

# CONVENTION MEDICALE 2012

## SOMMAIRE

### TITRE Ier - PRINCIPES GÉNÉRAUX

**Article 1er : Champ d'application**

**Article 2 : Conditions du partenariat**

**Article 3 : Accès aux soins - Principe du libre choix – Médecin référent**

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

4.1. Échanges d'informations et recueil de données

4.2. Dossier médical

4.3. Dossier médical partagé

**Article 5 : Prévention et promotion de la santé**

**Article 6 : Soins coordonnés - Réseaux de soins**

6.1. Soins coordonnés

6.2. Réseaux de soins

**Article 7 – Missions médicales dans les zones dépourvues de médecin**

**Article 8 – Missions de santé publique**

### TITRE II - LES MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL

**Article 9 : Accès au secteur conventionnel**

9.1. Demande de conventionnement

9.2. Examen des demandes

9.3. Notification des décisions

9.4. Conditions de validité des décisions

9.5. Cession de cabinet dans une zone soumise à régulation

9.6. Associations

9.7. Cabinets secondaires

**Article 10 : Modalités d'exercice**

10.1. Principes généraux

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

10.3. Remplacements

10.4. Suspension d'activité

10.5. Exercice conventionnel effectif de la profession

**Article 11 : Délivrance des soins**

**Article 12 : Rédaction des imprimés**

12.1. Principes généraux

12.2. Adaptation aux nouvelles technologies

- 12.3. Codification et cotation des actes sur la feuille de soins
- 12.4. Inscription des honoraires sur la feuille de soins
- 12.5. Cas des actes médicaux réalisés par un personnel salarié du médecin
- 12.6. Cas du remplaçant

**Article 13 : Arrêts de travail**

**Article 14 : Rédaction des ordonnances**

**Article 15 : Modalités de paiement des honoraires**

- 15.1. Dispositions générales
- 15.2. Actes réalisés dans un établissement de santé privé
- 15.3. Dispense de l'avance des frais

### **TITRE III - LA RÉMUNÉRATION**

**Article 16 : Le principe de la rémunération à l'acte**

**Article 17 : Honoraires opposables**

**Article 18 : Révision des tarifs d'honoraires**

**Article 20 : Cotation des actes**

**Article 21 : Adoption de la CCAM technique**

**Article 22 : Adoption de la CCAM clinique**

### **TITRE IV - AVANTAGES OFFERTS PAR LA CONVENTION**

**Article 23 : Remboursement des soins et des prescriptions**

**Article 24 : La formation médicale continue conventionnelle**

- 24.1. Objectif et contenu
- 24.2. Organisation
- 24.3. Indemnisation des participants
- 24.4. Financement de la FMCC
- 24.5. Évaluation de la FMCC

**Article 25 : Informatisation des cabinets médicaux en vue du passage à la CCAM**

- 25.1. Télétransmission des états de tiers-payant
- 25.2. Équipement informatique des médecins

**Article 26 : Dispositions diverses**

- 26.1. Assurance maladie des médecins conventionnés
- 26.2. Assurance maladie des médecins conventionnés ayant cessé leur activité

### **TITRE V - LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ**

**Article 27 : Principes et mise en œuvre de la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé**

#### **SECTION 1 - MAÎTRISE PAR DES ACTIONS GÉNÉRALES**

**Article 28 : La régulation des conventionnements**

**Article 29 : Le recueil d'informations : constitution, gestion et analyse de bases de données sanitaires**

**Article 30 : Feuille de soins électronique (FSE)**

30.1 Engagement à la télétransmission

30.2 Modalité de télétransmission

30.3 Traitement des incidents

**Article 31 : Le panier de soins**

**Article 32 : Le médecin référent**

**Article 33 : Les actions thématiques concertées**

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

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

**Article 36 : L'évaluation des pratiques médicales**

**Article 37 : La responsabilisation et l'éducation du patient**

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

**Article 39 : Objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses de santé**

**Article 40 : Suivi et analyse de l'évolution des dépenses de santé - Évaluation du dispositif et de la qualité des soins**

## **SECTION 2 - MAÎTRISE PAR DES ACTIONS SPÉCIFIQUES**

**Article 41 : Action sur les prescriptions médicamenteuses**

41.1. Respect de l'A.M.M.

41.2. Prescription en génériques - Droit de substitution

41.3. Prescriptions en rapport avec une référence de bonne pratique

**Article 42 : Action sur les prescriptions d'arrêts de travail**

**Article 43 : Action sur les prescriptions de kinésithérapie**

## **SECTION 3 - LE DISPOSITIF DU MÉDECIN RÉFÉRENT – PROTOCOLE DE SOINS dans le cadre de la LM**

**Article 44 : Principe**

**Article 45 : Champ d'application**

**Article 46 : Modalités pratiques de désignation du médecin référent et d'un second médecin éventuel dans le cadre de la LM**

**Article 47 : Demande de prise en charge - Protocole de soins et protocoles types de soins - Accord du contrôle médical - Conditions de tiers-payant**

47.1. Demande de prise en charge

47.2. Protocole de soins et protocoles types de soins

47.3. Accord du contrôle médical

47.4. Conditions de tiers-payant

**Article 48 : Bilan du suivi et responsabilisation du patient**

**Article 49 : Rémunération forfaitaire annuelle du médecin référent pour le suivi de chaque patient**

**Article 50 : Dossier médical - Carnet médical - Ordonnance bi-zone**

- 50.1. Le dossier médical
- 50.2. Le carnet médical
- 50.3. Ordonnance bi-zone

**Article 51 : Formation « médecin référent »**

## **TITRE VI - LE PARTENARIAT CONVENTIONNEL**

### **SECTION 1 - LE CONTRÔLE MÉDICAL**

**Article 52 : Le rôle du contrôle médical**

### **SECTION 2 - LES INSTANCES DE CONCERTATION**

**Article 53 : Le comité médical paritaire**

- 53.1. Composition
- 53.2. Rôle
- 53.3. Fonctionnement
- 53.4. Conditions de vote

**Article 54 : La commission conventionnelle paritaire**

- 54.1. Composition
- 54.2. Rôle
- 54.3. Fonctionnement de la commission
- 54.4. Conditions de vote

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

**Article 55 : Non-respect des dispositions conventionnelles**

- 55.1. Non-respect des tarifs et/ou des dispositions administratives
- 55.2. Non-respect des dispositions à caractère médical
- 55.3. Relevés individuels d'activité et de prescriptions – RIAP

**Article 56 : Mesures encourues**

**Article 57 : Droits de la défense**

**Article 58 : Cas de condamnation par l'ordre ou les tribunaux**

- 58.1. Action intentée en Polynésie française
- 58.2. Action intentée en France métropolitaine ou dans une collectivité territoriale d'outre-mer

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

**Article 59 : Date d'entrée en vigueur et durée de la convention - Dénonciation de la convention**

**Article 60 : Notification de la convention - Délai d'option - Renonciation du praticien**

## **Article 61 : Retrait d'une partie signataire - Résiliation de la convention**

61.1. Retrait d'une partie signataire

61.2. Résiliation de la convention

---

Dans le cadre de la poursuite du plan de maîtrise des dépenses de soins, les parties s'engagent à collaborer pour assurer le maintien du dispositif conventionnel, le partenariat entre les professionnels de santé concernés et la CPS constituant le fondement d'un dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses.

Les parties, tant CPS 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,
- 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 ;
- 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.

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 1er : 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 la CPS et les médecins du secteur libéral remplissant les conditions fixées par la réglementation pour exercer en Polynésie française, à l'exception des praticiens ayant fait connaître à la CPS, selon les conditions prévues à l'article 60, qu'ils n'acceptent pas d'être régis par ces dispositions (médecins non conventionnés).

La CPS s'engage 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, 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 la CPS de sa mission de service public ;

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.

La CPS s'abstiendra, pendant la durée de la convention, de toute action tendant au développement d'une médecine de caisse.

La CPS communique au syndicat signataire la liste de ses 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 – Médecin référent**

Les ressortissants des organismes ont le libre choix entre tous les praticiens légalement autorisés à exercer en Polynésie française.

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, la CPS ne participe pas aux dépenses supplémentaires pouvant résulter de ce choix.

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

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.

**Les ressortissants de la CPS choisissent, quand ils le peuvent, et à partir de l'âge de 18 ans, un médecin généraliste référent (médecin traitant). La CPS est informé de ce choix par l'imprimé modèle x rempli et adressé à la caisse par le médecin choisi. Le dit-médecin est chargé de guider le patient dans son parcours de soins, et de tenir à jour le dossier médical.**

**Le médecin référent est destinataire obligé du compte-rendu des conclusions de toutes consultations spécialisées ou hospitalisations.**

**Le patient garde la liberté de changer de médecin référent. La CPS en est informée conformément aux dispositions décrites dans l'alinéa précédent.**

**A la demande du contrôle médical, le médecin traitant établit, dans un délai de deux mois suivant la réception de la demande, une synthèse du dossier médical du patient concerné. Cette synthèse est cotée 2,5C (CALD) et est prise en charge à 100% par la CPS (tiers-payant).**

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

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.

La CPS s'engage à informer le syndicat et les praticiens des objectifs des enquêtes qu'elle entend mener 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'entend mener la CPS pour son 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, 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.

La CPS s'engage de son côté à prendre 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 la CPS aux médecins fournisseurs des données.

**Dans l'attente de l'informatisation générale du système de santé, la CPS mettra à la disposition des médecins et des malades un carnet médical papier élaboré conjointement avec le Syndicat des Médecins Libéraux et les représentants des praticiens du secteur public. Ce carnet comportera les informations essentielles en rapport avec le parcours de soins du patient, notamment le compte-rendu synthétique des actes et examens pratiqués.**

Sauf urgences, la prise en charge par la CPS des actes et prestations donnant lieu à un tiers-payant est subordonnée à la présentation du carnet médical et à l'indication par le médecin de la date et des renseignements relatifs aux actes et/ou à la consultation.

#### **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.

La CPS et les médecins s'engagent à mettre en œuvre des actions de prévention conformément aux plans définis par le gouvernement.

#### **Article 6 : 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.

##### 6.1. Soins coordonnés

Les parties signataires souhaitent, pour renforcer la qualité des soins, promouvoir une organisation et une utilisation plus cohérentes 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 (**médecin référent**) est le pivot du parcours de soins du patient. 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 respect des références 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 (**ou partagé**) du patient.

##### 6.2. Réseaux de soins

Les parties signataires s'engagent à favoriser la constitution et à soutenir le fonctionnement de réseaux de soins.

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.

#### **Article 7 – Missions médicales dans les zones dépourvues de médecin**

**Les médecins qui le souhaitent, généralistes ou spécialistes, contribuent à développer l'offre de soins dans les secteurs médicalement dépourvus, tels que définis par les autorités de Polynésie française.**

**Le médecin volontaire assure les déplacements et les consultations dans ces secteurs, et reste en contact avec le personnel de soins résident dont il devient le correspondant privilégié. Il oriente ainsi la prise en charge médicale des habitants, et contribue à organiser et à justifier les EVASAN vers les structures médicales (publiques ou privées) de Tahiti.**

**La CPS et les autorités de la Polynésie française, en partenariat avec les médecins concernés, organisent le calendrier de ces déplacements, et développent le réseau de communication nécessaire aux échanges entre le personnel soignant et le médecin correspondant, dans le respect du secret médical.**

**Les médecins participants sont indemnisés suivant un mode forfaitaire fixé en annexe. Ils sont en outre autorisés à prendre un remplaçant pour assurer la continuité des soins auprès de leur patientèle.**

#### **Article 8 – Missions de santé publique**

**Les médecins qui le souhaitent, généralistes ou spécialistes, participent aux missions de santé publique initiées à la demande de la Direction de la Santé Publique de Polynésie française.**

**Ces missions peuvent prendre la forme de vacations dans des structures de soins de la santé publique, de missions de médecine préventive ou d'éducation thérapeutique, ou toute autre forme d'actions s'inscrivant dans la politique de santé arrêtée par les autorités de la Polynésie française.**

**La CPS et les autorités de la Polynésie française, en partenariat avec les médecins volontaires concernés, organisent le calendrier de ces missions.**

**Les médecins participants sont indemnisés suivant un mode forfaitaire fixé en annexe. Ils sont en outre autorisés à prendre un remplaçant pour assurer la continuité des soins auprès de leur patientèle.**

## **TITRE II - LES MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL**

### **Article 9 : Accès au secteur conventionnel**

Les conditions d'accès au conventionnement des médecins Polynésie française sont définies par des dispositions législatives et réglementaires.

#### 9.1. Demande de conventionnement

Le médecin qui sollicite son conventionnement doit adresser une demande écrite à la CPS (Service des Relations Conventionnelles). A l'appui de sa demande, il est tenu de fournir les documents ci-après :

- une attestation d'inscription au tableau du Conseil de l'Ordre ;
- une photocopie de sa pièce d'identité ;
- un RIB.

Le praticien doit indiquer la zone de conventionnement où il souhaite exercer son activité.

Les dossiers de demande de conventionnement sont remis en mains propres ou envoyés par courrier recommandé avec accusé de réception, au Service des Relations Conventionnelles de la C.P.S.

Les dossiers complets sont enregistrés par la C.P.S. suivant leur date de réception, sous réserve que la demande soit accompagnée des justificatifs requis.

#### 9.2. Examen des demandes

##### 9.2.1. Principe général

Le conventionnement est accordé par la caisse à tout médecin qui remplit les conditions fixées par la réglementation en vigueur pour l'exercice de sa profession réserve faite des dispositions relatives à l'accès au conventionnement sur certaines zones géographiques gelées.

##### 9.2.2. Accès au conventionnement les zones géographiques gelées.

La Caisse transmet la demande de conventionnement, accompagnée de toutes les pièces justificatives, à la commission de régulation des conventionnements des médecins qui statue sur la demande suivant les modalités fixées par la réglementation en vigueur.

Le conventionnement accordé par la Caisse est subordonné à la publication au journal officiel de la Polynésie française de l'arrêté pris par le président du gouvernement du territoire autorisant le praticien concerné à bénéficier des dispositions conventionnelles dans la zone gelée demandée ;

Les demandes de conventionnement non satisfaites sont conservées à la CPS 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 SRC contre récépissé.

Les listes d'attente des demandes de conventionnement peuvent être consultées par les intéressés au SRC. Elles sont communiquées à leur demande au Syndicat des Médecins Libéraux et à l'organe de l'Ordre des médecins de Polynésie française.

### 9.3. Notification des décisions

La CPS notifie au praticien, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la décision prise par la CPS 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.

### 9.4. 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 la CPS 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 CPS pour l'exercice de la même spécialité.

### 9.5. Cession de cabinet dans une zone 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 zone soumise à régulation, le successeur remplissant les conditions fixées par la réglementation pour exercer en Polynésie française bénéficie de droit du régime conventionnel dans cette même commune sous réserve du renoncement au conventionnement à son profit 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. Le transfert du droit au régime conventionnel devra se faire dans les six (6) mois qui suivent le décès, terme au delà duquel il deviendra caduque.

### 9.6. Associations

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

### 9.7. 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 Polynésie française.

Un médecin autorisé à ouvrir un cabinet secondaire ne peut en aucun cas se faire remplacer dans l'un de ses cabinets pendant qu'il exerce dans l'autre.

## **Article 10 : Modalités d'exercice**

### 10.1. Principes généraux

Tout médecin est tenu de faire connaître à la CPS l'adresse géographique de son cabinet (principal et éventuellement secondaire) ainsi que ses coordonnées téléphoniques, postales, télécopie et e-mail.

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 CPS dans les meilleurs délais de tout changement intervenu dans ses conditions d'exercice.

10.2. Activité devant être réalisée en milieu hospitalier pour des raisons d'environnement technique en dehors de la zone 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 zone d'installation, ses actes sont pris en charge dans les conditions applicables aux médecins conventionnés sous réserve de l'accord du contrôle médical.

10.3. 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 CPS d'une autorisation de remplacement délivrée par l'organe de l'ordre des médecins de Polynésie française 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 Polynésie française 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. Il indique sa situation de remplaçant, le nom et le numéro d'identification du praticien remplacé dans le pavé d'identification prévu à cet effet sur les différents imprimés de facturation.

10.4. Suspension d'activité

10.4.1. Hors raison de santé, tout praticien qui suspend son activité, sans se faire remplacer, pendant une durée supérieure à 3 mois, doit en informer la CPS 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.

10.4.2. Lorsque la CPS 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 CPS 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 CPS, 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 CPS.

10.5. Exercice conventionnel effectif de la profession

Conformément aux dispositions de la délibération n° 95-109/AT modifiée, les praticiens conventionnés doivent, pour conserver le bénéfice du conventionnement, justifier de l'exercice conventionnel effectif de la profession en libéral.

Les parties s'entendent pour définir que l'exercice conventionnel effectif de la profession

en libéral tient compte :

- du nombre d'actes remboursés par l'assurance maladie et accident du travail
- du nombre de patients relevant de l'un des régimes de protection sociale territoriaux
- de l'installation conforme au code de déontologie ;
- du temps consacré à l'exercice conventionnel de la profession

Chaque semestre, la Caisse expédie à chaque praticien conventionné son relevé individuel d'activité professionnel (RIAP), sur lequel figurent le nombre d'actes remboursés par l'assurance maladie et accident du travail pour la période concernée ainsi que le nombre de patients traités, relevant de l'un des régimes de protection sociale territoriaux.

**A partir de ce relevé, la Caisse vérifie si le praticien dispose d'un nombre d'actes et/ou de patients plus faible de 75% au moins par rapport à la moyenne des médecins de même discipline reconnue par le Conseil de l'Ordre.**

Dans l'affirmative, elle rappelle à l'intéressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, les dispositions des alinéas 1 et 2 du présent paragraphe 4, et informe qu'il dispose d'un délai de trente (30) jours à compter de la réception de la lettre recommandée, pour donner des explications sur sa faible activité. A défaut, la C.P.S. procède à la radiation d'office du médecin concerné qui est réputé avoir définitivement cessé d'exercer.

Si la lettre est retournée par l'administration des postes avec la mention « non réclamé », « inconnu », « parti » ou toute autre mention équivalente, un nouvel envoi est effectué dans un délai minimum de quinze (15) jours à compter de la date de retour du premier courrier recommandé. Si le second envoi est également renvoyé pour un motif analogue, la C.P.S. procède à la radiation d'office du médecin concerné qui est réputé avoir définitivement cessé d'exercer.

En cas de contestation, le praticien dispose d'un recours de droit commun devant le tribunal compétent.

### **Article 11 : Délivrance des soins**

Les soins sont donnés au cabinet du praticien, sauf en cas d'urgence ou lorsque le patient ne peut se déplacer en raison de son état de santé.

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.

### **Article 12 : Rédaction des imprimés**

#### 12.1. Principes généraux

Les médecins s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, ordonnances bizones, autres imprimés ou documents d'un modèle type fournis **et/ou** autorisés par la CPS (document imprimé directement par le médecin – ordonnance bizona par exemple) 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.

La CPS s'engage de son côté à consulter le comité médical paritaire préalablement à toute création ou modification d'imprimés.

#### 12.2. 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 CPS sont téléchargeables sur le site Internet de la CPS.

### 12.3. Codification et cotation des actes sur la feuille de soins

Les actes médicaux sont codés et cotés conformément à la nomenclature applicable en Polynésie française visée à l'article 20 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, le codage et la cotation correspondant à cet acte, tels que prévus 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 en portant la mention HN (hors nomenclature) ou NR (non remboursable).

Ne donnent pas lieu à remboursement, et valent autorisation aux praticiens de s'affranchir des tarifs opposables, 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 la CPS ;
- 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.

### 12.4. Inscription des honoraires sur la feuille de soins

Le médecin est tenu d'inscrire, sur la feuille de soins fournie par la CPS 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 la CPS ; ils ne peuvent par conséquent donner lieu à délivrance d'une feuille de soins.

### 12.5. 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 Polynésie française et des tarifs conventionnels en vigueur.

#### 12.6. 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 13 : Arrêts de travail**

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, les heures de sortie pour raisons médicales éventuellement autorisées.

Le praticien exposera, dans le respect des règles déontologiques et lorsque la demande lui en sera faite par un médecin conseil du Service Médical de la Caisse, les motifs de la prescription d'arrêt de travail

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 « autres » 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.

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 (premier arrêt de travail délivré par un service d'urgences ou par un service hospitalier par exemple). 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 CPS 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 14 : 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.

**Le poids et l'âge du patient doivent également être indiqués s'il est âgé de 14 ans ou moins.**

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 une ordonnance bi-zone (fournie par la CPS ou imprimée par le praticien suivant le modèle de la CPS) 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.

**Le principe de la suppression des ordonnances bizones (uniquement pour les prescriptions relatives aux médicaments) est cependant admis, lorsque les conditions techniques permettront le tri informatique à la pharmacie des médicaments pris en charge en LM.**

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.

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 pré imprimées. 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 (ou plusieurs) ordonnance(s), le médecin porte la lettre «O» dans la colonne prévue à cet effet sur la feuille de soins.**

## **Article 15 : Modalités de paiement des honoraires**

### 15.1. Dispositions générales

Le patient règle directement au médecin ses honoraires. Seuls donnent lieu à remboursement les actes inscrits à la nomenclature applicable en Polynésie française 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".

### 15.2. Actes réalisés dans un établissement de santé privé

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

La part garantie par la Caisse est versée individuellement au médecin concerné. Toutefois, elle peut être versée à sa demande, soit globalement à un médecin désigné collégialement par ses confrères exerçant dans l'établissement, soit à une société de médecins ou à un groupement de médecins exerçant dans l'établissement, soit à l'établissement lui-même.

### 15.3. Dispense de l'avance des frais

Dans le cadre de la dispense de l'avance de frais, la Caisse s'engage à payer les honoraires dus au praticien au plus tard dans un délai d'un (1) mois suivant la réception de la facture en règle des données administratives.

La Caisse paie directement au praticien la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie et accident du travail pour :

- les patients pris en charge en longue maladie, dans la limite du nombre d'actes et prestations conforme aux bonnes pratiques, **tel qu'établi dans les protocoles « type » de soins**, ou par le médecin référent dans le protocole de soins, et validé par le contrôle médical ;
- les actes techniques **dont la valeur unitaire est supérieure à 9200 Francs et P1.**
- les actes d'urgence la nuit ou le week-end au sein du service des urgences des établissements de soins ou dans le cadre d'un tour de garde organisé par le Conseil de l'Ordre de médecins
- **les actes d'urgence réalisés à la demande des services d'urgence (SMUR, Pompiers, toutes organisations secouristes reconnues comme telles)**
- les actes en rapport avec les accidents du travail ;
- les actes en rapport avec la contraception ;
- **les actes de médecine préventive chez les enfants de moins de 3 ans (visites obligatoires avec ou sans vaccination).**

Le ticket modérateur, **lorsqu'il existe**, est réglé directement au praticien par le patient selon la réglementation en vigueur.

La CPS donne au médecin, à sa demande, les informations relatives à la situation administrative de son patient. Le médecin est tenu de vérifier chaque fois qu'il est nécessaire auprès du ressortissant, l'ouverture de ses droits aux prestations au vu des informations fournies par la CPS. (A titre d'information, le carnet de longue maladie n'est pas une preuve de l'ouverture des droits du ressortissant concerné). **L'ouverture des droits des ressortissants, et notamment son statut à l'égard de la LM, est consultable à tout moment sur le site internet de la CPS.**

Dans le cas particulier où le médecin n'a pas, lors de la demande de soins, la preuve de l'affiliation d'un patient à l'un des régimes d'assurance maladie et accident du travail, et de l'existence de ses droits, le praticien concerné lui demande le paiement direct de ses honoraires et lui délivre une feuille de soins dûment complétée.

## TITRE III - LA RÉMUNÉRATION

### Article 16 : 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 Polynésie française.

### Article 17 : 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, pour une durée de 3 ans, les médecins conventionnés pourront déroger à cette disposition et établir librement leurs tarifs, avec tact et mesure conformément au code de déontologie, les malades restant remboursés sur la base du tarif conventionnel. Chaque médecin devra indiquer clairement, dans sa salle d'attente, les tarifs pratiqués, le montant des remboursements effectués par la CPS, et le restant à charge du patient.**

**Cette dérogation ne s'applique pas pour les actes pratiqués dans le cadre de la Longue Maladie, ni pour les consultations prises en charge en tiers-payant.**

**Tous les 6 mois, un bilan des dépassements d'honoraires et de leurs conséquences éventuelles sur l'accessibilité aux soins sera fait par les instances conventionnelles.**

**Au terme des 3 ans, les parties décideront de la poursuite ou non, éventuellement de l'encadrement conventionnel, de la liberté tarifaire.**

#### **Article 18 : 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 39,**
- 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 20 : Cotation des actes**

Les actes pratiqués par les professionnels de santé sont cotés conformément à la nomenclature applicable en Polynésie française, suivant les réglementations en vigueur.

#### **Article 21 : Adoption de la CCAM technique**

**La transposition en Polynésie française de la CCAM technique devra se faire dans des conditions financières neutres pour les deux parties.**

#### **Article 22 : Adoption de 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 de la CPS afin de réfléchir aux modalités de transposition en Polynésie française de cette nouvelle classification. Ses conclusions seront communiquées aux instances conventionnelles paritaires.

### **TITRE IV - AVANTAGES OFFERTS PAR LA CONVENTION**

#### **Article 23 : Remboursement des soins et des prescriptions**

Les honoraires, majorations, frais accessoires et prescriptions des médecins conventionnés sont pris en charge par la CPS, dans les conditions prévues par la présente convention, sur la base des tarifs de convention.

#### **Article 24 : La formation médicale continue conventionnelle**

##### 24.1. 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.

## 24.2. 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 Polynésie française,
- 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 la CPS 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.

## 24.3. 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 Tahiti et Moorea, et à 15 C pour les médecins exerçant dans les autres îles ([sur la base d'une formation effectuée sur l'île de Tahiti](#)).

## 24.4. 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.

## 24.5. 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 25 : Informatisation des cabinets médicaux en vue du passage à la CCAM**

### 25.1. 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.

### 25.2. Équipement informatique des médecins

Dans le cadre de la mise en place d'un système de télétransmission avec les médecins, la CPS participera 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.

La CPS assurera la formation des médecins nécessaire à l'utilisation du système.

## **Article 26 : Dispositions diverses**

### 26.1. Assurance maladie des médecins conventionnés

La CPS prend en charge l'équivalent de la part patronale de l'assurance maladie des médecins conventionnés qui acceptent de ne pas faire plus de 20% d'actes avec dépassements des tarifs conventionnels.

### 26.2. Assurance maladie des médecins conventionnés ayant cessé leur activité

Un médecin ayant travaillé en Polynésie française sous le régime conventionnel pendant 10 ans au moins (à compter de la date d'approbation de la première convention en 1995) conserve l'ouverture de ses droits à l'assurance maladie de la CPS lorsqu'il cesse définitivement son activité. Cette disposition conventionnelle sera détaillée en annexe pour tenir compte de la réglementation en vigueur.

## **TITRE V - LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ**

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 27 : 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 la CPS. 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.

### **SECTION 1 - MAÎTRISE PAR DES ACTIONS GÉNÉRALES**

#### **Article 28 : 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.

#### **Article 29 : Le recueil d'informations : constitution, gestion et analyse de bases de données sanitaires**

Les praticiens facturant des actes ou des prestations remboursables par la CPS s'engagent à communiquer à cette dernière, 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 CPS 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 CPS et procède à leur analyse avant communication de ses conclusions à la commission conventionnelle paritaire.

Le syndicat des médecins et la CPS 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).

La notification à la Direction de la Santé des maladies à déclarations obligatoires est réglementaire.

### **Article 30 : Feuille de soins électronique (FSE)**

#### **30.1 Engagement à la télétransmission**

Lorsque les conditions techniques et réglementaires seront effectives, le praticien adhérent à la présente convention pourra, dans la mesure de ses possibilités, télétransmettre les feuilles de soins relatives aux ressortissants de la CPS.

#### **30.2 Modalité de télétransmission**

Pour assurer la télétransmission des FSE, le médecin se conformera aux spécifications définies et validées d'un commun accord entre les parties.

#### **30.3 Traitement des incidents**

Dans le but de garantir la continuité de la télétransmission des FSE, les parties signataires s'engagent à s'informer réciproquement de tout dysfonctionnement du système et à collaborer pour y apporter une réponse appropriée dans les meilleurs délais.

### **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 (RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions) sont établis par la CPS. Ils font apparaître la nature ainsi que le coût des actes et prescriptions remboursés par la CPS. Ces données sont couvertes par le secret professionnel.

Les tableaux statistiques anonymisés (RIAP) 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 (RIAP) sont adressés chaque semestre aux médecins par la CPS 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. 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 CPS.

#### **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 Polynésie française.

#### **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 :

- 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. 41.1) ;

- s'associer à la campagne d'information et de sensibilisation des patients concernant le médicament générique et le droit de substitution (art. 41.2) ;
- soutenir la lutte contre les abus en matière d'arrêts de travail (art. 42) ;
- sensibiliser les patients au coût de la santé à l'occasion de leur bilan de suivi en longue maladie (art. 48) ;
- 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. 50.3).

### **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 la CPS 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.

### **Article 39 : Objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses de santé**

Les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales visant l'activité des médecins libéraux conventionnés, généralistes d'une part, spécialistes d'autre part sont fixés chaque année par annexe à la convention avant le 31 octobre.

Ces objectifs ne sont pas opposables.

Pour la fixation des objectifs prévisionnels, les parties signataires retiennent pour base de discussion les dépenses constatées l'année précédente, corrigées des dépassements anormaux sur des critères de bonnes pratiques médicales.

La fixation des objectifs prévisionnels peut alors s'effectuer en appliquant à cette base corrigée un taux directeur décidé d'accord partie.

Ce taux inclut les évolutions naturelles liées à la patientèle (démographie, âge, morbidité notamment), l'évolution des connaissances et des techniques médicales, les obligations faites aux médecins (RCP, FMC, mise en conformité des installations...), les nouveaux conventionnements, les évolutions tarifaires.

### **Article 40 : Suivi et analyse de l'évolution des dépenses de santé - Évaluation 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 Polynésie française ;
- 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.

Au cours du deuxième trimestre de chaque année, la commission conventionnelle paritaire étudie l'évolution des dépenses de l'année précédente. 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, la CPS met à la disposition des membres de la commission, dans la mesure de ses 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 - MAÎTRISE PAR DES ACTIONS SPÉCIFIQUES**

### **Article 41 : Action sur les prescriptions médicamenteuses**

#### 41.1. 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 pouvoir être justifié auprès du contrôle médical.

#### 41.2. Prescription en génériques - Droit de substitution

**Conformément au code de déontologie, le médecin reste libre de ses prescriptions.**

**Toutefois, et dans le respect de la sécurité des patients, les médecins s'engagent à prescrire au minimum à hauteur de 75% les médicaments en libellant les ordonnances en DCI. Si la prescription n'est pas rédigée en DCI, le pharmacien est autorisé à user du droit de substitution, sauf indication contraire du prescripteur. Le médecin indique alors la mention NS (non substituable) à côté de la spécialité concernée.**

L'adhésion des patients à cette démarche est favorisée par la réalisation, par la CPS, 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.

#### 41.3. 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.

#### **Article 42 : Action sur les prescriptions d'arrêts de travail**

Les médecins soutiennent la lutte contre les fraudes et les abus.

Pendant une première période d'évaluation de six mois, la CPS enregistrera tous les arrêts de travail. Elle en produira une analyse détaillée. Les résultats de cette enquête seront communiqués au comité médical paritaire 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, la CPS pourront réaliser de manière régulière des enquêtes portant sur tout ou partie des arrêts de travail.

#### **Article 43 : Action sur les prescriptions de kinésithérapie**

Afin de garantir la qualité des soins dispensés aux ressortissants de la CPS 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.

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

### **SECTION 3 - LE DISPOSITIF DU MÉDECIN RÉFÉRENT – PROTOCOLE DE SOINS dans le cadre de la LM**

#### **Article 44 : 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.

#### **Article 45 : Champ d'application**

Le dispositif du médecin référent est applicable aux assurés admis au titre de l'assurance longue maladie de la CPS.

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 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 46 : Modalités pratiques de désignation du médecin référent et d'un second médecin éventuel dans le cadre de la LM**

Le médecin référent est librement choisi par le patient parmi les médecins généralistes exerçant en Polynésie française, en secteur libéral ou non.

#### **Afin de simplifier leurs démarches de prise en charge, les patients résidents habituellement dans les îles peuvent choisir un second médecin référent généraliste sur Tahiti.**

Toutefois, tout médecin spécialiste de la pathologie concernée exerçant en Polynésie française en secteur libéral ou non, peut être choisi comme médecin référent ou comme « second médecin » spécialiste correspondant, après accord du contrôle médical.

**Dans le cas où le patient aurait choisi un médecin spécialiste en tant que référent, le dit-médecin doit lui demander de choisir un médecin généraliste qui, en tant que référent généraliste, participera à la prise en charge globale du patient, au suivi rapproché et aux traitements des problèmes intercurrents.**

**Dans le cas où le(s) médecin(s) choisi(s) par le patient dans le cadre du suivi de sa LM n'est pas conventionné, la CPS prend les dispositions nécessaires pour que ce(s) médecin(s) respecte(nt) les mêmes obligations que celles des médecins conventionnés.**

En cas de litige, le dossier est soumis au comité médical paritaire qui statue conformément aux dispositions de l'article 53.4.

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 ou non, en accord avec ce dernier médecin.

Le changement de médecin référent est signifié au Service Médical de la Caisse par le patient.

#### **Article 47 : Demande de prise en charge - Protocole de soins et protocoles types de soins - Accord du contrôle médical - Conditions de tiers-payant**

##### 47.1. 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.

**Si un patient est atteint de plusieurs pathologies répondant aux critères d'admission au titre de la LM, chacune de ces pathologies doit faire l'objet d'une demande de prise en charge.**

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

**Autant que faire se peut, le carnet médical est remis en mains propres au patient par le contrôle médical qui participe de ce fait à l'information du patient sur ses droits et devoirs en regard de la longue maladie.**

**Le carnet médical (ou le dossier médical) est en toute circonstance propriété du patient.**

##### 47.2. Protocole de soins et protocoles types de soins

Le protocole de soins est établi par le médecin référent, 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 47.3 ci-après.

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

**Ces protocoles type sont applicables dans le cadre de mono pathologie, après validation par le comité médical paritaire et font l'objet d'un avenant conventionnel.**

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 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 (CALD) sur la feuille de soins. La cotation de ce protocole initial n'est pas cumulable avec un autre acte. Elle est prise en charge à 100% et en tiers payant par la CPS.**

#### 47.3. 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 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.

**L'absence de réponse du contrôle médical dans un délai de 10 jours vaut acceptation par lui du protocole de soins proposé par le médecin référent.**

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, ou le cas échéant le spécialiste correspondant, adresse au contrôle médical un courrier d'explications.

L'absence de réponse du contrôle médical dans un délai de 10 jours vaut acceptation par lui de la révision du protocole de soins proposé par le médecin référent ou le spécialiste correspondant. Le refus de la révision du protocole de soins par le contrôle médical doit être motivé médicalement.

En cas de différend entre le médecin référent (ou le spécialiste correspondant) et le médecin conseil, ce dernier entre en contact avec le ou les dit-médecins 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 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.

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.

**La longue maladie est établie pour une durée déterminée par le Contrôle Médical. La prise en charge en LM peut être accordée « à vie » pour les pathologies qui n'ont aucune chance de guérison. Chaque renouvellement et/ou chaque rapport de synthèse demandé au médecin référent par le contrôle médical est coté 2,5C (CALD) prise en charge en tiers payant et à 100% par la CPS.**

#### 47.4. 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, et pour les actes ayant fait l'objet d'une révision du protocole de soins.

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'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.

Afin de conserver le bénéfice du tiers payant, et 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.

Les états de tiers payant transmis à la CPS 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 48 : Bilan du suivi et responsabilisation du patient**

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 49 : Rémunération forfaitaire annuelle du médecin référent pour le suivi de chaque patient**

Une rémunération forfaitaire annuelle par patient, cotée « CALD = 2,5C », sera versée au médecin référent en contrepartie du suivi du malade et de la coordination de ses soins.

Cette rémunération sera réglée par la CPS à la date anniversaire de la prise en charge du patient en longue maladie, à 100% en tiers-payant.

#### **Article 50 : Dossier médical - Carnet médical - Ordonnance bi-zone**

##### 50.1. 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.

##### 50.2. Le carnet médical

**Le carnet médical est un élément indispensable du dossier 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 CPS des actes et prestations est subordonnée à la présentation du carnet médical et à l'indication par le médecin de la date et des renseignements relatifs à la consultation.

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 la CPS. 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.

##### 50.3. 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'examen 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.

#### **Article 51 : 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.

## TITRE VI - LE PARTENARIAT CONVENTIONNEL

### SECTION 1 - LE CONTRÔLE MÉDICAL

#### **Article 52 : Le rôle du contrôle médical**

Le contrôle médical a pour rôle d'analyser, de contrôler et conseiller. 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 53 : Le comité médical paritaire**

##### 53.1. Composition

Le comité médical paritaire est formé de deux sections :

- une section sociale composée d'au moins deux médecins représentant la CPS.
- une section professionnelle composée d'autant de médecins libéraux conventionnés généralistes ou spécialistes désignés par le ou les syndicats signataire(s).

Un médecin représentant l'organe de l'ordre des médecins de Polynésie française ainsi qu'un médecin représentant le gouvernement de la Polynésie française et/ou la Direction de la Santé Publique peuvent être invités à participer aux travaux du comité avec voix consultative.

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. Un médecin du travail 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 le directeur de la CPS (ou son représentant) ou le reçoit, à sa demande, pour l'étude d'un problème précis.

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

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.

##### 53.2. 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 la CPS préalablement à toute création ou modification d'imprimés (art. 12.1) ;
- il se prononce sur toute technique nouvelle de recueil ou de transfert des données visant notamment à remplacer les feuilles de soins (art. 12.2) ;
- 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. 24.2) ;
- il approuve la procédure de recueil des données sanitaires, est rendu destinataire du résultat de l'exploitation de ces données par la CPS et procède à leur analyse avant communication de ses conclusions à la commission conventionnelle paritaire (art. 29) ;
- 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. 41.3) ;
- il examine les résultats de l'enquête sur les arrêts de travail afin d'établir le profil de prescription des médecins (art. 42) ;
- il propose la réactualisation de la liste des pathologies prises en charge au titre de la LM en tenant compte éventuellement des spécificités loco-régionales ;
- il examine chaque année les conclusions du contrôle médical sur le fonctionnement du dispositif du médecin référent lors de l'année précédente (art. 44) ;
- il statue en cas de différend entre le médecin prescripteur et le médecin conseil sur le nombre maximum de séances de kinésithérapie (art. 43), le choix d'un médecin référent (art. 45) ou la rédaction du protocole de soins (art. 47.3).

Enfin, il exerce toute attribution prévue à l'article 55 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.

### 53.3. 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.

#### 53.4. 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 54 : La commission conventionnelle paritaire**

#### 54.1. Composition

La commission conventionnelle paritaire est formée de deux sections :

- une section sociale composée de trois (3) représentants du Régime Général des Salariés (RGS), de deux (2) représentants du Régime des Non-Salariés (RNS) et d'un (1) représentant du Régime de Solidarité Territoriale (RST) ;
- une section professionnelle composée de six (6) membres représentatifs du syndicat signataire.

Chacune des sections doit également désigner des suppléants à leurs représentants titulaires. Le suppléant ne peut participer au vote de la commission qu'en cas d'absence de son représentant titulaire.

Sans remettre en cause le caractère paritaire de la commission, le directeur de la Caisse, l'agent comptable et un médecin-conseil ou leurs représentants sont membres de droit de la commission, avec voix consultative. De même les salariés de la Caisse désignés par le directeur et chargés de la gestion administrative des séances de la commission sont membres de droit de la commission avec voix consultative.

La qualité de médecin 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 CPS, la section professionnelle de la commission conventionnelle est invitée, à titre consultatif, à participer aux discussions portant sur ces questions.

#### 54.2. Rôle

La commission conventionnelle paritaire assure le bon fonctionnement de la convention par une collaboration permanente de la CPS 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 en cas de cessation d'activité (art. 9.5) ou suspension d'activité (art. 10.4) 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. 24.2)
- elle examine les conclusions du comité médical paritaire sur l'analyse des données sanitaires (art. 29) ;
- 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. 39) ;
- elle assure semestriellement l'analyse de l'évolution des dépenses (art. 40)
- elle dresse chaque année un bilan de l'application de la maîtrise médicalisée des dépenses et l'adresse aux signataires.

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

#### 54.3. 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 CPS, 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.

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.

#### 54.4. 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 à bulletins secrets. Les décisions sont alors adoptées à la majorité relative (ou simple) des voix exprimées.

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 55 : Non-respect des dispositions conventionnelles**

#### 55.1. 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 Polynésie française,
- 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 CPS.

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 CPS décide de l'éventuelle sanction selon la gravité des manquements constatés.

#### 55.2. 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 Polynésie française, 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 médical paritaire transmet à la CPS, dans le respect du secret médical, le dossier du médecin accompagné d'un rapport motivé. La CPS décide alors de l'éventuelle sanction selon la gravité des manquements appréciée par le comité.

En cas de désaccord entre le comité médical paritaire et la CPS 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 de la CPS.

### 55.3. Relevés individuels d'activité et de prescriptions - RIAP

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 56 : 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 :

- avertissement,
- blâme
- 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.

La CPS 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 syndicat(s) signataire(s).

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 57 : 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 58 : Cas de condamnation par l'ordre ou les tribunaux**

##### 58.1. Action intentée en Polynésie française

Lorsque le conseil national de l'ordre des médecins ou l'organe de l'ordre des médecins de Polynésie française 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 la CPS 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 CPS peut 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.

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

Tout médecin conventionné en Polynésie française 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 Polynésie française.

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

### **Article 59 : 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 la CPS et une organisation syndicale représentative des médecins libéraux. Elle n'entrera en vigueur qu'après approbation par un arrêté du gouvernement de la Polynésie française.

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, préavis pendant lequel doit se négocier une nouvelle convention.

### **Article 60 : Notification de la convention - Délai d'option - Renonciation du praticien**

La convention est applicable à l'ensemble des praticiens régulièrement autorisés à exercer en Polynésie française, sous réserve de leur droit à être conventionnés.

Dans le mois qui suit son approbation par un arrêté du gouvernement de la Polynésie française, la CPS 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 CPS leur décision de ne pas exercer sous le régime de la présente convention. La CPS 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 CPS 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 61 : Retrait d'une partie signataire - Résiliation de la convention**

#### 61.1. 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.

## 61.2. Résiliation de la convention

La présente convention est résiliée de plein droit à compter de la publication au Journal Officiel de la Polynésie française de l'arrêté d'approbation d'une convention entre un ou plusieurs syndicats représentatifs des médecins libéraux et l'organisme de gestion.

Elle peut être résiliée d'accord partie et sans délai en cas de signature d'une nouvelle convention entre la Caisse et un ou plusieurs syndicats représentatifs des médecins libéraux.

Elle peut être résiliée sur l'initiative de l'un des régimes de protection sociale territoriaux ou le signataire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception en précisant les motifs sur lesquels ils estiment devoir fonder leur décision :

- en cas de violation grave ou répétée des engagements conventionnels du fait de l'autre
- partie ;
- en cas de modification législative ou réglementaire mettant en cause les principes fondamentaux qui gouvernent l'exercice de la profession médicale dans ses rapports avec la C.P.S. ;
- en cas de modification législative ou réglementaire mettant en cause les bases sur lesquelles repose l'engagement des signataires.

La résiliation ne prend effet qu'à l'échéance d'un préavis de trois (3) mois à compter de la date de réception de la lettre recommandée