de l'article L. 262 du Code...</p> <p>... administratifs.</p> <p>Alinéa supprimé.</p>

Commentaires. — En plus de la rectification matérielle d'une référence au premier alinéa, votre commission vous demande de supprimer le second alinéa qui fait double emploi avec le nouvel article 11.

Texte du projet de loi.

Texte voté par l'Assemblée Nationale.

Texte proposé par votre commission.

Cf. art. 9.

Art. 11 (nouveau).

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de la présente loi.

Commentaires. — Cet article 11 reprend les dispositions de l'ancien article 9, à l'exclusion des dispositions relatives aux mesures d'adaptation par décret, rendues inutiles par la nouvelle rédaction de l'article L. 259 du Code de la Sécurité sociale.

*

* *

En conclusion votre Commission des Affaires sociales vous demande de modifier le texte voté par l'Assemblée Nationale en adoptant les amendements suivants.

AMENDEMENTS PRESENTES PAR LA COMMISSION

Article premier A (nouveau).

Amendement : Rédiger comme suit la fin du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 257 du Code de la Sécurité sociale :

« ... sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° du ou nécessaires pour assurer le fonctionnement rationnel et de développement normal des services ou institutions de médecine sociale. »

Amendement : Supprimer le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 257 du Code de la Sécurité sociale.

Amendement : Supprimer les deux derniers alinéas du texte proposé pour l'article L. 257 du Code de la Sécurité sociale.

Article additionnel premier B (nouveau).

Amendement : Insérer après l'article premier A (nouveau), un article additionnel premier B (nouveau), ainsi rédigé :

Il est inséré dans le Code de la Sécurité sociale un article L. 257-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 257-1.* — Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine :

« — les conditions dans lesquelles sont constatés les soins et les incapacités de travail ;

« — les mentions qui doivent figurer sur la feuille de maladie pour ouvrir droit à remboursement. »

Article premier.

Amendement : L'article L. 259 du Code de la Sécurité sociale est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 259.* — I. — Les rapports entre les caisses primaires d'assurance maladie et les chirurgiens dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces catégories professionnelles.

« Les dispositions des articles L. 261 (deuxième alinéa) et L. 262 sont applicables aux conventions prévues à l'alinéa ci-dessus.

« II. — A défaut de convention nationale, les chirurgiens dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux peuvent adhérer à titre personnel aux clauses d'une convention type définie par décret en Conseil d'Etat.

« Les tarifs d'honoraires applicables à ces chirurgiens dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux sont fixés par arrêtés interministériels. »

Article additionnel premier *bis* (nouveau).

Amendement : Après l'article premier, insérer un article additionnel premier *bis*, ainsi rédigé :

L'article L. 260 du Code de la Sécurité sociale est modifié comme suit :

« Art. L. 260. — A défaut de convention ou en l'absence d'adhésion personnelle à la convention type, les tarifs servant de base au remboursement des honoraires des chirurgiens dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux sont fixés par arrêtés interministériels. »

Art. 2.

Amendement : Supprimer le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 261 du Code de la Sécurité sociale.

Amendement : Supprimer le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 261 du Code de la Sécurité sociale.

Art. 3.

Amendement : Rédiger, comme suit, la première phrase du texte proposé pour l'article L. 262 du Code de la Sécurité sociale :

« La convention prévue à l'article L. 261 :

« — détermine les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins ;

« — fixe les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention. »

Amendement : Après le premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 262 du Code de la Sécurité sociale, insérer un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la convention comporte des dispositions relatives à la déontologie médicale, l'avis du Conseil national de l'Ordre des médecins doit être recueilli préalablement à son approbation. »

« L'avis du Conseil de l'Ordre national des médecins sur les dispositions de la convention nationale relatives à la déontologie médicale devra être préalablement recueilli. »

Amendement : Après le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 262, insérer le nouvel alinéa suivant :

« Dès son approbation, la convention est, sous réserve des dispositions de l'alinéa 1° ci-dessous, applicable à l'ensemble des médecins. »

Amendement : Rédiger comme suit le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 262 du Code de la Sécurité sociale :

« 2° Aux médecins que la caisse primaire d'assurance maladie a décidé de placer hors de la convention pour violation des engagements prévus par celle-ci. Cette décision doit être prononcée selon des conditions prévues par la convention ; elle ne fait pas obstacle à l'application éventuelle des dispositions des articles L. 403 à L. 408. »

Article additionnel 3 bis (nouveau).

Amendement : Après l'article 3, insérer l'article additionnel 3 bis (nouveau), ainsi conçu :

Il est inséré dans le Code de la Sécurité sociale un article L. 262-1, ainsi rédigé :

« Art. L. 262-1. — A défaut de convention nationale, les médecins peuvent adhérer à titre personnel aux dispositions d'une convention-type, définie par un décret en Conseil d'Etat.

« Les tarifs d'honoraires applicables à ces médecins sont fixés par arrêté interministériel. »

Art. 4.

Amendement : Rédiger comme suit l'article L. 263 du Code de la Sécurité sociale :

« Art. L. 263. — Pour les médecins non régis par la convention nationale, ou, à défaut de convention nationale pour les médecins n'ayant pas adhéré à la convention-type prévue à l'article L. 262-1, les tarifs servant de base au remboursement des honoraires sont fixés par arrêté interministériel. »

Art. 5.

Amendement : Rédiger comme suit l'article L. 264 du Code de la Sécurité sociale :

« Art. L. 264. — Lorsque les soins sont fournis dans un dispensaire, les tarifs d'honoraires sont établis par des conventions conclues entre la caisse primaire d'assurance maladie et le dispensaire dans la limite des tarifs fixés pour chacune des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux dans les conditions prévues par les articles L. 259, L. 260, L. 262 et L. 263.

« Ces conventions sont approuvées par l'autorité administrative. »

Article additionnel 5 bis (nouveau).

Amendement : Après l'article 5, insérer un article additionnel 5 bis (nouveau) ainsi rédigé :

Le début de l'article L. 265 du Code de la Sécurité sociale est modifié comme suit :

« Art. L. 265. — Tout praticien ou auxiliaire médical conventionné ou ayant donné son adhésion personnelle à une convention type qui demande à un assuré social des tarifs... »

(Le reste sans changement.)

Art. 7.

Amendement : Rédiger comme suit le début de l'article L. 613-6 du Code de la Sécurité sociale :

« Art. L. 613-6. — Le régime d'assurance obligatoire institué par le présent titre est applicable :

« — aux médecins exerçant leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention prévue à l'article L. 261 ou de l'adhésion personnelle prévue à l'article L. 262-1 ;

« — aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et aux auxiliaires médicaux qui exercent leur activité professionnelle non salariée dans le cadre de la convention conclue en application de l'article L. 259 ou, en l'absence d'une telle convention, dans le cadre du régime de l'adhésion personnel prévue au même article.

« Le bénéfice du présent régime n'est accordé aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux qu'à la double condition :

« 1° Qu'ils aient exercé... »

(Le reste sans changement.)

Art. 8.

Amendement : Rédiger comme suit la fin du premier alinéa de cet article :

... de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les conventions nationales prévues aux articles L. 259 et L. 261 du Code de la Sécurité sociale.

Amendement : Au début du deuxième alinéa de cet article, après L. 264, ajouter les mots :

... L. 265 et ...

Art. 9.

Amendement : Supprimer cet article.

Art. 10 (nouveau).

Amendement : A la deuxième ligne du premier alinéa de cet article, remplacer les mots :

... l'article L. 262 quatrième alinéa (2°) du ...,

par les mots :

... l'alinéa 2° de l'article L. 262 du ...

Amendement : Supprimer le deuxième alinéa de cet article.

Article additionnel 11 (nouveau).

Amendement : Insérer un article additionnel 11 (nouveau) ainsi rédigé :

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de la présente loi.

Intitulé du projet de loi.

Amendement : Rédiger comme suit l'intitulé du projet de loi.

Projet de loi relatif aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux.

PROJET DE LOI

(Texte adopté par l'Assemblée Nationale.)

Article premier A (nouveau).

L'article L. 257 du Code de la Sécurité sociale est rédigé comme suit :

« Art. L. 257. — Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° du

« Les dispositions nouvelles qui se révéleraient nécessaires pour assurer le fonctionnement rationnel et le développement normal des services ou institutions de médecine sociale sont déterminées par la loi.

« Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles sont constatés les soins et les incapacités de travail ainsi que les mentions qui doivent figurer sur les feuilles de maladie pour ouvrir droit à remboursement au titre de l'assurance maladie. »

Article premier.

I. — Le premier alinéa de l'article L. 259 du Code de la Sécurité sociale est modifié comme suit :

« Sous réserve des dispositions de l'article L. 261, les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens autres que les médecins et aux auxiliaires médicaux pour les soins... » (*La suite sans modification.*)

II. — Le deuxième alinéa du même article est abrogé.

Art. 2.

Il est inséré dans le Code de la Sécurité sociale un article L. 261 ainsi rédigé :

« *Art. L. 261.* — Les rapports entre les caisses primaires d'assurance maladie et les médecins sont définis par une convention conclue entre la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les organisations syndicales nationales les plus représentatives de médecins.

« Lorsque la convention nationale comportera des dispositions relatives à la déontologie médicale, ces dispositions devront obligatoirement recueillir l'avis du Conseil national de l'Ordre des médecins.

« La convention nationale pourra faire l'objet de clauses locales particulières sous forme d'accords complémentaires, entre les caisses primaires d'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et modalités d'approbation de ces accords.

« Les rapports entre les caisses primaires d'assurance maladie et les praticiens autres que les médecins et les auxiliaires médicaux peuvent également être définis par des conventions nationales dans la mesure où les parties intéressées le décideraient d'un commun accord. »

Art. 3.

Il est inséré dans le Code de la Sécurité sociale un article L. 262 ainsi rédigé :

« *Art. L. 262.* — La convention prévue à l'article L. 261 détermine les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins ainsi que les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux. Elle n'entre en vigueur qu'après approbation par arrêté interministériel ; il en est de même de ses annexes ou avenants.

« Les dispositions de cette convention ne sont pas applicables :

« 1° Aux médecins qui, dans les conditions déterminées par la convention, ont fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils n'acceptent pas d'être régis par ces dispositions ;

« 2° Aux médecins à l'égard desquels la caisse primaire d'assurance maladie a décidé, dans les conditions déterminées par la convention, de ne plus se placer sous le régime conventionnel, sans préjudice de l'application des dispositions des articles L. 403 à L. 408 du présent Code. »

Art. 4.

Il est inséré dans le Code de la Sécurité sociale un article L. 263 ainsi rédigé :

« *Art. L. 263.* — Les tarifs servant de base au remboursement des honoraires des médecins non régis par la convention nationale sont fixés par arrêté interministériel. »

Art. 5.

Il est inséré dans le Code de la Sécurité sociale un article L. 264 ainsi rédigé :

« *Art. L. 264.* — Lorsque les soins sont donnés dans un dispensaire, les tarifs d'honoraires sont établis par des conventions conclues entre la caisse primaire d'assurance maladie et le dispensaire dans la limite des tarifs fixés, d'une part, en ce qui concerne les médecins, dans les conditions prévues par les articles L. 262 et L. 263 et, d'autre part, en ce qui concerne les autres praticiens et les auxiliaires médicaux, sous réserve de l'application à ces catégories des dispositions de l'article L. 261, deuxième alinéa, par arrêté interministériel après avis de la Commission nationale prévue à l'article L. 259 ; ces conventions sont approuvées par l'autorité administrative. »

Art. 6.

..... *Supprimé*

Art. 7.

L'article L. 613-6 du Code de la Sécurité sociale est modifié comme suit :

« *Art. 613-6.* — Le régime d'assurance obligatoire institué par le présent titre est applicable, d'une part, aux médecins qui

exercent leur activité professionnelle non salariée dans le cadre de la convention prévue à l'article L. 261 et d'autre part, aux chirurgiens - dentistes, sages - femmes et auxiliaires médicaux. »
(*Le reste sans changement.*)

Art. 8.

La Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de secours mutuels agricoles peuvent conclure, conjointement avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la convention prévue à l'article L. 261 du Code de la Sécurité sociale.

Les dispositions des articles L. 257, L. 259, L. 260, L. 261, L. 262, L. 263, L. 264, L. 266 du Code de la Sécurité sociale sont applicables dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat aux bénéficiaires du régime d'assurance maladie et maternité institué par la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée et aux bénéficiaires des législations sociales agricoles.

Art. 9.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de la présente loi, ainsi que, le cas échéant, les modalités de son adaptation aux professions de chirurgiens-dentistes, de sages-femmes et d'auxiliaires médicaux.

Art. 10 (nouveau).

Les litiges pouvant survenir à l'occasion de l'application des dispositions de l'article L. 262, quatrième alinéa (2°) du Code de la sécurité sociale sont de la compétence des tribunaux administratifs.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application de cet article.

ANNEXE

DECLARATION DU GOUVERNEMENT SUR LES RAPPORTS ENTRE LES POUVOIRS PUBLICS ET LES MEDECINS

(Déclaration approuvée par le Conseil des Ministres du 19 mai 1971.)

L'exercice de la médecine libérale, tel qu'il est pratiqué en France, garantit à la fois la qualité des soins et le caractère humain des relations entre le médecin et le malade. Le Gouvernement considère qu'il est primordial, dans l'intérêt des assurés sociaux, de sauvegarder ce mode d'exercice de la médecine et d'en assurer le développement harmonieux; il réaffirme son attachement à ces principes fondamentaux que sont notamment le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du praticien, le secret professionnel et le paiement direct à l'acte.

*
* *

S'il est indispensable de permettre à chacun, sans distinction, de bénéficier du progrès des techniques de soins, il convient en même temps, comme le prévoit le VI^e Plan, de mettre en œuvre un ensemble d'actions visant à rationaliser l'appareil de distribution des soins de manière à maintenir l'augmentation des dépenses de santé dans des limites supportables pour la collectivité nationale.

C'est pour répondre à ces nécessités qu'une large partie du corps médical a récemment proposé au Gouvernement et aux caisses d'assurance maladie une nouvelle politique contractuelle définie à l'échelon national pour plusieurs années et permettant, grâce à une collaboration active des médecins, des organismes sociaux et des Pouvoirs publics, d'assurer le meilleur emploi des ressources que notre pays peut consacrer à la santé, tout en respectant strictement les principes de la médecine libérale et en tenant compte de l'évolution des besoins et des techniques.

Le Gouvernement ne pouvait donc qu'accueillir favorablement ces propositions qui, non seulement permettent d'éviter toute remise en cause des conditions d'exercice de la médecine, mais encore et surtout assurent concrètement leur avenir.

Dans la mesure où la profession médicale convient avec les caisses d'assurance maladie d'un accord national définissant la situation du praticien libéral par rapport aux organismes de protection sociale, le Gouvernement déclare qu'il se propose :

- d'améliorer la situation sociale et fiscale des praticiens conventionnés ;
- de donner à la médecine libérale les moyens de s'adapter à l'évolution des techniques et des besoins ;
- d'instaurer une concertation permanente entre les Pouvoirs publics et les représentants qualifiés de la profession médicale.

I. — En ce qui concerne les avantages sociaux, la loi du 31 décembre 1970 qui a effet au 1^{er} mai 1971, organise au profit des praticiens conventionnés un régime d'assurance maladie obligatoire et un régime complémentaire d'assurance vieillesse dans des conditions particulièrement favorables pour les intéressés. En matière

d'assurance vieillesse, la loi prévoit notamment la possibilité, après consultation de la profession, de donner un caractère obligatoire au régime complémentaire, ce qui permettra une revalorisation substantielle des retraites servies.

Sur le plan de la fiscalité, le Gouvernement ayant choisi de rapprocher les conditions d'imposition des salariés et des non salariés, en ce qui concerne tant la connaissance des revenus que le barème de l'impôt, les membres de toutes les professions libérales se voient, en contrepartie d'allègements fiscaux importants, tenus à des obligations comptables plus strictes que par le passé.

Ces obligations légales s'imposent naturellement aux médecins conventionnés. Mais ceux-ci bénéficieront de conditions d'application particulièrement souples.

Lorsque l'ensemble des organismes de sécurité sociale auront été dotés de moyens d'informatique permettant l'exploitation directe des feuilles de maladie et garantissant l'exactitude des relevés adressés aux services fiscaux, ces relevés constitueront la comptabilité des recettes professionnelles, et les médecins conventionnés seront dispensés des obligations provisoires prévues au paragraphe ci-après (ils devront bien entendu continuer à tenir la comptabilité de leurs recettes pour la partie de leur activité non couverte par la convention).

Pendant la période nécessaire à la mise en place de ces équipements, il sera admis que le document donnant le détail journalier de leurs recettes professionnelles, visé à l'article 8 de la loi de finances pour 1971, soit, pour la partie de leur activité couverte par la convention, constitué par un simple document fiscal inséré dans les feuilles de maladie et conservé par le praticien. Ces feuilles seront normalisées sur l'ensemble du territoire avec la participation des caisses et des praticiens.

Pour ceux des médecins conventionnés placés sous le régime de la déclaration contrôlée en fonction du montant de leurs recettes, il sera admis que le livre-journal visé à l'article 99 du Code général des Impôts soit remplacé, en ce qui concerne les recettes, par la tenue des volets fiscaux des feuilles de maladie, dans les mêmes conditions que pour les médecins conventionnés relevant du régime de l'évaluation administrative.

Enfin, puisque les médecins conventionnés placés sous le régime de la déclaration contrôlée ne pourront être admis à décompter leurs frais professionnels sur une base forfaitaire, des mesures particulières seront prises en leur faveur afin de maintenir les allègements figurant dans ce qu'il est convenu d'appeler les groupes II et III de frais professionnels des médecins conventionnés. Ces mesures permettront aux intéressés de continuer à bénéficier d'un régime fiscal voisin de celui appliqué aux salariés.

II. — Il convient également de donner les moyens à la médecine de s'adapter tant à l'évolution des techniques qu'aux exigences d'une politique de santé cohérente et satisfaisante pour la collectivité.

Le progrès des connaissances et la transformation rapide des méthodes de soins rendent indispensable d'attacher la plus grande importance aux problèmes de formation. Qu'il s'agisse de la formation spécifique des médecins généralistes et des spécialistes ou de la formation post-universitaire des praticiens, des études seront menées en liaison avec la profession en vue d'améliorer ces différentes formations, notamment sur le plan de l'organisation et des moyens. A cet égard, une attention particulière devra être accordée aux relations entre la médecine hospitalière et la médecine « praticienne », que la loi hospitalière, votée par le Parlement à la fin de l'année dernière, permet d'intensifier et qui constituent un moyen privilégié de formation permanente pour les praticiens.

Le développement de l'exercice en commun de la médecine auquel on assiste depuis quelques années a conduit le Gouvernement à créer un groupe de travail, afin d'examiner les problèmes d'ordre juridique, économique et financier que pose la médecine de groupe. Sans préjuger les conclusions auxquelles parviendra

cette commission, le Gouvernement est disposé à étudier et à prendre des mesures destinées à encourager la création de cabinets de groupe respectant l'indépendance professionnelle et morale des praticiens ; de telles créations devraient être plus particulièrement favorisées dans les zones rurales et les zones en voie d'urbanisation où elles peuvent améliorer les conditions d'exercice des médecins. D'ores et déjà, le régime des patentes a été adapté en ce sens.

La liberté d'installation n'aboutit pas naturellement à la répartition optimale des praticiens sur le territoire. Sans que le principe de liberté soit remis en question, il est souhaitable de renforcer et d'améliorer les mécanismes existants créés par la profession dans le domaine des crédits afin de favoriser l'implantation dans des régions défavorisées ou récemment urbanisées et l'orientation vers des spécialités déficitaires en effectifs. Ce pourrait être par exemple une action pour alléger le coût des prêts à l'initiative des caisses d'assurance maladie et dans le respect de l'indépendance des praticiens.

Pour faciliter le maintien dans les zones rurales d'un effectif suffisant de médecins, le Gouvernement a, d'autre part, décidé d'autoriser le Crédit agricole mutuel à accorder, aux praticiens domiciliés dans les communes de moins de 5.000 habitants agglomérées au chef-lieu, des prêts pour leur installation et leur équipement. Le texte consacrant cette compétence nouvelle du Crédit agricole sera très prochainement publié.

Dans la mesure où la profession rencontrerait des difficultés particulières pour assurer le financement de ses besoins d'équipement, ces problèmes feraient l'objet d'une concertation entre le Gouvernement et la profession.

Enfin, une réflexion d'ensemble devra être menée, avec le concours du corps médical, sur la place respective des médecins généralistes et des spécialistes dans notre système de santé.

L'exercice d'une bonne médecine dépend en premier lieu du médecin de famille. Il convient de rendre sa vraie place au médecin généraliste conformément aux désirs et à l'intérêt des malades. La très sensible augmentation des tarifs d'honoraires des médecins généralistes au cours de l'année conventionnelle 1^{er} mai 1971-1^{er} mai 1972, qui a amélioré le rapport des rémunérations en faveur de cette catégorie de praticiens, répond à cette préoccupation. Dans le même esprit, la commission de la nomenclature procédera à des études complémentaires sur la définition d'actes correspondant à certains types particuliers de consultations et de soins. Toutefois, si les éléments d'ordre tarifaire sont essentiels, il est certain que les autres aspects de la situation du médecin généraliste méritent une étude approfondie : conditions d'exercice souvent difficiles, possibilité de formation postuniversitaire offerte à cette catégorie de médecins, conditions de la promotion professionnelle...

En ce qui concerne les spécialistes, il ne fait pas de doute que le secteur libéral de la médecine spécialisée est et restera indispensable, compte tenu de l'ensemble des besoins de la population. Le Gouvernement est donc disposé à étudier les moyens de nature à faciliter leur activité professionnelle qui exige le plus souvent des investissements importants.

Sur l'ensemble de ces problèmes, le Gouvernement est prêt à constituer un ou plusieurs groupes de travail, auxquels les représentants du corps médical devraient être largement associés.

III. — La collaboration entre la profession médicale et les pouvoirs publics sera renforcée dans plusieurs domaines.

Tout d'abord, il apparaît nécessaire de mieux connaître tous les éléments composant l'ensemble complexe de la rémunération des services médicaux. Des études devront être menées avec les représentants de la profession médicale, dont le concours sur ces problèmes sera irremplaçable.

D'autre part, il convient de créer un comité d'experts tripartite (experts désignés par les Pouvoirs publics, les syndicats médicaux et les organismes de sécurité sociale). Ce comité serait chargé d'apprécier l'évolution de la consommation médicale, la

variation et la répartition des effectifs médicaux et l'évolution du coût des soins. En outre, il pourrait utilement analyser l'efficacité des diverses formes d'incitation évoquées ci-dessus. Ses travaux serviront notamment de base aux discussions qui sont menées, chaque année, sur les revalorisations des tarifs honoraires.

En dernier lieu, le corps médical doit, d'une manière générale, être associé à la détermination des grandes options intéressant la politique de santé.

La profession médicale a largement participé aux commissions chargées de la préparation du VI^e Plan. Cette participation devra être maintenue et éventuellement accrue.

Il conviendra d'examiner les modalités suivant lesquelles les professions de santé pourraient être associées aux travaux des instances régionales.

Les représentants des syndicats médicaux seront, d'autre part, consultés lors de l'élaboration des textes d'application de la loi hospitalière et, en particulier, lors de la préparation de la carte sanitaire.

Enfin, le Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale prendra avec la profession médicale tous contacts nécessaires à la détermination de la position française sur les problèmes concernant la médecine dans le cadre de la Communauté économique européenne.