



REGLEMENTATION PROVINCIALE

Direction provinciale chargée de l'application du texte :
- Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale

M1

DELIBERATION

n° 33-2006/APS du 3 août 2006

approuvant la convention médicale entre les organismes de protection sociale et les syndicats de médecins libéraux et habilitant le président de l'assemblée de la province Sud à la signer

L'ASSEMBLEE DE LA PROVINCE SUD,

Délibérant conformément à la loi organique modifiée n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie, et la loi simple du 19 mars 1999 ;

VU la loi modifiée n° 99-210 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

VU la délibération cadre n° 49 du 28 décembre 1989 relative à l'aide médicale et aux aides sociales ;

VU la délibération modifiée n° 490 du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins sur le territoire de la Nouvelle-Calédonie ;

VU la délibération modifiée n° 12-90/APS du 24 janvier 1990 relative à l'aide médicale et aux aides sociales dans la province Sud ;

VU la délibération n° 08-2006/APS du 30 mars 2006 fixant l'organisation et les attributions de la direction de l'action sanitaire et sociale ;

A ADOPTE EN SA SEANCE DU 3 AOUT 2006, LES DISPOSITIONS DONT LA TENEUR SUIT:

Modifiée par :

-Délibération n° 643-2006/BAPS du 10 août 2006
(Voir convention médicale modifiée in fine, art.12)

Article 1 :

L'assemblée de la province Sud approuve le projet de convention médicale entre les organismes de protection sociale et les syndicats de médecins libéraux, qui est annexé à la présente délibération.

Les annexes à la convention médicale peuvent être consultées à la direction des affaires sanitaires et sociales de la province sud.

Article 2 :

Le Bureau de l'assemblée de la province Sud est autorisé à approuver les avenants à ladite convention médicale et à habilitier le président de l'assemblée de la province Sud à les signer.

Article 3 :

Le président de l'assemblée de la province Sud est habilité à signer ladite convention médicale.

Article 4 :

La présente délibération sera transmise à Monsieur le commissaire délégué de la République et publiée au *Journal officiel* de la Nouvelle-Calédonie.



CONVENTION MEDICALE 2006

Entre :

- ▶ -La Caisse de Compensation des Prestations Familiales, des Accidents du Travail et de Prévoyance des Travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT), représentée par le Président du Conseil d'Administration,
- ▶ -La Province Sud au titre de l'aide médicale, représentée par le soussigné,
- ▶ -La Province des Iles Loyauté au titre de l'aide médicale, représentée par le soussigné,
- ▶ -La Société Mutualiste du Commerce et Divers (Mutuelle du Commerce), représentée par le Président du Conseil d'Administration,
- ▶ -La Mutuelle de la métallurgie, de la mine, de l'énergie et des activités annexes (Mutuelle du Nickel), représentée par le Président du Conseil d'administration,
- ▶ -La Mutuelle des Patentés et Libéraux, représentée par le Président du Conseil d'Administration,

ci-après dénommés « les organismes »,

d'une part,

Et :

- ▶ -Le Syndicat des Médecins Libéraux de Nouvelle-Calédonie, représenté par son Président,

d'autre part.

Les parties ci-dessus énumérées sont désignées sous le terme de « parties signataires ».

Préambule

TITRE I^{er} - PRINCIPES GÉNÉRAUX

Article 1 ^{er} : Champ d'application	7
Article 2 : Conditions du partenariat	7
Article 3 : Accès aux soins - Principe du libre choix	8
Article 4 : Échanges d'informations et recueil de données - Dossier médical	8
4.1. Échanges d'informations et recueil de données	8
4.2. Dossier médical	9
4.3. Dossier médical partagé	9
Article 5 : Prévention et promotion de la santé	9
Article 6 : Permanence des soins	9
Article 7 : Soins coordonnés - Réseaux de soins	9
7.1. Soins coordonnés	9
7.2. Réseaux de soins	10

TITRE II - LES MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL

Article 8 : Accès au secteur conventionnel	10
8.1. Demande de conventionnement	10
8.2. Examen des demandes	10
8.2.1. Principe général	10
8.2.2. Accès au conventionnement dans les communes de Nouméa, Mont-Dore, Dumbéa et Païta	10
8.3. Notification des décisions	11
8.4. Conditions de validité des décisions	11
8.5. Cession de cabinet dans une commune soumise à régulation	11
8.6. Associations régies par la loi du 1 ^{er} juillet 1901	11
8.7. Autres associations	11
8.8. Cabinets secondaires	11
8.9. Cessation d'activité	12
Article 9 : Modalités d'exercice	12
9.1. Principes généraux	12
9.2. Activité devant être réalisée en milieu hospitalier pour des raisons d'environnement technique en dehors de la commune d'installation d'un médecin spécialiste conventionné	12
9.3. Remplacements	12
9.4. Suspension d'activité	12
Article 10 : Délivrance des soins	13
Article 11 : Rédaction des imprimés	13
11.1. Principes généraux	13
11.2. Adaptation aux nouvelles technologies	13
11.3. Cotation des actes sur la feuille de soins	13
11.4. Inscription des honoraires sur la feuille de soins	14
11.5. Cas des actes réalisés par un personnel salarié du médecin	14
11.6. Cas du remplaçant	14
Article 12 : Arrêts de travail	14
Article 13 : Rédaction des ordonnances	14

Article 14 : Modalités de paiement des honoraires.....	15
14.1. Dispositions générales	15
14.2. Actes réalisés dans un établissement de santé privé	15
14.3. Actes en rapport avec une longue maladie exonérante.....	15

TITRE III - LA RÉMUNÉRATION

Article 15 : Le principe de la rémunération à l'acte.....	16
Article 16 : Honoraires opposables	16
Article 17 : Révision des tarifs d'honoraires	16
Article 18 : Fiscalité	16
Article 19 : Cotation des actes.....	16
Article 20 : Non-application des tarifs de convention.....	16
20.1. Actes non remboursables.....	16
20.2. Déplacements non médicalement justifiés (HN)	17
Article 21 : Interventions d'urgence des médecins généralistes régulées par le Centre 15	17
Article 22 : Mesures transitoires en attendant l'adoption de la CCAM technique	17
22.1. Majoration Gynécologue et Anesthésiste	17
Article 23 : Mesures transitoires en attendant la CCAM clinique.....	18
23.1. Mesure transitoire concernant la consultation du médecin généraliste	18
23.2. Mesure transitoire concernant la consultation des médecins spécialistes.....	18
23.3. Dispositions relatives aux actes d'endocrinologie.....	18
23.4. Utilisation de la CsC par les cardiologues	18
23.5. Forfait pédiatrique pour les consultations ou visites d'enfants âgés de 0 à 24 mois	19
23.6. Prise en charge des nourrissons par le médecin généraliste	19
23.7. Actes réalisés par les médecins spécialistes en anatomie et cytologie pathologiques	19

TITRE IV - AUTRES AVANTAGES OFFERTS PAR LA CONVENTION

Article 24 : Remboursement des soins et des prescriptions.....	19
24.1. Remboursements effectués par la CAFAT	19
24.2. Paiements effectués par l'aide médicale	20
24.3. Remboursements des mutuelles	20
Article 25 : La formation médicale continue conventionnelle.....	20
25.1. Objectif et contenu.....	20
25.2. Organisation	20
25.3. Indemnisation des participants	20
25.4. Financement de la FMCC.....	21
25.5. Évaluation de la FMCC.....	21

Article 26 : Informatisation des cabinets médicaux en vue du passage à la CCAM	21
26.1. Télétransmission des états de tiers-payant	21
26.2. Équipement informatique des médecins.....	21
Article 27 : Dispositions diverses.....	21

TITRE V - LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTE

Article 28 : Principes et mise en œuvre de la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé	21
---	----

SECTION 1 - MAITRISE PAR DES ACTIONS GENERALES

Article 29 : La régulation des conventionnements.....	22
Article 30 : Le recueil d'informations : constitution, gestion et analyse de bases de données sanitaires	22
Article 31 : Le panier de soins.....	22
Article 32 : Le médecin référent	22
Article 33 : Les actions thématiques concertées	23
Article 34 : Le contrôle de l'activité individuelle des médecins - Analyse des tableaux statistiques d'activité	23
Article 35 : La mise en œuvre de références de bonne pratique.....	23
Article 36 : L'évaluation des pratiques médicales.....	23
Article 37 : La responsabilisation et l'éducation du patient.....	23
Article 38 : Engagements de maîtrise médicalisée de l'activité et des prescriptions des médecins ...	24
38.1. Engagements pour 2006	24
38.2. Engagements pour 2007	25
38.3. Engagements pour 2008	25
38.4. Engagements pour les années suivantes	26
38.5. Information générale des médecins sur le suivi de l'objectif.....	26
38.6. Carence de la commission conventionnelle paritaire.....	26
Article 39 : Suivi et analyse de l'évolution des dépenses de santé - Evaluation du dispositif et de la qualité des soins	26

SECTION 2 - MAITRISE PAR DES ACTIONS SPECIFIQUES

Article 40 : Action sur les prescriptions médicamenteuses.....	27
40.1. Respect de l'A.M.M.	27
40.2. Prescription en génériques - Droit de substitution	27
40.3. Prescriptions en rapport avec une référence de bonne pratique	27
40.4. Médicaments à service médical rendu insuffisant	27
Article 41 : Action sur les prescriptions d'arrêts de travail	27
Article 42 : Action sur les prescriptions de kinésithérapie.....	27

SECTION 3 - LE DISPOSITIF DU MEDECIN REFERENT

Article 43 : Principe	28
Article 44 : Champ d'application	28
Article 45 : Modalités pratiques de désignation du médecin référent et d'un second médecin éventuel	28
Article 46 : Demande de prise en charge - Protocole de soins et protocoles types de soins - Accord du contrôle médical - Conditions de tiers-payant.....	29
46.1. Demande de prise en charge	29
46.2. Protocole de soins et protocoles types de soins.....	29
46.3. Accord du contrôle médical	29
46.4. Conditions de tiers-payant	30
Article 47 : Bilan du suivi et responsabilisation du patient.....	30
Article 48 : Rémunération forfaitaire annuelle du médecin référent pour le suivi de chaque patient	31
Article 49 : Dossier médical - Carnet médical - Ordonnance bi-zone	31
49.1. Le dossier médical.....	31
49.2. Le carnet médical	31
49.3. Ordonnance bi-zone	31

Article 50 : Formation « Médecin référent »	31
---	----

TITRE VI - LE PARTENARIAT CONVENTIONNEL

SECTION 1 - LE CONTROLE MEDICAL

Article 51 : Le rôle du contrôle médical	32
--	----

SECTION 2 - LES INSTANCES DE CONCERTATION

Article 52 : Le comité médical paritaire	32
52.1. Composition.....	32
52.2. Rôle	32
52.3. Fonctionnement.....	33
52.4. Conditions de vote.....	33
Article 53 : La commission conventionnelle paritaire.....	34
53.1. Composition.....	34
53.2. Rôle	34
53.3. Fonctionnement de la commission	35
53.4. Conditions de vote.....	35

TITRE VII - NON-RESPECT DES DISPOSITIONS CONVENTIONNELLES - MESURES ENCOURUES

Article 54 : Non-respect des dispositions conventionnelles	35
54.1. Non-respect des tarifs et/ou des dispositions administratives	35
54.2. Non-respect des dispositions à caractère médical	36
54.3. Tableaux statistiques d'activité des professionnels de santé (TSAPS)	37
Article 55 : Mesures encourues.....	37
Article 56 : Droits de la défense	37
Article 57 : Cas de condamnation par l'ordre ou les tribunaux	37
57.1. Action intentée en Nouvelle-Calédonie.....	37
57.2. Action intentée en France métropolitaine ou dans une collectivité territoriale d'outre-mer	38

TITRE VIII - DURÉE ET CONDITIONS D'APPLICATION DE LA CONVENTION

Article 58 : Date d'entrée en vigueur et durée de la convention - Dénonciation de la convention	38
Article 59 : Notification de la convention - Délai d'option - Renonciation du praticien	38
Article 60 : Retrait d'une partie signataire - Résiliation de la convention	38
60.1. Retrait d'une partie signataire.....	38
60.2. Résiliation de la convention	38

Annexes

- Tarifs de convention (annexe article 16)
- Liste des références de bonne pratique (annexe article 35)
- Méthodologie de calcul des objectifs (annexe article 38)
- Liste des médicaments à service médical rendu insuffisant (annexe article 40.4)
- Nombre maximum de séances de kinésithérapie par pathologie (annexe article 42)
- Protocole particulier fixant les modalités d'application du dispositif du médecin référent aux ressortissants de l'aide médicale Sud (annexe article 44)
- Critères d'admission en longue maladie (annexe article 46)
- Protocoles types de soins (annexe article 46.2)
- Liste des médecins conventionnés à la date de signature de la convention (annexe article 59)
- Accords complémentaires signés par certains organismes (annexe article 2)

Préambule

Dans le cadre de la poursuite du plan de maîtrise des dépenses de soins adopté par le Congrès de Nouvelle-Calédonie le 11 août 1994, les parties s'engagent à collaborer pour assurer le maintien du dispositif conventionnel, le partenariat entre les professionnels de santé concernés et les organismes constituant le fondement d'un dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses.

Les parties, tant organismes que professionnels de santé, veilleront à garantir à tous les assurés l'accès à des soins de qualité, une meilleure information sur les conditions de prise en charge et de réalisation de leur traitement ainsi qu'un haut niveau de prestations afin de poursuivre l'amélioration de l'état sanitaire et la responsabilisation de la population.

Elles décident :

- ✓ de respecter les différentes formes de l'exercice de la médecine ;
- ✓ de mettre en pratique la maîtrise médicalisée et contractualisée de l'évolution des dépenses de soins, notamment par l'application des références de bonne pratique visées à l'article 35 de la présente convention et le respect des engagements de maîtrise médicalisée pris à l'article 38 ;
- ✓ d'adapter la pratique médicale, en particulier par la mise en œuvre du dispositif de coordination, de continuité des soins et de prise en charge des urgences, pour améliorer la qualité des soins et la maîtrise des dépenses ;
- ✓ de participer de façon active aux actions ou dispositifs de prévention ;
- ✓ de soutenir la formation médicale continue et d'inciter l'ensemble des médecins à y participer.

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

Dans le cadre de cette évolution, elles décident de mettre en œuvre, par l'adaptation de la pratique médicale, les moyens d'une revalorisation de l'exercice de la médecine générale.

TITRE Ier - PRINCIPES GÉNÉRAUX

Article 1^{er} : Champ d'application

Sous réserve des dispositions de l'article 8 relatives à l'accès au secteur conventionnel, la présente convention régit les rapports entre les organismes signataires et les médecins du secteur libéral remplissant les conditions fixées par la réglementation pour exercer en Nouvelle-Calédonie, à l'exception des praticiens ayant fait connaître à la CAFAT, selon les conditions prévues à l'article 59, qu'ils n'acceptent pas d'être régis par ces dispositions.

Les organismes ayant conclu un accord avec une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 employant des médecins s'engagent à soumettre lesdits médecins aux dispositions de la présente convention.

Les organismes s'engagent à tout mettre en œuvre pour rendre opposables aux médecins non libéraux les dispositions de cette convention concernant notamment l'usage des références de bonnes pratiques, le médecin référent, la prescription de médicaments génériques ou en dénomination commune, l'évaluation des pratiques médicales, le dossier médical partagé, le recueil de données et les actions de prévention.

Article 2 : Conditions du partenariat

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

Ce partenariat doit être fondé sur les principes suivants :

- ↳ il doit permettre à la profession médicale organisée dans le respect de son autonomie d'assumer pleinement ses différentes missions au service des patients et ses responsabilités en ce qui concerne la qualité des soins, la participation aux urgences, l'évaluation, la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses, la prévention, la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques médicales ;

↳ il doit préserver tant l'indépendance d'exercice des praticiens et les règles de la déontologie médicale, notamment le secret médical dans l'intérêt des patients, que l'exécution par les organismes de leur mission de service public ;

↳ il doit prendre en compte les accords complémentaires signés par certains organismes et définissant des clauses particulières, notamment provinciales ou liées au régime de protection de certaines catégories de population. Les accords existants et à venir feront l'objet d'annexes à la convention, conformément aux dispositions de l'article 20 de la délibération modifiée n° 490 du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins sur le Territoire de Nouvelle-Calédonie.

Le succès de ce partenariat nécessite :

↳ une application réelle des textes conventionnels par chacun des partenaires et, particulièrement, la mise en place et le fonctionnement des instances conventionnelles et des divers groupes de travail prévus par ces textes, ainsi que le respect des délais de remise de leurs conclusions ;

↳ le respect par chacun des engagements souscrits ;

↳ une coopération étroite des partenaires et une réflexion commune sur l'ensemble des données tant médicales qu'économiques, indispensables à la gestion de la convention ;

↳ la volonté des partenaires de faire évoluer le texte conventionnel par avenant autant que de besoin.

A l'exclusion des Provinces, les organismes s'abstiendront, pendant la durée de la convention, de toute action tendant à un développement des centres de soins sauf carence constatée par la commission territoriale visée à l'article 29 de la présente convention.

Les organismes communiquent au syndicat signataire la liste de leurs praticiens-conseils. Dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, lesdits praticiens-conseils s'abstiennent d'informer le patient que son médecin traitant est l'objet de ces contrôles.

Article 3 : Accès aux soins - Principe du libre choix

Les ressortissants des organismes ont le libre choix entre tous les praticiens légalement autorisés à exercer en Nouvelle-Calédonie, sous réserve des dispositions particulières applicables aux assurés pris en charge au titre de l'assurance longue maladie et aux ressortissants de l'aide médicale ainsi que celles relatives à la régulation de l'accès au conventionnement dans les communes du Grand-Nouméa (Nouméa, Mont-Dore, Dumbéa et Païta).

Si un ressortissant fait appel, sans motif justifié sur le plan des techniques médicales, à un médecin qui n'exerce pas dans la même commune ou, à défaut, dans la commune la plus proche, les organismes ne participent pas aux dépenses supplémentaires pouvant résulter de ce choix. Si le ressortissant réside dans le Grand-Nouméa mais fait appel à un médecin qui ne bénéficie pas d'un conventionnement dans l'une des communes de cette zone, les actes et prescriptions lui seront remboursés sur la base des tarifs d'autorité, sous réserve des dispositions particulières applicables aux ressortissants de l'aide médicale, sauf si ce médecin est le plus proche praticien conventionné pouvant assurer les soins.

Pour faciliter le libre choix du praticien les organismes donnent, à la demande de leurs ressortissants, toutes informations utiles et actualisées sur la situation des praticiens au regard de la présente convention.

Les organismes se réservent le droit de faire connaître aux assurés les éventuelles mesures de déconventionnement des médecins.

De leur côté, les médecins doivent informer leurs patients de leur situation au regard de la présente convention au moyen d'un affichage explicite dans leur salle d'attente.

Article 4 : Échanges d'informations et recueil de données - Dossier médical

4.1. Échanges d'informations et recueil de données

Les parties signataires conjuguent leur action dans le respect des responsabilités et domaines de compétences de chacune pour assurer la collecte et l'étude des informations concernant l'évolution des dépenses, la consommation de soins, l'épidémiologie et les conditions économiques de l'exercice médical.

Les organismes s'engagent à informer le syndicat et les praticiens des objectifs des enquêtes qu'ils entendent mener conjointement pour l'application de la présente convention et de les associer à l'élaboration de la méthodologie de ces enquêtes. En contrepartie, les médecins conventionnés participent à ces enquêtes dans toute la mesure compatible avec l'exercice de leur activité.

Ces dispositions ne font pas obstacle aux enquêtes qu'entendent mener les organismes pour leur propre compte.

4.2. Dossier médical

Le dossier médical est la propriété du patient. Il est couvert par le secret médical. Le patient a accès aux informations médicales contenues dans son dossier directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de son choix dans les conditions définies par la réglementation en vigueur.

Le dossier médical constitue un instrument indispensable de santé publique. Il permet de réaliser la synthèse médicale, diagnostique et thérapeutique, ainsi qu'un véritable suivi médical du patient afin d'éviter, entre autres, les risques d'interactions médicamenteuses ou de redondance. Il permet également d'adopter une démarche préventive et prospective en vue de la délivrance de soins médicalement utiles au meilleur coût.

Outre les éléments apportés par le médecin, le patient lui-même et l'ensemble des intervenants, ce dossier comprend de façon synthétique tous les comptes rendus des actes, les prescriptions ainsi que les conclusions s'y rapportant et les interventions réalisées en secteur hospitalier privé ou public dans le respect des droits du patient. Les médecins et les établissements de santé publics et privés, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, communiquent à cet effet au médecin référent visé à l'article 45, dans le respect de la déontologie, une copie ou une synthèse des informations médicales utiles.

4.3. Dossier médical partagé

Les parties signataires considèrent le dossier médical unique informatisé, dit dossier médical partagé, comme l'instrument de base d'une maîtrise médicalisée favorisant la qualité des soins. Les médecins s'engagent à alimenter ce dossier dès qu'il sera mis en place.

Les organismes s'engagent de leur côté à réfléchir aux conditions de prise en charge des liaisons permettant la transmission de données administratives et médicales. La fourniture des données est soumise au respect de la déontologie, du secret médical et de la loi sur l'informatique et les libertés.

Le résultat de l'analyse des données est communiqué par les organismes aux médecins fournisseurs des données.

Article 5 : Prévention et promotion de la santé

Les parties signataires affirment que la prévention et la promotion de la santé constituent une stratégie essentielle de toute politique de santé.

Les modalités pratiques de mise en place des actions de prévention et les conditions de la collaboration des praticiens libéraux à leur réalisation sont fixées dans des programmes élaborés en concertation avec les parties concernées.

Les organismes signataires et les médecins s'engagent à mettre en œuvre des actions de prévention conformément aux plans définis par le gouvernement ou les Provinces signataires.

Article 6 : Permanence des soins

Outre les obligations et les dispositions inhérentes au code de déontologie, concernant notamment la participation au service de garde, les médecins s'engagent à garantir la permanence des soins en prenant part à la protection sanitaire de la population dans le cadre des urgences.

Les modalités de participation des médecins libéraux dans le cadre des urgences et son financement seront définis par un avenant ou un accord complémentaire.

Article 7 : Soins coordonnés - Réseaux de soins

Les parties signataires s'engagent à mettre en place des réseaux de soins et soins coordonnés à domicile permettant la prise en charge des patients hors hospitalisation.

7.1. Soins coordonnés

Les parties signataires souhaitent, pour renforcer la qualité des soins, promouvoir une organisation plus rationnelle et une utilisation plus cohérente du système de soins grâce à la mise en place d'une structuration des soins de premier et de second niveau.

Sous réserve d'un dispositif réglementaire d'encadrement, le médecin traitant s'appuie sur un réseau de professionnels de santé - libéral ou public, en cabinet ou à l'hôpital - qu'il peut consulter pour les différents aspects de la prise en charge diagnostique et thérapeutique de son patient, dans le cadre d'un « parcours de soins » et en s'appuyant sur les références et référentiels de bonne pratique.

L'ensemble des échanges d'information entre les divers praticiens et professionnels de santé est formalisé pour permettre au médecin traitant d'assurer la synthèse du dossier médical personnel du patient.

7.2. Réseaux de soins

Les réseaux de soins constituent un élément d'amélioration de la qualité des soins dans des domaines ciblés.

Les parties signataires s'engagent à favoriser la constitution et à soutenir le fonctionnement de réseaux de soins dans l'esprit de l'article 13 de la délibération modifiée n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte sanitaire et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie.

Les réseaux de soins formalisent la coordination des soins pour une activité ou pour une zone géographique donnée. Ils visent ainsi à favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité de la prise en charge en ce qui concerne tant les soins que l'éducation à la santé et la prévention.

TITRE II - LES MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL

Article 8 : Accès au secteur conventionnel

Les conditions d'accès au conventionnement des médecins en Nouvelle-Calédonie sont définies par des dispositions législatives et réglementaires.

8.1. Demande de conventionnement

Le médecin qui sollicite son conventionnement doit adresser une demande écrite au service Gestion du Risque de la CAFAT. A l'appui de sa demande, il est tenu de fournir les documents ci-après :

- ♦ une photocopie de son ou ses diplôme(s) ou de l'attestation d'inscription de diplôme(s) délivrée par la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie (DASS-NC),

- ♦ une photocopie de sa carte nationale d'identité ou de son passeport.

Le praticien doit indiquer dans quelles(s) commune(s) de la zone soumise à régulation il sollicite son inscription sur liste d'attente, ou dans quelle commune de la zone non soumise à régulation il va s'installer.

Les dossiers de demande de conventionnement sont remis en mains propres à la Gestion du Risque contre récépissé ou envoyés par courrier recommandé avec demande d'avis de réception à la CAFAT. Les dossiers complets sont enregistrés par la CAFAT suivant leur date de réception, sous réserve que la demande soit accompagnée des justificatifs requis.

8.2. Examen des demandes

8.2.1. Principe général

Le conventionnement est accordé par les organismes à tout médecin qui remplit les conditions fixées par la réglementation en vigueur pour l'exercice de sa profession réserve faite des dispositions législatives et réglementaires relatives au dispositif conventionnel.

8.2.2. Accès au conventionnement dans les communes de Nouméa, Mont-Dore, Dumbéa et Païta

Au vu des conclusions de la commission territoriale visée à l'article 29 de la présente convention et après avis conforme du comité technique de gestion du risque, les organismes décident de l'attribution des nouveaux conventionnements dans chacune des communes de Nouméa, Mont-Dore, Dumbéa et Païta selon la priorité et/ou l'antériorité de la demande du praticien.

Les demandes de conventionnement non satisfaites sont conservées à la CAFAT selon leur date d'enregistrement. Elles doivent impérativement être renouvelées par le praticien avant le 31 octobre de chaque année à l'exception des demandes enregistrées durant les trois mois précédant cette échéance. Elles doivent être renouvelées par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par courrier remis en mains propres au service Gestion du Risque contre récépissé. Les listes d'attente des demandes de conventionnement peuvent être consultées par les intéressés au service Gestion du Risque. Elles sont communiquées à leur demande aux syndicats de médecins libéraux et à l'organe de l'ordre des médecins de Nouvelle-Calédonie.

8.3. Notification des décisions

La CAFAT notifie au praticien, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la décision prise par les organismes en application du paragraphe 2 ci-dessus, dans le délai de trois mois à compter de la date de réception du dossier complet de demande.

En cas de contestation d'une décision prise en application du paragraphe 2 ci-dessus, le praticien dispose des voies de recours de droit commun.

8.4. Conditions de validité des décisions

Les autorisations de conventionnement sont accordées à titre individuel et nominatif pour l'exercice d'une spécialité donnée, sous réserve de l'installation et de l'entrée en activité du praticien dans le délai de trois mois à compter de la date de réception du courrier de notification de la décision.

Une prorogation non renouvelable de deux mois peut être accordée par les organismes en cas de retard pour raison de force majeure dûment justifiée par le praticien.

La prorogation pour une durée d'un mois est de droit et automatiquement renouvelable tant qu'aucune demande de conventionnement n'a été enregistrée par la CAFAT pour l'exercice de la même spécialité.

8.5. Cession de cabinet dans une commune soumise à régulation

Lorsqu'un médecin conventionné titulaire d'un cabinet ou détenant des parts dans une société cède son cabinet ou ses parts après un délai de deux années d'exercice conventionné dans une commune soumise à régulation, le successeur remplissant les conditions fixées par la réglementation pour exercer en Nouvelle-Calédonie bénéficie de droit du régime conventionnel dans cette même commune sous réserve des dispositions des articles 8.1, 9.1, du titre VII de la présente convention et du déconventionnement du praticien cédant son cabinet ou ses parts.

Le transfert du conventionnement au profit du successeur est soumis à l'accord de la commission conventionnelle paritaire en cas de cession du cabinet pour raison de force majeure avant le délai de deux années d'exercice du cédant.

En cas de décès d'un médecin conventionné et de cession du cabinet ou de ses parts par ses ayants droit, le transfert du conventionnement est de droit sans condition de durée d'exercice.

8.6. Associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901

Tout projet de convention entre une association régie par la loi du 1er juillet 1901 employant des médecins et un organisme signataire est transmis à la commission territoriale visée à l'article 29 de la présente convention.

8.7. Autres associations

Les demandes de conventionnement pour exercer en association sont soumises aux dispositions relatives à l'accès au conventionnement définies au présent article.

Un système d'associations « substitutives » est également mis en œuvre à titre expérimental pour la durée de la convention dans les conditions définies ci-après : tout médecin spécialiste souhaitant confier son cabinet à un confrère de même spécialité pour effectuer des vacations dans une zone sous-médicalisée non régulée ou à l'hôpital peut former une association dite « substitutive » sous réserve de faire connaître à la CAFAT, avant l'entrée en fonction de son associé, les dates de ses vacations, les nom, prénom et numéro d'inscription à l'organe de l'ordre des médecins de Nouvelle-Calédonie ainsi que l'adresse personnelle de son associé. La durée de chaque vacation ne pourra être inférieure à une journée et les deux praticiens ne seront en aucun cas autorisés à exercer simultanément dans le Grand-Nouméa à titre libéral (Nouméa, Mont-Dore, Dumbéa et Païta).

L'associé substitutif adopte la situation du titulaire du cabinet au regard de la présente convention, sauf en ce qui concerne l'indemnisation pour participation aux actions de formation continue conventionnelle dont pourrait bénéficier le médecin titulaire. L'associé substitutif d'un médecin placé sous le régime de la présente convention est tenu de se conformer à l'ensemble du dispositif conventionnel. Il est informé de ses obligations par le médecin titulaire.

Les parties signataires s'engagent à poursuivre les discussions sur les conditions de mise en œuvre du système des associations « substitutives » afin d'y apporter par voie d'avenant les aménagements jugés nécessaires.

8.8. Cabinets secondaires

Le conventionnement d'un praticien s'applique à ses activités exercées tant à son cabinet principal qu'à son cabinet secondaire dûment autorisé par l'organe de l'ordre des médecins de Nouvelle-Calédonie, sous réserve des dispositions particulières relatives à l'accès au conventionnement dans les communes de la zone régulée.

8.9. Cessation d'activité

Les praticiens qui cessent leur activité libérale sans désigner de successeur doivent faire connaître à la CAFAT leurs intentions quant à la cession éventuelle de leur cabinet ou de leurs parts.

Lorsque la CAFAT a connaissance de l'interruption d'activité d'un médecin n'ayant pas satisfait à cette obligation, elle rappelle à l'intéressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, les dispositions des articles 8.9., 9.1. et 9.4. de la présente convention. Le médecin dispose d'un délai d'un mois après réception du courrier pour régulariser par écrit sa situation. A défaut de réponse dans ce délai, la CAFAT procède à la radiation d'office du médecin.

Si la lettre adressée au médecin est retournée à la CAFAT par l'administration des postes, un nouvel envoi est effectué après un délai minimum de deux mois à compter de la date d'expédition du premier courrier recommandé. Si le second envoi est également renvoyé à la CAFAT, le cas dudit médecin est soumis à l'examen de la commission conventionnelle paritaire qui fixe le délai - dans la limite de quatre mois - au-delà duquel, faute de régularisation de la situation du médecin concerné, il sera procédé à sa radiation d'office du fichier des professionnels de santé géré par la CAFAT.

En cas de cessation d'activité dans une commune soumise à régulation d'un médecin sans cession de cabinet ou en cas de radiation d'office d'un médecin en application des dispositions du paragraphe précédent ou du dernier alinéa de l'article 9.4.2., le conventionnement est retiré audit médecin et proposé au premier médecin prioritaire ou à défaut au praticien inscrit en première position sur la liste d'attente de la commune concernée.

Article 9 : Modalités d'exercice

9.1. Principes généraux

Tout médecin est tenu de faire connaître à la CAFAT l'adresse géographique de son cabinet (principal et éventuellement secondaire) ainsi que ses coordonnées téléphoniques et, le cas échéant, postales. Il doit fournir une photocopie de son ou ses diplôme(s) préalablement enregistré(s) à la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie (DASS-NC), une attestation d'inscription à l'organe de l'ordre des médecins de Nouvelle-Calédonie ainsi qu'un avis d'identification au RIDET. Lorsqu'il exerce au sein d'un cabinet de groupe ou d'une société, il doit préciser l'identité de ses associés ainsi que la date de début de leur association. Il doit en outre informer la CAFAT dans les meilleurs délais de tout changement intervenu dans ses conditions d'exercice.

9.2. Activité devant être réalisée en milieu hospitalier pour des raisons d'environnement technique en dehors de la commune d'installation d'un médecin spécialiste conventionné

Lorsqu'un médecin spécialiste conventionné doit réaliser en milieu hospitalier, pour des raisons d'environnement technique, des interventions ou investigations en dehors de sa commune d'installation, ses actes sont pris en charge dans les conditions applicables aux médecins conventionnés dans la commune de l'établissement sous réserve de l'accord du contrôle médical.

9.3. Remplacements

Les parties signataires conviennent de la nécessité de mettre en œuvre des moyens permettant d'identifier et de suivre l'activité des remplaçants.

Le médecin remplacé est tenu de justifier auprès de la CAFAT d'une autorisation de remplacement délivrée par l'organe de l'ordre des médecins de Nouvelle-Calédonie et de lui faire connaître, avant l'entrée en fonctions de son remplaçant, les dates de début et de fin du remplacement, le nom et le numéro d'inscription à l'organe de l'ordre des médecins de Nouvelle-Calédonie ou le numéro de licence de son remplaçant.

Le remplaçant adopte la situation du remplacé au regard de la présente convention. Le remplaçant d'un médecin placé sous le régime de la présente convention est tenu de se conformer à l'ensemble du dispositif conventionnel. Il est informé de ses obligations par le médecin remplacé.

9.4. Suspension d'activité

9.4.1. Les praticiens qui suspendent leur activité libérale sans se faire remplacer doivent en informer au préalable la CAFAT en précisant les dates de début et de fin de la période concernée. Toute interruption d'activité supérieure à trois mois consécutifs doit être motivée par l'intéressé ; le maintien du bénéfice de son conventionnement, pour une durée supplémentaire de trois mois renouvelables, est soumis à l'accord de la commission conventionnelle paritaire.

9.4.2. Lorsque la CAFAT a connaissance de l'interruption d'activité d'un médecin n'ayant pas satisfait à cette obligation, elle rappelle à l'intéressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, les dispositions des articles 8.9., 9.1. et 9.4. de la présente convention. Le médecin dispose d'un délai d'un mois après réception du courrier pour régulariser par écrit sa situation. A défaut de réponse dans ce délai, son cas est soumis à l'examen de la commission conventionnelle paritaire.

Si la lettre adressée au médecin est retournée à la CAFAT par l'administration des postes, un nouvel envoi est effectué après un délai minimum de deux mois à compter de la date d'expédition du premier courrier recommandé. Si le second envoi est également renvoyé à la CAFAT, le cas dudit médecin est soumis à l'examen de la commission conventionnelle paritaire qui fixe le délai - dans la limite de quatre mois - au-delà duquel, faute de régularisation de la situation du médecin concerné, il sera procédé à sa radiation d'office du fichier des professionnels de santé géré par la CAFAT.

Article 10 : Délivrance des soins

Les médecins s'engagent à faire bénéficier leurs patients de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science. Ils sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer dans le cadre de la législation, de la réglementation et de la convention les concernant, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins, notamment par l'application des références de bonne pratique visées à l'article 35 de la présente convention.

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

Article 11 : Rédaction des imprimés

11.1. Principes généraux

Les médecins s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, ordonnances bi-zones, autres imprimés ou documents d'un modèle type fournis ou agréés par les organismes et à en respecter les modes d'utilisation. Ils s'engagent à porter sur ces imprimés leur identification complète, y compris leur numéro de code de praticien.

Les organismes s'engagent de leur côté à consulter le comité médical paritaire préalablement à toute création ou modification d'imprimés.

11.2. Adaptation aux nouvelles technologies

Les parties signataires pourront mettre en œuvre toute technique nouvelle de recueil ou de transfert des données (visant notamment à remplacer les feuilles de soins) après accord du comité médical paritaire. Les partenaires conventionnels seront informés des expériences entreprises dans ce domaine et les résultats de ces expériences leur seront communiqués.

Les imprimés agréés par la CAFAT et l'aide médicale Sud sont téléchargeables sur le site Internet de la CAFAT.

11.3. Cotation des actes sur la feuille de soins

Les actes médicaux sont cotés conformément à la nomenclature applicable en Nouvelle-Calédonie visée à l'article 19 de la présente convention.

La prestation des soins est mentionnée au jour le jour. Le médecin porte sur la feuille de soins, pour tout acte qu'il a personnellement effectué ou pour tout acte effectué sous sa responsabilité, la cotation et toutes les indications utiles correspondant à cet acte, telles que prévues par la réglementation. Le médecin ne peut facturer plusieurs consultations ou visites sur une même feuille de soins.

La feuille de soins est remise au patient par le médecin, sauf dans le cas d'un tiers-payant ou lorsque le médecin a accordé au patient un délai de paiement.

Lorsque le médecin effectue un acte en dehors des indications ouvrant droit au remboursement par les organismes, il établit néanmoins en toute circonstance une feuille de soins soit en portant la mention HN (hors nomenclature) ou NR (non remboursable), soit en précisant le contexte dans lequel l'acte est pratiqué.

Ne donnent pas lieu à remboursement les consultations, actes techniques, examens, prescriptions et bilans réalisés dans les contextes suivants :

- ‡ médecine du travail, médecine du sport non motivée par un traumatisme ou une pathologie, médecine aéronautique, médecine d'assurance et médecine légale (certificat d'aptitude à l'exercice d'une profession ou à la pratique d'un sport, bilans de santé non justifiés par un état pathologique, certificat d'aptitude au permis de conduire, certificat pré-nuptial, certificat de décès, etc.) ;
- ‡ soins faisant appel à des techniques non répertoriées dans la nomenclature ;
- ‡ actes hors références de bonne pratique exclus du remboursement par les organismes ;
- ‡ soins à visée esthétique ;
- ‡ actes non médicalement justifiés ;

- ‡ déplacements non médicalement justifiés ;
- ‡ constitution de dossiers administratifs (certificats demandés pour l'admission en colonies de vacances, la naturalisation d'un assuré étranger ou l'adoption d'un enfant, etc.) ;
- ‡ constitution d'une réserve de médicament.

Les renouvellements d'ordonnances ne donnant pas lieu à un examen du patient ne sont pas facturables.

11.4. Inscription des honoraires sur la feuille de soins

Le médecin est tenu d'inscrire, sur la feuille de soins fournie par les organismes ou sur tout autre support agréé par ceux-ci, l'intégralité des honoraires demandés à l'assuré correspondant aux actes effectués, y compris ceux hors nomenclature à l'aide de la mention H.N., ou non remboursables à l'aide de la mention N.R.

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

Les soins et examens dispensés à l'occasion d'une hospitalisation bénéficient automatiquement du tiers payant pour la part remboursable par les organismes ; ils ne peuvent par conséquent donner lieu à délivrance d'une feuille de soins.

11.5. Cas des actes médicaux réalisés par un personnel salarié du médecin

Lorsque des actes médicaux sont effectués par un auxiliaire médical salarié d'un médecin et sous la responsabilité de ce dernier :

- ‡ les feuilles de soins, sur lesquelles sont portés les actes, doivent permettre l'identification nominale et codée du médecin employeur ;

- ‡ l'auxiliaire médical atteste la prestation de l'acte et le médecin le paiement des honoraires.

La signature du médecin sur la feuille de soins engage sa responsabilité sur l'application, par l'auxiliaire médical, des cotations de la nomenclature applicable en Nouvelle-Calédonie et des tarifs conventionnels en vigueur.

11.6. Cas du remplaçant

Le remplaçant porte sur la feuille de soins et les différents imprimés de facturation, dans le pavé d'identification prévu à cet effet, le nom et le numéro d'identification du médecin remplacé. Après avoir barré le nom du médecin remplacé, il indique son propre nom suivi de sa qualité de remplaçant.

Article 12 : Arrêts de travail

Article 1 de l'avenant n° 1 à la convention médicale porté par la délib n° 643-2006/BAPS du 10/08/2006

Le médecin indique sur l'imprimé type « Certificat médical d'arrêt de travail » les dates de début et de fin de l'arrêt de travail qu'il juge médicalement nécessaire ainsi que les heures de sortie pour raisons médicales éventuellement autorisées.

La date de début d'un arrêt initial est celle de la constatation de l'inaptitude au travail ou celle du lendemain si le patient consulte en soirée. Si l'intéressé indique ne pas s'être rendu à son travail le(s) jour(s) précédent(s) et qu'il n'a pu consulter immédiatement, le médecin peut - s'il adhère à ce motif - mentionner la date déclarée du début des troubles sous la rubrique « Observations » de l'imprimé mais ne peut en aucun cas faire débiter l'arrêt de travail à une date antérieure à la date de consultation ni antidater le certificat.

Sous réserve de l'adoption des dispositions législatives et réglementaires nécessaires, la prolongation d'arrêts de travail doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial, son remplaçant ou son associé (cabinet de groupe), sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré. La date de début de la prolongation peut être postérieure à la date de consultation lorsque l'inaptitude du patient est à l'évidence durable.

En cas d'arrêt de travail par suite d'un accident du travail dûment authentifié par la présentation du triptyque « Feuille d'Accident du Travail ou de Maladie Professionnelle » par la victime, le médecin utilise l'imprimé spécifique mis à sa disposition par la CAFAT et renseigne ses différentes rubriques, y compris le siège et la nature des lésions motivant l'arrêt de travail. Il indique au patient de ne remettre à son employeur que le volet administratif de l'imprimé.

Article 13 : Rédaction des ordonnances

Le médecin formule ses prescriptions sur une ordonnance portant de façon lisible son nom, son adresse, son numéro de téléphone, sa spécialité et son numéro de code de praticien d'une part, le nom et le prénom du patient ainsi que sa date de naissance ou son numéro d'identification d'autre part.

Les prescriptions datées et signées sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision possible - notamment en ce qui concerne la posologie et la durée du traitement - et conformément à la réglementation en vigueur.

Dans le cas où un patient, quelle que soit sa couverture sociale, est atteint d'une longue maladie reconnue par la réglementation en vigueur, le praticien utilise obligatoirement l'ordonnance bi-zone conformément aux dispositions prévues à l'article 49.3 de la présente convention. Dans tous les autres cas, le praticien doit utiliser ses propres feuilles d'ordonnance à zone unique.

Lorsque la prescription de médicaments correspond à un traitement d'une durée supérieure à un mois, le médecin doit expressément mentionner sur l'ordonnance le nombre de renouvellements nécessaires par période maximale d'un mois, dans la limite de douze mois de traitement, conformément à l'article 2 de la délibération n° 44 du 30 décembre 2004. Cette disposition ne concerne pas les médicaments donnant lieu à prescription sur ordonnance spécifique (stupéfiants et assimilés) ni les psychotropes, tranquillisants et hypnotiques.

Pour les médicaments contraceptifs, le renouvellement de la prescription peut se faire par périodes maximales de trois mois.

Lorsque le médecin rédige une prescription en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement par les organismes, il doit soit porter la mention hors AMM ou NR (non remboursable) sur l'ordonnance à côté de la dénomination de la spécialité, soit demander l'accord du contrôle médical préalablement à la délivrance du produit.

Le médecin formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions :

- ‡ de médicaments ;
- ‡ de produits hospitaliers délivrés à titre externe ;
- ‡ d'articles inscrits sur la « Liste des produits et prestations » (L.P.P.) ;
- ‡ de soins à effectuer par des auxiliaires médicaux ;
- ‡ d'examens de laboratoire ;
- ‡ de transports sanitaires ;
- ‡ et en règle générale, de tous produits ou objets que le malade doit se procurer chez des fournisseurs différents.

Le médecin ne peut pas utiliser d'ordonnances préimprimées. Cette disposition ne s'applique ni aux modalités pratiques de préparation à un examen ou d'administration de traitement ni aux prescriptions diététiques.

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

Article 14 : Modalités de paiement des honoraires

14.1. Dispositions générales

Le patient règle directement au médecin ses honoraires. Seuls donnent lieu à remboursement les actes inscrits à la nomenclature applicable en Nouvelle-Calédonie pour lesquels le médecin atteste qu'ils ont été dispensés et rémunérés conformément aux dispositions de la présente convention.

Lorsque le patient a bénéficié d'actes dispensés à titre gratuit, le médecin porte sur la feuille de soins la mention "acte gratuit".

14.2. Actes réalisés dans un établissement de santé privé

Les soins dispensés par les praticiens intervenant à l'acte dans un établissement de santé privé sont inscrits sur le même imprimé de facturation que les frais d'hospitalisation, avec les montants correspondants.

La part garantie par les organismes signataires est versée à l'établissement. Toutefois, elle peut-être versée à la demande du médecin, soit individuellement au médecin concerné, soit globalement à un médecin désigné collégalement par ses confrères exerçant dans l'établissement, soit à une société de médecins ou à un groupement de médecins exerçant dans l'établissement.

14.3. Actes en rapport avec une longue maladie exonérante

Les assurés sont dispensés de faire l'avance de leurs dépenses de soins médicaux en rapport avec une longue maladie exonérante prévus au protocole de soins approuvé par le contrôle médical.

Les organismes donnent au médecin, à sa demande, les informations relatives à la situation administrative de son patient.

TITRE III - LA RÉMUNÉRATION

Article 15 : Le principe de la rémunération à l'acte

Sauf conditions particulières d'exercice, les soins sont payés à l'acte et cotés conformément aux dispositions de la nomenclature applicable en Nouvelle-Calédonie.

Article 16 : Honoraires opposables

Les tarifs opposables fixés en annexe s'imposent aux médecins conventionnés pour les soins dispensés aux ressortissants des organismes signataires et à leurs ayants droit en dehors des cas limitativement énumérés à l'article 20.

Le respect des tarifs opposables est un élément essentiel de la présente convention.

Toutefois un groupe de travail engagera une réflexion sur les conditions dans lesquelles un secteur d'honoraires libres pourrait être ouvert pour un certain volume d'activité.

Ce groupe de travail, composé de représentants des deux sections, devra rendre ses conclusions avant le 31 juillet 2006 afin que la première commission de santé du second semestre puisse en prendre connaissance.

Article 17 : Révision des tarifs d'honoraires

Les révisions tarifaires constituent, au même titre que les autres dispositions, un des éléments de l'équilibre conventionnel. Les parties signataires conditionnent les révisions tarifaires annuelles au constat qu'elles dresseront notamment sur :

- ♦ le fonctionnement des instances conventionnelles paritaires,
- ♦ la réalisation des objectifs fixés à l'article 38,
- ♦ l'évolution des dépenses de santé,
- ♦ l'équilibre financier des organismes, qui ne devra pas constituer à lui seul un obstacle aux demandes de revalorisation.

Une fois par an, des négociations tarifaires pourront être engagées à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires. Ces négociations devront être menées pour l'ensemble de la profession afin d'éviter les demandes isolées. Les représentants de la profession participeront alors à l'une des séances de la commission de santé afin d'y présenter leur demande de revalorisation tarifaire.

Article 18 : Fiscalité

Les organismes s'engagent à communiquer aux praticiens exerçant sous le régime de la présente convention, chaque année et si possible avant le 15 février, le montant global des honoraires qu'ils ont déclaré pour leur compte à l'administration fiscale.

Article 19 : Cotation des actes

Les actes pratiqués par les professionnels de santé sont cotés conformément à la nomenclature arrêtée par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, conformément aux dispositions de l'article Lp 71 de la loi du pays modifiée n° 2001-016 du 11 janvier 2002.

Les dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) restent applicables en Nouvelle-Calédonie dans l'attente de l'adoption de la classification commune des actes médicaux « technique » d'une part et « clinique » d'autre part (CCAM technique et CCAM clinique). Les parties signataires émettent le vœu que ces nouvelles classifications soient transposées en Nouvelle-Calédonie lorsqu'elles seront pleinement opérationnelles en Métropole.

Article 20 : Non-application des tarifs de convention

20.1. Actes non remboursables

Les médecins sont autorisés à s'affranchir des tarifs opposables lorsqu'ils effectuent à la demande du patient un acte, une prescription ou un examen ne donnant pas lieu à remboursement par les organismes :

- ‡ actes techniques, examens, prescriptions et bilans réalisés dans les contextes de médecine du travail, médecine du sport non motivée par un traumatisme ou une pathologie, médecine aéronautique, médecine d'assurance et médecine légale (certificat d'aptitude à l'exercice d'une profession ou à la pratique d'un sport, bilans de santé non justifiés par un état pathologique, certificat d'aptitude au permis de conduire, certificat prénuptial, certificat de décès, etc.) ;
- ‡ soins faisant appel à des techniques non répertoriées dans la nomenclature ;
- ‡ actes hors références de bonne pratique exclus du remboursement par les organismes ;
- ‡ soins à visée esthétique ;
- ‡ actes non médicalement justifiés ;
- ‡ constitution de dossiers administratifs (certificats demandés pour l'admission en colonies de vacances, la naturalisation d'un assuré étranger ou l'adoption d'un enfant, etc.) ;
- ‡ constitution d'une réserve de médicaments.

Lorsque le médecin effectue un acte n'ouvrant pas droit au remboursement par les organismes, il doit porter sur la feuille de soins soit la mention HN (hors nomenclature) ou NR (non remboursable), soit préciser le contexte dans lequel l'acte est pratiqué.

20.2. Déplacements non médicalement justifiés (HN)

Les médecins sont autorisés, lorsqu'ils effectuent à la demande du patient un déplacement non médicalement justifié, à facturer un supplément d'honoraires hors nomenclature (HN).

Lors de la facturation de l'acte, le médecin porte sur la feuille de soins, en dessous de la cotation et du tarif de l'acte médicalement justifié, l'indication « HN » suivie du montant du dépassement facturé au patient. L'acte clinique est coté en tant que consultation.

Le médecin fournit au patient toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par les organismes et lui en précise notamment le montant et le motif.

Article 21 : Interventions d'urgence des médecins généralistes régulées par le Centre 15

Sans préjudice des autres dispositions tarifaires, le médecin généraliste effectuant une intervention d'urgence régulée par le Centre 15 peut appliquer les cotations suivantes :

- ‡ une majoration (MHP) pour les actes dispensés dans les squats répertoriés par l'autorité communale concernée ;
- ‡ une indemnité de déplacement (IDS) pour les interventions de jour dans Nouméa hors samedi après-midi,

dimanche et jours fériés ;

- ‡ une indemnité de déplacement (IDF) pour les interventions de jour réalisées les samedis après-midi, dimanches et jours fériés.

Ces cotations sont facturables selon les tarifs et conditions fixées en annexe.

Article 22 : Mesures transitoires en attendant l'adoption de la CCAM technique

Un groupe de travail sera chargé d'évaluer l'impact de la CCAM technique sur les honoraires des médecins et sur les dépenses des organismes afin de réfléchir aux modalités de transposition en Nouvelle-Calédonie de cette nouvelle classification, dans des conditions financières neutres pour les deux parties.

Ce groupe de travail entamera ses travaux au cours du 2^{ème} semestre 2006 pour les achever au plus tard à la date anniversaire de la signature de la convention. Ses conclusions seront communiquées aux instances conventionnelles paritaires.

22.1. Majoration Gynécologue et Anesthésiste

Conformément aux dispositions de l'arrêté n° 2003-2851/GNC du 6 novembre 2003, la majoration KFC prévue à l'article 24 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels est remplacée par une Majoration Gynécologue et Anesthésiste (MGA) applicable par le médecin qui réalise l'accouchement quels que soient sa qualification et le statut de la sage-femme intervenant lors de l'accouchement.

Le tarif de la majoration MGA est fixé en annexe à la présente convention.

Article 23 : Mesures transitoires en attendant la CCAM clinique

Un groupe de travail sera chargé d'évaluer l'impact de la CCAM clinique sur les honoraires des médecins et sur les dépenses des organismes afin de réfléchir aux modalités de transposition en Nouvelle-Calédonie de cette nouvelle classification. Ses conclusions seront communiquées aux instances conventionnelles paritaires.

23.1. Mesure transitoire concernant la consultation du médecin généraliste

En reconnaissance de l'engagement des médecins à maîtriser l'évolution de leur activité et de leurs prescriptions comme prévu dans l'article 38, il est créé une majoration dénommée majoration transitoire généralistes (MTG).

Cette cotation MTG s'ajoute à celle de la consultation C. Elle n'est pas cumulable avec la majoration nourrisson (MNO) visée au point 23.6 et ne s'applique pas aux cotations dérivées de la C (C2, 2,5C,....)

La valeur de la MTG est fixée en annexe.

A compter de l'année 2007, le bénéfice de cette majoration est conditionné chaque année au respect des objectifs selon les conditions définies à l'article 38, sauf circonstances exceptionnelles reconnues par la commission paritaire.

23.2. Mesure transitoire concernant la consultation des médecins spécialistes

La majoration forfaitaire transitoire (MPC) est appliquée aux consultations des médecins spécialistes qualifiés en dermatologie et vénéréologie, endocrinologie et métabolismes, oncologie, cardiologie, gastro-entérologie et hépatologie, gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, hématologie, médecine interne, médecine physique et de réadaptation, néphrologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, pneumologie et rhumatologie.

La cotation MPC s'ajoute alors à celle de la consultation Cs. Elle n'est cumulable ni avec le forfait pédiatrique (FP), ni avec une C2, ni avec une CsC, ni avec une autre MPC.

La valeur de la MPC, variable selon la qualification du médecin spécialiste, est fixée en annexe.

En cas de qualifications multiples du médecin, celui-ci doit préciser celle relative à la consultation réalisée (exemples : MPC gastro ; MPC cancéro ; MPC méd. interne). Elle ne s'applique pas aux cotations dérivées de la CS (3 CS ...).

A compter de l'année 2007, le bénéfice de cette majoration est conditionné chaque année au respect des objectifs selon les conditions définies à l'article 38, sauf circonstances exceptionnelles reconnues par la commission paritaire.

23.3. Dispositions relatives aux actes d'endocrinologie

Une majoration forfaitaire spécifique (MPCE) d'une valeur équivalente à (C2-Cs), facturable en sus des honoraires de la CS, est instaurée au profit des endocrinologues.

Cette MPCE spécifique, qui correspond à des consultations longues ou complexes, ne peut cependant être appliquée à plus de 66,66 % du nombre total de consultations réalisées par le médecin. Elle n'est pas cumulable avec une C2, ni avec une autre MPC.

Les autres consultations d'endocrinologie n'ouvrent droit qu'à une MPC ordinaire facturée dans les conditions prévues au point 23.2.

Le tarif des mises sous insuline réalisées par les endocrinologues est fixé à 1 X (Cs + MPCE) par jour, facturable pendant une durée maximum de 7 jours.

La MPCE facturée dans le cadre d'une mise sous insuline n'entre pas en compte dans le plafond de 66,66% évoqué au 1^{er} alinéa du présent article.

23.4. Utilisation de la CsC par les cardiologues

La consultation spécifique au cabinet (CsC) par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires inclut l'examen du patient, la réalisation d'un électrocardiogramme d'au moins douze dérives sur un appareil de trois pistes minimum et éventuellement la réalisation d'une ou plusieurs échographies en mode TM.

La consultation spécifique CsC implique la rédaction de conclusions diagnostiques et thérapeutiques. Avec l'accord du patient, ces conclusions sont transmises au médecin référent ou au médecin traitant. Le cardiologue qui effectue une

CsC peut procéder à la prescription du traitement en collaboration avec le médecin référent ou le médecin traitant qui est chargé du suivi habituel du patient et de l'application de la thérapeutique.

La copie des conclusions rédigées par le cardiologue doit être tenue à la disposition du contrôle médical.

La cotation CsC ne peut être appliquée pour les examens concernant des malades hospitalisés ni dans le cadre du suivi direct du patient :

- ✦ le cardiologue ne peut pas coter une CsC pour un patient dont il est le médecin référent,
- ✦ le cardiologue ne peut pas coter une CsC puis intervenir dans les deux mois suivants sur le même patient, sauf urgence.

23.5. Forfait pédiatrique pour les consultations ou visites d'enfants âgés de 0 à 24 mois

Les consultations ou visites effectuées par le pédiatre à destination d'un enfant âgé de 0 à 24 mois inclus ouvrent droit, en sus des honoraires et le cas échéant des frais de déplacement, à une majoration dénommée forfait pédiatrique (FP) lorsqu'elles comportent un interrogatoire, un examen complet, un entretien de conclusions avec la conduite à tenir, les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examen complémentaires éventuels et qu'elles donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

Dès qu'un texte réglementaire le rendra exigible, le médecin adressera le certificat médical correspondant à l'âge de l'enfant (J8, M9, ou M24) au médecin inspecteur de la santé responsable du service des actions sanitaires de la DASS-NC sous pli fermé confidentiel, dans le délai de huit jours suivant la réalisation de l'examen.

Le forfait pédiatrique ne s'applique pas aux consultations ou visites qui ne répondent pas aux conditions prévues ci-dessus. Sa valeur est fixée en annexe.

Le forfait pédiatrique (FP) et la majoration forfaitaire transitoire (MPC) ne sont pas cumulables.

23.6. Prise en charge des nourrissons par le médecin généraliste

En reconnaissance de l'engagement des médecins à maîtriser l'évolution de leur activité et de leurs prescriptions comme prévu dans l'article 38, il est créé une majoration dénommée majoration nourrisson (MNO).

Cette majoration s'applique aux consultations ou visites effectuées par le médecin généraliste à destination d'un enfant âgé de 0 à 24 mois inclus, en sus des honoraires et le cas échéant des frais de déplacement, lorsqu'elles comportent un interrogatoire, un examen complet, un entretien de conclusions avec la conduite à tenir, les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examen complémentaires éventuels et qu'elles donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

Dès qu'un texte réglementaire le rendra exigible, le médecin adressera le certificat médical correspondant à l'âge de l'enfant (J8, M9, ou M24) au médecin inspecteur de la santé responsable du service des actions sanitaires de la DASS-NC sous pli fermé confidentiel, dans le délai de huit jours suivant la réalisation de l'examen.

Cette majoration ne s'applique pas aux consultations ou visites qui ne répondent pas aux conditions prévues ci-dessus. Sa valeur est fixée en annexe.

La majoration nourrisson (MNO) et la majoration transitoire généralistes (MTG) ne sont pas cumulables.

La MNO se substitue au forfait pédiatrique du médecin omnipraticien (FPE) qui n'était applicable qu'à trois consultations réalisées à certaines échéances imposées par la nomenclature.

A compter de l'année 2007, le bénéfice de cette majoration est conditionné chaque année au respect des objectifs selon les conditions définies à l'article 38, sauf circonstances exceptionnelles reconnues par la commission paritaire.

23.7. Actes réalisés par les médecins spécialistes en anatomie et cytologie pathologiques

Les parties signataires s'engagent à étudier la transposition en Nouvelle-Calédonie des dispositions du futur avenant à la convention nationale proposant des mesures de nomenclature adaptées à la spécificité de l'exercice des anatomo-cytopathologistes.

TITRE IV - AUTRES AVANTAGES OFFERTS PAR LA CONVENTION

Article 24 : Remboursement des soins et des prescriptions

24.1. Remboursements effectués par la CAFAT

Les honoraires, majorations, frais accessoires et prescriptions des médecins conventionnés sont pris en charge par la CAFAT, dans les conditions prévues par la présente convention, sur la base des tarifs de convention ou des tarifs réglementaires s'agissant notamment des médicaments.

24.2. Paiements effectués par l'aide médicale

Les soins dispensés aux ressortissants de l'aide médicale sont rémunérés selon les conditions fixées par la réglementation particulière des Provinces.

24.3. Remboursements des mutuelles

Les soins dispensés aux ressortissants mutualistes sont remboursés sur la base des tarifs de responsabilité des mutuelles.

Article 25 : La formation médicale continue conventionnelle

25.1. Objectif et contenu

La formation médicale continue est un élément essentiel de la qualité et du bon usage des soins. Elle concourt à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses.

La formation médicale continue conventionnelle porte notamment sur :

- ‡ l'entretien des connaissances,
- ‡ l'évolution des techniques et des pratiques préventives, diagnostiques et thérapeutiques,
- ‡ les pathologies visées par des thèmes prioritaires de prévention,
- ‡ l'application des références de bonne pratique listées en annexe à la présente convention,
- ‡ la prescription en dénomination commune ou en génériques,
- ‡ l'économie de la santé,
- ‡ la mise en œuvre des protocoles types de soins,
- ‡ l'harmonisation des pratiques au sein de la profession quel que soit le mode d'exercice ou secteur d'activité des praticiens.

25.2. Organisation

Les parties signataires conviennent de définir les orientations et thèmes d'action de la formation médicale continue qu'elles entendent soutenir dans le cadre conventionnel.

Le comité médical paritaire est chargé à ce titre :

- ‡ de définir la liste des thèmes de formation conventionnelle qu'il juge prioritaires pour l'année suivante,
- ‡ d'élaborer le cahier des charges du programme de formation médicale continue conventionnelle (FMCC),
- ‡ de fixer les modalités d'évaluation de la FMCC,
- ‡ de définir les complémentarités des actions de formation avec celles destinées aux médecins du secteur public et d'optimiser l'utilisation des ressources humaines de Nouvelle-Calédonie,

- ‡ de favoriser une participation multidisciplinaire à ces formations pour la prise en charge complète des besoins de santé et pour assurer la continuité des soins.

Le comité médical paritaire transmet à la commission paritaire, au cours du dernier trimestre de chaque année, une liste de thèmes de formation.

Lors de sa première réunion annuelle, la commission conventionnelle paritaire décide des thèmes de FMCC ouvrant droit à indemnisation, sur proposition du comité.

Le cahier des charges élaboré par le comité médical paritaire concernant les thèmes ouvrant droit à indemnisation est soumis à l'approbation de la commission.

Chaque année, tout ou partie de l'organisation pédagogique de la FMCC peut être confiée par les organismes à une organisation ou une association répondant au cahier des charges approuvé par la commission conventionnelle paritaire. Cette organisation ou cette association devient ainsi le maître d'œuvre de la FMCC et gère la dotation prévue au paragraphe 4 du présent article pour le financement des actions de formation.

25.3. Indemnisation des participants

L'indemnité forfaitaire versée aux médecins libéraux conventionnés participant à une journée complète de formation agréée par les instances paritaires est fixée à 10 C pour les médecins exerçant à Nouméa, Mont-Dore, Dumbéa ou Païta, et à 15 C pour les médecins exerçant dans les autres communes de Nouvelle-Calédonie.

25.4. Financement de la FMCC

Les frais entraînés par la mise en œuvre des actions de formation agréées par les instances paritaires (frais pédagogiques, frais matériels, organisation, etc.) sont financés par une dotation dont le montant est déterminé chaque année par les organismes. Pour l'année 2006, il est fixé à deux millions de francs CFP.

25.5. Évaluation de la FMCC

Les instances conventionnelles paritaires analysent chaque année le bilan des actions de formation médicale continue conventionnelle dressé par l'organisation ou l'association à qui la réalisation desdites actions a été confiée. Cette évaluation porte sur le coût, les conditions d'organisation, le taux de participation, la qualité de la formation et l'appréciation des participants sur la formation.

Article 26 : Informatisation des cabinets médicaux en vue du passage à la CCAM

26.1. Télétransmission des états de tiers-payant

Les médecins qui télétransmettent leurs états de tiers payant aux organismes signataires ont un accès direct, via le réseau informatique, aux données administratives de leurs patients. Leurs états sont réglés dans un délai de 21 jours à compter de la réception des feuilles de soins.

26.2. Équipement informatique des médecins

Dans le cadre de la mise en place d'un système de télétransmission avec les médecins, les organismes participeront au financement de l'équipement informatique et des logiciels négociés collectivement par les partenaires conventionnels. La hauteur de ce financement sera discutée entre les parties, et donnera lieu à un avenant.

Les organismes assureront la formation des médecins nécessaire à l'utilisation du système.

Article 27 : Dispositions diverses

Les praticiens conventionnés affiliés au régime volontaire de l'assurance « retraite » avant le 30 novembre 1994 conservent le bénéfice de la prise en charge par la CAFAT de la part patronale de leurs cotisations.

Le bénéfice de cette disposition prend fin :

- ♣ à la date de cessation de l'activité du praticien en Nouvelle-Calédonie,
- ♣ à la date de déconventionnement du praticien,
- ♣ en cas de sanction prise en application du titre VII de la convention,
- ♣ à l'expiration de la convention, en cas de non-renouvellement,
- ♣ à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation de la convention.

Les conditions de la participation de la CAFAT au financement de cet avantage pourront être réexaminées conventionnellement au vu du bilan du plan de maîtrise des dépenses de santé.

TITRE V - LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTE

Conscientes de la nécessité de rationaliser les dépenses de santé, les parties signataires décident de maîtriser médicalement l'évolution de ces dépenses selon les modalités définies ci-après.

Article 28 : Principes et mise en œuvre de la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé

La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé est fondée sur la responsabilisation individuelle et collective des acteurs du système de soins, notamment les patients, les professionnels de santé et les organismes. Elle vise à modifier les comportements de l'ensemble des partenaires pour contribuer à améliorer la qualité, l'efficacité et l'équilibre financier du système de soins.

Les médecins et le contrôle médical sont au centre du dispositif conventionnel de maîtrise médicalisée.

Outre la participation, prévue à l'article 5, des organismes et des médecins aux actions collectives et individuelles de prévention menées dans le cadre des programmes définis par le gouvernement ou les Provinces signataires, la maîtrise médicalisée mise en œuvre dans la présente convention comprend les actions générales et les actions spécifiques suivantes :

- ‡ la régulation des conventionnements,
- ‡ la constitution, la gestion et l'analyse de bases de données sanitaires,
- ‡ la mise en œuvre d'actions thématiques concertées,
- ‡ le contrôle de l'activité individuelle des praticiens et l'analyse des tableaux statistiques d'activité,
- ‡ la mise en œuvre de références de bonne pratique,
- ‡ la responsabilisation et l'éducation du patient,
- ‡ la contraction d'engagements de maîtrise médicalisée de l'activité et des prescriptions des médecins,
- ‡ le suivi et analyse de l'évolution des dépenses de santé,
- ‡ la mise en œuvre d'actions sur les prescriptions médicamenteuses, les prescriptions d'arrêts de travail et les prescriptions de kinésithérapie,
- ‡ le renforcement du dispositif du médecin référent par la contractualisation du protocole de soins.

SECTION 1 - MAITRISE PAR DES ACTIONS GENERALES

Article 29 : La régulation des conventionnements

Les partenaires conventionnels conçoivent la régulation de l'offre de soins comme un moyen de maîtrise et de rationalisation des soins offerts aux assurés. En application de la loi du pays n° 2001-012 du 7 novembre 2001, l'accès au conventionnement dans les communes de Nouméa, Mont-Dore, Dumbéa et Païta est subordonné au respect des critères suivants :

- ‡ les besoins de santé des habitants de chacune des quatre communes,
- ‡ l'équilibre financier des organismes,
- ‡ une meilleure répartition géographique de l'offre de soins en Nouvelle-Calédonie, afin de favoriser l'accès aux soins.

Les conditions de mise en œuvre de ces critères sont étudiées par la commission territoriale prévue par l'article 3 de la délibération modifiée n° 121/CP du 18 octobre 1996.

Article 30 : Le recueil d'informations : constitution, gestion et analyse de bases de données sanitaires

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la délibération modifiée n° 490 du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins sur le Territoire de Nouvelle-Calédonie, les praticiens facturant des actes ou des prestations remboursables par les organismes s'engagent à communiquer à ces derniers, sur les feuilles de soins ou autres imprimés de facturation, leur numéro de code prescripteur et les actes effectués codés selon la réglementation en vigueur.

La procédure de recueil de ces données est établie par la CAFAT, la DASS-NC et le syndicat des médecins, et approuvée par le comité médical paritaire.

Le comité médical paritaire est rendu destinataire du résultat de l'exploitation de ces données par la CAFAT et procède à leur analyse avant communication de ses conclusions à la commission conventionnelle paritaire.

Le syndicat des médecins et les organismes signataires du protocole d'échange des informations peuvent réaliser en outre, chacun pour son propre compte, des analyses médico-économiques à partir de la base de données ainsi constituée. Ces analyses s'effectuent dans le respect de la réglementation en vigueur et de l'anonymat des intéressés (patients et médecins).

Les informations utiles à la DASS-NC lui sont transmises à sa demande afin de réaliser l'analyse de la santé de la population.

La notification à la DASS-NC des maladies à déclarations obligatoires est réglementaire.

Article 31 : Le panier de soins

Les parties signataires soutiennent l'adoption d'un « panier de soins » constitué de l'ensemble des produits, actes et prestations remboursables par les organismes.

Article 32 : Le médecin référent

Le dispositif du médecin référent, dont les modalités de mise en œuvre sont définies dans la section 3 du présent titre, est un élément essentiel de la maîtrise médicalisée.

Article 33 : Les actions thématiques concertées

Les actions thématiques d'information, de formation et de conseil portent notamment sur le respect des références de bonnes pratiques, aussi bien par des actions collectives que par le suivi individuel des praticiens.

Le comité médical paritaire propose à la commission paritaire, au cours du dernier trimestre de chaque année, une liste de thèmes d'actions.

Lors de sa première réunion annuelle, la commission conventionnelle paritaire :

- ‡ choisit, sur proposition du comité médical paritaire, les thèmes pour lesquels une démarche spécifique d'évaluation ou une action d'information des médecins sera engagée durant l'année ;

- ‡ définit les modalités de cette démarche ou de cette action.

Article 34 : Le contrôle de l'activité individuelle des médecins - Analyse des tableaux statistiques d'activité

Les tableaux statistiques d'activité sont établis par la CAFAT. Ils font apparaître la nature ainsi que le coût des actes et prescriptions remboursés par la CAFAT, les mutuelles complémentaires sections locales de la CAFAT et l'aide médicale Sud. Ces données sont couvertes par le secret professionnel.

Les tableaux statistiques anonymisés sont analysés chaque semestre par le comité médical paritaire qui détermine le ou les seuils de dépassement entraînant la levée de l'anonymat. Après avoir apprécié la situation de chacun des praticiens dont un ou plusieurs indicateurs d'activité ou de prescriptions se situent au-delà des seuils prévus, il les informe des faits constatés et les entend s'il y a lieu ou à leur demande, selon la procédure prévue à l'article 54.3.

Des relevés individuels d'activité et de prescriptions sont adressés chaque semestre aux médecins par la CAFAT afin de leur permettre d'estimer l'évolution de leur activité et de leurs prescriptions dans le cadre des engagements de maîtrise médicalisée définis aux articles 38 et 41.

Article 35 : La mise en œuvre de références de bonne pratique

Les parties signataires s'engagent à mettre en œuvre et appliquer les recommandations, règles de bon usage des soins et référentiels de bonne pratique listés en annexe à la présente convention et désignés par l'expression « références de bonne pratique ».

Le comité médical paritaire adopte ou adapte les conclusions des études publiées par la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) ou par toute autre autorité reconnue compétente en la matière. Il peut également élaborer ses propres recommandations ou adopter celles élaborées par le contrôle médical en concertation avec les spécialistes locaux.

Une première liste de références adoptées par les parties signataires est jointe en annexe à la présente convention. Cette liste sera réactualisée au minimum une fois par an par le comité médical paritaire.

Les médecins se doivent de connaître les références de bonne pratique adoptées par les parties signataires et s'engagent à les appliquer. Lorsque l'état de santé d'un patient ne permet pas d'appliquer ces références, le médecin doit le justifier auprès du contrôle médical.

Le service du contrôle médical assure la diffusion des référentiels validés ou des recommandations élaborées par le comité médical paritaire et apprécie chaque année l'impact de leur mise en œuvre. Ses conclusions sont présentées aux instances conventionnelles paritaires.

Les références de bonne pratique adoptées par les parties signataires sont téléchargeables sur le site Internet de la CAFAT.

Article 36 : L'évaluation des pratiques médicales

Les parties signataires s'engagent à mettre en œuvre un dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles selon les modalités adoptées par la Haute Autorité de Santé (H.A.S.), adaptées si nécessaire à la Nouvelle-Calédonie.

Article 37 : La responsabilisation et l'éducation du patient

La responsabilisation et l'éducation du patient, de même que la prévention, constituent des éléments essentiels du dispositif conventionnel de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et font partie intégrante de l'acte médical.

Dans le cadre de ces efforts de responsabilisation et d'éducation des patients, les médecins s'engagent à :

♦ spécifier sur les feuilles de soins les actes non médicalement justifiés n'ouvrant pas droit au remboursement par les organismes en donnant toute explication nécessaire à leurs patients (art. 11.3) :

- médecine du travail, médecine du sport non motivée par un traumatisme ou une pathologie, médecine aéronautique, médecine d'assurance et médecine légale (certificat d'aptitude à l'exercice d'une profession ou à la pratique d'un sport, bilans de santé non justifiés par un état pathologique, certificat d'aptitude au permis de conduire, certificat pré-nuptial, certificat de décès, etc.) ;
 - soins faisant appel à des techniques non répertoriées dans la nomenclature ;
 - actes hors références de bonne pratique exclus du remboursement par les organismes ;
 - soins à visée esthétique ;
 - actes non médicalement justifiés ;
 - déplacements non médicalement justifiés ;
 - constitution de dossiers administratifs (certificats demandés pour l'admission en colonies de vacances, la naturalisation d'un assuré étranger ou l'adoption d'un enfant, etc.) ;
 - constitution d'une réserve de médicament ;
- ♦ prescrire dans le respect de l'autorisation de mise sur le marché (A.M.M.) de chaque médicament. Tout non-respect de l'A.M.M. doit être justifié auprès du contrôle médical. A défaut, les médecins doivent porter la mention « hors AMM » ou « NR » sur l'ordonnance en donnant toute explication nécessaire à leurs patients (art. 40.1) ;
- ♦ s'associer à la campagne d'information et de sensibilisation des patients concernant le médicament générique et le droit de substitution (art. 40.2) ;
- ♦ donner à leurs patients toute l'information nécessaire sur les médicaments à service médical rendu insuffisant et s'abstenir, dans leurs prescriptions, de substituer à ces médicaments un médicament remboursable (art. 40.4) ;
- ♦ soutenir la lutte contre les abus en matière d'arrêts de travail (art. 41) ;
- ♦ sensibiliser les patients au coût de la santé à l'occasion de leur bilan de suivi en longue maladie (art. 47) ;
- ♦ porter, sur la partie inférieure de l'ordonnance bi-zone, les prescriptions sans rapport avec la longue maladie prise en charge ou non prévues dans le protocole de soins approuvé par le contrôle médical, en donnant toute explication nécessaire à leurs patients (art. 49.3).

Article 38 : Engagements de maîtrise médicalisée de l'activité et des prescriptions des médecins

Les médecins s'engagent dans leur activité à respecter le principe de la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. Ils appliquent les références de bonne pratique visées à l'article 35 de la présente convention.

Les médecins et les organismes signataires décident ensemble d'unir leurs efforts afin de limiter la hausse régulière des dépenses de santé au niveau le plus approprié pour le meilleur soin au meilleur coût.

Des objectifs chiffrés à ne pas dépasser sont ainsi fixés chaque année. Ces objectifs neutralisent les effets des nouveaux conventionnements et des revalorisations de tarifs d'honoraires, selon la méthodologie de calcul fixée en annexe. Par ailleurs, les conséquences éventuelles de l'apparition sur le marché de nouveaux médicaments ou techniques coûteux mais à forte utilité seront prises en compte dans l'appréciation du respect des objectifs.

Toute revalorisation tarifaire donnera lieu à un avenant.

38.1. Engagements pour 2006

Pour l'année 2006, la convention étant signée en cours d'année, les objectifs 2006 sont uniquement **incitatifs**.

La profession est encouragée à contenir :

- ♦ un niveau global d'activité qui ne dépasse pas de plus de 5% le niveau d'activité 2005,
- ♦ un niveau global de prescription qui ne dépasse pas de plus de 7% le niveau de prescription 2005.

Si ces deux objectifs sont respectés, le montant global d'activité et de prescription devrait être le suivant :

- . Honoraires 2005 +5% = 5,548 milliards,
 - . Prescriptions 2005 +7% = 8,896 milliards,
- soit une enveloppe 2006 d'un montant total de 14,400 milliards.

Si l'enveloppe 2006, correspondant aux honoraires et prescriptions des médecins libéraux, est d'un montant égal ou inférieur à 14,400 milliards, la commission conventionnelle paritaire en informe la Commission de Santé de la CAFAT, au cours du 2^{ème} trimestre de l'année 2007. La Commission de Santé octroie en conséquence une revalorisation de 30 Fcfp du tarif des lettres clés C, CS, CNPSY et CSC.

38.2. Engagements pour 2007

La profession est encouragée à contenir :

- un niveau global d'activité qui ne dépasse pas de plus de 6% le niveau d'activité 2006,
- un niveau global de prescription qui ne dépasse pas de plus de 7% le niveau de prescription 2006.

Si les deux objectifs sont respectés, alors les majorations transitoires accordées à la date de signature de la convention (MTG et MNO), et la MPC, sont maintenues.

- Si en outre, l'évolution du niveau global d'activité est inférieure ou égale à 5% du niveau d'activité 2006, alors la commission conventionnelle en informe la Commission de Santé, au cours du 2^{ème} trimestre 2008. La Commission de Santé octroie en conséquence une revalorisation de 50 Fcfp du tarif des lettres clés C, CS, CNPSY et CSC.
- De même, si l'évolution du niveau global de prescription est inférieure ou égale à 6% du niveau de prescription 2006, alors la commission conventionnelle en informe la Commission de Santé, au cours du 2^{ème} trimestre 2008. La Commission de Santé octroie en conséquence une revalorisation de 50 Fcfp du tarif des lettres clés C, CS, CNPSY et CSC.

Les revalorisations prévues aux deux alinéas précédents peuvent se cumuler.

Si l'un des deux objectifs est respecté, mais pas l'autre, la commission conventionnelle paritaire en informe la Commission de Santé, après avoir examiné l'éventuelle économie globale réalisée (en montant).

- Si l'enveloppe 2007, correspondant aux honoraires et prescriptions des médecins libéraux conventionnés, est inférieure ou égale au montant cumulé des deux objectifs précités, alors les majorations transitoires accordées à la date de signature de la convention (MTG et MNO), et la MPC, sont maintenues, et la Commission de Santé examine les possibilités de revalorisation des honoraires.
- Si l'enveloppe 2007, correspondant aux honoraires et prescriptions des médecins libéraux conventionnés, est supérieure au montant cumulé des deux objectifs précités, alors les majorations transitoires accordées à la date de signature de la convention (MTG et MNO), et la MPC, sont suspendues pour un an.

Si aucun des deux objectifs n'est respecté, alors les majorations transitoires MTG, MNO, et la MPC, sont suspendues pour un an.

38.3. Engagements pour 2008

La profession est encouragée à contenir :

- un niveau global d'activité qui ne dépasse pas de plus de 5,5% le niveau d'activité 2007,
- un niveau global de prescription qui ne dépasse pas de plus de 6% le niveau de prescription 2007.

Si les deux objectifs sont respectés, alors les majorations transitoires accordées à la date de signature de la convention (MTG et MNO), et la MPC, sont maintenues ou restaurées.

- Si en outre, l'évolution du niveau global d'activité est inférieure ou égale à 4,5% du niveau d'activité 2007, alors la commission conventionnelle en informe la Commission de Santé, au cours du 2^{ème} trimestre de l'année 2009. La Commission de Santé octroie en conséquence une revalorisation de 50 Fcfp du tarif des lettres clés C, CS, CNPSY et CSC.
- De même, si l'évolution du niveau global de prescription est inférieure ou égale à 5% du niveau de prescription 2006, alors la commission conventionnelle en informe la Commission de Santé, au cours du 2^{ème} trimestre de l'année 2009. La Commission de Santé octroie en conséquence une revalorisation de 50 Fcfp du tarif des lettres clés C, CS, CNPSY et CSC.

Les revalorisations prévues aux deux alinéas précédents peuvent se cumuler.

Si l'un des deux objectifs est respecté, mais pas l'autre, la commission conventionnelle paritaire en informe la Commission de Santé, après avoir examiné l'éventuelle économie globale réalisée (en montant).

- Si l'enveloppe 2008, correspondant aux honoraires et prescriptions des médecins libéraux conventionnés, est inférieure ou égale au montant cumulé des deux objectifs précités, alors les majorations transitoires accordées à la date de signature de la convention (MTG et MNO), et la MPC, sont maintenues ou restaurées, et la Commission de Santé examine les possibilités de revalorisation des honoraires.
- Si l'enveloppe 2008, correspondant aux honoraires et prescriptions des médecins libéraux conventionnés, est supérieure au montant cumulé des deux objectifs précités, alors les majorations transitoires accordées à la date de signature de la convention (MTG et MNO), et la MPC, sont suspendues pour un an.

Si aucun des deux objectifs n'est respecté, alors les majorations transitoires MTG, MNO, et la MPC, sont suspendues pour un an.

38.4. Engagements pour les années suivantes

Pour les années suivantes, les objectifs sont maintenus au niveau de ceux de 2008.

La revalorisation de 50 Fcfp du tarif des lettres clés pourra être réajustée à la hausse par la Commission de Santé, en fonction de l'indice de cherté de vie et des gains obtenus.

Dès le passage à la CCAM, tel que prévu à l'article 23, les présentes évolutions tarifaires seront revues par avenant.

38.5. Information générale des médecins sur le suivi de l'objectif

Les indicateurs d'évolution cités ci-dessus, évolution de l'activité et évolution des prescriptions, seront communiqués à l'issue de chaque trimestre + 2 mois (exemple : pour le 1^{er} trimestre d'une année, en début juin) aux syndicats de médecins.

Ils seront également consultables par tous sur le site Internet de la CAFAT.

Par ailleurs, les informations individuelles des médecins se font dans le cadre décrit à l'article 34.

38.6. Carence de la commission conventionnelle paritaire

En cas de carence de la commission conventionnelle, les organismes signataires assurent le suivi des objectifs et la mise en œuvre des dispositions prévues au présent article.

Article 39 : Suivi et analyse de l'évolution des dépenses de santé - Evaluation du dispositif et de la qualité des soins

Le suivi et l'analyse de l'évolution des dépenses de santé visent à améliorer les pratiques professionnelles en optimisant l'utilisation des ressources.

L'analyse de l'évolution des dépenses constitue un outil majeur d'orientation de la politique de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins. Elle sera assurée semestriellement par la commission conventionnelle médicale qui tiendra compte notamment, quand ces données seront disponibles :

- des priorités de santé publique de la Nouvelle-Calédonie ;
- d'éléments épidémiologiques et démographiques ;
- des actions de prévention programmées ;
- de l'offre de soins, de la coordination des différents intervenants du système de soins et des transferts qui en découlent ainsi que des accords de régulation conclus avec les autres professions de santé ;
- du progrès technique et médical.

Les partenaires conventionnels conviennent d'évaluer le dispositif et les pratiques professionnelles, en particulier :

- la mise en œuvre des références de bonne pratique et leur impact ;
 - les objectifs convenus dans le cadre des actions thématiques concertées ;
- le bon usage des protocoles de soins ;
 - certaines filières de soins.

Au cours du deuxième trimestre de chaque année, la commission conventionnelle paritaire étudie l'évolution des dépenses de l'année précédente des organismes. Elle prend en compte les avis formulés à sa demande par le comité médical paritaire sur l'évolution de la consommation des soins ainsi que tout autre élément d'information disponible : études statistiques, relevés collectifs d'activité et de prescriptions, etc. A cet effet, les organismes mettent à la disposition des membres de la commission, dans la mesure de leurs possibilités et à leur demande, tous éléments d'information statistiques nécessaires à leurs travaux.

Les instances paritaires définissent chaque fin d'année des priorités et des objectifs d'évaluation pour l'année à venir et élaborent a priori les indicateurs de suivi de ces objectifs. Le contrôle médical est chargé de réaliser cette évaluation et en restitue les résultats avant le premier avril de l'année suivante.

A cet effet, le contrôle médical utilise notamment les résultats :

- des recueils de données systématiques adaptés pour produire une information simple et utilisable,
 - de ses enquêtes ponctuelles ciblées sur les pratiques collectives des médecins (exemple : prescription des antiulcéreux),

→ des enquêtes individuelles utilisant les références de bonne pratique avec lesquelles les pratiques constatées seront comparées.

Les résultats de ces enquêtes sont portés à la connaissance des instances paritaires et diffusés au sein de la profession par tout moyen adapté.

SECTION 2 - MAITRISE PAR DES ACTIONS SPECIFIQUES

Article 40 : Action sur les prescriptions médicamenteuses

40.1. Respect de l'A.M.M.

Les médecins s'engagent à prescrire dans le respect de l'autorisation de mise sur le marché (A.M.M.) de chaque médicament. Tout non-respect de l'A.M.M. doit être justifié auprès du contrôle médical. A défaut, le médecin doit porter la mention « Hors AMM » ou « NR » sur l'ordonnance.

40.2. Prescription en génériques - Droit de substitution

Chaque médecin s'engage à prescrire en génériques au moins 50 %, en nombre d'unités, des spécialités appartenant aux groupes génériques figurant sur la liste visée à l'article 8 de la délibération n° 44 du 30 décembre 2004 relative aux médicaments au terme de la première année et au moins les deux tiers les années suivantes.

L'adhésion des patients à cette démarche est favorisée par la réalisation, par les organismes, d'actions d'information et de sensibilisation autour du médicament générique et du droit de substitution. Les médecins s'engagent à s'associer à ces campagnes de sensibilisation en exposant dans leur salle d'attente les affiches et dépliants correspondants et en informant leurs patients que le pharmacien dispose d'un droit de substitution.

40.3. Prescriptions en rapport avec une référence de bonne pratique

Les médecins s'engagent à respecter les références de bonne pratique de prescription adoptées par les parties signataires dans les conditions prévues à l'article 35 de la présente convention.

Des indicateurs seront mis en place par le comité médical paritaire pour mesurer chaque année le respect individuel de ces références.

40.4. Médicaments à service médical rendu insuffisant

Les médecins s'engagent à donner à leurs patients toute l'information nécessaire sur les médicaments à service médical rendu insuffisant. Ils s'engagent à ne pas les prescrire au titre de la longue maladie et à ne pas substituer à ces médicaments un médicament remboursable.

Une première liste de médicaments à service médical rendu insuffisant adoptée par les parties signataires est jointe en annexe à la présente convention. Cette liste sera réactualisée au minimum une fois par an par le comité médical paritaire.

Article 41 : Action sur les prescriptions d'arrêts de travail

Les médecins soutiennent la lutte contre les fraudes et les abus. Ils doivent adresser systématiquement au contrôle médical, dans le délai d'un mois à compter de la date de prescription, le volet de l'imprimé type « Certificat médical d'arrêt de travail » comprenant la zone confidentielle de diagnostic obligatoirement renseignée. Le non suivi de cette mesure entre dans le non respect des dispositions conventionnelles (art 54-1).

Pendant une première période d'évaluation de six mois, la CAFAT enregistrera tous les arrêts de travail. Elle en produira une analyse détaillée.

Les résultats de cette enquête seront communiqués au comité médical paritaire en complément des informations recueillies dans les TSAPS pour qu'il établisse le profil de prescription des médecins dans le cadre de la procédure définie aux articles 34 et 54.3 de la présente convention.

Par la suite, et sur demande du comité médical paritaire, les organismes pourront réaliser de manière régulière des enquêtes portant sur tout ou partie des arrêts de travail.

NOTA :

Article 2 de l'avenant n°1 à la convention médicale porté par la délibération n° 643-2006/BAPS du 10/08/2006

Art. 2. - Les dispositions de l'article 41 intitulé « Action sur les prescriptions d'arrêts de travail. » sont suspendues. Elles devront être réactivées ou aménagées, par voie d'avenant.

Article 42 : Action sur les prescriptions de kinésithérapie

Afin de garantir la qualité des soins dispensés aux ressortissants des organismes et permettre de mieux maîtriser les dépenses correspondantes, les parties signataires conviennent de fixer en annexe, pour certaines pathologies, le nombre maximum de séances de kinésithérapie.

Lorsque le médecin juge nécessaire la prolongation du traitement, la nouvelle prescription doit mentionner le nombre de séances déjà prescrites au malade et être accompagnée de la fiche synthétique du « bilan-diagnostic kinésithérapique » effectué par le masseur kinésithérapeute.

L'organisme dispose d'un délai de dix jours après réception de la demande d'entente préalable pour notifier sa décision à l'assuré ou le cas échéant au masseur-kinésithérapeute ou au praticien traitant. Le défaut de réponse dans ce délai vaut accord.

En cas d'absence de réponse dans le délai de dix jours, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner son avis à l'organisme quant à la prise en charge de la suite du traitement et à la poursuite des actes. Lorsque le contrôle médical émet un avis défavorable passé ce délai de dix jours, la prise en charge des séances effectuées avant la notification de la réponse est acceptée.

Le patient qui, sans motif légitime, ne répond pas à la convocation du contrôle médical après une demande d'entente préalable se voit opposer un refus de prise en charge.

En cas de différend entre le médecin prescripteur et le médecin conseil, ce dernier entre en contact avec le médecin prescripteur avant d'émettre son avis afin d'aboutir si possible à un accord dans la concertation. A défaut de concertation, le dossier est transmis au comité médical paritaire qui statue après s'être entouré des avis nécessaires.

En cas de persistance du désaccord, il est procédé à une expertise médicale dans les conditions prévues au titre V de la délibération modifiée n° 214/CP du 15 octobre 1997 relative au contrôle médical du régime unifié maladie-maternité et de l'aide médicale.

Sauf dispositions particulières contraires, les modalités de recours à un expert s'appliquent aux autres organismes dans les mêmes conditions qu'à la CAFAT.

Le comité médical paritaire devra être saisi des éventuelles difficultés d'application des dispositions du présent article.

SECTION 3 - LE DISPOSITIF DU MEDECIN REFERENT

Article 43 : Principe

Le dispositif du médecin référent apporte une contribution déterminante à l'amélioration de la qualité des soins dans le cadre d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé en donnant au médecin généraliste un rôle majeur dans la prise en charge des malades et dans le système de soins.

Cette spécificité se fonde sur la responsabilité du médecin dans les différentes dimensions de son exercice médical : information et responsabilisation du malade, démarche préventive et éducative intégrée à la prise en charge du patient, coordination et continuité des soins, utilisation optimisée des ressources disponibles.

Le médecin référent doit être particulièrement exemplaire sur la prescription, et s'engage notamment à respecter scrupuleusement les dispositions de l'article 40 de la présente convention.

Le contrôle médical procède au début de chaque année à une évaluation du fonctionnement du dispositif du médecin référent lors de l'année précédente et transmet ses conclusions au comité médical paritaire.

Article 44 : Champ d'application

Le dispositif du médecin référent est applicable aux assurés admis au titre de l'assurance longue maladie de la CAFAT. Il est également applicable aux ressortissants de l'aide médicale de la Province Sud dans les conditions fixées par le protocole particulier joint en annexe à la présente convention.

Tout assuré ou bénéficiaire admis au bénéfice de ces prestations est tenu de choisir, dans les deux mois suivant la reconnaissance d'une ou plusieurs affections visées par la réglementation fixant la liste des pathologies ouvrant droit à prise en charge au titre de l'assurance longue maladie, un médecin référent dans les conditions définies à l'article 45.

Article 45 : Modalités pratiques de désignation du médecin référent et d'un second médecin éventuel

Le médecin référent est librement choisi par le patient parmi les médecins généralistes exerçant en secteur libéral conventionné ou salariés d'un centre de soins provincial ou mutualiste.

Toutefois, un médecin spécialiste de la pathologie concernée exerçant en secteur libéral conventionné ou salarié du secteur public ou mutualiste peut être choisi comme médecin référent ou comme « second médecin » après accord du contrôle médical. En cas de litige, le dossier est soumis au comité médical paritaire qui statue conformément aux dispositions de l'article 52.4.

Le médecin choisi par le patient donne son accord dans le respect de la déontologie. Dans le cas où un patient n'a pu obtenir l'accord d'un médecin pour assurer les fonctions de médecin référent, le comité médical paritaire désigne dans sa plus prochaine séance un médecin généraliste exerçant à titre libéral conventionné ou salarié, en accord avec ce dernier médecin.

Le patient doit saisir la CAFAT en cas de demande de changement de médecin référent. La demande de changement est soumise à l'accord du contrôle médical lorsqu'elle concerne des médecins de spécialités différentes.

Article 46 : Demande de prise en charge - Protocole de soins et protocoles types de soins - Accord du contrôle médical - Conditions de tiers-payant

Les critères d'admission en longue maladie sont annexés à la présente convention.

46.1. Demande de prise en charge

Dès le diagnostic d'une affection répondant aux critères d'admission au titre de l'assurance longue maladie, le médecin traitant établit l'imprimé de demande de prise en charge comportant les renseignements administratifs et médicaux indispensables à l'examen de la demande (diagnostic, date du diagnostic, éléments cliniques et examens complémentaires correspondant aux critères d'admission) et l'adresse au contrôle médical.

En cas d'accord, le contrôle médical adresse dans un délai de dix jours au malade l'imprimé de protocole de soins préidentifié par l'organisme de prise en charge ainsi que son carnet médical.

46.2. Protocole de soins et protocoles types de soins

Le protocole de soins est établi par le médecin référent et obligatoirement en concertation avec le second médecin éventuel. Il doit comporter les indications prévues dans l'imprimé agréé par l'organisme de prise en charge afin de permettre le suivi précis du patient en longue maladie dans le respect des références de bonne pratique visées à l'article 35 (suivi médical, traitements, examens complémentaires).

Le protocole de soins doit être retourné au contrôle médical par le médecin référent dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de notification de l'accord de prise en charge. Dans l'attente du protocole, les soins en rapport avec la longue maladie exonérante sont pris en charge à 100 % en tiers payant.

Le protocole de soins est soumis pour accord au service du contrôle médical selon les modalités prévues au point 46.3 ci-après.

Des protocoles types de soins sont adoptés pour le suivi des patients pris en charge au titre de certaines longues maladies.

Le protocole type s'impose dans le cadre du suivi d'une pathologie dite « non compliquée » où seule l'annexe audit protocole est à remplir et à adresser au contrôle médical. Toutefois, si l'état de santé du malade ne permet pas un strict respect du protocole type, le médecin référent établit sur l'imprimé habituel, en plus de l'annexe au protocole type, un protocole de soins personnalisé qui est soumis à l'approbation du contrôle médical.

Les documents types annexés à la convention médicale doivent être utilisés pour les pathologies concernées.

L'élaboration du protocole de soins initial « PSI » est cotée et facturée 2,5C (PSI) sur la feuille de soins. La cotation de ce protocole initial n'est pas cumulable avec un autre acte.

46.3. Accord du contrôle médical

Le protocole de soins approuvé par le contrôle médical a valeur de contrat de soins entre le médecin référent, le patient, le second médecin éventuel et l'organisme de prise en charge. Il engage la responsabilité individuelle de ce ou ces médecins et implique le strict respect d'un plafond d'actes par malade selon la ou les pathologies concernées, dans le respect des références de bonne pratique visées à l'article 35.

Le contrôle médical notifie son accord ou son désaccord sur le protocole de soins dans un délai de dix jours. Une copie du protocole, accompagnée le cas échéant d'un courrier en cas d'observations ou de désaccord du médecin conseil est adressée au médecin référent et au second médecin éventuel.

La nature et la fréquence des actes, examens et prescriptions prévus dans le protocole de soins approuvé par le contrôle médical déterminent les prestations prises en charge au titre de la longue maladie. Les actes, examens et prescriptions non prévus dans le protocole de soins approuvé par le contrôle médical sont pris en charge dans les conditions habituelles de l'assurance maladie.

Une copie du protocole de soins approuvé par le contrôle médical est adressée au patient avec sa notification de prise en charge. Elle doit être annexée au carnet médical afin d'être présentée à tout médecin lui dispensant des soins.

Lorsque l'évolution de l'état de santé du malade justifie une révision du protocole (exemple : apparition d'une nouvelle pathologie ; modification nécessaire de la nature et/ou de la fréquence des actes, prescriptions ou investigations), le médecin référent adresse au contrôle médical un courrier d'explications accompagné le cas échéant d'un nouveau protocole qui est soumis à l'accord du contrôle médical.

En cas de changement de médecin référent, le protocole de soins initial se poursuit. Le médecin précédent est tenu de transmettre au nouveau médecin référent l'intégralité du dossier de suivi médical du patient.

En cas de différend entre le médecin référent et le médecin conseil, ce dernier entre en contact avec le médecin référent avant d'émettre son avis afin d'aboutir si possible à un accord dans la concertation. A défaut de concertation, le dossier est transmis dans un délai d'un mois par le contrôle médical au comité médical paritaire qui statue après s'être entouré des avis nécessaires. En cas de persistance du désaccord, le dossier fait l'objet de la procédure prévue par la délibération modifiée n° 214/CP du 15 octobre 1997 relative au contrôle médical du régime unifié maladie-maternité et de l'aide médicale.

Lorsque l'évolution de l'état de santé du malade justifie un arrêt de la prise en charge en longue maladie, le médecin référent en informe le contrôle médical.

46.4. Conditions de tiers-payant

Le patient consultant son médecin référent ou le « second médecin » bénéficie du tiers payant pour les actes figurant dans le protocole de soins approuvé par le contrôle médical.

Les actes non prévus dans le protocole de soins approuvé par le contrôle médical sont remboursés au patient dans les conditions habituelles de l'assurance maladie. Les prescriptions non prévues audit protocole sont inscrites dans la partie basse de l'ordonnance bi-zone et remboursées au patient dans les conditions habituelles de l'assurance maladie.

Les actes réalisés par un tiers sur prescription du médecin référent ou du second médecin peuvent être réglés selon le système du tiers payant s'ils sont prévus au protocole de soins approuvé par le contrôle médical ou, s'agissant d'un acte exceptionnel, s'il a recueilli l'accord préalable du contrôle médical. Le médecin prescripteur indique en ce cas sur l'ordonnance s'il s'agit d'un acte prévu dans ledit protocole ou s'il s'agit d'un acte exceptionnel validé par le contrôle médical. A défaut d'accord du contrôle médical, l'acte est remboursé au patient dans les conditions habituelles de l'assurance maladie.

En cas d'impossibilité d'accéder à son médecin référent, le patient consulte en priorité son remplaçant. A défaut de remplaçant, le patient consulte l'associé de son médecin référent (sous réserve que ce dernier ait accès au dossier médical du malade), ou le second médecin désigné dans le protocole annuel de soins.

En cas d'urgence dûment justifiée, le patient conserve le bénéfice du tiers-payant pour les soins en rapport avec l'affection de longue durée exonérante quel que soit le médecin consulté, sous réserve que le médecin renseigne le carnet médical en précisant le motif de l'urgence. Lorsque l'urgence est invoquée de façon répétée, les patients et les médecins concernés font l'objet d'une enquête menée par le contrôle médical.

Les états de tiers payant transmis à la CAFAT au plus tard dans les deux mois suivant la réalisation des soins sont réglés au praticien dans le délai d'un mois (ou 21 jours en télétransmission) à compter de la date de la réception de l'état de facturation et des feuilles de soins.

Article 47 : Bilan du suivi et responsabilisation du patient

La CAFAT s'engage à mettre en œuvre, pour un échantillon de médecins volontaires, un système de transmission du relevé de leurs actes et prescriptions concernant leurs patients en longue maladie afin d'étudier la faisabilité et l'intérêt de la généralisation d'un tel dispositif à l'ensemble de la profession.

Après chaque période de douze mois de prise en charge d'un malade, le médecin référent dresse le bilan du suivi de son patient et sensibilise ce dernier au coût de la santé. Ce bilan est transmis au contrôle médical soit à sa demande, soit lorsque l'évolution de l'état de santé du patient impose une modification du protocole ou un arrêt de la prise en charge.

Article 48 : Rémunération forfaitaire annuelle du médecin référent pour le suivi de chaque patient

Les dispositions suivantes ne s'appliqueront que lorsque la rémunération de la fiche annuelle de synthèse sera supprimée par voie réglementaire.

Une rémunération forfaitaire annuelle par patient, cotée « C + MRF », sera alors versée au médecin référent en contrepartie du suivi du malade et de la coordination de ses soins.

Cette rémunération sera réglée à la date anniversaire de la prise en charge du patient en longue maladie.

Article 49 : Dossier médical - Carnet médical - Ordonnance bi-zone

49.1. Le dossier médical

En cas de changement de médecin référent, le médecin précédent est tenu de transmettre au nouveau médecin référent les éléments du dossier médical du patient. Le protocole de soins est une pièce constitutive obligatoire du dossier médical.

49.2. Le carnet médical

Le carnet médical contribue à une prise en charge globale de la santé du patient relevant du dispositif du médecin référent. Outil de communication entre les différents intervenants, il favorise la continuité et la coordination des soins et apporte ainsi une contribution essentielle à l'amélioration permanente de la qualité de soins. A ce titre :

- ➔ une copie du protocole de soins approuvé par le contrôle médical doit être annexée au carnet médical,
- ➔ tout médecin dispensant des soins à un patient pris en charge en longue maladie doit renseigner le carnet médical avec précision, quel que soit le motif de la consultation, en rapport ou non avec la pathologie prise en charge.

La prise en charge par la CAFAT des actes et prestations est subordonnée à l'attestation par le médecin, dans la case prévue à cet effet sur la feuille de soins, que le carnet médical a été présenté par le malade et renseigné par ledit médecin.

Nul ne peut exiger la communication du carnet médical, à l'exception des médecins appelés à donner des soins au patient et, dans l'exercice de leur mission, des médecins-conseils de l'organisme dont il relève. Les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers peuvent néanmoins se voir présenter le carnet médical de leur patient, dans l'intérêt de la santé de ce dernier et avec son accord.

49.3. Ordonnance bi-zone

Le médecin utilise obligatoirement l'ordonnance bi-zone lorsqu'il établit une prescription prévue dans le protocole de soins approuvé par le contrôle médical. De même, il utilise obligatoirement l'ordonnance bi-zone lorsqu'il établit, au cours d'une même séance, une prescription prévue dans le protocole de soins approuvé par le contrôle médical et une prescription relative à une affection intercurrente.

Le médecin ne porte dans la partie supérieure de cette ordonnance que les prescriptions d'actes, d'exams ou de médicaments prévus dans le protocole de soins approuvé par le contrôle médical. Les prescriptions non prévues audit protocole sont inscrites dans la partie basse de l'ordonnance bi-zone et remboursées au patient dans les conditions habituelles de l'assurance maladie.

Le médecin référent s'engage à privilégier la prescription en médicaments génériques disponibles en relation avec ces pathologies.

Les prescriptions relatives à une affection intercurrente sans rapport avec la ou les longue(s) maladie(s) ayant entraîné la prise en charge à 100 % sont obligatoirement portées sur la partie inférieure de l'ordonnance.

Article 50 : Formation « médecin référent »

Le contrôle médical pourra organiser si besoin des sessions de formation sur les aspects pratiques du dispositif du médecin référent ou sur des thèmes spécifiques posant des problèmes d'application. La participation à ces sessions ne donne pas lieu à indemnisation des participants.

TITRE VI - LE PARTENARIAT CONVENTIONNEL

SECTION 1 - LE CONTROLE MEDICAL

Article 51 : Le rôle du contrôle médical

Le contrôle médical a pour rôle d'analyser, de contrôler et conseiller. Outre ses missions prévues par la délibération modifiée n° 214/CP du 15 octobre 1997 relative au contrôle médical du régime unifié maladie-maternité et de l'aide médicale, il collecte et diffuse l'information médicale afin d'améliorer les pratiques et la qualité des soins dispensés aux assurés.

SECTION 2 - LES INSTANCES DE CONCERTATION

Le fonctionnement de la convention est réglé par les parties signataires. Celles-ci exercent leur rôle de décision, d'orientation et de coordination en assurant en permanence le suivi des différents aspects de la vie conventionnelle et la conduite des études nécessaires aux adaptations à lui apporter. Elles conviennent à cet effet d'organiser autant de fois qu'il est nécessaire des rencontres consacrées au suivi de l'activité conventionnelle.

Article 52 : Le comité médical paritaire

52.1. Composition

Le comité médical paritaire est formé de deux sections :

- ▶ une section sociale composée de médecins représentant les organismes signataires, à raison de deux représentants de la CAFAT, d'un représentant par Province signataire et d'un représentant pour l'ensemble des mutuelles signataires ;
- ▶ une section professionnelle composée d'autant de médecins libéraux conventionnés généralistes ou spécialistes désignés par le ou les syndicat(s) signataire(s).

Un médecin représentant l'organe de l'ordre des médecins de Nouvelle-Calédonie ainsi qu'un médecin représentant le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie sont invités à participer aux travaux du comité avec voix consultative.

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

La section sociale et la section professionnelle peuvent se faire assister d'experts ou de conseillers qui n'interviennent que pour le point de l'ordre du jour où leur compétence a été requise. Le médecin-chef du SMIT est notamment invité à titre d'expert lorsqu'une question relative aux prescriptions d'arrêts de travail est à l'ordre du jour.

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

Le comité médical paritaire délibère hors de la présence des experts, conseillers et directeurs.

La section professionnelle et la section sociale du comité désignent chacune un président choisi parmi leurs membres. Ces présidents assurent à tour de rôle, par période d'un an, la présidence et la vice-présidence du comité médical paritaire. Le vice-président assure la présidence de la séance en cas d'absence du président.

52.2. Rôle

Le comité médical paritaire est le conseiller médical de la commission conventionnelle paritaire et, à ce titre, donne un avis sur les conditions de réalisation des actions décidées par celle-ci.

Il instruit les dossiers présentés par les services médicaux des organismes ou par le syndicat signataire. Il réalise toute étude qu'il peut initier et propose à la commission conventionnelle paritaire toute information qu'il juge utile de diffuser auprès des médecins et des patients.

Il exerce par ailleurs toutes les missions qui lui sont confiées dans le cadre de la présente convention et à ce titre :

- ♦ il propose chaque année à la commission conventionnelle paritaire un ou plusieurs thèmes de prévention,
- ♦ il est consulté par les organismes préalablement à toute création ou modification d'imprimés (art. 11.1) ;

- ♦ il se prononce sur toute technique nouvelle de recueil ou de transfert des données visant notamment à remplacer les feuilles de soins (art. 11.2) ;
- ♦ il transmet à la commission paritaire, au cours du dernier trimestre de chaque année, une liste de thèmes de formation médicale continue conventionnelle qu'il juge prioritaires pour l'année suivante, élabore le cahier des charges du programme de formation et fixe ses modalités d'évaluation (art. 25.2) ;
- ♦ il approuve la procédure de recueil des données sanitaires, est rendu destinataire du résultat de l'exploitation de ces données par la CAFAT et procède à leur analyse avant communication de ses conclusions à la commission conventionnelle paritaire (art. 30) ;
- ♦ il propose à la commission paritaire, au cours du dernier trimestre de chaque année, une liste de thèmes d'actions concertées (art. 33) ;
- ♦ il analyse chaque semestre les tableaux statistiques d'activité (art. 34) ;
- ♦ il adopte ou adapte le résultat des études publiées par la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) ou par toute autre autorité reconnue compétente en la matière, peut élaborer ses propres recommandations et réactualise au minimum une fois par an la liste des références de bonne pratique annexée à la convention (art. 35) ;
- ♦ il formule des avis sur l'évolution de la consommation de soins qu'il transmet à la commission paritaire (art. 39) ;
- ♦ il met en place des indicateurs pour mesurer chaque année le respect individuel des références de bonne pratique de prescription adoptées par les parties signataires (art. 40.3) ;
- ♦ il réactualise au minimum une fois par an la liste des médicaments à service médical rendu insuffisant annexée à la convention (art. 40.4) ;
- ♦ il examine les résultats de l'enquête sur les arrêts de travail afin d'établir le profil de prescription des médecins (art. 41) ;
- ♦ il examine chaque année les conclusions du contrôle médical sur le fonctionnement du dispositif du médecin référent lors de l'année précédente (art. 43) ;
- ♦ il statue en cas de différend entre le médecin prescripteur et le médecin conseil sur le nombre maximum de séances de kinésithérapie (art. 42), le choix d'un médecin référent (art. 45) ou la rédaction du protocole de soins (art. 46.3).

Enfin, il exerce toute attribution prévue à l'article 54 relatif au non-respect des dispositions conventionnelles.

Le comité médical paritaire transmet la synthèse de ses travaux à la commission conventionnelle paritaire dans le respect de la déontologie.

52.3. Fonctionnement

Le comité se réunit en tout lieu qu'il choisit à cet effet, chaque fois qu'il est nécessaire et au moins une fois par trimestre. La réunion est de droit si elle est demandée par le président, le vice-président ou la majorité de l'une des sections.

Le secrétariat est assuré par le service du contrôle médical.

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

Les délibérations du comité médical paritaire font l'objet à chacune de ses séances d'un compte rendu signé par le président et le vice-président. Un relevé de décisions est également transmis en tant que de besoin aux membres de la commission conventionnelle paritaire. Les décisions du comité sont réputées approuvées dès signature du compte rendu. Ce document, dont l'original est conservé au secrétariat, est adressé aux représentants des parties signataires. Il est soumis à l'approbation du comité médical paritaire à sa séance suivante.

Les membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité de vacation égale à 4 C par réunion.

52.4. Conditions de vote

Le comité médical paritaire ne peut valablement délibérer que si la moitié au moins des membres de chaque section est physiquement présente ou représentée. Chaque membre présent peut recevoir au maximum une délégation de vote.

Dans le cas où le quorum ne serait pas atteint, le comité est convoqué à nouveau dans un délai maximum de quinze jours. Les délibérations sur les points inscrits à l'ordre du jour de la première séance sont alors valables quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve que les deux sections soient représentées.

Les membres du comité médical paritaire ne peuvent prendre part ni aux discussions ni aux scrutins lorsqu'ils ont un intérêt personnel aux affaires qui en font l'objet.

Les délibérations du comité médical paritaire sont prises à la majorité absolue de l'ensemble des voix exprimées. Le nombre de votes est calculé abstraction faite du nombre de bulletins blancs ou nuls, qui n'expriment pas de vote.

En cas de partage égal des voix, un second vote est organisé selon les conditions suivantes :

- ‡ les délibérations concernant les procédures prévues à l'article 54 relatif au non-respect des dispositions conventionnelles font l'objet d'un vote immédiat à bulletins secrets. Les décisions sont alors adoptées à la majorité relative (ou simple) des voix exprimées ;
- ‡ les délibérations concernant les autres questions font l'objet d'un vote immédiat. Les décisions sont alors adoptées à la majorité relative (ou simple) des voix exprimées.

En cas de nouveau partage égal des voix, les délibérations sont renvoyées à une séance ultérieure intervenant au plus tard dans le mois qui suit.

Les membres du comité médical paritaire et les personnes assistant aux réunions sont soumis au secret des délibérations.

Article 53 : La commission conventionnelle paritaire

53.1. Composition

La commission conventionnelle paritaire est formée de deux sections :

- ‡ une section sociale composée des représentants des organismes signataires, à raison de deux représentants de la CAFAT, d'un représentant par Province signataire, et d'un représentant par mutuelle signataire ;
- ‡ une section professionnelle composée d'autant de médecins libéraux conventionnés généralistes ou spécialistes désignés par le ou les syndicats signataires.

Un représentant du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie et un médecin représentant l'organe de l'ordre des médecins de Nouvelle-Calédonie sont invités à participer, à titre consultatif, aux réunions de cette instance.

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

Les parties signataires peuvent se faire assister de conseillers qui assistent aux réunions avec voix consultative.

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

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

Lorsque des questions tarifaires sont inscrites à l'ordre du jour de la Commission de Santé de la CAFAT, la section professionnelle de la commission conventionnelle est invitée, à titre consultatif, à participer aux discussions portant sur ces questions.

53.2. Rôle

La commission conventionnelle paritaire assure le bon fonctionnement de la convention par une collaboration permanente des organismes et du syndicat des médecins. Elle s'efforce en conséquence de régler les difficultés concernant l'application de la convention et propose toute modification utile pouvant y être apportée par avenant.

Elle discute et rend un avis sur les questions tarifaires inscrites à l'ordre du jour.

Elle exerce toutes les missions qui lui sont confiées dans le cadre de la présente convention et à ce titre :

- ‡ elle se prononce sur certains transferts de conventionnement (art. 8.5) ;
- ‡ elle se prononce en cas de cessation d'activité (art. 8.9) ou suspension d'activité (art. 9.4.1 et 9.4.2) d'un médecin ;
- ‡ elle décide, lors de sa première réunion annuelle, des thèmes de formation ouvrant droit à indemnisation et approuve le cahier des charges élaboré par le comité médical paritaire (art. 25.2) ;
- ‡ elle examine les conclusions du comité médical paritaire sur l'analyse des données sanitaires (art. 30) ;

- ‡ elle choisit lors de sa première réunion annuelle, sur proposition du comité médical paritaire, les thèmes d'actions concertées pour lesquels une démarche spécifique d'évaluation ou une action d'information des médecins sera engagée durant l'année puis définit les modalités de cette démarche ou de cette action (art. 33) ;
- ‡ elle constate, au cours du 2ème trimestre de chaque année, le respect ou non des objectifs d'activité et de prescriptions, puis en tire les conséquences dans un avis rendu auprès de la Commission Santé (art. 38) ;
- ‡ elle assure semestriellement l'analyse de l'évolution des dépenses (art. 39).

Enfin, elle exerce toute attribution prévue à l'article 54 relatif au non-respect des dispositions conventionnelles.

53.3. Fonctionnement de la commission

La commission conventionnelle paritaire se réunit en tout lieu qu'elle choisit à cet effet.

Le secrétariat administratif est assuré par le service de la CAFAT, qui est chargé de la conduite du dispositif conventionnel.

L'ordre du jour est établi par le président et le vice-président. L'inscription d'une question à l'ordre du jour réclamée au moins quinze jours avant la réunion suivante, par la majorité d'une des deux sections, est de droit.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux parties signataires au moins dix jours francs, sauf urgence, avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour et de la documentation afférente.

La commission conventionnelle paritaire se réunit chaque fois qu'il est nécessaire et au moins une fois par trimestre. La réunion est de droit si elle est demandée par le président, le vice-président ou à la majorité de l'une ou l'autre des sections.

En cas de carence constatée notifiée aux parties signataires (relative à la mise en place de la commission, à son fonctionnement ou à l'absence de prise de décisions), les travaux indispensables au maintien du dispositif conventionnel sont assurés par les organismes au lieu et place de la commission conventionnelle paritaire.

Les délibérations de la commission conventionnelle paritaire font l'objet à chacune de ses séances d'un compte rendu signé par le président et le vice-président ou, à défaut, par un membre de chacune des sections ayant pris part à la réunion. Les décisions de la commission sont réputées approuvées dès signature du compte rendu. Ce document, dont l'original est conservé au secrétariat administratif, est adressé aux représentants des parties signataires et soumis à leur approbation lors de la réunion suivante. L'avis de la section professionnelle et de chacun des membres de la section sociale sur les différents points de l'ordre du jour, annexé au compte rendu de la commission, est transmis pour information aux instances décisionnelles des organismes signataires.

Les membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité de vacation égale à 4 C par réunion.

53.4. Conditions de vote

La commission conventionnelle paritaire ne peut valablement délibérer que si la moitié au moins des membres de chaque section est physiquement présente ou représentée. Chaque membre présent peut recevoir au maximum une délégation de vote.

Dans le cas où le quorum ne serait pas atteint, la commission est convoquée à nouveau dans un délai maximum de quinze jours. Les délibérations sur les points inscrits à l'ordre du jour de la première séance sont alors valables quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve que les deux sections soient représentées.

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

En cas de partage égal des voix, un second vote est organisé selon les conditions suivantes :

- ♦ les délibérations concernant les procédures prévues à l'article 54 relatif au non-respect des dispositions conventionnelles font l'objet d'un vote immédiat à bulletins secrets. Les décisions sont alors adoptées à la majorité relative (ou simple) des voix exprimées ;
- ♦ les délibérations concernant les autres questions sont reportées à une séance ultérieure intervenant au plus tard dans le mois qui suit.

Les membres de la commission, et les personnes assistant aux réunions, sont soumis au secret des délibérations.

TITRE VII - NON-RESPECT DES DISPOSITIONS CONVENTIONNELLES - MESURES ENCOURUES

Article 54 : Non-respect des dispositions conventionnelles

54.1. Non-respect des tarifs et/ou des dispositions administratives

En cas de constatation, par un organisme, du non-respect répété par un médecin des dispositions à caractère purement administratif ou financier de la présente convention et notamment :

- ‡ non-respect des tarifs opposables en dehors des cas autorisés,
- ‡ non-respect des dispositions générales administratives de la nomenclature applicable en Nouvelle-Calédonie,
- ‡ non-utilisation ou mauvaise utilisation, des documents auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par les organismes,
- ‡ non-inscription du montant des honoraires perçus ou de la cotation des actes,
- ‡ facturation irrégulière,

l'organisme adresse au médecin concerné, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par courrier remis en mains propres contre émargement, un courrier d'avertissement lui rappelant la ou les règles qu'il n'a pas observées.

En cas de nouveau non-respect des tarifs et/ou des dispositions administratives par le médecin après la réception du courrier d'avertissement, l'organisme lui communique le relevé de ses constatations par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par courrier remis en mains propres contre émargement, avec copie au président et au vice-président de la commission conventionnelle paritaire ainsi qu'au directeur de la CAFAT.

Par dérogation aux dispositions des deux alinéas ci-dessus, l'organisme communique au médecin sans délai le relevé de ses constatations lorsque ledit médecin a déjà fait l'objet d'un avertissement dans les douze mois précédents.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de communication du relevé des constatations pour présenter ses observations éventuelles ou être entendu à sa demande par le représentant du ou des organismes concernés ; il peut se faire assister par un avocat ou par un confrère de son choix.

La commission donne son avis dans un délai d'un mois à compter de la date de remise des observations du médecin ou de la date de son audition. A l'issue de ce délai, son avis est réputé rendu.

A l'issue de la procédure, la CAFAT et au moins un second organisme signataire gestionnaire d'un régime de base décident de l'éventuelle sanction selon la gravité des manquements constatés.

54.2. Non-respect des dispositions à caractère médical

En cas de manquements répétés aux règles conventionnelles à caractère essentiellement médical, notamment :

- ‡ non-respect de la nomenclature applicable en Nouvelle-Calédonie, sauf en ce qui concerne les dispositions générales administratives visées au paragraphe précédent,
- ‡ non-respect des règles de formulation des ordonnances et d'utilisation du bi-zone,
- ‡ non-respect des règles de suivi des malades atteints d'une affection exonérante,
- ‡ non-respect des références de bonne pratique listées en annexe à la présente convention,
- ‡ non-respect médicalement injustifié des protocoles types de soins annexés à la présente convention,

le service du contrôle médical adresse au médecin concerné, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par courrier remis en mains propres contre émargement, un courrier d'avertissement lui rappelant la ou les règles qu'il n'a pas observées.

En cas de nouveau non-respect de dispositions à caractère médical par le médecin après la réception du courrier d'avertissement, le contrôle médical lui communique le relevé de ses constatations par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par courrier remis en mains propres contre émargement, avec copie aux membres du comité médical paritaire.

Par dérogation aux dispositions des deux alinéas ci-dessus, le service du contrôle médical communique au médecin sans délai le relevé de ses constatations lorsque ledit médecin a déjà fait l'objet, dans les douze mois précédents, d'un avertissement pour non-respect des dispositions à caractère médical.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de communication du relevé des constatations pour présenter ses observations éventuelles ou être entendu à sa demande par le comité ; il peut se faire assister par un avocat ou par un confrère de son choix.

Le comité donne son avis dans un délai d'un mois à compter de la date de remise des observations du médecin ou de la date de son audition. Lorsque les explications apportées par l'intéressé ne sont pas jugées satisfaisantes, le comité transmet à la CAFAT, dans le respect du secret médical, le dossier du médecin accompagné d'un rapport motivé. La CAFAT et au moins un second organisme signataire gestionnaire d'un régime de base décident alors de l'éventuelle sanction selon la gravité des manquements appréciée par le comité.

En cas de désaccord entre le comité médical et les représentants des organismes sur la gravité des manquements relevés à l'encontre du médecin concerné, le dossier du médecin est soumis de nouveau à l'avis du comité médical paritaire avant décision des organismes.

54.3. Tableaux statistiques d'activité des professionnels de santé (TSAPS)

Lorsque, dans le cadre de la procédure visée à l'article 34 de la présente convention, le comité médical paritaire constate qu'un ou plusieurs indicateurs se situent au-delà des seuils fixés, il procède à la levée de l'anonymat du praticien concerné et apprécie sa situation compte tenu notamment de ses conditions d'activité, des caractéristiques de ses patients et de son lieu d'installation. Lorsqu'un complément d'information est jugé nécessaire, le comité transmet le dossier au contrôle médical et informe le médecin des éléments relevés.

Le contrôle médical réalise alors une étude sur le médecin concerné avant mise en œuvre éventuelle de la procédure prévue au paragraphe 54.2 ci-dessus.

Article 55 : Mesures encourues

Sans préjudice d'éventuelles poursuites contentieuses, lorsqu'un médecin ne respecte pas les dispositions de la convention, il peut, après mise en œuvre des procédures prévues à l'article 54, encourir l'une des mesures suivantes :

- › suspension de son conventionnement, avec ou sans sursis ;
- › déconventionnement.

Les suspensions du conventionnement sont prononcées pour une durée de trente-six mois au plus, suivant l'importance des griefs.

En cas de prononcé d'une nouvelle sanction dans le cadre de la présente procédure conventionnelle dans un délai de deux ans à compter d'une première sanction assortie d'un sursis, ledit sursis est révoqué. La sanction correspondant au sursis révoqué est exécutée sans délai, sans qu'elle puisse se confondre avec la deuxième sanction.

Toute suspension du conventionnement entraîne la suspension, pour une durée égale à celle de la mise hors convention, de la participation de la CAFAT au financement des cotisations retraite.

La CAFAT, chargée de la conduite du dispositif conventionnel par la délibération modifiée n° 490 du 11 août 1994, notifie la décision des organismes au praticien concerné par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par courrier remis en mains propres contre émargement. Elle en informe simultanément le ou les syndicats signataires.

Les décisions entrent en vigueur un mois après la réception du courrier de notification, sous réserve des éventuels effets suspensifs d'une procédure juridictionnelle.

Article 56 : Droits de la défense

Le médecin peut se faire assister par un avocat ou par un confrère de son choix.

Il dispose des voies de recours de droit commun.

Article 57 : Cas de condamnation par l'ordre ou les tribunaux

57.1. Action intentée en Nouvelle-Calédonie

Lorsque le conseil national de l'ordre des médecins ou l'organe de l'ordre des médecins de Nouvelle-Calédonie a prononcé une sanction devenue définitive qui consiste en une interdiction du droit d'exercer ou de donner des soins aux assurés sociaux à l'égard d'un médecin, ce dernier est radié par les organismes du fichier des professionnels de santé pour la même période.

Lorsqu'une juridiction a prononcé à l'égard d'un médecin une peine effective d'emprisonnement, le praticien se trouve placé automatiquement hors convention, à partir de la date d'application de la peine et pour une durée équivalente.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinaire ou judiciaire constituent en outre un manquement au regard des règles conventionnelles, la CAFAT et au moins un second organisme signataire gestionnaire d'un régime de base peuvent prendre à l'encontre du médecin l'une des mesures prévues à l'article 55 après qu'il a été mis à même de présenter ses observations en défense.

57.2. Action intentée en France métropolitaine ou dans une collectivité territoriale d'outre-mer

Tout médecin conventionné en Nouvelle-Calédonie ayant fait l'objet, du fait de son activité en France métropolitaine ou dans une collectivité territoriale d'outre-mer, d'une sanction devenue définitive qui consiste en une interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux prononcée par le conseil régional ou national de l'ordre des médecins ou par une juridiction pour des faits qui constituent un manquement de même nature ou équivalent à ceux visés à l'article 54 se trouve placé hors convention pour une durée équivalente déduction faite de la durée de la peine éventuellement effectuée en Métropole ou dans un D.O.M. avant son installation en Nouvelle-Calédonie.

TITRE VIII - DURÉE ET CONDITIONS D'APPLICATION DE LA CONVENTION

Article 58 : Date d'entrée en vigueur et durée de la convention - Dénonciation de la convention

La présente convention est conclue valablement sous réserve d'être signée par deux organismes gestionnaires d'un régime de base dont la CAFAT et une organisation syndicale représentative des médecins libéraux. Elle n'entrera en vigueur qu'après approbation par un arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Elle est conclue pour une durée de trois ans, renouvelable par tacite reconduction par périodes de même durée, sauf dénonciation par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à toutes les parties signataires trois mois au moins avant sa date d'échéance par la partie signataire souhaitant se retirer du dispositif conventionnel.

Article 59 : Notification de la convention - Délai d'option - Renonciation du praticien

La convention est applicable à l'ensemble des praticiens figurant sur la liste fixée en annexe. Dans le mois qui suit son approbation par un arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, la CAFAT agissant pour le compte des organismes signataires adresse le texte de la présente convention à chacun de ces praticiens. Ces derniers disposent d'un délai d'un mois à compter de la date de transmission de ce texte pour faire connaître à la CAFAT leur décision de ne pas exercer sous le régime de la présente convention. La CAFAT en informe alors la commission conventionnelle paritaire.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, tout praticien exerçant sous le régime conventionnel peut sortir du champ d'application de la convention dans le délai d'un mois à compter de la notification de sa décision à la CAFAT par lettre recommandée avec avis de réception.

Les praticiens s'étant placés volontairement en dehors du régime conventionnel ne pourront l'intégrer ou le réintégrer qu'au moment du renouvellement de la convention et sous réserve du respect des dispositions relatives à l'accès au conventionnement en vigueur à cette date.

Article 60 : Retrait d'une partie signataire - Résiliation de la convention

60.1. Retrait d'une partie signataire

Toute partie signataire peut se retirer de la présente convention :

- ➔ en cas de violation grave des engagements conventionnels du fait d'une autre partie ;
 - ➔ en cas de modification réglementaire, économique ou financière indépendante de la volonté du signataire mettant en cause les bases sur lesquelles repose son engagement ;

- ➔ en cas de modification substantielle des conditions de fonctionnement du système après la signature de la convention.

Le retrait s'effectue par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à tous les signataires de la convention en précisant les motifs de cette décision. Il prend effet à l'échéance d'un préavis de deux mois à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée.

60.2. Résiliation de la convention

Lorsque les dispositions du premier alinéa de l'article 58 ne sont plus respectées du fait du retrait d'une partie signataire, la prise d'effet du retrait entraîne la résiliation de la convention. La CAFAT invite alors le ou les syndicats représentatifs des médecins libéraux et les organismes visés par la délibération modifiée n° 490 du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins à engager de nouvelles négociations conventionnelles dans un délai de trois mois.

Dans l'attente de l'adoption d'une nouvelle convention, les relations entre les organismes de protection sociale et les médecins conventionnés sont régies par la convention type adoptée par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, conformément aux dispositions de l'article 21 de ladite délibération modifiée n° 490 du 11 août 1994.

Fait à Nouméa, le

POUR LA CAFAT

Le Président du Conseil d'Administration

**Pour le Syndicat des Médecins Libéraux de
Nouvelle-Calédonie**

Le Président

POUR LA PROVINCE SUD

POUR LA PROVINCE DES ILES LOYAUTE

POUR LA MUTUELLE DU COMMERCE

Le Président du Conseil d'Administration

Pour la Mutuelle du NICKEL

Le Président du Conseil d'Administration

**POUR LA MUTUELLE DES PATENTES ET
LIBERAUX**

Le Président du Conseil d'Administration