

En tête de l'Affaire N° 278291 _____
CONSEIL D'ETAT
statuant
au contentieux

Nos 278291,278969,279320,279345,279438,
279515,279536,279537

SYNDICAT DES MEDECINS D'AIX ET REGION et autres

M. Luc Derepas
Rapporteur

M. Christophe Devys
Commissaire du gouvernement

Séance du 14 novembre 2005
Lecture du 30 novembre 2005

REPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

Le Conseil d'Etat statuant au contentieux
(Section du contentieux, 1ère et 6ème sous-sections réunies)

Sur le rapport de la 1ère sous-section
de la Section du contentieux

DOCVARIABLE Bloc_02.0__XXXXXX * MERGEFORMAT

Début des visas de l'Affaire N° 278291 _____
Vu 1°), sous le n° 278291, la requête sommaire et le mémoire complémentaire, enregistrés les

7 et 22 mars 2005 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, présentés par le SYNDICAT DES MEDECINS D'AIX ET REGION ; le SYNDICAT DES MEDECINS D'AIX ET REGION demande au Conseil d'Etat :

1°) d'annuler l'arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes ;

2°) de mettre à la charge de l'Etat le versement de la somme de 2 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;

Vu 2°), sous le n° 278969, la requête, enregistrée le 24 mars 2005 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, présentée pour la FEDERATION FRANCAISE DES MEDECINS GENERALISTES - MG FRANCE ; la FEDERATION FRANCAISE DES MEDECINS GENERALISTES - MG FRANCE demande au Conseil d'Etat :

1°) d'annuler l'arrêté du 3 février 2005 du ministre des solidarités, de la santé et de la famille portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, ainsi que de ses annexes ;

2°) de mettre à la charge de l'Etat le versement à la FEDERATION FRANCAISE DES MEDECINS GENERALISTES de la somme de 8 000 euros au titre de l'article L. 761 1 du code de justice administrative ;

Vu 3°), sous le n° 279320, la requête, enregistrée le 5 avril 2005, présentée par le COLLECTIF DES PEDIATRES LIBERAUX; le COLLECTIF DES PEDIATRES LIBERAUX demande au Conseil d'Etat :

1°) d'annuler l'arrêté du 3 février 2005 du ministre des solidarités, de la santé et de la famille portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, ainsi que de ses annexes ;

2°) d'ordonner la publication de la décision d'annulation dans trois journaux aux frais de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, à concurrence de la somme de 20 000 euros ;

3°) de mettre à la charge de l'Etat le versement au COLLECTIF DES PEDIATRES LIBERAUX de la somme de 7 000 euros au titre de l'article L. 761 1 du code de justice administrative ;

Vu 4°), sous le n° 279345, la requête, enregistrée le 6 avril 2005 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, présentée par M. Albert EISENFISZ ;M. EISENFISZ demande au Conseil d'Etat :

1°) d'annuler l'arrêté du 3 février 2005 du ministre des solidarités, de la santé et de la famille portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes ;

2°) d'enjoindre au Gouvernement de modifier cet arrêté par un avenant ajoutant la

stomatologie à la liste des spécialités à accès spécifique ;

3°) de condamner l'Etat à lui verser la somme de 2 000 euros au titre du préjudice financier et moral consécutif au détournement de clientèle en faveur des chirurgiens dentistes ;

4°) de mettre à la charge de l'Etat le versement de la somme de 500 euros au titre de l'article L. 761 1 du code de justice administrative ;

Vu 5°), sous le n° 279438, la requête sommaire et le mémoire complémentaire enregistrés les 8 avril et 24 juin 2005, présentés pour M. Pierre PETITBON, M. Emmanuel CHANTREL, Mme Edith DENYS, M. Olivier HURTIER, Mme Christine GODEAU, Mme Elisabeth LOUVET, Mme Claire RAFFAELLI; M. PETITBON et autres demandent au Conseil d'Etat d'annuler l'arrêté du 3 février 2005 du ministre des solidarités, de la santé et de la famille portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, ainsi que de ses annexes, en tant qu'il approuve le paragraphe 4.3. de cette convention ;

Vu 6°), sous le n° 279515, la requête sommaire et le mémoire complémentaire, enregistrés les 11 avril et 22 juillet 2005, présentés pour l'ASSOCIATION CONFERENCE NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE MEDECINS LIBERAUX, dont le siège est 155 avenue de la Libération à Poitiers (86000) ; l'ASSOCIATION CONFERENCE NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE MEDECINS LIBERAUX demande au Conseil d'Etat :

1°) d'annuler l'arrêté du 3 février 2005 du ministre des solidarités, de la santé et de la famille portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, ainsi que de ses annexes ;

2°) de mettre à la charge de l'Etat la somme de 4 000 euros en application des dispositions de l'article L. 761 1 du code de justice administrative ;

Vu 7°), sous le n° 279536, la requête sommaire et le mémoire complémentaire enregistrés les 11 avril et 22 juillet 2005, présentés pour la FEDERATION DES MEDECINS DE FRANCE et le SYNDICAT NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS DE FRANCE, Mme Sabine DIBM. Xavier GOUYOU BEAUCHAMPS, M. Bertrand RAVARY, M. François HENNAF, M. Laurent TANGUY, Mme Anne Marie KLAPHOLZ, Mlle Yvette MORVAN, Mme Marie FILY, ; la FEDERATION DES MEDECINS DE FRANCE et autres demandent au Conseil d'Etat d'annuler l'arrêté du 3 février 2005 du ministre des solidarités, de la santé et de la famille portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, ainsi que de ses annexes ;

Vu 8°), sous le n° 279537, la requête sommaire et le mémoire complémentaire enregistrés les 11 avril et 9 août 2005, présentés pour l'ASSOCIATION POUR L'OUVERTURE DU SECTEUR II, M. Xavier PAPILLON et M. Jean LEID, ; l'ASSOCIATION POUR

L'OUVERTURE AU SECTEUR II et autres demandent au Conseil d'Etat d'annuler l'arrêté du 3 février 2005 du ministre des solidarités, de la santé et de la famille portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, ainsi que de ses annexes ;

Vu les autres pièces des dossiers ;

Vu la Constitution, notamment son article 62 ;

Vu la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

Vu le traité instituant la Communauté européenne ;

Vu le code civil ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code pénal ;

Vu le code de commerce ;

Vu la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 ;

Vu la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 ;

Vu la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, ensemble la décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004 du Conseil constitutionnel ;

Vu l'arrêté du 27 mars 1972 modifié fixant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens dentistes, des sages femmes et des auxiliaires médicaux ;

Vu l'arrêté du 11 juin 1996 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux ;

Vu l'arrêté du 9 avril 1998 relatif aux conditions de réception et de conservation des feuilles de soins transmises par la voie électronique, aux modalités d'envoi des messages adressés en retour et aux conditions d'exercice du droit d'accès et de rectification aux données contenues dans ces documents électroniques ;

Vu le code de justice administrative ;

Après avoir entendu en séance publique :

- le rapport de M. Luc Derepas, Maître des Requêtes,

- les observations de la SCP Baraduc, Duhamel, avocat de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), de la SCP de Chaisemartin, Courjon, avocat de M. PETITBONet autres, de la SCP Richard, avocat de l'ASSOCIATION CONFERENCE NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE MEDECINS et de Me Le Prado, avocat de la FEDERATION DES MEDECINS DE FRANCE et autres et de l'ASSOCIATION POUR L'OUVERTURE DU SECTEUR II et autres,

- les conclusions de M. Christophe Devys, Commissaire du gouvernement ;

Considérant que les requêtes visées ci-dessus sont dirigées contre le même arrêté du 3 février 2005 par lequel le ministre des solidarités, de la santé et de la famille a approuvé la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes ; qu'il y a lieu de les joindre pour statuer par une seule décision ;

Sur la fin de non recevoir opposée par le ministre :

Considérant que, contrairement à ce que soutient le ministre dans sa défense, la requête du SYNDICAT DES MEDECINS D'AIX ET REGION contient plusieurs moyens qui ont été présentés avant l'expiration du délai de recours contentieux ; que cette requête est, par suite, recevable ;

Sur les conditions de négociation et de conclusion de la convention :

Considérant, en premier lieu, qu'en vertu des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 162

2 du code de la sécurité sociale, aux termes duquel «Lorsqu'une convention mentionnée à l'article L. 162 1 est conclue et approuvée dans les conditions prévues à l'article L. 162 15, la convention précédente est réputée caduque », la convention contestée pouvait être négociée et conclue sans qu'il fût nécessaire de résilier au préalable la convention précédente ;

Considérant, en deuxième lieu, qu'aux termes du premier alinéa de l'article L. 162 5 du même code : « Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes » ; qu'aux termes de l'article L. 162 33 du même code : « Dans un délai déterminé, précédant l'échéance, tacite ou expresse, de la convention, le ou les ministres compétents provoquent une enquête de représentativité afin de déterminer les organisations syndicales nationales les plus représentatives qui participeront à la négociation et à la signature éventuelles des conventions prévues aux articles L. 162 5, L. 162 9, L. 162 2, L. 162 9 et L. 162 1, en fonction des critères suivants : effectifs, indépendance, cotisations, expérience et ancienneté du syndicat » ; que l'article R. 162 54, pris pour l'application de ces dispositions, dispose que l'enquête de représentativité qu'elles prévoient

est provoquée entre le neuvième et le sixième mois précédant l'échéance de la convention ;

Considérant que, lorsque la conclusion de nouvelles conventions intervient avant l'échéance des conventions en cours, notamment comme en l'espèce en raison d'un changement de la législation relative à l'assurance maladie, les ministres compétents peuvent légalement se fonder, pour déterminer les organisations représentatives, sur les résultats obtenus lors de la dernière enquête de représentativité, dès lors que celle-ci a été diligentée dans des conditions régulières et que ne s'est pas produit dans les circonstances de droit ou de fait un changement susceptible de modifier l'appréciation portée sur la représentativité des organisations syndicales en cause ;

Considérant qu'avant l'échéance de la convention approuvée par arrêté du 4 décembre 1998, une enquête de représentativité a été menée au cours de l'année 2002 ; que cette convention, renouvelée par tacite reconduction le 5 décembre 2002, venait à échéance le 4 décembre 2006 ; que l'intervention de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie rendait nécessaire la conclusion, sans attendre cette échéance, d'une nouvelle convention mettant en œuvre les mesures adoptées par le législateur ; qu'il ne ressort pas des pièces du dossier que l'enquête diligentée en 2002 se soit déroulée dans des conditions irrégulières, ni qu'il se soit produit depuis son intervention un changement dans les circonstances de droit ou de fait susceptible de modifier l'appréciation portée sur la représentativité des organisations syndicales en cause ; que l'absence de publication des résultats de cette enquête, à la supposer établie, ne saurait avoir pour effet de priver ces résultats de leur validité ; que, dans ces conditions, la convention litigieuse a pu légalement être négociée et signée par des organisations reconnues représentatives à l'issue de l'enquête diligentée en 2002 ;

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que la Confédération des syndicats médicaux français et le Syndicat des médecins libéraux, tous deux signataires de la convention, sont des organisations représentatives tant des médecins généralistes que des médecins spécialistes ; qu'il est constant que l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France, autre signataire de ce texte, est une organisation représentative des médecins spécialistes ; que, dès lors, la convention critiquée a bien été conclue par au moins une organisation représentative de médecins généralistes et au moins une organisation représentative de médecins spécialistes, conformément aux dispositions de l'article L. 162 5 du code de la sécurité sociale ; que la circonstance que le représentant de l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France aurait signé la convention sans y être régulièrement habilité ne saurait, en tout état de cause, entacher la convention d'irrégularité dès lors que celle-ci, ainsi qu'il vient d'être dit, a été signée par au moins deux autres organisations représentatives des médecins spécialistes ;

Considérant, en troisième lieu, d'une part, que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) qui est, en vertu des dispositions de l'article L. 182 1 du code de la sécurité sociale, un établissement public administratif de l'Etat, n'est pas soumise à la procédure d'inscription au registre des mutuelles définie par les dispositions des articles R. 414 1 et suivants du code de la mutualité ;

Considérant, d'autre part, que l'article L. 182 4 du code de la sécurité sociale, relatif aux organes de direction de l'UNCAM, dispose : « Le directeur général, sur mandat du collège des directeurs : /1° Négocie et signe l'accord cadre, les conventions, leurs avenants et annexes et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé (...) » ; qu'il est constant qu'un mandat a été donné le 24 novembre 2004 au directeur général de

l'UNCAM pour négocier la convention litigieuse ; que ce mandat constituait le mandat prévu par les dispositions législatives précitées pour négocier et signer cette convention ; qu'il n'avait donc pas à être complété par un mandat distinct pour signer celle-ci ; que, par suite, le moyen tiré de ce que le directeur général de l'UNCAM aurait négocié et signé la convention sans y être habilité doit être écarté ;

Sur la procédure d'approbation de la convention :

Considérant, en premier lieu, qu'il ressort des pièces du dossier que la consultation du Conseil national de l'ordre des médecins sur les stipulations de la convention relatives à la déontologie médicale, exigée par l'article L. 162 15 du code de la sécurité sociale, a été effectuée le 28 janvier 2005 ;

Considérant, en second lieu, que l'article L. 162 15 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi du 13 août 2004, dispose que les conventions régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins sont approuvées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; que le moyen tiré de ce que l'arrêté litigieux aurait dû être signé par le ministre chargé du budget doit, par suite, être écarté ;

Sur la compétence des parties conventionnelles :

Considérant, en premier lieu, que l'article L. 161 33 du code de la sécurité sociale dispose que « l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie est subordonnée à la production de documents dont le contenu, le support ainsi que les conditions et délais de transmission à la caisse du bénéficiaire sont fixés par décret en Conseil d'Etat » ; qu'en prévoyant, au premier alinéa du paragraphe 4.1.1.3. de la convention litigieuse, que « lorsqu'il réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, le médecin est tenu de mentionner ces actes sur la feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu », les parties à la convention se sont bornées à rappeler l'obligation d'information des caisses qui pèse sur les médecins lorsqu'ils effectuent des actes remboursés par l'assurance maladie ; que ce faisant, les signataires n'ont pas empiété sur la compétence dévolue au pouvoir réglementaire par les dispositions de l'article L. 161 33 cités ci-dessus ;

Considérant, en deuxième lieu, que selon l'article L. 162 1 du même code, les conventions régissant les rapports entre l'assurance maladie et les professionnels de santé définissent « les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux » ; que le premier alinéa de l'article R. 162-52 de ce code dispose que « les tarifs fixés en application des conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 sont déterminés d'après une liste des actes et prestations établie dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-7 » ; qu'aux termes de l'article L. 162 7 : « La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165 1, est subordonné à leur inscription sur une liste (...) La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162

1. (...) Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur

radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (...) » ; que, par ailleurs, le 8° de l'article L. 162 5 du même code dispose que les conventions médicales définissent notamment « le cas échéant, les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L. 162 2 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent » ;

Considérant qu'il résulte de la combinaison de ces dispositions que la tarification des actes remboursés par l'assurance maladie résulte, pour chaque acte, d'une part du code et du coefficient qui lui sont attribués dans la liste établie en application de l'article L. 162 7 et, d'autre part, du tarif alloué à ce code par voie conventionnelle ; que les partenaires conventionnels ne sauraient, sans excéder leur compétence, définir des actes médicaux non prévus par la liste établie par voie réglementaire en application de l'article L. 162 7, ni adopter des tarifs ne respectant pas la hiérarchisation des actes résultant de cette liste ; qu'il leur est, toutefois, loisible de définir des majorations de rémunération visant à satisfaire l'objectif défini au 8° de l'article L. 1625 cité ci-dessus, dès lors que ces majorations ne sont pas fixées à un niveau tel que la hiérarchie résultant de la liste des actes serait remise en cause ;

Considérant que les stipulations du quatrième au neuvième alinéa du paragraphe 1.2.2. de la convention définissent les conditions auxquelles les médecins correspondants recevant un patient à la demande de leur médecin traitant peuvent attribuer à cette consultation la cotation « C2 », issue de la nomenclature générale des actes professionnels en vigueur à la date de publication de l'arrêté litigieux ; que le dixième alinéa du même paragraphe dispose que la cotation attribuée par l'article 18 de la nomenclature aux consultations faisant intervenir deux médecins n'est applicable qu'aux actes délivrés par les médecins traitants au sens de la convention ; que les douzième, treizième et quinzième alinéa du même paragraphe prévoient l'attribution d'une cotation particulière aux actes des chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, psychiatres, neuropsychiatres et neurologues intervenant à la demande d'un médecin traitant au sens de la convention ; que ces stipulations ont pour effet de définir de nouvelles catégories d'actes médicaux et de leur attribuer des cotations ; qu'en les adoptant, les parties à la convention ont excédé leur compétence ; que ces stipulations illégales sont divisibles du reste de la convention ; que l'arrêté attaqué doit, par suite, être annulé en tant qu'il les approuve ;

Considérant que les stipulations de l'avant dernier alinéa du paragraphe 1.5 prévoient la création, à compter du 1er janvier 2006, d'une majoration tarifaire pour les consultations réalisées par les médecins généralistes auprès des enfants âgés de deux à six ans ; qu'en adoptant ces stipulations, qui ajoutent à la nomenclature générale des actes professionnels sans correspondre à aucun objectif assigné aux partenaires conventionnels par le législateur, les parties à la convention ont excédé leur compétence ; que ces stipulations sont divisibles du reste de la convention ; que l'arrêté attaqué doit, par suite, être annulé en tant qu'il les approuve ;

Considérant que les stipulations du 16ème au 21ème alinéa du paragraphe 1.2.2. définissent des majorations de tarifs, de 2 et 3 euros selon la spécialité, bénéficiant aux médecins qui adhèrent au dispositif du médecin traitant en tant que médecins correspondants ; que ces stipulations ont pour objet de favoriser la mise en oeuvre du dispositif de « coordination des

soins » défini par les dispositions de l'article L. 162 3 du code de la sécurité sociale, lequel vise à renforcer la qualité des soins et pouvait donc donner lieu à la création de majorations sur le fondement des dispositions du 8° de l'article L. 162 5 précité; que le niveau de ces majorations n'a pas pour effet de mettre en cause la hiérarchie des actes résultant de la nomenclature générale des actes professionnels ; qu'en les adoptant, les signataires de la convention n'ont pas excédé leur compétence ;

Considérant, enfin, que le paragraphe 7.1. prévoit la création d'une majoration tarifaire pour les consultations effectuées par les médecins généralistes auprès des enfants de moins de deux ans ; que le paragraphe 7.6 et le premier alinéa du paragraphe 7.7. de la convention prévoient que la « majoration forfaitaire transitoire » applicable aux consultations effectuées au cabinet des médecins spécialistes, définie à l'article 2 bis de la nomenclature générale des actes professionnels, est revalorisée pour les seules consultations de patients de moins de seize ans ; que les deuxième et troisième alinéas du paragraphe 7.7. prévoient une majoration de rémunération applicable aux consultations réalisées par les pédiatres sur les enfants de moins de deux ans, et qui obéit à des conditions différentes de celles définies pour le « forfait pédiatrique » visé à l'article 14.4 de la nomenclature générale des actes professionnels ; que les stipulations du dernier alinéa du paragraphe 1.5 prévoient la revalorisation au 1er janvier 2006 de la majoration créée au paragraphe 7.7. ; qu'il est constant que les actes médicaux visés par ces stipulations ne figuraient pas, à la date de l'arrêté attaqué, dans la liste établie en application des dispositions de l'article L. 162 7 du code de la sécurité sociale ; qu'il résulte toutefois des paragraphes 8.1.2. et 8.1.3. de la convention que l'entrée en vigueur de ces stipulations est subordonnée à la modification préalable de ladite liste en vue d'y inscrire les actes médicaux ainsi identifiés ; que le moyen tiré de ce que les partenaires conventionnels auraient excédé leur compétence en adoptant ces majorations doit, par suite, être écarté ;

Sur le respect des dispositions législatives définissant le champ de la convention :

Considérant, en premier lieu, que les dispositions des articles L. 162 5 et L. 162 1 du code de la sécurité sociale, qui définissent le champ des conventions régissant les rapports entre les médecins et l'assurance maladie, n'imposent pas aux parties conventionnelles de traiter toutes les questions relevant de leur compétence dans un même acte, à la condition que le choix ainsi opéré ne méconnaisse pas la volonté du législateur ; qu'en l'espèce, les signataires ont pu, sans commettre une telle illégalité, s'abstenir de traiter dans la convention attaquée les questions mentionnées aux 2°, 3°bis, 4°, 5°, 6°, b) du 12°, 13° et 16° de l'article L. 162 5, à l'article L. 162

15 et l'article L. 162 16 du code de la sécurité sociale ; que si l'article L. 111 1 du code de la sécurité sociale dispose que : « (...) en partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat », ces dispositions de portée générale ne définissent pas une question qu'il incombe aux partenaires conventionnels de traiter ;

Considérant, en second lieu, que l'article L. 162 5 du code de la sécurité sociale dispose que les conventions régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins déterminent notamment : « (...) 10° Les conditions dans lesquelles est assuré le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution ; (...) / 15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de

bon usage des soins fixés par la convention ;/ 18° (...) les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin » ; que les partenaires à la convention sont tenus, lorsqu'ils se saisissent d'un de ces thèmes, de le traiter selon des modalités conformes à la volonté du législateur ;

Considérant qu'en prévoyant, au paragraphe 5.3.1. de la convention, que la commission paritaire nationale assure le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution, et en définissant, aux paragraphes 5.4 et suivants de la convention, les règles et procédures applicables en cas de non-respect de la convention par les médecins, les parties ont exercé la compétence relative à la détermination des conditions de suivi des dépassements d'honoraires visée au 10° de l'article L. 162 5 précité dans des conditions conformes à la volonté du législateur ; qu'elles n'ont pas non plus méconnu cette volonté en définissant, au paragraphe 3.3. de la convention, les mesures et procédures applicables aux médecins ne respectant pas les objectifs conventionnels de bonne pratique et de bon usage des soins prévus par la convention ;

Considérant qu'en vue d'assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès aux médecins, les parties à la convention ont, au paragraphe 1.2.1, notamment défini ainsi la mission du médecin correspondant : « Recevoir les patients adressés (par un médecin traitant) dans des délais compatibles avec leur état de santé, sans discrimination dans la prise de rendez

vous ; (le médecin correspondant) s'engage à tenir compte des informations médicales relatives aux délais transmises par le médecin traitant./ Le conciliateur de la caisse d'affiliation du médecin peut être saisi par le patient qui estime que les délais d'obtention de rendez

vous ne correspondent pas aux critères déterminés par l'alinéa précédent » ; qu'il résulte du paragraphe 5.4.1.2., qui définit les sanctions encourues par les médecins en cas de non respect de la convention, que les médecins correspondants qui ne respectent pas l'engagement de non-discrimination dans la prise de rendez-vous ainsi défini peuvent encourir la suspension temporaire de la prise en charge de leurs cotisations sociales par l'assurance maladie et de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel ; qu'il suit de là que, s'agissant des médecins correspondants, les parties à la convention ont créé une obligation d'absence de discrimination dans la prise de rendez-vous et prévu les mesures applicables en cas de non-respect de cette obligation ; que les partenaires conventionnels ont ainsi mis en œuvre les dispositions du 18° de l'article L. 162 5 précité selon des modalités conformes à la volonté du législateur ;

Sur les modalités d'accès au secteur à honoraires différents :

Considérant que l'article L. 162 1 du code de la sécurité sociale dispose que les conventions régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins définissent notamment : « les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention » ;

Considérant que les parties à la convention ont, en application de ces dispositions, défini les tarifs opposables aux médecins conventionnés et prévu, au d) du paragraphe 4.3. de la convention, que ne seraient pas liés par ces tarifs, d'une part, les médecins qui étaient autorisés à appliquer des honoraires différents à la date d'entrée en vigueur de la convention et, d'autre part, ceux qui, s'installant en exercice libéral après cette date, sont titulaires d'un des titres relatifs à une activité hospitalière énumérés par la convention ;

Considérant, en premier lieu, d'une part, qu'il résulte des dispositions combinées des articles L. 162 1, L. 162 5 et L. 332 3 du code de la sécurité sociale que les conventions régissant les rapports entre les médecins et l'assurance maladie ne sont pas applicables aux activités de soins réalisées hors de France ; que par suite, les requérants ne sauraient utilement soutenir que la convention litigieuse méconnaîtrait les stipulations de l'article 49 du traité instituant la Communauté européenne relatives à la liberté de prestation de services ;

Considérant, d'autre part, qu'il résulte des termes de la convention litigieuse que les médecins ressortissants de l'Union européenne ne possédant pas les titres relatifs à l'activité hospitalière énumérés au d) du paragraphe 4.3. sont tenus, s'ils s'installent en France, de respecter les tarifs opposables définis par la convention, sauf à accepter de ne pas être conventionnés ; que cette obligation, qui s'impose à tous les médecins placés dans la même situation quelle que soit leur nationalité, est justifiée par l'objectif de maintien d'une médecine libérale accessible à tous et assurant un juste équilibre entre la qualité des soins et leur coût, dans un but de protection de la santé ; qu'eu égard à cette justification, les stipulations litigieuses ne peuvent, en tout état de cause, être regardées comme méconnaissant les stipulations de l'article 43 du traité instituant la Communauté européenne relatives à la liberté d'établissement ;

Considérant, en deuxième lieu, que la définition de tarifs opposables aux médecins conventionnés est expressément prévue par les dispositions précitées de l'article L. 162 1 du code de la sécurité sociale ; que, par suite, les requérants ne peuvent utilement soutenir que les stipulations définissant ces tarifs seraient contraires à la liberté d'entreprendre, à la liberté contractuelle, à la liberté d'exercice de la médecine, à l'indépendance morale et professionnelle des médecins et au principe du libre choix du médecin par le malade ; qu'ils ne peuvent davantage utilement soutenir que la création d'un secteur à tarifs opposables et d'un secteur à honoraires différents, qui résulte également des dispositions précitées, serait contraire aux règles de concurrence, dès lors que l'article L. 420 4 du code de commerce prévoit que ces règles ne sont pas applicables aux pratiques « qui résultent de l'application d'un texte législatif ou d'un texte réglementaire pris pour son application » ;

Considérant, en troisième lieu, que la coexistence d'un secteur à honoraires opposables et d'un secteur à honoraires différents trouve un fondement légal dans les dispositions de l'article L. 162

1 du code de la sécurité sociale, telles qu'elles résultent de la loi du 6 mars 2002 ; que, dans ces conditions, le moyen tiré de ce que cette situation n'entrerait pas dans les prévisions du 8° de l'article L. 162 5 du même code, qui permet à la convention de prévoir des majorations de tarifs « en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité » ne peut qu'être écarté ;

Considérant, en quatrième lieu, que si les dispositions des articles L. 4133 1 et suivants du code de la santé publique font obligation aux médecins de suivre une formation médicale continue et de faire évaluer leur pratique professionnelle, ces dispositions n'ont ni pour objet ni pour effet d'imposer à la convention de tenir compte de ces obligations pour définir les conditions d'accès au secteur à honoraires différents ;

Considérant, en cinquième lieu, que ni les dispositions citées ci-dessus de l'article L. 162 1, ni celles du 8° de l'article L. 162 5 du code de la sécurité sociale n'obligeaient les parties conventionnelles à définir des modalités permettant aux médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables d'accéder au secteur à honoraires différents ;

Considérant, en sixième lieu, que le principe d'égalité ne s'oppose pas à ce que l'autorité investie du pouvoir réglementaire règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'elle déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que la différence de traitement qui en résulte soit, dans l'un comme dans l'autre cas, en rapport avec l'objet de la norme qui l'établit, et ne soit pas manifestement disproportionnée au regard des différences de situation susceptibles de la justifier ;

Considérant que les parties à la convention ont décidé de ne pas soumettre aux tarifs opposables les médecins titulaires de certains titres relatifs à une activité hospitalière qui s'installeraient en exercice libéral, pour la première fois, après l'entrée en vigueur de la convention ; que la différence de traitement qui en résulte au regard des autres médecins s'installant après l'entrée en vigueur de la convention trouve son origine dans l'objectif d'intérêt général qui consiste à favoriser l'activité des médecins dans les établissements hospitaliers et les établissements privés participant au service public hospitalier ; que cette différence de traitement n'est pas manifestement disproportionnée à cet objectif ; que ces stipulations ne méconnaissent donc pas le principe d'égalité ;

Considérant, enfin, qu'eu égard à l'objectif d'intérêt général qui consiste à garantir à tous les assurés l'accès à des soins de qualité dans le cadre d'honoraires opposables, les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et ceux exerçant en secteur à honoraires différents ne sont pas placés dans la même situation au regard du droit à changer de secteur ; que la convention a ainsi pu, sans porter atteinte au principe d'égalité, prévoir des modalités de changement de secteur différentes pour ces deux catégories ;

Sur le dispositif du médecin traitant :

Considérant qu'aux termes de l'article L. 162 3 du code de la sécurité sociale : « Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. (...) / Dans le cas où l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également ces avantages.

La participation prévue au I de l'article L. 322 2 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsqu'est mis en œuvre un protocole de soins./ Les dispositions prévues à l'alinéa précédent ne sont pas applicables lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus » ;

Considérant, en premier lieu, que les obligations imposées respectivement aux médecins traitants et à leurs patients pour l'application de ces dispositions résultent de la mise en œuvre d'un régime de sécurité sociale et n'ont pas la nature d'obligations contractuelles régies par les articles 1101 et suivants du code civil ; que le moyen tiré de ce que le dispositif du médecin traitant défini par la convention méconnaîtrait les dispositions des articles 1131 et 1134 du code civil est, par suite, inopérant ;

Considérant, en deuxième lieu, que contrairement à ce qu'allègue la FEDERATION FRANÇAISE DES MEDECINS GENERALISTES – MG FRANCE, la définition des missions du médecin traitant donnée au paragraphe 1.1.1. de la convention ne fait pas obstacle à ce que cette fonction soit remplie par un médecin spécialiste ; que cette définition ne méconnaît donc pas les dispositions de l'article L. 162 3 citées ci-dessus aux termes desquelles « le médecin traitant peut être un généraliste ou un spécialiste » ;

Considérant, en troisième lieu, que les dispositions précitées de l'article L. 162 3 du code de la sécurité sociale n'ont ni pour objet ni pour effet de limiter le libre choix du médecin, dont le principe est énoncé à l'article L. 162 2 du même code ; que, par suite, les partenaires conventionnels ont pu légalement prévoir, au paragraphe 1.1.2. de la convention, que « l'assuré peut changer à tout moment de médecin traitant » ;

Considérant, en quatrième lieu, que le paragraphe 1.2.3.3. de la convention prévoit que l'assurance maladie prend en charge une partie des cotisations sociales des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents qui adhèrent au dispositif du médecin traitant, et précise que « cette prise en charge s'applique sur la part des cotisations sociales facturées en tarifs opposables » ; que les médecins conventionnés titulaires d'un droit permanent à dépassement bénéficient quant à eux d'une prise en charge de cotisations sociales assise, en vertu du paragraphe 4.4. de la convention, « sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires » ; que les taux de prise en charge, définis au paragraphe 8.3. de la convention, sont identiques pour les deux catégories de médecins ; qu'ainsi, les médecins à honoraires libres adhérents au dispositif du médecin traitant et les médecins titulaires d'un droit à dépassement bénéficient de cet avantage dans les mêmes conditions ; que le moyen tiré d'une rupture d'égalité entre ces deux catégories de médecins doit, par suite, être écarté ;

Considérant, en cinquième lieu, que le 12° de l'article L. 162 5 du code de la sécurité sociale dispose que les conventions régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins déterminent « le cas échéant (...) les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autre que le paiement à l'acte, y afférents » ; qu'il résulte de ces dispositions, éclairées par les travaux parlementaires ayant précédé l'adoption de la loi du 23 décembre 1998 dont elles sont issues, qu'elles ont eu notamment pour objet de permettre la création du dispositif du « médecin référent » prévu par la précédente convention approuvée par arrêté du 4 décembre 1998 ; qu'il résulte des termes mêmes du 12° de l'article L. 162 5 que les partenaires conventionnels n'étaient pas tenus de créer ni de maintenir ce dispositif ; qu'en prévoyant, par les dispositions précitées de l'article L. 162 3 du code de la sécurité sociale, que le médecin référent qui n'est pas choisi comme médecin traitant perd les avantages liés à cette option, le législateur a entendu permettre aux partenaires conventionnels de substituer progressivement le dispositif du médecin traitant à celui du médecin référent ; qu'il suit de là qu'en indiquant, au paragraphe 1.1.5. de la convention, que le dispositif du médecin référent avait vocation à disparaître au profit de celui du médecin traitant au plus tard en 2006 et qu'aucune nouvelle adhésion à ce dispositif ne pourrait plus être effectuée à compter de l'entrée en vigueur de la convention, les partenaires conventionnels n'ont méconnu aucune des dispositions législatives rappelées ci-dessus ;

Sur les majorations de rémunération prévues pour les médecins traitants et les médecins correspondants :

Considérant que le 17° de l'article L. 162 5 du code de la sécurité sociale dispose que les

conventions médicales déterminent « Les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162 3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins » ; qu'il résulte de ces dispositions et de celles, citées plus haut, du 8° du même article que, si les partenaires conventionnels ne peuvent, ainsi qu'il a été dit ci-dessus, adopter des tarifs qui ne sont pas fondés sur la nomenclature des actes médicaux, ils peuvent en revanche adjoindre aux tarifs ainsi définis des majorations forfaitaires de rémunération visant à favoriser la coordination des soins ;

Considérant, en premier lieu, que les dispositions législatives précitées justifient que les signataires de la convention réservent un traitement différent aux médecins selon qu'ils adhèrent ou non à l'organisation de la coordination des soins prévue par la loi et mise en œuvre par la convention ; que, par suite, les auteurs de la convention contestée pouvaient légalement instituer une « majoration de coordination » dont le bénéfice était réservé aux médecins adhérents au dispositif du médecin traitant en tant que médecins correspondants ; qu'il résulte des stipulations combinées des paragraphes 1.2.2. et 1.2.3. de la convention que, contrairement à ce qui est allégué, ces majorations ne sont pas réservées aux seuls médecins généralistes titulaires d'un droit permanent à dépassement ;

Considérant, en deuxième lieu, que les partenaires conventionnels ont, par les stipulations du 16ème alinéa du paragraphe 1.2.2. de la convention, fixé le montant de la « majoration de coordination » à 3 euros pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues, et à 2 euros pour les autres médecins ; que ces majorations ayant pour objet, ainsi qu'il a été dit ci-dessus, de favoriser la coordination des soins, les requérants ne sont, en tout état de cause, pas fondés à soutenir qu'elles seraient contraires au « bon usage des ressources de la Nation » énoncé à l'article L. 111 1 du code de la sécurité sociale, ni aux exigences de qualité des soins et de maîtrise des dépenses de santé ; qu'eu égard au montant de ces majorations, les requérants ne sont pas fondés à soutenir que leur institution porterait atteinte aux dispositions de l'article L. 162

1 du code de la sécurité sociale aux termes desquelles les honoraires médicaux doivent respecter « la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins » ;

Considérant, en troisième lieu, que si les parties à la convention ont adopté une majoration supérieure en faveur des psychiatres, neuropsychiatres et neurologues, cette différence trouve son origine dans les conditions d'exercice de ces médecins qui diffèrent de celles des autres spécialistes ; que si les parties ont prévu une entrée en vigueur anticipée de la majoration pour les médecins relevant de huit spécialités, il ressort des pièces du dossier que cette différence de traitement vise à tenir compte de l'évolution défavorable des effectifs, des revenus et du nombre de consultations des médecins relevant de ces spécialités ; que les différences de situation ainsi prises en compte sont en rapport avec l'objet de la majoration, qui est d'inciter les médecins spécialistes à adhérer au dispositif du médecin traitant, en tenant compte de leurs conditions d'exercice, sans grever les dépenses de santé d'une charge excessive ; qu'il ne ressort pas des pièces du dossier que les différences de traitement ainsi instituées soient manifestement disproportionnées aux différences de situation qui les fondent ; que, par suite, le moyen tiré de la méconnaissance du principe d'égalité doit être écarté ;

Considérant, en quatrième lieu, que l'article L. 162 13 du code de la sécurité sociale dispose que « les tarifs des médecins mentionnés à l'article L. 162 5 ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d'exigence particulière du patient et sauf dans

le cas prévu au 18° de l'article L. 162 5 ; que les majorations de coordination prévues au paragraphe 1.1.2. de la convention étant un élément du tarif opposable, les médecins agissant en tant que médecins correspondants peuvent, lorsqu'ils soignent des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, ajouter ces majorations aux tarifs conventionnés sans méconnaître pour autant ces dispositions ; qu'ainsi en prévoyant, au 17ème alinéa du paragraphe 1.2.2., que « les médecins du secteur à honoraires différents pourront coter la majoration de coordination dans le cadre de soins délivrés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire », les signataires de la convention se sont bornés à rappeler que les dispositions de l'article L. 162 13 précitées ne faisaient pas obstacle à l'application des majorations de coordination aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire ;

Considérant, en cinquième lieu, que le paragraphe 1.1.4. de la convention prévoit que lorsqu'un médecin conventionné est choisi comme médecin traitant par un patient atteint d'une affection de longue durée, il bénéficie à ce titre d'une rémunération annuelle de 40 euros ; que les parties signataires pouvaient légalement prévoir que cette nouvelle rémunération se substituerait à celle versée auparavant par l'assurance maladie au titre de la rédaction du « protocole inter régime d'examen spécial », document exigé par l'assurance maladie pour les cas d'affection de longue durée ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur ; que toutefois, en prévoyant que la rémunération versée au titre de la rédaction de ce protocole était supprimée « dès le 1er janvier 2005 », alors que la convention n'a pu entrer en vigueur qu'à la suite de la publication de l'arrêté attaqué du 3 février 2005, les parties signataires ont entaché ces stipulations de rétroactivité illégale ; que cet arrêté doit, dès lors, être annulé en tant qu'il approuve cette stipulation rétroactive ;

Sur les dépassements de tarifs autorisés par la convention :

Considérant, en premier lieu, que le paragraphe 1.2.3.2. de la convention prévoit que les praticiens à honoraires libres ou titulaires d'un droit permanent à dépassement peuvent pratiquer sur les actes techniques, à l'égard des patients qui les consultent dans le cadre de la coordination des soins, un dépassement tarifaire plafonné à 15 p. cent des tarifs opposables, sans que les honoraires incluant ce dépassement puissent dépasser 70 p. 100 du total des honoraires d'actes techniques qu'ils perçoivent en tant que médecins correspondants ; que, si ces stipulations précisent qu'elles ne sont pas applicables aux patients âgés de moins de seize ans, cette restriction résulte directement des dispositions de l'article L. 162 3 du code de la sécurité sociale précitées qui excluent les patients âgés de moins de seize ans du dispositif de coordination des soins ; que, cette exception résultant directement de la loi, elle ne saurait être regardée comme contraire au principe d'égalité ;

Considérant, en deuxième lieu, qu'aux termes du 18° de l'article L. 162 5 du code de la sécurité sociale, il revient aux conventions régissant les rapports entre les médecins et l'assurance maladie de définir « les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162

1, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins » ; que le paragraphe 1.4.4. de la convention, pris pour l'application de ces dispositions, permet aux médecins spécialistes soumis aux tarifs opposables consultés sans prescription préalable d'un médecin traitant de pratiquer des dépassements d'honoraires plafonnés à 17,5 p. cent des tarifs opposables ; que le paragraphe 4.1.3.1. stipule que ces

dépassements peuvent être également appliqués aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé ; que toutefois, le même paragraphe indique que les honoraires avec dépassement ne peuvent être appliqués en cas d'urgence ou d'éloignement occasionnel du lieu de résidence, et qu'ils ne peuvent représenter plus de 30 p. cent du total des honoraires perçus ;

Considérant que, lors de la fixation du tarif des consultations, les médecins autorisés à pratiquer un dépassement en vertu des paragraphes 1.2.3.2. ou 1.4.4. de la convention sont tenus de respecter à la fois les limites imposées par ces stipulations et les dispositions de l'article R. 4127

53 du code de la santé publique, aux termes desquelles les honoraires « doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières » ; que, par suite, les requérants ne sont pas fondés à soutenir que ces stipulations auraient pour effet d'instituer un mécanisme de tarification indépendant des circonstances de dispensation des soins et de créer nécessairement entre les patients une différence illégale de traitement fondée sur la situation du médecin au regard de l'épuisement de ses possibilités de dépassement ;

Considérant, en troisième lieu, que le 18° de l'article L. 162 5 du code de la sécurité sociale cité ci-dessus réserve le bénéfice des dépassements d'honoraires qu'il prévoit aux médecins spécialistes ; que les requérants ne peuvent, par suite, utilement soutenir que l'exclusion des médecins généralistes du bénéfice de ces dépassements porterait atteinte au principe d'égalité ; que la faculté d'appliquer ces dépassements étant ainsi prévue par la loi, les requérants ne peuvent davantage soutenir utilement qu'elle porterait atteinte au principe du libre choix du médecin par le patient ;

Considérant, en quatrième lieu, qu'appelé à se prononcer sur la conformité à la Constitution des dispositions du 18° ajouté à l'article L. 162 5 du code de la sécurité sociale par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le Conseil constitutionnel a jugé, par sa décision n° 2004

504 DC du 12 août 2004, que ces dispositions ne méconnaissaient pas les dispositions du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 garantissant à tous la protection de la santé, sous réserve que l'éventuel dépassement d'honoraires qu'elles prévoient soit conforme aux dispositions de l'article L. 162 1 du même code qui imposent aux médecins de respecter, dans leurs actes et prescriptions, « la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins » ; qu'en limitant ces dépassements à 17,5 p. cent des tarifs opposables et en prévoyant que les honoraires avec dépassement, qui ne peuvent en vertu des dispositions du 18° de l'article L. 162 5 du code de la sécurité sociale être pratiqués dans le cadre d'un protocole de soins, ne pourraient représenter plus de 30 p. 100 du total des honoraires perçus, alors au surplus qu'un tel dépassement résulte du choix du patient de se situer hors du dispositif du médecin traitant, les signataires de la convention ont apporté aux possibilités de dépassement tarifaire des limites qui assurent le respect des dispositions de l'article L. 162 1 précité ;

Considérant, en cinquième lieu, que le a) du paragraphe 4.3. de la convention prévoit que « le médecin peut s'affranchir des tarifs opposables en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical » ; que le b) du même paragraphe prévoit que le dépassement ainsi prévu ne peut être cumulé avec le dépassement de tarif créé en application du 18° de l'article L. 165 2 du code de la sécurité sociale pour le cas où le patient consulte sans prescription préalable du médecin

traitant ; que les partenaires conventionnels pouvaient légalement interdire le cumul de ces deux dépassements de tarifs, afin d'assurer que les honoraires médicaux soient fixés selon la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins, conformément aux dispositions précitées de l'article L. 162 1 du même code ;

Considérant, en sixième lieu, d'une part, que les dispositions précitées de l'article L. 162 3 de ce code ne faisaient pas obligation aux partenaires conventionnels d'autoriser toutes les catégories de médecins spécialistes soumis aux tarifs conventionnels à pratiquer des dépassements de tarif en cas de consultation sans prescription préalable du médecin traitant ; qu'en particulier, la convention pouvait légalement exclure du droit à dépassement les médecins spécialistes pour lesquels l'exigence d'une prescription préalable du médecin traitant n'apparaissait pas pertinente du point de vue de la coordination des soins ; qu'en prévoyant, aux paragraphes 1.3. à 1.3.2. de la convention, que les médecins gynécologues et ophtalmologues, pour certaines catégories d'actes courants, et les médecins psychiatres, neuropsychiatres et neurologues, pour l'ensemble de leurs actes, ne pourront pratiquer de dépassement de tarif en cas de consultation directe, les signataires de la convention n'ont pas commis d'erreur manifeste d'appréciation ; qu'ils ont pu, sans méconnaître l'étendue de leur compétence, décider que seraient exonérés du dépassement de tarif les seuls actes de gynécologie et d'ophtalmologie conformes aux « référentiels scientifiques élaborés par la Haute Autorité de santé » ;

Considérant, d'autre part, qu'aucune disposition législative ne faisait obligation aux parties à la convention d'exclure la stomatologie de la coordination des soins ; qu'il ressort des pièces du dossier que, si un certain nombre d'actes sont pratiqués indifféremment par les médecins stomatologues et par les chirurgiens dentistes, seuls les médecins stomatologues peuvent pratiquer, pour des soins qui ne sont pas de première intention, des actes relevant du champ médical et du champ chirurgical maxillo facial, tels que les actes d'implantologie, de reconstruction de l'os ou ceux liés à la présence de kystes ; qu'il suit de là qu'en décidant que les consultations de stomatologie devaient être incluses dans le dispositif de coordination de soins et qu'elles pourraient, à ce titre, donner lieu en l'absence de consultation préalable du médecin traitant au dépassement tarifaire prévu par les dispositions précitées du 18° de l'article L. 162

5, les parties à la convention n'ont pas entaché les stipulations litigieuses d'une erreur manifeste d'appréciation ;

Considérant que, si le patient qui consulte un médecin stomatologue en première intention peut, sauf s'il se trouve dans un cas d'exemption, être soumis au dépassement tarifaire prévu par la convention, à la différence de celui qui consulte un chirurgien-dentiste pour les mêmes soins, cette différence de traitement ne saurait être regardée comme méconnaissant le principe d'égalité dès lors qu'elle résulte des dispositions des articles L. 162 5 et L. 162 9 du code de la sécurité sociale, qui ont pour effet de soumettre les médecins et les chirurgiens dentistes à des régimes conventionnels différents ; que, contrairement à ce que soutient M.EISENFISZ, les stipulations litigieuses n'ont, en tout état de cause, ni pour objet, ni pour effet de conférer aux chirurgiens dentistes des droits exclusifs de nature à les placer en situation d'abus de position dominante ;

Considérant, enfin, que la circonstance que l'arrêté du 11 juin 1996 relatif à l'information sur les honoraires des médecins libéraux n'avait, à la date de l'arrêté attaqué, pas été modifié pour prévoir l'information des patients sur les dépassements définis en application du 18° de l'article L. 162 5 du code de la sécurité sociale ne saurait entacher d'illégalité l'arrêté litigieux

en tant qu'il agrée ces dépassements ; qu'aucune des stipulations de la convention ne met les médecins dans l'impossibilité de respecter l'obligation, prévue par les dispositions de l'article L. 1111

3 du code de la santé publique, d'informer les patients du coût des actes et des conditions de leur remboursement par l'assurance maladie ;

Sur les stipulations conventionnelles relatives aux sanctions :

Considérant, en premier lieu, que les dispositions combinées des articles L. 162 5 et L. 162 1 du code de la sécurité sociale, qui permettent aux parties à la convention de définir les sanctions applicables aux médecins en cas de non respect des obligations conventionnelles, impliquent nécessairement que la convention désigne les autorités chargées de prononcer ces sanctions ; qu'aucune disposition n'impose que les sanctions soient prononcées par une autorité assurant la représentation paritaire des signataires de la convention ; que, par suite, la convention litigieuse a pu légalement conférer cette prérogative aux directeurs des caisses locales d'assurance maladie ;

Considérant, en deuxième lieu, que les sanctions prises par les caisses locales d'assurance maladie en cas de manquement aux règles conventionnelles n'ont pas un caractère juridictionnel ; que, par suite, les requérants ne peuvent utilement se prévaloir, à l'encontre des dispositions de l'arrêté attaqué, des stipulations du premier paragraphe de l'article 6 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

Considérant, en troisième lieu, que si le principe général des droits de la défense fait obstacle à ce qu'une sanction conventionnelle puisse être prise à l'égard d'un médecin par le directeur d'une caisse d'assurance maladie sans que l'intéressé ait été mis à même de présenter ses observations, ce principe n'implique pas nécessairement que le médecin concerné les présente devant la commission paritaire locale dont l'intervention pour avis est prévue au paragraphe 5.4.1.1. de la convention ; que, par suite, les signataires de la convention n'ont pas méconnu les droits de la défense en prévoyant au même paragraphe que le médecin disposait d'un délai d'un mois à compter de la communication des constatations de la caisse pour présenter ses observations au directeur ou être entendu par lui, sans prévoir en outre que ces observations seraient transmises à la commission paritaire locale ni ouvrir à l'intéressé le droit d'être entendu par celle ci ;

Considérant, en quatrième lieu, que le paragraphe 5.4.3. de la convention stipule qu'en cas de sanction pour cause de non-respect des stipulations de la convention, « le praticien dispose des voies de recours de droit commun » ; que le paragraphe 5.4.4. prévoit qu'en cas de sanction, le praticien peut former un recours à caractère suspensif auprès d'une « commission d'appel » chargée de donner un avis à l'autorité ayant prononcé la sanction, laquelle peut, le cas échéant, modifier sa décision au vu de cet avis ; que le même paragraphe prévoit que la saisine de la commission d'appel « ne modifie en rien les modalités de saisine et les délais des voies de recours habituelles » ; qu'il résulte des termes mêmes de ces stipulations que le moyen tiré de ce que la convention aurait pour effet de priver les médecins faisant l'objet de sanctions des voies de recours de droit commun ne peut qu'être écarté ;

Considérant, en cinquième lieu, que le dernier alinéa du paragraphe 5.4.1. de la convention, selon lequel « Une circulaire précisera les modalités d'articulation entre les dispositifs de sanctions, notamment ceux prévus respectivement par la loi et par la convention », se borne à

annoncer qu'une circulaire fournira des indications sur la procédure administrative applicable au sein de chaque caisse lorsque les mêmes faits répréhensibles sont susceptibles d'entraîner des sanctions relevant de plusieurs régimes différents ; que ces stipulations n'ont ni pour objet ni pour effet de permettre à cette circulaire d'édicter des dispositions relevant de la convention ;

Considérant, enfin, qu'il appartient aux caisses, en cas de manquement aux obligations conventionnelles, d'apprécier si, compte tenu des circonstances de chaque espèce, il y a lieu pour elles de faire usage de leur pouvoir de sanction en vue d'assurer le respect de la convention ; que par suite, les parties signataires pouvaient légalement, au paragraphe 5.4.2. de la convention, décider qu'il appartiendrait aux caisses d'apprécier si peuvent donner lieu à une des sanctions prévues par ce document les faits sanctionnés par une instance ordinaire ou judiciaire qui constitueraient en outre une infraction au regard des règles conventionnelles ;

Sur les autres stipulations dont les requérants contestent la légalité :

Considérant que, tant les stipulations du premier alinéa du paragraphe 1.2.4. de la convention, qui indiquent que « l'UNCAM prend acte du souhait des syndicats médicaux d'impliquer les représentants des gestionnaires des établissements de santé privés dans lesquels exercent les médecins libéraux », que celles de l'antépénultième alinéa du paragraphe 1.5., énonçant que les parties prévoient de revaloriser à la date du 1er janvier 2006, « sous réserve des résultats des engagements de maîtrise médicalisée décrits au chapitre 3 de la convention, certains actes de médecine générale », sont, ainsi que le soutiennent l'UNCAM et le ministre, dénuées de caractère normatif et ne font donc pas grief ; que les conclusions dirigées contre l'arrêté attaqué en tant qu'il approuve ces stipulations sont, par suite, irrecevables ;

Considérant que le paragraphe 4.1.1.1. de la convention ne définit pas le contenu des ordonnances de soins mais se borne à rappeler que les médecins doivent y porter « les mentions prévues par la réglementation en vigueur » ; que, dès lors, les requérants ne sont pas fondés à soutenir que ce paragraphe définirait le contenu des ordonnances de façon incomplète ;

Considérant que les parties à la convention ont pu légalement exclure les pédiatres, qui n'interviennent pas lors des accouchements, du dispositif de rémunération des permanences obstétriques prévu au paragraphe 2.3.2. de la convention ;

Considérant, enfin, que l'article 1er de l'arrêté du 9 avril 1998 relatif aux conditions de réception et de conservation des feuilles de soins électroniques dispose que ces documents sont transmis « dans des conditions qui interdisent la lecture des données confidentielles par des tiers lors de leur acheminement » ; que ces dispositions étant applicables de plein droit aux transmissions de feuilles de soins électroniques réalisées par l'entremise des « organismes professionnels concentrateurs techniques » (OCT), dont le rôle est défini par le paragraphe 8.11.3. de la convention, les parties n'étaient pas tenues d'inclure des stipulations identiques dans la convention ; qu'en stipulant, au 8ème alinéa du même paragraphe, que « l'OCT s'engage à respecter le secret professionnel tel que défini aux articles 226 13 et 226 14 du code pénal », les parties à la convention n'ont pas défini une obligation nouvelle qui relèverait du domaine législatif mais se sont bornées à rappeler l'obligation de confidentialité qui pèse sur ces organismes en vertu de la loi ;

Sur les conclusions de M. EISENFISZ tendant au prononcé de mesures d'injonction et à

l'octroi d'indemnités :

Considérant que la présente décision, qui rejette les conclusions en annulation présentées par M. EISENFISZ n'appelle aucune mesure d'exécution ; que, par suite, les conclusions présentées par le requérant à fin d'injonction ne peuvent qu'être rejetées ; qu'il en va, en tout état de cause, de même de ses conclusions à fin d'indemnité ;

Sur les conclusions tendant à l'application des dispositions de l'article L. 761 1 du code de justice administrative :

Considérant que ces dispositions font obstacle à ce que soit mise à la charge, d'une part, de l'Etat les sommes que le COLLECTIF DES PEDIATRES LIBERAUX, M. EISENFISZ et l'ASSOCIATION CONFERENCE NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE MEDECINS LIBERAUX demandent au titre des frais exposés par eux et non compris dans les dépens et, d'autre part, de l'UNCAM la somme que la FEDERATION FRANCAISE DES MEDECINS GENERALISTES - MG FRANCE et le COLLECTIF DES PEDIATRES LIBERAUX demandent sur le même fondement, enfin, du SYNDICAT DES MEDECINS D'AIX ET REGION la somme que l'UNCAM demande à ce titre ; qu'il n'y a pas lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge de l'Etat les sommes que le SYNDICAT DES MEDECINS D'AIX ET REGION demande au même titre ; qu'il n'y a pas davantage lieu de mettre à la charge de la FEDERATION FRANCAISE DES MEDECINS GENERALISTES - MG FRANCE, du COLLECTIF DES PEDIATRES LIBERAUX, de M. EISENFISZ de M. PETITBON et autres, de l'ASSOCIATION CONFERENCE NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE MEDECINS LIBERAUX, de la FEDERATION DES MEDECINS DE FRANCE et autres et de L'ASSOCIATION POUR L'OUVERTURE DU SECTEUR II et autres les sommes que réclame l'UNCAM sur ce fondement ;

D E C I D E :

Article 1er : L'arrêté du 3 février 2005 du ministre des solidarités, de la santé et de la famille et du secrétaire d'Etat à l'assurance maladie est annulé, en tant qu'il approuve les mots « dès le 1er janvier 2005 » figurant au dernier alinéa du paragraphe 1.1.4., les stipulations des quatrième à dixième, douzième, treizième et quinzième alinéas du paragraphe 1.2.2 et l'avant dernier alinéa du paragraphe 1.5 de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

Article 2 : Le surplus des conclusions des requêtes est rejeté.

Article 3 : Les conclusions présentées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie au titre de l'article L. 761 1 du code de justice administrative sont rejetées.

Article 4 : La présente décision sera notifiée au SYNDICAT DES MEDECINS D'AIX ET REGION, à la FEDERATION FRANCAISE DES MEDECINS GENERALISTES - MG FRANCE, au COLLECTIF DES PEDIATRES LIBERAUX, à M. Albert EISENFISZ, à la SCP de Chaisemartin, Courjon, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, mandataire de M. Pierre PETITBON et autres et chargée, à ce titre, de leur donner connaissance de cette décision, à l'Association Conférence nationale des associations de médecins libéraux, à Me Le Prado, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, mandataire de la FEDERATION DES MEDECINS DE FRANCE et autres et chargé, à ce titre, de leur donner connaissance de

cette décision, à l'ASSOCIATION POUR L'OUVERTURE DU SECTEUR II et autres, à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), à la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), au syndicat des médecins libéraux, à l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France et au ministre de la santé et des solidarités.

Délibéré de l'Affaire N° 278291

Délibéré dans la séance du 14 novembre 2005 où siégeaient : M. Bernard Stirn, Président adjoint de la Section du Contentieux, Président ; M. Jean-Claude Bonichot, M. Jacques Arrighi de Casanova, Présidents de sous-section ; M. Jean Pierre Ronteix, M. Jacques Faure, M. Olivier Schrameck, M. Bernard Pêcheur, M. Bernard de Froment, Conseillers d'Etat et M. Luc Derepas, Maître des Requêtes-rapporteur.

Lu en séance publique le 30 novembre 2005.

Le Président :

Signé :

M. Bernard Stirn

Le Maître des Requêtes

-rapporteur :

Signé :

M. Luc Derepas

Le secrétaire :

Signé :

Mme Christiane Demanze

La République mande et ordonne au ministre de la santé et des solidarités, en ce qui le concerne et à tous huissiers à ce requis, en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées de pourvoir à l'exécution de la présente décision.

Pour expédition conforme,

Le secrétaire