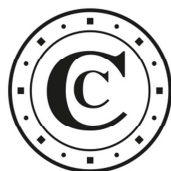


Cour des comptes



LES RELATIONS CONVENTIONNELLES ENTRE L'ASSURANCE MALADIE ET LES PROFESSIONS LIBÉRALES DE SANTÉ

Communication à la commission des affaires
sociales du Sénat

Juin 2014

Sommaire

AVERTISSEMENT	5
RÉSUMÉ	9
RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS	19
INTRODUCTION	21
CHAPITRE I - UN DISPOSITIF CONVENTIONNEL TRÈS ÉCLATÉ	27
I - Un cadre de négociations remodelé	27
A - La réforme de 2004 : une redistribution des pouvoirs et des responsabilités	27
B - Des politiques gérées par la CNAMTS avec les principaux syndicats représentatifs.....	32
II - Des politiques conventionnelles caractérisées par une succession de colloques singuliers	42
A - Des négociations nombreuses et très séquencées	42
B - Une approche interprofessionnelle encore balbutiante	45
CHAPITRE II - LES RÉMUNÉRATIONS : DES POLITIQUES INSUFFISAMMENT MISES AU SERVICE DES OBJECTIFS POURSUIVIS	57
I - La diversification des modes de rémunération : une volonté forte de l'assurance maladie	57
A - L'introduction récente de rémunérations à la performance	59
B - Le développement des rémunérations forfaitaires	65
C - Les avantages sociaux : un mode de rémunération indirecte autrefois ciblé, qui continue à s'étendre	68
II - Les revenus des professions de santé : une connaissance insuffisante pour un pilotage éclairé	71
III - Un impact limité des politiques conventionnelles sur la hiérarchie des rémunérations	77
A - De grandes disparités de revenus.....	77
B - Des évolutions non conformes aux objectifs en principe poursuivis	79
CHAPITRE III - L'ACCÈS DE TOUS A DES SOINS DE QUALITÉ : LE BESOIN D'UNE ACTION PLUS VOLONTARISTE	83
I - Un défaut de maîtrise des dépassements de tarifs	83

A - Les dépassements d'honoraires des médecins : une action tardive et trop limitée.....	83
B - Les soins dentaires : des difficultés laissées en suspens	93
II - Une contribution très modeste à une meilleure répartition géographique des professions de santé.....	98
A - Des dispositifs de régulation conventionnelle récents et inégaux suivant les professions	98
B - Des effets encore peu significatifs	102
III - Des résultats limités pour les patients	106
A - Une complexité croissante et un défaut de lisibilité	107
B - L'accès aux soins : des problèmes non résolus.....	109
CHAPITRE IV - UNE RÉFORME NÉCESSAIRE POUR FAIRE ÉVOLUER L'ORGANISATION DES SOINS.....	113
I - Des politiques conventionnelles qui doivent faire l'objet d'une coordination et d'un suivi plus exigeants.....	113
A - L'État : une approche dispersée.....	113
B - L'UNCAM : un suivi insuffisant des politiques conventionnelles au regard de leur coût	116
C - Un manque de cohérence qui se répercute au niveau territorial ...	121
II - Une place des organismes complémentaires d'assurance maladie à affirmer.....	126
A - Une participation aux politiques conventionnelles justifiée par la place grandissante des assurances complémentaires	126
B - Un positionnement difficile à trouver	130
III - Les voies à explorer pour une réforme du cadre conventionnel	134
A - Mieux séparer ou mieux articuler ?	134
B - Au niveau national : comment renforcer le pilotage ?	136
C - Au niveau territorial : quelles marges de manœuvre laisser aux acteurs ?	141
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	149
LISTE DES ANNEXES.....	153

Avertissement

En application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes a été saisie par lettre de la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat en date du 5 décembre 2013 d'une demande d'enquête sur « les relations entre assurance maladie et professions libérales de santé dans le cadre de la politique conventionnelle » (annexe 1), à laquelle le Premier Président de la Cour des comptes a répondu par courrier du 18 décembre 2013 (annexe 2).

Le champ des investigations de la Cour a été présenté lors d'une réunion tenue le 15 avril 2014 au Sénat. Il a fait l'objet d'un courrier du Premier président à la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat en date du 22 mai 2014 (annexe 3) Aux termes de ces échanges, il a été demandé que la communication porte plus particulièrement sur les thèmes suivants :

- le cadre des politiques conventionnelles, leurs caractéristiques et leurs évolutions depuis la réforme de 2004 ;
- l'impact des relations conventionnelles sur les politiques de revenus des professions libérales de santé, un point devant être fait sur la diversification des modes de rémunération (à l'acte, au forfait, à la performance) ;
- l'accès aux soins, et l'impact des dispositions conventionnelles sur les dépassements de tarifs d'une part, sur la répartition géographique des professionnels libéraux d'autre part ;
- la place des politiques conventionnelles dans la régulation du système de santé, en abordant la question du pilotage national, le rôle des organismes complémentaires dans les négociations conventionnelles, et la coordination des acteurs en région.

L'enquête a été notifiée au directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), directeur de l'union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM), au directeur général de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), au directeur général de la caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI), au directeur de la sécurité sociale (DSS), au

directeur général de l'offre de soins (DGOS), au directeur général de la santé (DGS), au directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), et au directeur général des finances publiques (DGFIP). Elle a également été notifiée au président de l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) et au président de l'union nationale des professions de santé (UNPS).

Des réunions de travail ont été tenues avec chacun des organismes et services ayant reçu notification de l'enquête, ainsi qu'au sein de l'UNOCAM avec la Fédération nationale de la mutualité française. Des questionnaires écrits ont été envoyés à l'UNCAM, à la DSS, à la DGS, et à la DREES. Des entretiens ont été organisés avec les syndicats représentatifs de plusieurs professions, notamment les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les infirmiers, et les masseurs-kinésithérapeutes.

La DGFIP a été sollicitée pour procéder à une enquête statistique, à partir du fichier national des déclarations professionnelles sur les revenus de certaines professions de santé. Des réunions de travail ont également été organisées avec le responsable du pilotage du réseau des agences régionales de santé (ARS), à l'ARS d'Ile-de-France, et à l'ARS du Centre. Sept autres ARS ont en outre répondu à un questionnaire écrit¹.

Un relevé d'observations provisoires a été communiqué aux fins de contradiction le 5 mai 2014 à l'UNCAM, à la CCMSA, à la CNRSI, au secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, à la DSS, et à la DGOS. Des extraits les concernant ont été envoyés à la DGFIP, à la DREES, et à l'UNOCAM. Tous les destinataires ont répondu à l'exception de la DGFIP.

Des auditions ont été organisées les 2, 3 et 6 juin 2014 avec les principaux interlocuteurs de cette enquête (UNCAM, DSS, DGOS), ainsi qu'avec les syndicats représentatifs des cinq professions retenues pour un examen approfondi des dispositions conventionnelles les concernant (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes).

¹ ARS de Bretagne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Le présent rapport, qui constitue la synthèse définitive de l'enquête de la Cour, a été délibéré le 11 juin 2014 par la sixième chambre présidée par M. Durrleman, président de chambre, et composée de Mme Lévy-Rosenwald, MM. Diricq, Laboureux et Jamet, conseillers maîtres, le rapporteur étant M. Barichard, conseiller référendaire, et M. Babusiaux, président de chambre maintenu, étant contre-rapporteur.

Il a ensuite été examiné et approuvé le 24 juin 2014 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, Premier président, Mme Froment-Meurice, MM. Durrleman, Levy, Lefas, Briet, Mme Ratte, MM. Vachia, Paul, rapporteur général du comité, présidents de chambre, et M. Johanet, procureur général, entendu en ses avis.

Résumé

Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions de santé tiennent un rôle essentiel dans la conciliation d'un exercice libéral des professionnels installés en ville avec un accès aux soins généralisé, garanti par une sécurité sociale organisant la solidarité collective.

Le cadre conventionnel a été profondément remodelé en 2004 et les thématiques conventionnelles se sont progressivement enrichies en intégrant des préoccupations de santé publique, de gestion du risque et de régulation de l'offre de soins. Sur la période récente, cet élargissement s'est essentiellement opéré dans trois directions : la diversification des modes de rémunération, la régulation de la répartition territoriale des professions de santé, le déploiement de services d'accompagnement aux patients.

Toutefois le système conventionnel, tel qu'il fonctionne depuis la réforme de 2004, n'a pas permis de réguler par une maîtrise du volume des prestations la dépense d'assurance maladie liée aux soins de ville (79,4 Md€ en 2013) ni le reste à charge des patients et n'a pas été en mesure d'imprimer des changements indispensables pour faire gagner en efficacité l'organisation des soins. Il n'a pas répondu à l'évolution des besoins, liés notamment au vieillissement de la population et au développement des pathologies chroniques, qu'il s'agisse de la réorganisation des soins de proximité ou de la coordination avec l'hôpital.

Ce constat rend nécessaire un réexamen du cadre et du contenu des politiques conventionnelles, pour qu'elles contribuent bien davantage à la rationalisation du système de soins et au rétablissement de l'équilibre financier de l'assurance maladie.

I – Un dispositif conventionnel très éclaté dans un paysage brouillé

L'assurance maladie bénéficie d'une forte autonomie dans l'élaboration des politiques conventionnelles, mais l'État est amené à intervenir, directement ou indirectement, de façon fréquente.

La procédure conventionnelle a été redéfinie par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie, qui a fait passer la responsabilité de négocier les conventions des administrateurs des régimes obligatoires d'assurance maladie à leurs directeurs généraux et a prévu la possibilité d'y associer les organismes d'assurance maladie complémentaires. La prérogative de négocier et signer les conventions relève ainsi de l'union des caisses d'assurance maladie (UNCAM) qui réunit les directeurs généraux de la CNAMTS, de la caisse nationale du RSI et de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole. Le conseil de l'UNCAM a un rôle restreint à la définition des orientations : c'est le directeur général de l'UNCAM, également directeur général de la CNAMTS, qui est chargé de conduire les négociations sur mandat du collège des directeurs des trois principaux régimes obligatoires. Du fait de cette architecture, la CNAMTS joue un rôle prépondérant dans la définition des objectifs et le déroulement des négociations. L'application des accords fait l'objet d'une cogestion avec les syndicats signataires, notamment au sein de commissions paritaires.

L'État conserve, aux termes des textes, des pouvoirs de régulation limités. Malgré la récurrence des déficits, le ministre ne peut s'opposer à la mise en œuvre d'un accord que pour des motifs strictement définis qui excluent les raisons économiques.

Toutefois, au regard des préoccupations d'organisation des soins et des enjeux financiers, les pouvoirs publics sont amenés à intervenir fréquemment dans les négociations, soit en prenant par la loi des dispositions de circonstance forçant les partenaires conventionnels à agir dans un sens déterminé, soit en fixant officieusement des objectifs et un cadre aux négociations. Il en résulte des jeux d'acteurs complexes dans un paysage brouillé.

Les politiques conventionnelles sont marquées par une succession accélérée de négociations séparées, et les approches interprofessionnelles émergent difficilement.

Au sens large, il existe 17 conventions ou accords professionnels. Les conventions avec les principales professions de santé libérales sont régulièrement renégociées et font l'objet de nombreux avenants : 32 pour la convention médicale de 2005, la convention passée en 2011 en comptant déjà 11. L'UNCAM pratique une « politique des petits pas », profession par profession et thème par thème. Ce mode opératoire débouche sur une démultiplication des séquences conventionnelles et une sédimentation des mesures et des avantages accordés, qui nuisent à la perception globale des politiques conventionnelles par les professionnels et conduisent à une complexification progressive du système.

Le fait pour l'assurance maladie de privilégier des négociations très séquencées par profession a également retardé l'émergence de négociations interprofessionnelles. La mise en place d'un accord-cadre interprofessionnel (ACIP), prévue dès la loi du 6 mars 2002, n'est intervenue qu'en 2012. Cet accord expose surtout des déclarations d'intention. La loi du 13 août 2004 a introduit un autre type d'accords conventionnels interprofessionnels (ACI), à géométrie variable : cette possibilité n'a pas été exploitée jusqu'à ce jour par l'UNCAM, ce qui fait obstacle à une meilleure articulation entre les professions et à une coordination plus efficace des soins.

La frilosité des politiques conventionnelles n'a pas conduit l'État à une réorientation d'ensemble mais au lancement, depuis 2008, d'une série d'expérimentations sur de nouveaux modes de rémunérations en équipe. De son côté, la CNAMTS a également lancé des expérimentations sur des programmes d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) après hospitalisation. Il en résulte une situation compliquée et la rationalisation de ces expériences, dont toutes ne font pas l'objet d'évaluations, reste à conduire. Des négociations interprofessionnelles sont toutefois en cours pour définir un dispositif pérenne de rémunération d'équipe, mais dans des conditions difficiles faute que les différentes conventions par profession se soient d'emblée inscrites dans une perspective d'ensemble.

Il est ainsi souhaitable que le cadre conventionnel laisse une beaucoup plus grande place à des conventions et accords multi-professionnels, qui seraient ensuite déclinés par profession, permettant une meilleure structuration et coordination des soins de premier recours et donc une meilleure efficacité de la dépense.

II - La rémunération des professions de santé : un pilotage insuffisant

L'assurance maladie a introduit de nouveaux modes de rémunération s'ajoutant à la rémunération à l'acte.

La rémunération au forfait et à la performance, qui vise à promouvoir des préoccupations de santé publique et une gestion active de la patientèle, représentait en moyenne 12,3 % des revenus des médecins généralistes en 2013. La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) a été généralisée par la convention médicale de 2011, d'abord au bénéfice des médecins traitants, puis a été étendue aux cardiologues ainsi qu'aux gastro-entérologues et hépatologues. En 2013, pour sa deuxième année d'application, le coût brut de la ROSP s'est établi à 341 M€. Si des progrès sont observés sur la pratique clinique, les résultats sont plus contrastés pour la prévention. Aucune conséquence négative n'est attachée au non-respect des objectifs, et chaque indicateur est indépendant. Une solidarité entre les indicateurs avec des impacts positifs et négatifs sur la rémunération finale renforcerait le caractère incitatif du dispositif.

Les médecins bénéficient également de différentes rémunérations forfaitaires, inspirées du paiement à la capitation, au bénéfice du médecin traitant, assises sur la composition de leur patientèle. Les formules successives, jamais évaluées, tendent toutefois, en se sédimentant, à complexifier le système : source de dépenses nouvelles, ces forfaits devraient être assortis de contreparties claires et vérifiables, dans la mesure où ils s'ajoutent à la rémunération à l'acte.

Une rémunération à la performance a également été instituée au bénéfice des pharmaciens par la convention de 2012. En phase de montée en charge, son coût s'établissait à 113,5 M€ en 2012. En outre, un honoraire de dispensation des médicaments est en cours de mise en place. S'il doit rester neutre sur les dépenses de l'assurance maladie par une réforme de la « marge dégressive lissée » dont les pharmaciens bénéficient sur les boîtes de médicaments, il reste en l'état corrélé pour sa quasi-totalité à la boîte vendue, alors qu'il était l'occasion de déconnecter la rémunération du volume de vente et de construire une politique incitant à l'efficacité des pratiques.

Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les auxiliaires médicaux bénéficient également de la prise en charge, par l'assurance maladie, d'une part significative de leurs cotisations sociales. Cette prise en charge, qui remonte aux années 60, a été progressivement étendue et constitue une contribution substantielle au revenu. Ces niches sociales

coûteuses (2,2 Md€ en 2013) sont insuffisamment mises au service des politiques conventionnelles : elles pourraient être plus fortement modulées en fonction des objectifs conventionnels propres à chaque profession.

Les évolutions relatives des revenus des professions de santé restent non conformes aux objectifs affichés.

La connaissance des revenus des professions de santé reste trop peu précise et ne fait pas l'objet d'un suivi suffisant pour un pilotage éclairé de la politique tarifaire. La CNAMTS calcule des revenus moyens par application, aux seuls honoraires, de taux moyens de charge suivant les professions et les spécialités, communiqués par l'administration fiscale. La DREES procède à des analyses plus approfondies en rapprochant les données statistiques de l'administration fiscale de celles de la CNAMTS, mais elle le fait de façon épisodique. L'évolution des revenus devrait être suivie de façon plus robuste et plus régulière, afin que l'État comme l'assurance maladie disposent de données fiables pour aider à la conduite des politiques conventionnelles.

Les éléments disponibles permettent néanmoins de constater que de grandes disparités perdurent entre les revenus des différentes professions de santé de même que, pour les médecins, entre les revenus des généralistes et des spécialistes et entre les différentes spécialités médicales. La politique conventionnelle a peu modifié la hiérarchie des rémunérations des médecins, qui est restée stable dans le temps malgré un discours récurrent sur la nécessité de revaloriser la médecine générale et les spécialités cliniques qui restent les moins bien rémunérées. La volonté de valoriser le rôle du médecin traitant, affirmée dans la convention médicale de 2005, n'a pas débouché sur une modification de sa position relative.

III – L'accès de tous les patients à des soins de qualité : le besoin d'une action plus volontariste

Les dépassements de tarifs ont fait l'objet d'une action tardive et trop limitée.

Alors que le fondement originel du système conventionnel était de mettre en œuvre une opposabilité des tarifs pour faire bénéficier tous les

assurés d'un égal accès aux soins, la problématique des dépassements n'a pas fait l'objet d'une priorité d'action.

Les dépassements des médecins de secteur 2 représentent environ 2,4 Md€, le taux de dépassement s'établissant en moyenne à 56,3 % en 2013. Après plusieurs tentatives infructueuses (option de coordination, secteur optionnel), un nouveau dispositif, le contrat d'accès aux soins (CAS), a été mis en place par l'avenant n° 8 d'octobre 2012. Le CAS apparaît toutefois peu contraignant pour les médecins de secteur 2, au regard des taux moyens de dépassement constatés, et peut conduire à considérer comme normal un dépassement de 100 %. L'avenant n° 8 prévoit également un dispositif de sanction des dépassements considérés comme excessifs. S'il est encore trop tôt pour en apprécier l'impact, celui-ci est pour l'instant limité. La procédure est lourde et restrictive. La fixation de la sanction maximale applicable par les commissions paritaires en limite les effets potentiels.

La prise en charge des soins dentaires par l'assurance maladie obligatoire s'est dégradée au fil du temps, s'établissant à 31,5 % en 2012 hors CMU-C. En effet, si les soins conservateurs sont remboursés à 70 % (mais d'un tarif opposable resté quasiment stable depuis très longtemps), le prix des soins prothétiques, laissé libre en contrepartie, a très fortement augmenté. La part des dépassements s'élevait en 2012 à 53 % des honoraires totaux, soit 4,7 Md€. Bien que le constat du déséquilibre entre soins conservateurs et soins prothétiques soit ancien, les mesures conventionnelles récentes, et notamment la mise en place d'une classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire, restent insuffisantes pour y remédier. Ce secteur a été, de fait, laissé en déshérence, ce qui n'est pas sans conséquence dommageable à terme sur la santé de la population.

Les conventions n'ont guère contribué à remédier à la répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire.

Différentes conventions ont introduit, notamment depuis 2008, des dispositions afin de favoriser un rééquilibrage des implantations. Pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes, des mesures incitatives ont été introduites pour les zones considérées comme sous-dotées, ainsi que des mesures restrictives pour les zones sur-dotées, l'accès au conventionnement cessant d'être inconditionnel et automatique et ne pouvant intervenir qu'en remplacement d'une cessation définitive d'activité. Pour les médecins, les chirurgiens-dentistes et les

orthophonistes, seules en revanche des mesures incitatives ont été mises en place. Enfin, pour les pharmaciens, malgré les intentions exprimées dans la convention de 2012, aucune mesure en vue de l'évolution du réseau des officines n'a pu être mise en oeuvre.

Les actions entreprises sont restées timides et ont eu un impact limité. L'assurance maladie apparaît néanmoins légitime à orienter les installations là où il y a des besoins constatés, mais n'a pas mobilisé tous les leviers conventionnels pour permettre d'atteindre ses objectifs à cet égard. Les pistes ouvertes en termes de sélectivité du conventionnement demandent ainsi à être consolidées et approfondies, en permettant par la loi d'étendre conventionnellement cette orientation à toutes les professions dans les zones en surdensité.

Des succès tactiques, un échec stratégique.

Les politiques conventionnelles ont permis des avancées avec certaines professions. Si l'ONDAM de ville a été respecté et même sous exécuté dans les années récentes, cela n'a toutefois pas été le cas pendant la majeure partie de la décennie écoulée.

Au regard des assurés, la politique conventionnelle n'a pas réussi à remplir les objectifs majeurs qui sont au fondement même du dispositif depuis son institution. L'élargissement du champ et la multiplication des outils conventionnels ont débouché sur une grande complexité tarifaire et sur un défaut de lisibilité pour le patient. Les politiques conventionnelles n'ont pas résolu les problèmes d'accès aux soins, que ce soit en matière de dépassements de tarifs, qui ont significativement augmenté pour les soins médicaux et les soins dentaires, ou sur le plan géographique. L'efficacité du système de soins a été insuffisamment améliorée. Les négociations trop exclusivement en « tuyaux d'orgues » ont fait obstacle à de nouveaux modes d'organisation des soins de proximité, dont les expérimentations ont procédé de la loi et non des négociations conventionnelles.

IV – La nécessité de réformer un cadre, dont l’expérience a montré les limites, pour faire évoluer l’organisation des soins

Un défaut de cohérence entre les différents acteurs

Les directions ministérielles relevant du ministère chargé de la santé ont une approche trop peu coordonnée des problématiques conventionnelles. L’UNCAM, de son côté, indique parfois éprouver des difficultés à appréhender la stratégie de l’État. Cependant, l’UNCAM elle-même, si elle s’investit fortement au moment des négociations, assure un suivi insuffisant des politiques conventionnelles au regard de leur coût et de leur impact sur l’organisation globale des soins. Par ailleurs, nombre de stipulations sont appliquées avec retard, voire restent inappliquées.

Le défaut de cohérence se répercute au niveau territorial. Créées par la loi Hôpital, patients, santé et territoires de juillet 2009, les agences régionales de santé (ARS) sont devenues les opérateurs principaux de la gouvernance de l’offre de soins. Il existe de nombreux points de recoupement entre leur action et les politiques conventionnelles. En matière de régulation démographique, la multiplicité des zonages et des aides de diverse nature débouche sur une situation complexe et peu lisible. En matière de santé publique et de qualité des soins, les initiatives de l’État et de l’assurance maladie sont le plus souvent parallèles.

Deux acteurs des politiques conventionnelles n’ont pas trouvé la place que la réforme de 2004 visait à leur donner : l’union nationale des professions de santé (UNPS), qui ne joue pas le rôle interprofessionnel que l’on pouvait en attendre ; l’union nationale des organismes d’assurance maladie complémentaire (UNOCAM), dont l’association aux négociations reste chaotique et qui s’est mise en retrait après la signature de plusieurs accords en 2012 et 2013, estimant qu’elle n’était pas reconnue comme un véritable acteur de la régulation du système de soins. La nouvelle gouvernance prévue par la loi de 2004 n’a pas fonctionné, sauf pour ce qui concerne le rôle accru de la CNAMTS.

Le besoin d’un pilotage plus intégré, dans un cadre conventionnel recentré et rénové.

La dispersion actuelle des sujets et des séquences de négociation fait obstacle à une régulation globale efficace. Les phases de négociation

devraient être moins nombreuses et centrées sur les enjeux principaux : questions de rémunération, modération des restes à charge, politique active de gestion du risque.

Une convergence des acteurs doit être recherchée au niveau national, en s'appuyant dans un premier temps de façon pragmatique sur les outils existants. Ainsi, les missions du comité national de pilotage des ARS devraient être renforcées et étendues aux orientations et au suivi des politiques conventionnelles, sous la présidence effective et régulière du ministre chargé de la santé. Par ailleurs, le contrat passé entre l'État et l'UNCAM, actuellement centré sur la gestion du risque, devrait constituer un vecteur essentiel de la coordination entre l'État et l'assurance maladie et de la définition des objectifs fixés à la politique conventionnelle, au besoin en modifiant les textes en ce sens.

L'UNOCAM devrait être mieux associée aux négociations. Une application stricte de la loi de 2004, qui prévoit un examen conjoint annuel, entre l'UNCAM et l'UNOCAM, des programmes annuels de négociation avec les professions de santé, serait de nature à renforcer cette coordination. La concertation obligatoire pourrait être élargie à l'ouverture de toute négociation et en constituer un préalable nécessaire. Il pourrait également être prévu que le comité de pilotage national puisse entendre l'UNOCAM et ses composantes sur les thèmes qui les concernent plus particulièrement.

Enfin, se pose la question de la marge de manœuvre des acteurs territoriaux, notamment des ARS, et de leur coordination. Le maintien d'une politique conventionnelle nationale apparaît nécessaire pour un traitement global et équitable de l'accès aux soins et des conditions de leur prise en charge collective. La possibilité d'adapter les politiques conventionnelles aux spécificités régionales, dans des conditions limitatives préfixées et/ou dans le cadre d'enveloppes fermées, pourrait néanmoins être ménagée, sous réserve de la clarification et du recentrage précédemment évoqués. Ce schéma d'adaptation régionale des politiques conventionnelles pourrait dans un premier temps faire l'objet d'une expérimentation et être menée en lien avec la réforme de la carte des régions récemment lancée.

Les chantiers, qui étaient déjà ouverts en 2004, sont importants, qu'il s'agisse de l'organisation des soins de proximité et du développement des approches interprofessionnelles, du lien avec l'hôpital, ou de la question des dépassements d'honoraires. Il est urgent de les mener à bien, en intégrant la préoccupation essentielle d'un retour à l'équilibre de l'assurance maladie. L'élaboration en cours de la stratégie

nationale de santé et d'une nouvelle loi de santé publique présente l'occasion de repenser le cadre de l'organisation des soins, de redéfinir l'articulation des acteurs et de renforcer l'efficacité du système de santé , ainsi que la place à cette fin des politiques conventionnelles.

Récapitulatif des recommandations

- 1. mettre en place un pilotage national plus intégré, permettant à l'État de valider les orientations stratégiques des politiques conventionnelles, d'en suivre l'exécution, et de mieux articuler les actions des différents acteurs ;*
- 2. développer de façon prioritaire les approches interprofessionnelles pour une meilleure efficacité des soins de premier recours, en faisant converger les expérimentations menées en ordre dispersé ;*
- 3. recentrer les politiques conventionnelles sur les enjeux essentiels (rémunérations, accès aux soins, maîtrise médicalisée des dépenses) dans le cadre de négociations moins nombreuses et moins éclatées ;*
- 4. renforcer l'association des organismes complémentaires d'assurance maladie, en faisant d'une concertation entre les financeurs - UNCAM et UNOCAM - un préalable nécessaire à l'ouverture de toute négociation ;*
- 5. évaluer systématiquement les conditions de mise en œuvre des actions conventionnelles et les résultats obtenus ;*
- 6. informer annuellement le Parlement des orientations et des résultats de la politique conventionnelle notamment au regard des priorités ci-dessus indiquées ;*
- 7. mener au minimum tous les deux ans une étude de l'évolution des revenus des professions de santé, afin que l'État comme l'assurance maladie disposent de données fiables et de séries pérennes pour la régulation des dépenses de santé et les décisions relatives aux rémunérations des professionnels libéraux ;*
- 8. mettre les décisions relatives aux rémunérations en cohérence, dans leurs différentes composantes (valeur des actes, rémunérations forfaitaires, rémunérations sur objectifs, avantages sociaux), avec les objectifs stratégiques de maintien de tarifs opposables, d'attractivité respective des professions, et d'égalité d'accès aux soins ;*
- 9. rendre la rémunération sur objectifs de santé publique obligatoire dans le cadre de la convention et introduire une solidarité entre les indicateurs pour que les résultats insuffisants viennent réduire la*

rémunération finale ; supprimer à terme proche l'aide à l'informatisation des cabinets ;

10. sur les dépassements abusifs :

- a. engager de façon systématique les procédures prévues et à les mener à bonne fin, afin de permettre un fonctionnement effectif et crédible du dispositif prévu par l'avenant n° 8 ;*
- b. supprimer, dans le déroulement de la procédure, la fixation par les commissions paritaires de la sanction maximale applicable ;*

11. sur la répartition démographique des professions de santé : étendre le conventionnement sélectif à toutes les professions dans les zones en surdensité ; utiliser les différents leviers conventionnels pour moduler plus fortement les avantages octroyés en fonction des zones d'exercice des professionnels libéraux.

Introduction

La France a développé un modèle original d'organisation de la santé tendant à concilier un exercice libéral des professions de santé installées en ville, un haut niveau de prise en charge des assurés par l'assurance maladie obligatoire, et la recherche d'une maîtrise financière du système de soins.

Les conventions passées entre l'assurance maladie et les professions de santé constituent, parmi les instruments de régulation mis en œuvre, un vecteur essentiel. L'enjeu financier est significatif : au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) arrêté chaque année par le Parlement, le sous-objectif des soins de ville² s'élevait en 2013 à 80,5 Md€, soit 45,9 % de l'ONDAM.

Depuis 1971, les rapports conventionnels entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels libéraux sont organisés dans un cadre national. En définissant leurs engagements respectifs, les parties se retrouvent sur un intérêt réciproque, qui fonde le pacte conventionnel : pour l'assurance maladie, une définition de tarifs soutenables, que les professionnels adhérents s'engagent à respecter, permettant un niveau de remboursement satisfaisant pour l'assuré ; pour les professionnels, une solvabilisation de la patientèle garantie par les remboursements, et la préservation du cadre libéral de leur pratique.

² Les dépenses de soins de ville, au sens de l'ONDAM, couvrent les remboursements d'honoraires des professionnels de santé, les médicaments, les dispositifs médicaux, les indemnités journalières hors maternité, et la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé.

Les conventions avec les professions de santé

Les conventions passées entre l'assurance maladie et les professions de santé sont applicables aux professionnels de santé qui s'installent en exercice libéral s'ils en font la demande, et aux professionnels déjà installés tant qu'ils n'ont pas fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie de leur ressort qu'ils ne souhaitent pas être régis par leurs dispositions. Elles sont conclues pour une durée de cinq ans, avec tacite reconduction, sauf dénonciation par une partie signataire six mois avant l'échéance. Elles entrent en application après approbation explicite ou tacite – passé un délai de 21 jours – du ministre chargé de la santé.

L'objectif initial – et qui reste central – des conventions est d'inciter les professionnels libéraux de santé rémunérés à l'acte à exercer dans ce cadre afin d'appliquer des tarifs (les « tarifs opposables ») servant de référence au remboursement des assurés. Plus de 99 % des professionnels de santé libéraux sont actuellement conventionnés.

Il existe 17 conventions ou accords professionnels nationaux en vigueur avec différentes professions au moment de l'enquête. Outre les conventions avec les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes), les sages-femmes, les directeurs de laboratoires de biologie médicale, les transporteurs sanitaires (auquel on peut ajouter une convention-type concernant les transports en taxis), et un accord-cadre interprofessionnel, des accords ont également été passés avec les distributeurs de biens médicaux : opticiens, audioprothésistes, ophtalmologistes, épithésistes et podoprothésistes, prestataires délivrant des dispositifs divers. Enfin, une convention a été passée avec les centres de santé³.

Les négociations conventionnelles, dans leurs tentatives de conciliation entre exercice libéral et socialisation des risques, ne vont pas sans heurts. Les déficits récurrents de l'assurance maladie, auxquels participent les politiques conventionnelles, ont aggravé les tensions : or, dans un système d'assurance maladie fondé sur la solidarité et une prise en charge collective et où les « ordonnateurs » de la dépense sont, pour les soins de ville, des professionnels de santé libéraux, la croissance des dépenses doit fondamentalement être compatible avec la richesse du pays et le rythme de son accroissement.

³ La liste des conventions et accords en vigueur figure en annexe 4.

L'enquête menée par la Cour s'est attachée à identifier les objectifs poursuivis à travers les conventions passées entre l'UNCAM et les professions de santé, leurs grandes évolutions sur la période récente, pour ensuite porter une appréciation sur les voies et moyens mis en œuvre et les résultats obtenus.

Il n'a pas été procédé à une analyse exhaustive du champ et du contenu de toutes les conventions et de tous les accords. Seules les professions les plus importantes, au regard de leurs effectifs et des coûts que leur activité représente pour l'assurance maladie, ont fait l'objet d'un approfondissement : les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les infirmiers, et les masseurs-kinésithérapeutes. Le développement récent et difficile des approches multi-professionnelles a également été examiné.

Les politiques conventionnelles avec les professions retenues pour une approche approfondie sont, au regard de l'ensemble du champ conventionnel, déterminantes. Elles couvrent 84 % des soins de ville au sens de la CSBM.

Tableau n° 1 : part, dans les soins de ville hors produit de santé, des professions retenues pour un examen approfondi

Profession	Médecins	Chirurgiens-dentistes	Infirmiers	Masseurs-kinésithérapeutes	Total soins de ville
Nombre en exercice libéral et mixte	130 106	36 906	97 564	61 571	
CSBM 2012 (en Md€)	19,7	10,5	6,3	5,0	49,2
Évolution moyenne annuelle de la CSBM sur 5 ans (depuis 2007)	2 %	2,4 %	7,7 %	4 %	3 %

Source : *Consommation de soins et biens médicaux (CSBM), comptes nationaux de la santé pour 2012.*

Les médecins représentent un poids prépondérant : outre les 19,7 Md€ de dépenses directes, ils sont prescripteurs des dépenses d'auxiliaires médicaux et de la majeure partie des dépenses de médicaments en ville⁴. Les soins infirmiers enregistrent la progression la

⁴ Une partie des dépenses de médicaments en ville résulte de prescriptions hospitalières.

plus vive sur la période récente, devant les masseurs-kinésithérapeutes. Les pharmaciens étaient pour leur part au nombre de 72 024 au 1^{er} janvier 2013, dont 31 074 en exercice libéral. La consommation de médicaments en ville a baissé pour la première fois en valeur en 2012 (- 0,9 %) : elle est néanmoins d'un poids financier considérable et atteint des valeurs par habitant nettement supérieures à celles de pays européens comparables.

Au cours de la dernière décennie, le système conventionnel a connu des évolutions importantes⁵.

Le cadre conventionnel a été profondément réformé par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui a notamment transféré des administrateurs des régimes de base d'assurance maladie à leurs directeurs généraux la responsabilité des négociations avec les différentes professions.

Les politiques conventionnelles ont vu alors leur champ et leur objet s'élargir considérablement pour englober une part encore accrue des composantes de la relation avec le patient⁶. Auparavant, les négociations conventionnelles étaient centrées sur l'évolution des lettres-clés servant de base au calcul de la rémunération à l'acte des praticiens. La maîtrise médicalisée, la dimension d'amélioration de la qualité des soins, notamment par leur coordination, et la prise en compte des besoins de santé publique ont été progressivement mises en avant comme leviers pour contenir les dépenses. Depuis 2008, l'élargissement du champ des négociations conventionnelles s'est plus particulièrement manifesté dans trois grandes directions :

- la diversification des modes de rémunération, avec, en sus de la rémunération à l'acte qui reste le fondement de l'activité libérale, le développement des rémunérations forfaitaires et l'introduction de rémunérations à la performance visant à développer la maîtrise

⁵ La Cour avait effectué un bilan des politiques conventionnelles, avant l'intervention de la réforme de 2004, dans le cadre du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2000, chapitre VIII *Les politiques conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie*. La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁶ Voir annexe 5 *L'évolution du champ conventionnel*.

médicalisée des dépenses et l'intégration de préoccupations de santé publique ;

- la régulation de la répartition territoriale des professions de santé, avec des incitations à s'installer ou à rester dans les zones fragiles, mais également, pour certaines professions seulement, une restriction à l'installation dans les zones sur-dotées ;
- le déploiement de services d'accompagnement aux patients, avec notamment l'accompagnement des patients diabétiques, ou bien des patients traités par anticoagulants oraux.

Enfin, la donne a été sensiblement modifiée à la suite de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, portant notamment création des agences régionales de santé (ARS) chargées du pilotage de l'offre globale de soins au niveau régional, qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire.

*

* *

Conformément à la demande formulée par la commission des affaires sociales du Sénat, la présente communication cherche à dresser un bilan global des politiques conventionnelles conduites à la suite de la réforme de 2004 sous quatre angles complémentaires :

- une première partie caractérise les politiques conventionnelles : elle définit leur cadre qui restent marqué par une succession de colloques singuliers avec chaque profession, les approches interprofessionnelles restant balbutiantes ;
- la deuxième traite des rémunérations des professionnels de santé libéraux, qui est une question centrale des politiques conventionnelles. Celles-ci ont introduit récemment pour certaines professions une diversification des modes de rémunération. Les revenus des professions de santé révèlent toutefois de grandes disparités dont la rationalité, au regard des objectifs déclarés, est peu évidente ;
- la troisième examine les effets des politiques conventionnelles au regard de l'accès aux soins. Le bilan mitigé qui peut être dressé est appréhendé à travers l'analyse des axes stratégiques des politiques conventionnelles récentes relatives aux dépassements de tarifs et à la répartition géographique des professions de santé ;
- enfin, la quatrième traite du positionnement du bloc conventionnel dans la régulation globale du système de soins. L'articulation avec

l'action de l'État, au niveau national comme au niveau territorial, n'est pas assurée. Les organismes complémentaires d'assurance maladie n'ont pas trouvé leur place dans cette régulation. Les pistes d'amélioration, qui passent par une meilleure coordination entre les acteurs et une réorientation du dispositif conventionnel sont présentées sous forme de différents scénarios possibles.

Chapitre I

Un dispositif conventionnel très éclaté

Le cadre institutionnel des négociations conventionnelles a été profondément réformé en 2004. La CNAMTS tient un rôle prépondérant dans la vie conventionnelle en partenariat avec les syndicats signataires. Cette vie conventionnelle est marquée par des négociations nombreuses et très séquencées, profession par profession. Les approches interprofessionnelles, essentielles pour améliorer l'efficacité des soins de proximité, n'ont pas réellement émergé.

I - Un cadre de négociations remodelé

A - La réforme de 2004 : une redistribution des pouvoirs et des responsabilités

1 - Une responsabilité importante conférée à l'UNCAM

L'organisation qui régit aujourd'hui la vie conventionnelle a été définie pour l'essentiel par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Avant 2004, la négociation et la signature des conventions constituaient une des prérogatives essentielles des présidents des conseils d'administration des trois principaux régimes d'assurance maladie - le régime général, le régime social des indépendants (RSI) et la mutualité sociale agricole (MSA) -, et les partenaires sociaux siégeant dans les conseils d'administration des caisses nationales étaient directement impliqués dans les négociations.

La réforme de 2004 a profondément réformé la gouvernance de la CNAMTS : au sein des caisses du régime général, les pouvoirs des

conseils – qui ne sont plus d’administration - ont été réduits à la définition des orientations, et les pouvoirs des directeurs ont été accrus. Le directeur général de la CNAMTS est nommé pour cinq ans par décret en conseil des ministres, le conseil de la caisse pouvant seulement s’opposer à sa nomination à la majorité des deux tiers. Symétriquement, il ne peut être mis fin à son mandat avant le terme de cinq ans que si la même majorité du conseil exprime un avis favorable en ce sens.

Dans le même temps, la prérogative de négocier et signer avec les professions de santé les conventions nationales, leurs avenants et annexes a été confiée à l’union nationale des caisses d’assurance maladie (UNCAM), nouvel établissement public créé par la réforme de 2004, et qui réunit les trois principaux régimes.

L’UNCAM est dotée d’un conseil, d’un collègue des directeurs et d’un directeur général. Le conseil de l’UNCAM, émanation des conseils des trois caisses⁷, présidé es-qualité par le président du conseil de la CNAMTS, a un rôle limité au vote des orientations. Celles-ci fixent toutefois le cadre général des négociations, leur non-respect pouvant être censuré par le juge administratif⁸.

Les prérogatives essentielles de négociation relèvent du collège des directeurs, composé des directeurs des trois caisses et, surtout, de son directeur général. Au sein du collège, le directeur général de la CNAMTS dispose en effet de deux voix et assure es-qualité les fonctions de directeur général de l’UNCAM. Il lui revient, sur mandat du collège des directeurs, de négocier et signer l’ensemble des actes conventionnels. Le mandat reste confidentiel, dans la mesure où il définit la marge de manœuvre du directeur général. Ce document reste toutefois succinct dans sa rédaction : il rappelle de façon synthétique les orientations retenues pour les négociations et définit une enveloppe globale maximale correspondant aux mesures nouvelles susceptibles d’être négociées.

Un transfert important de pouvoir et de responsabilités a donc été effectué au bénéfice du directeur général de la CNAMTS. Celui-ci dispose d’une autonomie statutaire substantiellement renforcée au regard

⁷ Le conseil de l’UNCAM est composé de 18 membres : 12 membres désignés par le conseil de la CNAMTS, 3 par le conseil d’administration du RSI et 3 par le conseil d’administration de la CCMISA en leur sein, dont le président de chacun des conseils.

⁸ CE, Section du contentieux, 7 avril 2010, *Conseil national de l’ordre des médecins*.

de la pratique habituelle dans les établissements publics par rapport à l'autorité de nomination, d'une marge de manœuvre importante par rapport au conseil et de pouvoirs élargis.

En sus de l'UNCAM, la loi du 13 août 2004 a créé deux autres acteurs institutionnels appelés à jouer un rôle dans les négociations conventionnelles : d'une part, les organismes complémentaires d'assurance maladie ont été érigés en acteurs potentiels des négociations, à travers la création de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) ; d'autre part, une Union nationale des professions de santé (UNPS) a été créée pour prendre plus particulièrement en charge les questions communes aux différentes professions de santé, et notamment la négociation d'un accord-cadre interprofessionnel.

2 - Un pouvoir de régulation limité laissé à l'État

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie, voté par le Parlement, conditionne pour partie le rythme et le calendrier des négociations conventionnelles, en fonction des marges de manœuvre financières à disposition du directeur général. L'UNCAM met en avant qu'elle a inscrit son action conventionnelle dans cette contrainte financière. Après plusieurs années de dépassement, le taux de progression de l'ONDAM est respecté depuis 2010, et l'ONDAM est même légèrement sous-exécuté notamment pour les soins de ville.

Tableau n° 2 : évolution de l'ONDAM

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ONDAM							
Montant de l'objectif	144,80	152,00	157,61	162,42	167,10	171,14	175,04
Différence dans l'exécution (en %)	2 %	0,7 %	0,3 %	-0,4 %	-0,2 %	-0,8 %	-0,8 %
ONDAM – Soins de ville							
Montant de l'objectif	66,7	70,6	73,19	75,24	77,30	78,90	80,5
Différence dans l'exécution (en %)	4,6 %	1,1 %	0,1 %	-0,2 %	-0,3 %	-1,3 %	-1,4 %

Source : Comptes de la sécurité sociale ; tableau Cour des comptes

La politique conventionnelle n'est toutefois qu'un des éléments à prendre en compte pour la tenue de l'ONDAM relatif aux soins de ville. Celle-ci tient en fait une place modeste dans la sous-exécution de l'objectif, qui par exemple a tenu en 2013 à hauteur de 76 % du total à deux postes : les indemnités journalières, et les médicaments⁹. En outre, l'objectif pour 2013 reposait à la fois sur une base 2012 dont n'avait pas été déduite la sous-exécution vraisemblable pour cet exercice, et en partant d'un taux d'exécution tendanciel lui-même surestimé. De ce fait, la sous-exécution est calculée par rapport à une progression de l'ONDAM qui a jusqu'alors permis une augmentation continue des dépenses, malgré un contexte très difficile des finances publiques et de la situation économique.

Par ailleurs, si le Parlement vote des objectifs de dépenses, l'UNCAM et son directeur général n'ont pas, en l'état, de compte à rendre ni de bilan à lui présenter sur les politiques conventionnelles et l'exécution des objectifs. L'article L.111-11 du code de la sécurité sociale dispose certes que les propositions relatives à l'évolution des charges et des produits, rendues annuellement au Parlement, sont accompagnées d'un bilan détaillé des négociations avec les professionnels de santé. Le bilan synthétique figurant en annexe de ce rapport, s'il liste les mesures

⁹ La sous-exécution a été seulement de 0,6 % pour les médecins généralistes et de 1 % pour les infirmiers. Il n'y a pas eu de sous-exécution pour les médecins spécialistes ni pour les masseurs-kinésithérapeutes.

négociées dans l'année, ne comporte toutefois pas de bilan de la mise en œuvre des stipulations conventionnelles ni de leur impact.

S'agissant du pouvoir exécutif, l'entrée en vigueur des conventions est subordonnée à l'approbation ministérielle : le ministre chargé de la santé approuve les conventions, soit par arrêté, soit tacitement passé un délai de 21 jours, leur conférant ainsi leur caractère réglementaire. Il peut également s'y opposer en tout ou en partie dans le même délai de 21 jours. L'opposition ne peut toutefois être fondée que sur des motifs strictement définis, relevant de la non-conformité aux lois et règlements, de la santé publique, de la sécurité sanitaire ou d'une atteinte au principe d'égal accès aux soins. Le coût des mesures négociées n'est plus un motif d'opposition depuis 2004.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2008 a introduit cependant deux nouvelles dispositions pour encadrer les conséquences financières des négociations conventionnelles¹⁰ : en premier lieu, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires et frais accessoires n'entre en vigueur au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de l'accord ; en second lieu, lorsqu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM, imputable pour tout ou partie aux soins de ville, les revalorisations conventionnelles peuvent être suspendues et reportées à l'année suivante. Ce mécanisme de suspension des revalorisations n'a pas eu toutefois encore à s'appliquer.

L'État n'a également plus la main en cas d'échec des négociations. Une ordonnance du 21 avril 1996 avait prévu qu'en l'absence de convention les médecins seraient régis par un règlement conventionnel minimal, élaboré par le gouvernement et publié par arrêté ministériel ne prévoyant pas de revalorisation d'honoraires et réduisant les prises en charge de cotisations sociales par les caisses, permettant de garantir à la fois l'intérêt des patients et de l'assurance maladie. La loi de 2004 a supprimé ce dispositif et a prévu, pour toutes les professions, qu'en cas de rupture des négociations ou d'opposition à la nouvelle convention, un arbitre est désigné par l'UNCAM et au moins une organisation syndicale représentative ou, à défaut, par le président du Haut Conseil pour l'avenir

¹⁰ Par insertion d'un nouvel article L. 162-14-1-1 dans le code de la sécurité sociale.

de l'assurance maladie. Cette procédure a été appliquée en 2010 aux médecins.

L'assurance maladie bénéficie ainsi, selon les textes, d'une forte autonomie dans l'opportunité, l'objet et la conduite des négociations conventionnelles. Cependant l'État n'a pas pour autant renoncé à ses interventions, comme le montrent les multiples exemples (dépassements d'honoraires, approche multi-professionnelle, ...) où, sur des thèmes précis, les pouvoirs publics ont voulu forcer les parties conventionnelles à trouver un accord. Au regard des préoccupations d'organisation des soins et des enjeux financiers, les pouvoirs publics sont amenés à intervenir fréquemment dans les négociations, soit en prenant par la loi des dispositions de circonstance pour que les partenaires conventionnels agissent dans un sens déterminé, soit en cadrant officieusement, au niveau du ministre chargé de la santé et de son cabinet, les négociations, comme c'est le cas dans les actuelles négociations interprofessionnelles. À trop déléguer, l'État s'est ainsi exposé au risque de devoir intervenir en brouillant les responsabilités. Des politiques cogérées par la CNAMTS et les principaux syndicats représentatifs.

B - Des politiques gérées par la CNAMTS avec les principaux syndicats représentatifs

1 - Le rôle prépondérant de la CNAMTS dans la définition des objectifs et le déroulement des négociations

a) Une capacité d'initiative et d'expertise de la CNAMTS renforcée

La CNAMTS assure la gestion administrative de l'UNCAM sous l'autorité du directeur général. Formellement, l'UNCAM est un acteur institutionnel essentiel mais n'a pas de réalité administrative : c'est la CNAMTS qui est au contact des syndicats représentatifs, qui procède aux études préparatoires, et qui négocie au quotidien.

Une réorganisation importante des services de la CNAMTS a eu lieu en 2005, suivie d'une seconde en 2009. À travers ces réorganisations, l'expertise et la capacité de préparation des négociations ont été renforcées, accompagnées d'une professionnalisation de l'ensemble des caisses du régime général et du renforcement du fonctionnement en

réseau. Les profils de certains recrutements ont été réorientés afin de donner plus de poids aux compétences économiques et statistiques.

La CNAMTS a par ailleurs renforcé ses systèmes d'information, notamment avec l'aboutissement du projet de base de données du Système national inter-régimes d'assurance-maladie (SNIIR-AM). L'enrichissement progressif des données sur les prestations remboursées, sur les patients, sur les pathologies, permet une approche affinée des profils à la fois des professionnels de santé et des patients.

b) Des stratégies de niche pour les autres régimes, liées à leur spécificité

La réforme de 2004 a débouché sur l'affirmation du rôle prépondérant de la CNAMTS sur les autres régimes qui, avant 2004, participaient directement aux négociations.

Au regard de leurs moyens limités, le RSI et la MSA ne procèdent pas à des contre-expertises dans l'élaboration des objectifs et des modalités de négociations et ne sont pas présents sur toutes les questions abordées, mais développent plutôt des stratégies de niche liées à leur spécificité.

Le point de vue de la MSA est prioritairement orienté par sa cible d'intervention privilégiée que sont les territoires ruraux, qui la rend particulièrement sensible aux questions d'accès aux droits et à l'offre de soins (accessibilité territoriale, économique et sociale).

Elle ne manifeste pas de désaccords avec les dispositions conventionnelles récentes, qualifiant d'« écarts marginaux » les différences de point de vue. Elle a toutefois relevé que, dans le contexte d'un moindre recours des ressortissants agricoles au dispositif d'accompagnement de sortie d'hospitalisation d'une part et de fortes disparités régionales dans l'accès aux soins pour l'ensemble des assurés d'autre part, ses propositions d'une meilleure continuité des soins,

s'appuyant sur une coordination renforcée des professionnels, n'ont pas pour l'instant été traduites dans la politique conventionnelle¹¹.

Le RSI a également développé son propre programme de gestion du risque, mis en œuvre par une direction nationale de gestion du risque. Il a mis en place des programmes propres, par exemple en matière de prévention du diabète, et également en ce qui concerne les risques spécifiques liés à l'exercice de certaines professions. En 2013, ce programme a concerné les vétérinaires, les boulangers, et les garagistes.

Le RSI a indiqué participer aux discussions globales de préparation des négociations, mais sans mener de travaux particuliers sur la politique conventionnelle en général, ni développer de stratégie globale ou définir de positionnement spécifique.

Il n'a pas été relevé d'exemple où la MSA ou le RSI aient refusé la signature d'un mandat de négociation au directeur général de l'UNCAM, ces mandats faisant l'objet d'une concertation préalable au sein du collège des directeurs.

2 - Les syndicats représentatifs des professions de santé : des prérogatives importantes instituant une forme de cogestion

Les représentants des professions de santé ont, de par les textes régissant les professions de santé, un rôle important dans l'élaboration et le suivi des décisions, rôle rappelé par l'article 1er de la loi du 13 août 2004 : « *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* ».

¹¹ Un autre exemple de proposition de la MSA non reprise est donné à propos du contrat d'accès aux soins : cf. *infra* deuxième partie.

a) La détermination de la représentativité des organisations syndicales

L'habilitation à participer aux négociations conventionnelles est déterminée par la direction de la sécurité sociale¹² d'après quatre critères cumulatifs : l'indépendance, notamment financière, les effectifs d'adhérents, une ancienneté minimale de deux ans, et l'audience établie en fonction des résultats aux dernières élections aux unions régionales des professionnels de santé (URPS) ou appréciée en fonction de l'activité et de l'expérience, lorsque les membres qui les composent ne sont pas élus.

Les unions régionales des professions de santé (URPS)

Les URPS ont été créées par la loi HPST du 21 juillet 2009. Elles ont succédé aux unions régionales des médecins libéraux (URML) qui ne concernaient que les seuls médecins.

Dans chaque région, une URPS rassemble pour chaque profession les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Cette représentation s'exerce soit par voie d'élection (médecins, chirurgiens-dentistes, masseurs kinésithérapeutes, pharmaciens et infirmiers), soit par désignation (orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, sages-femmes, biologistes).

Elles ont pour mission de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. Elles peuvent conclure des contrats avec les ARS et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence.

Pour chaque profession, plusieurs syndicats ont été reconnus représentatifs, de deux pour les masseurs-kinésithérapeutes à cinq pour les médecins. Le nombre de cotisants est globalement faible. Les taux les

¹² Les conventions sont négociées par les organisations syndicales reconnues comme représentatives. Pour vérifier cette qualité, l'article L. 162-33 prévoit qu'une enquête de représentativité doit être conduite préalablement aux négociations conventionnelles.

plus élevés concernent la fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF, 34,8 %), la confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD, 33 %), la confédération des syndicats médicaux (CSMF) dans le collège des spécialités (15,1 %). 7,7 % des médecins généralistes adhèrent à MG France¹³.

Les infirmiers sont particulièrement peu syndiqués, puisque, parmi les quatre organisations représentatives, seule la fédération nationale des infirmiers (FNI) dépasse 1 % (1,09 %). Les masseurs-kinésithérapeutes sont également peu syndiqués : sur les deux organisations représentatives, l'une (la fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs - FFMKR) regroupe 6,5 % des effectifs de la profession, l'autre (l'union nationale des syndicats de masseurs kinésithérapeutes libéraux - UNSMKL) 4,7 %.

Le taux de participation aux élections aux unions régionales est, de façon logique, sensiblement plus élevé que le taux de cotisants. Il est plus significatif de l'intérêt porté par les professionnels à leur représentation que le nombre de cotisants.

Tableau n° 3 : taux de participation aux élections aux URPS

Médecins (collège des généralistes)	42,3 %
Médecins (collège des spécialités de bloc)	39,3 %
Médecins (collège des autres spécialités)	35,8 %
Chirurgiens-dentistes	47,8 %
Infirmiers	25,6 %
Masseurs-kinésithérapeutes	29,8 %
Pharmaciens	64,2 %

Source : direction de la sécurité sociale

Les pharmaciens d'officine se détachent par leur taux de participation, le seul au-dessus de 50 %. Comme pour les cotisants, les participations les plus faibles concernent les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes.

¹³ Direction de la sécurité sociale, sur la base des enquêtes de représentativité les plus récentes.

S'agissant des résultats, Le Bloc (syndicat médical qui regroupe les spécialités de bloc chirurgical), obtient la majorité absolue des suffrages dans le collège des anesthésistes, chirurgiens et obstétriciens, de même que la CSMF dans le collège des autres spécialités. Les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les masseurs-kinésithérapeutes comptent également un syndicat recueillant la majorité absolue des suffrages exprimés (respectivement la CNSD, la FSPF, et la FFMKR). Les suffrages sont plus partagés pour les médecins généralistes (MG France recueille la majorité relative avec 29,7 % des suffrages exprimés) et les infirmiers.

b) Les pouvoirs des syndicats dans la vie conventionnelle

Une convention n'est valide que si elle a été conclue par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives ayant réuni au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national aux élections aux URPS. Sous cette condition, la signature d'une seule organisation représentative permet l'entrée en vigueur du texte d'une convention. Les avenants aux conventions peuvent être signés par des organisations non signataires de la convention initiale.

Pour les médecins, la situation a été compliquée par le fait que les élections aux URPS se font en trois collèges distincts, les généralistes, les spécialistes, et un collège spécifique aux chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens. Le seuil des 30 % conditionnant la validité de la signature est apprécié dans chacun des trois collèges. Une telle fragmentation des collèges, pour une seule convention, constitue un élément de fragilité qui la rend discutable au regard de l'efficacité de la politique conventionnelle. En effet, le collège n° 2 qui concerne les seuls anesthésistes, chirurgiens et obstétriciens ne rassemble que 12,2 % des inscrits aux trois collèges (14 613 sur 199 382), alors que le syndicat Le Bloc a été tout prêt d'obtenir, lors des dernières élections, la possibilité de paralyser la négociation de la convention.

La loi du 13 août 2004 a également créé un pouvoir d'opposition majoritaire à l'application d'une convention : deux organisations syndicales représentatives, dès lors qu'elles ont obtenu ensemble la majorité des votes aux dernières élections aux URPS, peuvent faire

opposition au niveau national à la mise en œuvre d'un accord¹⁴. Ces dispositions donnent au principal syndicat un poids particulier dans la négociation - c'est notamment le cas de la CSMF pour les médecins -, et au syndicat minoritaire participant à une alliance un possible effet de levier pour ses revendications propres. Elle crée une quasi-obligation de faire aboutir les négociations avec un ou des syndicats représentant la majorité des votes.

En l'absence d'opposition à leur reconduction, les conventions sont renouvelées tacitement. Cette disposition favorise l'accumulation des avenants et des instruments conventionnels et avantages liés qui s'ajoutent les uns aux autres, alors qu'une renégociation à la date limite de validité pourrait permettre un réexamen systématique des mesures prises, en fonction de leurs résultats et de leurs coûts.

Au-delà de la négociation et de l'élaboration des textes conventionnels, les modalités de leur application font l'objet d'une cogestion avec les syndicats signataires.

La vie conventionnelle : une gestion paritaire

Les conventions mettent en place une gestion paritaire de la vie conventionnelle, au moyen de commissions paritaires nationales, régionales et départementales ou locales dotées de prérogatives importantes. À chaque niveau, les commissions sont dotées d'une section professionnelle, composée de représentants des organisations syndicales signataires, et d'une section sociale, composée de représentants de l'assurance maladie.

¹⁴ Pour les médecins, cette majorité doit être réunie dans chacun des trois collèges.

Pour les médecins, la section professionnelle comprend, à chaque niveau, 12 représentants. La commission paritaire nationale se réunit en deux formations : une formation orientation, qui délibère sur les orientations de la politique conventionnelle et est chargée de suivre les différents dispositifs mis en place ; une formation exécutive chargée notamment de veiller au bon fonctionnement de la vie conventionnelle. La commission paritaire régionale se réunit dans les mêmes formations et est plus particulièrement chargée du suivi des actions de maîtrise médicalisée et des dépenses de santé dans la région. La commission paritaire locale a pour objet principal d'assurer le bon fonctionnement et la continuité du régime conventionnel au niveau local.

Les conventions définissent également le système de sanction en cas de non-respect des engagements conventionnels. Elles précisent la nature des manquements et des sanctions et la procédure conventionnelle applicable. Pour les médecins, les sanctions susceptibles d'être prononcées en cas de manquements aux obligations conventionnelles sont notamment la suspension du droit de pratiquer des dépassements d'honoraires, temporairement ou pour la durée de la convention, la suspension de la participation des caisses à la prise en charge des avantages sociaux pour un, trois, six ou douze mois, la suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel, avec ou sans sursis, temporairement ou pour la durée de la convention. Les commissions paritaires sont saisies pour avis, en première instance ou en appel, des sanctions envisagées par les CPAM.

c) La question du financement des syndicats de médecins signataires de la convention médicale

Les conventions médicales prévoient le financement d'actions de formation à la vie conventionnelle à destination des médecins libéraux. L'enveloppe financière annuelle est, depuis 2008, de 2,7 M€, répartie au prorata du nombre de cadres siégeant dans les instances paritaires. En 2013, la répartition a été la suivante :

- 1 012 500 € pour les représentants de la CSMF ;
- 675 000 € pour les représentants du syndicat des médecins libéraux - SML ;
- 506 250 pour les représentants de MG France ;
- 506 250 € pour les représentants de la fédération des médecins de France -FMF.

Une convention de financement a été passée le 11 avril 2012 entre l'UNCAM et les organismes de formation mandatés par les organisations syndicales. La convention stipule que la subvention annuelle versée à ces organismes poursuit un double objet : d'une part la formation et l'information des médecins libéraux au contenu de la convention médicale ; d'autre part la formation à la vie conventionnelle des cadres des syndicats signataires de la convention.

Chaque syndicat a créé son propre organisme de formation, qui reçoit les financements : association confédérale pour la formation médicale (ACFM) pour la CSMF, MG FORM pour MG France, association pour la formation des médecins libéraux (AFML) pour le SML, et association fédérale pour la formation des médecins (A2FM) pour la FMF.

Ce financement discrétionnaire, d'un niveau significatif, est reconduit chaque année. S'il est concevable que les nouveaux représentants reçoivent une formation en début de mandat, il est moins compréhensible qu'elle soit renouvelée pendant toute la durée de la convention. Un tel financement au bénéfice des seuls médecins apparaît peu justifié, sauf à considérer que la complexité de la convention médicale et ses enjeux appellent un traitement particulier des représentants des médecins par rapport aux autres professions.

L'organisation législative des relations entre caisses d'assurance maladie et médecins en Allemagne

Les relations entre caisses d'assurance maladie et médecins en Allemagne fonctionnent selon des modalités spécifiques, distinctes de la situation française. Il existe en Allemagne six types de caisses maladie : les caisses locales générales, les caisses d'entreprise, les caisses corporatives, la caisse des mineurs, des cheminots et des marins, la caisse des agriculteurs, et les caisses maladie libres agréées. Au 1^{er} janvier 2013, il existait 134 caisses d'assurance maladie, placées sous la tutelle du ministère fédéral de la santé¹⁵.

¹⁵ Sauf la caisse des agriculteurs, placée quant à elle sous la tutelle du ministère fédéral de l'alimentation, de l'agriculture et de la protection des consommateurs.

Les caisses passent contrat avec les unions de médecins représentant la profession médicale. Les médecins de ville exercent leur activité en libéral : ils sont payés à l'acte par le biais des unions de médecins auxquelles ils sont affiliés, dans la limite des fonds attribués par les caisses. Les unions de médecins effectuent une péréquation entre leurs membres en fonction du volume d'actes réalisés.

Les médecins peuvent être conventionnés avec plusieurs caisses. Les unions de médecins exercent un contrôle sur leurs affiliés, qui porte en particulier sur le volume et la qualité des prescriptions.

La loi de stabilisation et d'amélioration structurelle de l'assurance maladie de 1992 a modifié la planification de l'offre médicale autour de deux axes : une remise en cause partielle de la liberté d'installation des médecins en faisant obstacle à leur installation dans certaines zones géographiques surmédicalisées¹⁶, et une redéfinition des prestations relevant des spécialistes ou des généralistes.

À compter de 2003 et la mise en œuvre de l'Agenda 2010¹⁷, toutes les caisses ont proposé un système de « médecin de famille » qui repose sur un contrat individuel entre la caisse et le médecin. Le médecin généraliste est devenu le point d'entrée dans le système de soins, avant de consulter un spécialiste, de procéder à des analyses ou de se rendre chez le pharmacien. La loi sur l'efficacité économique du médicament adoptée en 2006 avait instauré un système de bonus-malus afin d'encadrer les prescriptions de médicaments par les médecins, à partir de volumes de dépenses moyennes pour les médicaments les plus consommés. Cette loi a entraîné une forte mobilisation de la communauté médicale, et le bonus-malus a été supprimé en 2010.

En 2007, la loi sur le renforcement de l'assurance maladie a mis en place un nouveau système de rémunération des médecins¹⁸ sur la base d'objectifs quantifiés et de forfaits pour le suivi des patients. Elle généralise les contrats de généralistes en renforçant leur rôle pivot.

¹⁶ Qui présentent une densité médicale supérieure à 10 % de la densité médicale nationale, sauf en cas de succession.

¹⁷ Ensemble de réformes structurelles visant à économiser 23 Md€ en quatre ans.

¹⁸ Il n'existe pas de secteur 2 en Allemagne. Seuls les médecins soignant des patients assurés dans le privé (donc aux revenus supérieurs au plafond de l'assurance maladie obligatoire) peuvent demander des honoraires plus élevés (Source : Les médecins, entre politique publique et aspiration libérale. Patrick Hassenteufel et Alban Davesne Etude pour l'institut Montparnasse

La loi structurelle sur l'organisation du système de soins de 2011 a introduit une plus grande flexibilité dans la planification sanitaire en facilitant notamment la prise en compte de spécificités régionales par les Länder et a assoupli l'encadrement budgétaire de l'activité des médecins. Les capacités d'action des unions de médecins ont été renforcées (aides à l'installation dans les zones de faible densité, gestion des structures de soins, soutien à la coopération entre médecins). Dans le même temps la capacité de négociation régionale entre les caisses et les médecins a été accrue sur les volumes d'honoraires et les modes de rémunération, et la délégation d'actes médicaux à d'autres professionnels de santé a été facilitée.

Sources : « comparaison France-Allemagne des systèmes de protection sociale », Documents de travail de la DG Trésor, n° 2012/02, août 2012 ; « les médecins entre politique publique et aspiration libérale », Institut Montparnasse, octobre 2013 ; « le régime allemand de sécurité sociale », www.cleiss.fr.

II - Des politiques conventionnelles caractérisées par une succession de colloques singuliers

A - Des négociations nombreuses et très séquencées

Les conventions avec les principales professions de santé libérales sont régulièrement renégociées et font surtout l'objet de nombreux avenants. Ainsi, la convention passée en 2005 avec les médecins a fait l'objet de 32 avenants et celle passée en 2011 en compte déjà 11 : 6 conclus dès l'année 2011, 2 en 2012, 3 en 2013. Les conventions passées respectivement avec les infirmiers et avec les masseurs-kinésithérapeutes en 2007 comportent chacune 4 avenants.

D'autres conventions, plus anciennes, passées avec des professions aux effectifs plus modestes et prolongées en revanche par une succession de tacites reconductions, comptent également des avenants mais selon une fréquence moindre : celle passée avec les orthophonistes en 1997 a fait l'objet de 14 avenants, celle des orthoptistes conclue en 1999 de dix avenants. La convention passée avec les directeurs de laboratoires de biologie médicale qui remonte à 1994 est pour sa part en cours de reconduction sans avoir fait l'objet d'une renégociation, faute d'avoir été dénoncée en temps utile. Comme la Cour l'avait relevé dans sa communication à la commission des affaires sociales sur la biologie

médicale de juillet 2013, elle apparaît pourtant complètement désuète sur de très nombreux points.

La succession de renégociations à l'échéance et d'avenants pour les principales professions s'explique notamment par la mise en œuvre des multiples axes des politiques conventionnelles, dans le cadre d'une volonté d'enrichissement de ces dernières qui tendent à faire des conventions de véritables conventions « métiers ». Cette évolution est particulièrement manifeste par exemple pour les médecins avec l'introduction de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), ou pour les pharmaciens où la convention de 2012 a changé de nature par rapport aux précédentes.

Un encadrement normatif complexe

L'essentiel des dispositions relatives aux conventions passées entre l'assurance maladie et les professions de santé est rassemblé dans le livre I du code de la sécurité sociale. L'article L. 162-14-1 traite des dispositions communes aux conventions passées avec les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux, les directeurs de laboratoires de biologie médicale, et les transporteurs sanitaires. Il précise que les conventions sont conclues pour une durée de cinq ans.

Différents articles déclinent ensuite le contenu particulier des conventions, avec un emboîtement rendant l'ensemble peu lisible. Ainsi, l'article L. 162-9 traite des dispositions relatives aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes et aux auxiliaires médicaux, mais les conventions avec les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes font également l'objet de deux autres articles particuliers.

Les pharmaciens font l'objet d'un article spécifique, mais ne sont pas intégrés dans les dispositions communes. De ce fait, le pouvoir d'opposition à l'entrée en vigueur d'une convention ne leur est pas reconnu, et l'approbation ministérielle des actes conventionnels les concernant est soumise à un circuit spécifique compliqué.

Certaines dispositions manquent en outre de cohérence. L'article L. 162-11 dispose que pour les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux, à défaut de convention nationale, les tarifs et avantages annexes sont prévus par des conventions départementales. Or toutes ces professions ont fait l'objet de conventions nationales, et l'article L. 162-14-2 prévoit, en cas d'échec des négociations, l'établissement d'un règlement arbitral.

Par effet de sédimentation, l'ensemble forme un corpus complexe qui gagnerait à être simplifié et homogénéisé à l'occasion d'une réécriture globale des dispositions relatives aux conventions passées avec les professions de santé.

Cette approche a débouché sur une inflation des négociations en raison d'un traitement très séquencé, donnant lieu à une succession quasi-ininterrompue de « colloques singuliers » entre l'assurance maladie et chaque profession.

La forte segmentation des négociations peut comporter des avantages. Elle peut permettre une maturation des problématiques à des rythmes différents suivant les professions et une diffusion de certains dispositifs par l'exemple, en quelque sorte en tache d'huile, en déclinant les mesures négociées avec certaines professions et considérées comme constituant des avancées successivement avec d'autres, comme par exemple en matière de conventionnement sélectif à l'installation, diffusé des infirmiers aux masseurs kinésithérapeutes ou de rémunération sur objectifs diffusé des médecins aux pharmaciens. Elle permet également d'étaler les coûts liés à l'entrée en vigueur des différentes mesures.

Elle comporte également des inconvénients. La démultiplication des séquences conventionnelles est mobilisatrice de temps et d'énergie, pour les services de la CNAMTS comme pour les représentants syndicaux. Elle est également susceptible de multiplier les compensations accordées. Elle fait obstacle à une vision globale et claire du coût des politiques conventionnelles, leur consolidation étant plus malaisée¹⁹.

Par ailleurs, elle complique le suivi et rend peu lisibles les mesures conventionnelles pour les professionnels de santé sur le terrain, souvent peu au courant en dehors des appareils syndicaux du détail des mesures conventionnelles malgré l'organisation de réunions de praticiens par les CPAM et le relais qu'apportent pour diffuser les informations les délégués de l'assurance maladie, en contacts réguliers avec les médecins.

¹⁹ Cette question du coût des politiques conventionnelles est abordée dans la 4^{ème} partie du rapport.

En outre, elle nuit à la pérennité des dispositifs qui peuvent rapidement être modifiés voire remplacés sans avoir pu être réellement mis en œuvre.

Enfin, le fait pour l'assurance maladie de privilégier des négociations très séquencées, par profession, a constitué un obstacle à l'émergence de négociations interprofessionnelles.

B - Une approche interprofessionnelle encore balbutiante

1 - Un premier accord cadre interprofessionnel long à émerger et pauvre dans son contenu

a) Une longue genèse

La loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie avait créé une architecture conventionnelle à trois étages : un accord-cadre interprofessionnel, des conventions nationales sectorielles par profession, des outils de promotion de la qualité des soins collectifs (accords de bon usage des soins) et individuels (contrats de bonne pratique)²⁰.

La loi de 2004 relative à l'assurance maladie a redéfini les parties concernées par l'élaboration de cet accord-cadre sans en modifier l'ambition : du côté de l'assurance maladie, à l'instar de l'ensemble des accords conventionnels, l'UNCAM s'est substituée aux caisses nationales ; du côté des professionnels, l'Union nationale des professions de santé (UNPS), créée sous la forme d'une association régie par la loi de 1901 à l'issue d'un amendement parlementaire afin de constituer le pendant de l'UNOCAM, s'est substituée au Centre national des professions de santé.

²⁰ Ces modalités nouvelles de conventionnement concernant le bon usage des soins et les bonnes pratiques avaient déjà été introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

L'UNPS est composée de 46 représentants issus de 12 professions. Dans la mesure où le nombre de sièges affectés à une profession est au moins égal au nombre d'organisations syndicales représentatives de cette profession, chacune de ces organisations reçoit un siège, les sièges restant à répartir l'étant à la représentation proportionnelle au plus fort reste. L'UNPS comptait ainsi en 2012 des représentants de 24 organisations syndicales. La représentation élue au bureau est plus limitée : elle comprenait 12 organisations, dont deux pour les médecins (la CSMF et le SML).

L'UNPS a notamment pour but de faire des propositions relatives à l'organisation du système de santé ainsi qu'à tout sujet d'intérêt commun aux professions de santé. Son rôle conventionnel direct est toutefois limité à la négociation, avec l'UNCAM, de l'accord-cadre interprofessionnel.

L'accord-cadre interprofessionnel (ACIP)

L'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale dispose que les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pharmaciens titulaires d'officine, les directeurs de laboratoires privés de biologie médicale et les entreprises de transports sanitaires sont définis par un accord-cadre conclu entre l'UNCAM et l'UNPS.

La procédure d'adoption est identique à celle d'une convention nationale. L'accord ne s'applique toutefois à une profession que si au moins une organisation syndicale représentative le signe. Conclu pour une durée au plus égale à 5 ans, il fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions. Il peut notamment déterminer les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville, ainsi que les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés et une meilleure coordination des soins, ou pour promouvoir des actions de santé publique.

Il aura fallu attendre dix ans, après la loi de 2002, pour qu'un premier accord interprofessionnel voie le jour. L'UNPS ne s'est mise en place que progressivement et l'UNCAM n'a de son côté manifesté aucune volonté de conclure rapidement un accord. Les négociations ont débuté au second semestre 2009, pour aboutir à la conclusion d'un accord presque trois ans après le 15 mai 2012.

De fait, l'ACIP n'a pu jouer le rôle de socle interprofessionnel pour le nouveau cycle lourd de négociations avec certaines professions intervenu en 2011 et 2012. Le Conseil de l'UNCAM avait pourtant relevé qu'il était « *particulièrement opportun de pouvoir négocier l'accord cadre en ce début d'année 2011 dans la mesure où un certain nombre de négociations conventionnelles par profession vont être initiées dans les mois à venir. Ainsi, l'ACIP va pouvoir déterminer un certain nombre de dispositions communes à l'ensemble des professions qui pourront être déclinées dans chaque convention* »²¹. Cela n'a finalement pas été le cas : pour les médecins, les pharmaciens, comme pour l'avenant n° 2 des chirurgiens-dentistes, les avenants n° 2 et 3 des infirmiers et l'avenant n° 3 des masseurs-kinésithérapeutes, l'ACIP est intervenu après coup, l'UNCAM ayant précisé que les organisations syndicales avaient fait le choix de privilégier les négociations mono-professionnelles.

b) Un accord pauvre dans son contenu, qui ne justifie pas le niveau de financement public de l'UNPS

L'accord est constitué de trois volets principaux : la délivrance et la coordination des soins, les relations entre les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie, et les avantages sociaux des professionnels de santé libéraux. Il expose surtout des déclarations d'intention.

Le premier volet, après avoir rappelé le principe de libre choix du patient, traite du développement souhaitable des démarches favorisant la coordination des soins. L'accord proposait de mettre en place des expérimentations, par voie d'avenant, sur trois thèmes : l'optimisation du parcours de soins en facilitant le lien ville-hôpital ; la coordination autour d'un patient atteint d'une pathologie chronique ou souffrant de polyopathologies ; la coordination dans le cadre de la prise en charge de la dépendance à domicile. Pour autant, aucun avenant n'a été passé et ces dispositions n'ont pas été suivies d'effet.

Le deuxième volet, relatif aux relations entre les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie, évoque surtout le développement

²¹ Procès-verbal de la séance du 27 février 2011. Cette opportunité avait déjà été relevée lors de la séance du 27 janvier 2011.

de l'offre de services électroniques dédiée aux professionnels (numéro d'appel, portail « espace pro ») et aux assurés (« Ameli direct »). Les partenaires s'engagent également à promouvoir l'utilisation des télé-services et des feuilles de soins électroniques.

Le troisième volet de l'accord porte sur les avantages sociaux. Il acte la participation des caisses au financement des cotisations dues au titre des revenus d'activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des professionnels de santé, L'UNCAM s'engageant à négocier cette disposition dans le cadre des conventions nationales mono-professionnelles.

D'autres thèmes importants, évoqués par le Conseil de l'UNCAM lors de la définition des orientations, n'ont pas été abordés dans l'accord : les conditions d'exercice des remplaçants, l'engagement à partager l'information médicale entre professionnels de santé. Le Conseil avait également suggéré que l'ACIP comporte un point sur les modes de rémunération des professionnels de santé et sur les dispositions relatives à leur installation sur le territoire national, ce qui n'a pas été le cas.

L'architecture conventionnelle à trois étages fixée par la réforme de 2002 est finalement restée largement inappliquée. En pratique, un renversement de logique a été opéré, car l'accord interprofessionnel ne constitue pas le socle des conventions particulières, mais reste subsidiaire.

L'accord comporte également l'octroi d'une subvention annuelle de 800 000 € à l'UNPS. Contrairement au financement accordé aux syndicats signataires des conventions médicales, le principe de cette subvention est prévu par les textes : l'article L. 182-4 du code de la sécurité sociale dispose que l'UNPS reçoit une contribution à son fonctionnement de la CNAMTS, le montant de cette contribution étant défini par l'ACIP ou, à défaut, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, ce qui a été le cas jusqu'en 2011²².

²² La dotation a été fixée par arrêté ministériel jusqu'à la conclusion de l'ACIP pour un montant variable allant jusqu'à 700 000 € en 2010. L'UNCAM a indiqué que lors de la conclusion de l'ACIP, il a été tenu compte d'un certain nombre de nouvelles missions, notamment la participation à certaines instances instituées par cet accord comme le comité technique interprofessionnel de modernisation des échanges (COTIP).

Ce financement pose la question de l'indépendance de l'UNPS, a fortiori en étant intégré à l'accord passé avec l'UNCAM. La subvention couvre la totalité des dépenses exposées par l'UNPS, sans aucune contribution des syndicats adhérents. Un tel niveau de financement annuel ne se justifierait que si l'UNPS jouait un rôle beaucoup plus actif dans les relations conventionnelles, notamment par le développement des approches interprofessionnelles.

2 - Des accords conventionnels interprofessionnels non concrétisés

La loi du 13 août 2004 a introduit, à l'article L. 162-14-1, II du code de la sécurité sociale, un autre mode de contractualisation interprofessionnelle sous la forme d'accords conventionnels interprofessionnels (ACI) intéressant plusieurs professions de santé, dispositifs à distinguer de l'ACIP. Conclus pour cinq ans, ils peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation des dispositifs favorisant une meilleure coordination des soins.

Cette formule devrait permettre de développer une approche interprofessionnelle avec plus de souplesse que l'ACIP, en donnant du contenu à des accords à géométrie variable intégrant les seules professions directement concernées (par exemple médecins et infirmiers, ou bien médecins et pharmaciens). Or cette possibilité n'a pas été exploitée jusqu'à ce jour par l'UNCAM.

Etant donné l'absence d'utilisation de ce dispositif d'une part, le caractère tardif et le peu de contenu de l'ACIP d'autre part, les conventions passées avec chaque profession se contentent, dans leurs stipulations relatives au développement des approches interprofessionnelles, d'éléments d'annonce et renvoient à des négociations à venir, qui n'étaient pas encore intervenues au début de l'année 2014.

Ainsi, la convention avec les infirmières de 2007 exprime le souhait, à propos du développement de nouveaux rôles infirmiers, d'une coopération à travers la signature d'accords conventionnels multi-professionnels. L'avenant n° 8 des médecins conclu en 2012 indique que les partenaires conventionnels conviennent d'entamer des travaux dans le courant du premier semestre 2013 pour renforcer la coordination entre professionnels de santé et la rémunérer. La convention avec les pharmaciens de 2012 consacre une section à la collaboration entre pharmaciens et autres professionnels de santé, mais pour indiquer essentiellement que cette participation est envisagée par les partenaires

conventionnels dans le cadre de l'ACIP. De même, l'avenant n° 6, conclu en 2012, à l'accord national sur les génériques de 2006 stipule que les parties « *s'engagent à se rapprocher des organisations syndicales représentatives des médecins en vue de conclure un protocole d'accord tripartite destiné à coordonner la prescription et la dispensation des médicaments génériques* ». L'avenant n° 7 de mai 2013 y fait à nouveau référence en envisageant un accord dans le courant de l'année 2013. Aucune de ces différentes stipulations n'a été suivie d'effet.

3 - De nouvelles négociations sous la pression de l'État

Devant la frilosité des politiques conventionnelles et le peu d'application de certains engagements, l'État a été amené à tenir un rôle direct essentiel dans les quelques avancées relatives aux relations interprofessionnelles. Elles ont été facilitées par l'évolution du cadre législatif et impulsées par le ministère chargé de la santé, hors politique conventionnelle. L'assurance maladie a, de son côté, développé ses propres programmes. Le résultat en est un paysage complexe pour les professions de santé et incompréhensible pour les patients. Sous forte pression des pouvoirs publics, de nouvelles négociations se sont cependant récemment ouvertes, qui présentent l'occasion de resituer ces démarches dans la politique conventionnelle.

a) Des expérimentations menées hors processus conventionnel

La LFSS pour 2008²³ disposait que des expérimentations pouvaient être menées, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des maisons de santé et des centres de santé, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant. Les expérimentations ont été conduites par les ARS, le suivi en étant assuré par la direction de la sécurité sociale.

²³ Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, article 44.

147 sites (74 maisons, 37 pôles et 36 centres de santé) ont intégré le dispositif expérimental en deux temps : 6 régions-test en 2010 puis l'ensemble du territoire en 2011²⁴. Sur les 4 modules initialement prévus, 3 étaient opérationnels à fin 2013 :

- le module 1 consacré à la coordination est le plus important financièrement (environ 45 000 € par site en moyenne). Il rémunère, selon la taille de la patientèle et le nombre de professionnels impliqués, la coordination interne (entre les professionnels de la structure) et externe (avec les autres acteurs du parcours de soins) ;
- le module 2 concerne les nouveaux services (essentiellement l'éducation thérapeutique) : il concerne un tiers des structures pour 15 % de leurs revenus (entre 250 € et 300 € par patient pris en charge). Un modèle alternatif baptisé ESPREC (pour « équipes de soins de premier recours) a été expérimenté à compter de 2013, dans le cadre de la prise en charge de cas complexes par un trinôme médecin/infirmier/pharmacien ;
- le module 3 est consacré à la coopération, c'est-à-dire la délégation d'actes ou d'activités entre médecins et auxiliaires médicaux. Dans ce cadre, une convention a été signée avec l'association ASALEE (Action santé libérale en équipe) le 5 novembre 2012 pour le déploiement de 67 ETP infirmiers sur le territoire, qui doivent mettre en œuvre quatre protocoles validés par la Haute autorité de santé (HAS)²⁵.

Un quatrième module concernait le forfait à la capitation. En l'absence de consensus avec les ordres professionnels, ce module, pourtant fondamental dans la mesure où il permettait de tester un mode alternatif de rémunération des professionnels, n'a pas été développé.

L'évaluation de ces expérimentations²⁶ est menée en partenariat avec l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Les premiers résultats, fondés sur la comparaison avec des

²⁴ En mai 2014, le ministère chargé de la santé a annoncé l'extension des expérimentations à 160 nouvelles équipes.

²⁵ Deux protocoles de prise en charge des patients ALD stabilisés (diabète et risque cardio-vasculaire) et deux protocoles de dépistage (BPCO et troubles cognitifs).

²⁶ Le budget annuel des ENMR s'élevait en 2013 à 13,6 M€ (8,5 M€ pour les modules 1 et 2 et 5,1 M€ pour le module 3), financés intégralement sur le risque ville.

zones témoins, tendent à montrer que l'implication d'une maison de santé a un impact favorable sur la densité médicale dans les zones fragiles²⁷. Elles tendent également à montrer que les sites des ENMR ont, en matière d'indicateurs de santé publique et d'efficience de la prescription, en moyenne des résultats équivalents ou meilleurs, avec toutefois des disparités importantes. Enfin, les patients suivis dans une structure pluri-professionnelle ont une dépense ambulatoire plus faible et centrée sur la « première ligne » paramédicaux/médecins généralistes.

D'autres expérimentations sont menées par l'État et les ARS. Ainsi, l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 a créé un cadre, retrace aux articles L. 4011-1 à L. 4011-3 du code de la santé publique, permettant la mise en place de coopérations entre professionnels de santé, sous la forme de protocoles autorisés par les directeurs généraux des ARS après avis de la Haute Autorité de santé, et pouvant faire l'objet d'une prise en charge financière dérogatoire. Près de quarante protocoles ont été examinés ou sont en cours d'examen par la HAS depuis l'entrée en vigueur de ces dispositions. De même, dans le cadre des dispositions de l'article 48 de la LFSS pour 2013, une expérimentation dénommée PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie), visant à une prise en charge globale par les secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire, est développée par huit ARS.

La CNAMTS a, de son côté, développé ses propres programmes. Le programme SOPHIA, concernant l'accompagnement de patients atteints de maladies chroniques, a d'abord été expérimenté pour le diabète avant d'être intégré à la convention médicale de 2011²⁸. Il est maintenant expérimenté sur l'asthme, et dans un proche avenir sur les pathologies cardio-vasculaires. La CNAMTS a en outre mis en œuvre plusieurs programmes d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) après hospitalisation. Leur objectif commun est d'organiser l'accompagnement à domicile afin que les patients ne restent pas à l'hôpital par défaut. Un conseiller, agent administratif de l'assurance maladie, propose au patient une offre de suivi à domicile comprenant une mise en relation avec des professionnels libéraux de son choix et, au besoin, une aide à la vie

²⁷ IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 189 juillet/août 2013 et n° 190 septembre 2013.

²⁸ Il comporte une rémunération forfaitaire et annuelle équivalente à une consultation (C) par patient pour le recueil de questionnaires après inscription des patients concernés.

quotidienne. Trois programmes ont été lancés : le PRADO maternité, le PRADO orthopédie, le PRADO insuffisance cardiaque. En outre, en 2014, deux nouveaux PRADO devaient débiter en expérimentation, pour les malades souffrant d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et pour les patients souffrant de plaies chroniques (ulcères, escarres).

La multiplication des expériences débouche sur une grande complexité et un extrême éclatement des actions et des procédures afférentes. Les expériences menées ne reposent en outre pas sur la même conception : les ENMR cherchent à structurer le travail en équipe, les PRADO visent plutôt à organiser le parcours du patient, sans nécessairement faire du médecin traitant le pivot de ce parcours. La démarche consistant à expérimenter de nouvelles pratiques et de nouveaux modes d'organisation est en soi positive : toutefois des choix doivent être faits, après évaluation, entre des formules parfois divergentes ; en outre, cette démarche ne peut suppléer une absence de politique conventionnelle interprofessionnelle.

b) La conduite difficile de nouvelles négociations interprofessionnelles

La durée des ENMR a été étendue d'un an par la LFSS pour 2012 en conséquence de l'entrée en vigueur tardive des dispositifs, puis d'un an supplémentaire par la LFSS pour 2014.

En outre, la LFSS pour 2013 a complété les dispositions de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale relative aux accords conventionnels interprofessionnels (ACI), en précisant notamment qu'ils visent à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients, et qu'ils établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie.

L'UNCAM n'a pas souhaité exploiter rapidement les possibilités offertes par ces dispositions, pas plus que celles offertes par l'ACIP, indiquant qu'elle avait préféré attendre de connaître la feuille de route de la stratégie nationale de santé, publiée en septembre 2013. Devant les lenteurs du processus, la LFSS pour 2014 a prévu, en cas d'échec de la négociation conventionnelle pour la généralisation de la rémunération

d'équipe, la possibilité d'un règlement arbitral approuvé par les ministres²⁹.

Les négociations, engagées dans un climat difficile, n'avaient pas encore abouti au moment de l'établissement de la présente communication. De fait, ces négociations impliquent un changement culturel considérable. Jusque-là, l'UNCAM a raisonné profession par profession, et par séquence, ce qui a pu générer des tensions entre professions qui ne rendent pas aisée une approche interprofessionnelle apaisée : par exemple la mise en place en 2013 d'une rémunération sur objectifs des pharmaciens en contrepartie de l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux³⁰ a été mal acceptée des médecins.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

La réforme de 2004 a engendré une forte concentration des pouvoirs au bénéfice de l'UNCAM et de son directeur général. Celui-ci bénéficie d'une forte autonomie dans la négociation et la conduite des politiques conventionnelles, en partenariat avec les syndicats représentatifs signataires. Face à cette forme de cogestion et à cette autonomisation marquée du processus conventionnel, les pouvoirs de régulation de l'État ont été limités.

Cette redistribution des pouvoirs s'est accompagnée d'un élargissement significatif du champ conventionnel qui a entraîné le développement d'un processus de négociation en continu.

Les politiques conventionnelles sont marquées par une succession de négociations avec chaque profession, en « tuyaux d'orgue ». Cette situation a débouché sur une « négociation permanente », provoquant une instabilité des dispositifs qui rendent peu lisibles, pour les professionnels comme pour les patients, les objectifs poursuivis.

²⁹ Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, article 33. Ces dispositions ont modifié l'article L.162-14-2 du code de la sécurité, en faisant figurer l'accord conventionnel interprofessionnel au nombre des conventions pouvant faire l'objet d'un règlement arbitral.

³⁰ Avenant n° 1 en date du 10 janvier 2013 à la convention avec les pharmaciens. Cf. Partie II.

Ces négociations très séquencées ont en outre compliqué l'émergence des approches interprofessionnelles. L'accord-cadre interprofessionnel de 2012 reste très pauvre, et la possibilité de conclure des accords conventionnels interprofessionnels, ouverte par la loi de 2004, n'a pas été utilisée. Dans le même temps, les expérimentations hors champ conventionnel sur les coopérations interprofessionnelles de la part de l'État et de l'assurance maladie se sont multipliées, sans être coordonnées.

La situation devrait commencer à évoluer en 2014, sous la pression des pouvoirs publics. Au-delà cependant des négociations en cours, il apparaît nécessaire, dans un souci de plus grande efficacité du système de soins, de plus grande régulation du nombre d'actes et de meilleur suivi du parcours des patients, de renverser la perspective conventionnelle en faisant des approches interprofessionnelles le cadre premier des négociations dont les résultats formeraient ensuite l'armature commune des différentes conventions par profession de manière à permettre une approche plus coordonnée des soins de premier recours. Chaque convention conserverait pour le reste une logique plus spécifiquement propre à la profession concernée.

En conséquence, la recommandation suivante est formulée :

- 2. développer de façon prioritaire les approches interprofessionnelles pour une meilleure efficacité des soins de premier recours, en faisant converger les expérimentations menées en ordre dispersé.*
-

Chapitre II

Les rémunérations : des politiques insuffisamment mises au service des objectifs poursuivis

La question de la rémunération des actes dispensés par les professionnels de santé libéraux est centrale dans les négociations conventionnelles. L'assurance maladie a impulsé récemment une politique de diversification des modes de rémunération de certaines professions. La connaissance des revenus des professions de santé reste toutefois trop peu documentée, et les évolutions constatées insuffisamment conformes aux objectifs poursuivis.

I - La diversification des modes de rémunération : une volonté forte de l'assurance maladie

Si le paiement à l'acte reste en France le socle de la rémunération des médecins, la convention de 2011 marque une évolution vers un mode de rémunération mixte qui comporte trois piliers : l'acte, la rémunération à la performance sur objectifs de santé publique (ROSP), et la rémunération forfaitaire.

Tarifs, remboursement et restes à charge

Le paiement à l'acte, c'est-à-dire le paiement direct des professionnels de santé par les patients, est l'un des principes historiques de la médecine libérale en France.

Les conventions nationales conclues entre les organismes d'assurance maladie et les professions libérales de santé faisant l'objet d'un examen approfondi dans le présent rapport fixent les tarifs opposables qui s'appliqueront aux actes ou consultations délivrés par les professionnels conventionnés. Les pharmaciens sont pour leur part principalement rémunérés par la marge sur les médicaments vendus, fixée par voie réglementaire.

Les tarifs diffèrent suivant la nature des actes pratiqués et les professions qui les délivrent. Ainsi, en secteur 1³¹, la consultation en cabinet d'un médecin généraliste est tarifée à 23 € (sous réserve des rémunérations particulières qui peuvent s'ajouter, exposées *infra*), celle d'un psychiatre 37 € et celle d'un cardiologue 45,73 €. Le soin conservateur réalisé par un chirurgien-dentiste est tarifé sur la base d'un prix unitaire de 2,41 €, multiplié par un coefficient propre à l'acte qui en donne la valeur (par exemple, pour un scellement de sillon, SC9, soit $2,41 \times 9 = 21,69$ €).

Le montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (ou taux de remboursement) varie selon la nature de la dépense et la situation du patient. Il s'élève ainsi dans les exemples cités ci-dessus à 70 % pour les consultations de praticiens du secteur 1 ou les soins conservateurs du chirurgien-dentiste. Les patients souffrant d'une affection de longue durée (ALD) reconnue par la sécurité sociale seront remboursés à 100 % pour les soins reçus au titre de cette affection. La dépense finale pour le patient dépend enfin de l'éventuel complément pris en charge par l'assurance maladie complémentaire souscrite par le patient.

Un patient allant consulter un praticien non conventionné sera remboursé sur la base d'un tarif d'autorité fixé à 0,98 €.

En 2012, selon les comptes nationaux de la santé, l'assurance maladie obligatoire a pris en charge 62,5 % des dépenses de soins de ville, les organismes complémentaires d'assurance maladie 22,4 %, les ménages 13,3 %, et l'État 1,8 % (couverture maladie universelle complémentaire - CMU-C).

La diversification des rémunérations impulsée par l'assurance maladie a pris rapidement de l'importance : en 2013, la part globale des rémunérations au forfait et à la performance pour les médecins

³¹ Les médecins de secteur 2 sont autorisés à pratiquer des honoraires libres, les dépassements par rapport aux tarifs opposables n'étant pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

généralistes, rapportée au total des honoraires sans dépassements, était de 12,3 %, dont 8,4 % liés aux forfaits et 3,9 % liés à la première année de paiement de la ROSP³². Ces évolutions correspondent à une majoration de la rémunération globale, puisque la rémunération à l'acte n'a pas été modifiée.

La diversification des modes de rémunération a également été appliquée, plus récemment, aux pharmaciens, sous la forme d'une rémunération à la performance d'une part, de l'introduction d'un honoraire de dispensation d'autre part.

A - L'introduction récente de rémunérations à la performance

1 - Une généralisation par voie conventionnelle pour les médecins

a) Un dispositif généralisé en 2011, mais sans être devenu obligatoire

La généralisation de la rémunération à la performance sur objectifs de santé est une disposition essentielle de la convention de 2011. Cette rémunération à la performance est versée en fonction de l'atteinte, par les médecins concernés, d'objectifs de santé publique et d'efficience.

Elle avait d'ores et déjà été initiée avec les médecins traitants dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), lancés en juillet 2009, hors politique conventionnelle, sur la base des dispositions de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale. Le CAPI a donc constitué un test de l'acceptabilité de la démarche d'une rémunération à la performance, contribuant à ce que les syndicats représentatifs l'acceptent.³³

³² CNAMTS, SNIR France entière. La ROSP payée en 2013 correspondait aux résultats des médecins en 2012.

³³ La CNAMTS s'était fixé comme objectif, en 2009, de signer environ 5 000 CAPI. En 2012, environ 16 000 médecins avaient un CAPI en cours. Les syndicats professionnels étaient initialement très réservés vis-à-vis de ce dispositif conçu hors cadre conventionnel.

La convention de 2011 (article 26) stipule qu'« *au regard des résultats encourageants de cette expérience, les partenaires conventionnels estiment qu'il est désormais possible de généraliser ce mode de rémunération complémentaire à l'ensemble des médecins, dans un cadre désormais conventionnel* ». Ce dispositif n'a cependant pas été rendu obligatoire : son application peut faire l'objet d'un refus. Le choix des indicateurs de la ROSP s'inscrit, en dehors d'un nouveau volet sur l'organisation du cabinet et la qualité de service, pour une bonne part dans la continuité du CAPI.

b) Un impact financier non négligeable

Seuls 2,8 % des médecins généralistes et 4,4 % des médecins spécialistes concernés ont refusé la ROSP³⁴.

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins

La ROSP vise à favoriser l'amélioration de la qualité de la pratique en l'appréciant au moyen d'indicateurs calculés sur l'ensemble de la patientèle. Ces indicateurs couvrent deux grandes dimensions :

- L'organisation du cabinet et la qualité de service, mesurées par cinq indicateurs relatifs à la tenue du dossier médical informatisé de chaque patient, le recours à un logiciel d'aide à la prescription, l'informatisation dans le but de généraliser la télétransmission des feuilles de soins et l'utilisation des télé-services, l'affichage dans les locaux et sur le site internet de l'assurance maladie des conditions d'accessibilité du cabinet, et l'élaboration d'une fiche de synthèse annuelle par patient (ce dernier indicateur étant réservé aux médecins traitants).

- La qualité de la pratique médicale : ce second volet a vocation à s'étendre à toutes les spécialités par avenants, les indicateurs et les modalités de calcul devant en conséquence être adaptés aux spécificités des différentes spécialités.

³⁴ Les intéressés devaient le faire savoir à la CPAM de leur lieu d'exercice, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les trois mois suivant la publication de la convention médicale de 2011.

Pour les médecins traitants, la qualité de la pratique médicale est mesurée par 24 indicateurs couvrant trois axes : neuf indicateurs de suivi des pathologies chroniques, huit indicateurs de prévention, sept d'efficacité dont cinq concernent la prescription dans le répertoire des génériques. L'ensemble du dispositif est basé sur un total de 1300 points (500 points pour le suivi des pathologies chroniques et la prévention, 400 pour l'optimisation des prescriptions et 400 pour l'organisation du cabinet). La valeur du point est de 7 €. Le nombre de points est défini pour une patientèle moyenne de 800 patients et pondéré ensuite selon le volume de la patientèle réelle.

Le volet de la ROSP relatif à la qualité de la pratique médicale a été étendu aux médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires par avenant n° 7 conclu le 14 mars 2012, et aux gastro-entérologues ainsi qu'aux hépatologues par avenant n° 10 du 14 février 2013. Pour les cardiologues, ont été prévus 2 indicateurs de suivi des pathologies chroniques, 5 indicateurs de prévention et de santé publique, 2 indicateurs d'efficacité, pour un total de 590 points. Pour les gastro-entérologues et les hépatologues, ont été prévus 4 indicateurs de suivi des pathologies chroniques, 3 indicateurs de prévention et de santé publique, 1 indicateur d'efficacité, pour un total de 550 points.

Chaque indicateur est indépendant, les médecins percevant une rémunération correspondant à leur progression vers l'objectif-cible.

En 2013, le taux de réalisation des objectifs par les généralistes a été de 60,4 %, pour une rémunération moyenne de 5 480 € (soit + 15,3 % par rapport à 2012). L'ensemble de la ROSP a représenté une dépense brute de 289 M€ sur 2012 et de 341 M€ en 2013³⁵. Pour les médecins généralistes, si l'on se réfère au revenu moyen estimé par la CNAMTS, la ROSP moyenne correspond à une augmentation de 6,4 % du revenu 2012.

La très grande majorité des médecins ont été éligibles dès 2012 à une rémunération au titre de l'organisation du cabinet (80 % des omnipraticiens, 73 % pour l'ensemble des médecins). S'agissant des résultats sur les autres indicateurs, pour la pratique clinique, des progrès sont observés sur le suivi des pathologies chroniques ; pour la prévention, les résultats sont plus contrastés : notamment, les résultats des indicateurs relatifs à la grippe sont en régression et les indicateurs relatifs aux dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus ne progressent pas.

³⁵ La CNAMTS calcule un coût net de 267 M€, en déduisant des 341 M€ les aides à la télétransmission versées antérieurement et qui ont été remplacées par le bloc organisation de la ROSP, et les montants versés dans le cadre du CAPI.

c) Des questions qui restent posées

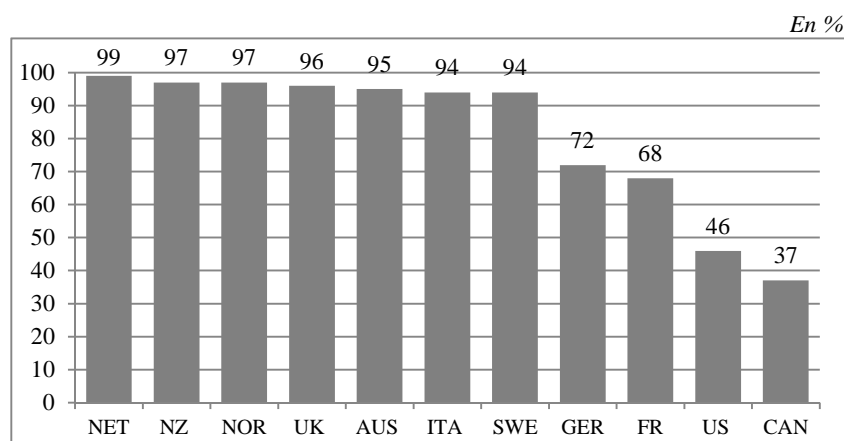
La crédibilité du système dépend en grande partie du degré d'exigence retenu pour apprécier le niveau de performance et de la fixation des objectifs cibles. Le système peut se révéler coûteux si le niveau initial de performance a été sous-estimé, avec notamment pour conséquence de permettre aux intéressés de percevoir automatiquement une partie de cette rémunération supplémentaire. La progression des rémunérations enregistrée en 2013 est en tout état de cause significative.

Par ailleurs, aucune conséquence négative n'est attachée au non-respect des objectifs ou à l'absence de progrès dans leur réalisation, alors même que ce non-respect peut poser un problème de santé publique. Une solidarité entre les indicateurs, permettant de retirer des points en cas de résultat insuffisant sur un des indicateurs renforcerait le caractère incitatif de certains thèmes pour lesquels une absence de progression voire une régression est relevée. Ce système serait plus aisé à mettre en place si la ROSP était obligatoire dans le cadre du conventionnement, ce qui est rendu envisageable par les très faibles taux de refus constatés lors de son entrée en vigueur.

Pour les indicateurs d'organisation du cabinet, trois supposent la production d'un justificatif³⁶, les deux derniers sont simplement déclaratifs : l'affichage dans le cabinet et sur le site Ameli des horaires de consultations, l'élaboration par les médecins traitants d'une synthèse annuelle par patient. Les indicateurs d'organisation du cabinet visent en fait essentiellement à accélérer leur informatisation, partant du constat du retard français : selon une enquête internationale menée auprès des médecins généralistes dans 11 pays en 2009, seulement 68 % des généralistes français avaient, malgré les incitations financières importantes déjà déployées antérieurement par l'assurance maladie, recours à des dossiers médicaux électroniques alors que plus de 90 % des médecins les utilisaient dans 7 des pays interrogés.

³⁶ Équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé, utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié, équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices.

Graphique n° 1 : proportion de médecins utilisant en 2009 des dossiers médicaux électroniques



Source : 2009 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians et pour la CNAMTS « La convention médecins-assurance maladie : un nouveau partenariat en faveur de la qualité des soins ».

Les quatre indicateurs à taux fixe, indépendants du volume de la patientèle sont, de fait, une aide financière à l'informatisation des cabinets et une incitation à la télétransmission des feuilles de soins, pour une rémunération maximum de 1 750 € par médecin. Ceci pose la question, à terme, de la pérennisation d'une rémunération sur ce champ, à partir du moment où la très grande majorité des médecins répondront aux critères demandés. L'annonce d'une suppression à terme proche de cette aide, puis de la subordination du conventionnement à l'informatisation, serait la formule la plus incitative et la plus adaptée au contexte technique actuel de toutes les activités, y compris libérales.

2 - Une innovation pour les pharmaciens

La rémunération sur objectifs des pharmaciens a été instituée par la convention de 2012. Elle n'est encore que partiellement mise en place au regard des stipulations de la convention. Les engagements individualisés des pharmaciens comprennent trois axes :

- La dispensation de spécialités génériques

L'annexe II.1 de la convention définit les modalités de calcul, complexes, de la rémunération individuelle du pharmacien. Pour chaque indicateur, le taux de réalisation est calculé en fonction du taux de substitution de départ individuel du pharmacien, de son niveau d'arrivée

ainsi que des seuils bas et seuils intermédiaires par molécule. La quasi-totalité des pharmaciens ont bénéficié en 2012 d'une rémunération à cet égard, d'une moyenne de 3 228 €, pour un montant total de 73 M€. En 2013, le montant total est estimé à 135 M€.

Tableau n° 4 : évolution de la pénétration des génériques dans le répertoire en volume

	<i>En %</i>								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Objectif conventionnel	n.d.	n.d.	70	80	82,9	82,0	80	80	85
Part des génériques dans le répertoire	59,6	61,9	70	81,7	82	77,2	78,9	76,3	83,4
Ecart	-	-	0	+1,7	-0,9	-4,8	-1,1	-3,7	-1,6

Source : *PQE Assurance Maladie, PLFSS 2014, résultats au 31 décembre sur la base du répertoire de référence au 30 juin précédent, hors tarifs forfaitaires de responsabilité.*

Le taux de substitution est reparti à la hausse en 2012, les pharmaciens ayant mis activement en œuvre l'accord tiers payant contre générique. Une forte progression avait déjà été enregistrée entre 2006 et 2008 : elle reposait alors essentiellement sur l'avantage en termes de marge réglementée consentie aux pharmaciens sur les génériques ainsi que sur les mesures d'accompagnement et de suivi mises en place par l'assurance maladie.

- La modernisation et la simplification de la qualité de service de l'officine

La rémunération des engagements de dématérialisation repose sur le suivi de deux indicateurs : le pharmacien reçoit une contribution proportionnelle au volume d'émission de feuilles de soins électroniques reçues par les caisses, à hauteur de 0,05 € par feuille de soins électronique (FSE), valorisée à 0,064 € en cas d'utilisation de la version 1.40 du logiciel de référence SV ; il reçoit en outre une rémunération de 418,60 € par an pour la scannerisation des pièces justificatives.

La contribution FSE a donné lieu à une dépense totale de l'assurance maladie de 33,9 M€ au titre de 2012, l'incitation forfaitaire à la numérisation à une dépense de 7 M€.

- La promotion de la qualité de la dispensation

Cet axe porte en premier lieu sur la stabilité de la délivrance des médicaments génériques chez les patients de plus de 75 ans. Si le taux de 90 % des patients visés n'est pas atteint pour les médicaments concernés,

la rémunération prévue sur le taux de substitution des génériques est réduite de 20 % sur les molécules en cause.

Il porte ensuite sur la prévention des risques iatrogéniques. L'accompagnement des patients sous antivitamine K a été mis en œuvre par avenant n° 1 conclu en janvier 2013³⁷ et celui des patients asthmatiques a été mis en place par avenant n° 4 de mai 2014. La convention prévoit le versement au pharmacien d'une rémunération annuelle de 40 € par patient. Cette rémunération suppose la réalisation d'au moins deux entretiens annuels.

La rémunération à la performance des pharmaciens est en phase de montée en charge. Son coût est significatif puisqu'il s'établissait en 2012, pour la seule partie déjà mise en œuvre, à 113,5 M€. Le montant total individuel des avantages supplémentaires octroyés aux pharmaciens n'est également pas négligeable (en prenant la moyenne constatée en 2012, 3 228 € + 418,60 €, auxquels s'ajoutent les rémunérations proportionnelles au volume de feuilles de soins électroniques et au nombre d'entretiens menés).

B - Le développement des rémunérations forfaitaires

1 - Les médecins : une multiplication des forfaits

L'introduction, pour les médecins, d'une rémunération forfaitaire en complément de la rémunération à l'acte n'est pas nouvelle : dans la convention des médecins généralistes de 1997, une option conventionnelle permettait aux médecins qui s'engageaient à remplir un rôle de médecin référent de recevoir une rémunération spécifique.

Dans le cadre de la reconnaissance du rôle du médecin traitant au sein du parcours de soins, la convention de 2005 a institué une rémunération forfaitaire complémentaire, à hauteur de 40 € par patient en

³⁷ L'avenant n° 1 justifie le choix des seuls AVK par l'absence de référentiels relatifs au bon usage des nouveaux anticoagulants oraux (NACOs). Les partenaires conventionnels ont néanmoins convenu d'étendre cet accompagnement à l'ensemble des patients sous anticoagulants oraux dès que les référentiels ou recommandations seront disponibles.

ALD³⁸. La convention de 2011 et ses avenants ont pérennisé cette rémunération et ont étendu le système des forfaits.

En outre, la convention de 2011 intègre dans le champ conventionnel l'accompagnement des patients diabétiques expérimenté par la CNAMTS dans le cadre du programme Sophia depuis 2008 : le médecin traitant est appelé à renseigner, avec l'accord des patients concernés, un questionnaire médical pour lequel il reçoit une rémunération forfaitaire et annuelle à hauteur d'une consultation.

L'avenant n° 8 a étendu la formule des rémunérations forfaitaires. Il a notamment institué, pour les médecins pratiquant les honoraires opposables et ceux ayant adhéré au contrat d'accès aux soins, une rémunération forfaitaire de 5 € par consultation pour la prise en charge des patients de plus de 85 ans au 1^{er} juillet 2013, puis de plus de 80 ans au 1^{er} juillet 2014, et a créé un forfait médecin traitant pour les patients hors ALD (de 5 € par patient).

Enfin, l'avenant n° 9 a étendu la rémunération forfaitaire spécifique perçue par les médecins traitants pour le suivi des patients en ALD, aux patients qui ne relèvent plus d'une ALD mais qui se trouvent dans une situation clinique nécessitant notamment des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi.

Le développement de la rémunération forfaitaire est inspiré du paiement à la capitation. Il est principalement organisé autour du médecin traitant. Les formules successives ont toutefois tendance, en se sédimentant, à rendre complexe le dispositif et à rendre moins évidente sa signification tout en renchérissant les coûts associés. Ainsi, un médecin traitant généraliste pourra cumuler, pour un patient diabétique de plus de 80 ans, sa rémunération à l'acte, une majoration forfaitaire de 5 € à chaque consultation, la rémunération à la performance correspondant aux huit indicateurs de suivi du diabète, la rémunération forfaitaire de 40 € annuels pour le suivi des patients en ALD, et la rémunération annuelle de 23 € si le patient est intégré dans le programme Sophia.

³⁸ Il s'agit d'une rémunération à mettre en rapport avec l'augmentation du nombre de patients admis en ALD, qui est passé de 12 % des assurés du régime général en 2004 à 16 % en 2012. Au 31 décembre 2012, 9,5 millions de personnes étaient reconnues en ALD, ce qui génère une rémunération forfaitaire totale au bénéfice des médecins traitants suivant ces patients de 380 M€.

Sources de dépenses nouvelles, ces forfaits devraient être mis en place avec des contreparties claires et vérifiables, dans la mesure où ils s'ajoutent à la rémunération à l'acte, et discriminent les médecins selon la nature de leur patientèle.

2 - Les pharmaciens : un honoraire qui reste corrélé au nombre de boîtes vendues

La mise en place d'un honoraire de dispensation des médicaments, prévue par l'article 26 de la convention de 2012, a été longue à se dessiner. Un protocole d'accord a finalement été signé le 9 janvier 2014 entre l'UNCAM et la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), concrétisé par l'avenant n° 5 de mai 2014.

L'honoraire de dispensation

L'avenant n° 5 stipule que la réforme se fera en deux temps : au 1^{er} janvier 2015, un honoraire de dispensation de 0,80 € HT par boîte est créé (contre un forfait de rémunération à la boîte de 0,53 € actuellement, partie intégrante de la marge réglementée) ; il passera à 1 € en 2016. S'y ajoute un honoraire complémentaire pour les ordonnances complexes (de plus de cinq lignes) de 0,50 € HT par dispensation.

Doivent être fixés par arrêté ministériel avant entrée en vigueur de cet honoraire :

- les dispositions réglementaires relatives au taux de prise en charge par l'assurance maladie de l'honoraire de dispensation ;

- les nouveaux paramètres de la marge commerciale appliquée aux médicaments, afin d'aboutir à une neutralité dans les charges de l'assurance maladie obligatoire, avec une limitation des marges sur les médicaments onéreux.

Le schéma retenu aboutit à un transfert de l'ordre de 45 % de la marge sur les médicaments remboursés dans le champ conventionnel (dont toutefois 25 % correspondent à la part que représentent à ce jour la partie forfaitaire de la marge réglementée). Sans préjuger des modalités de mise en œuvre, ce dispositif soulève plusieurs questions :

- la convention de 2012 envisageait une première étape significative avec un objectif d'honoraire de dispensation représentant environ 12,5 % de la marge sur les médicaments présentés au remboursement, et un objectif de 25 % au terme de la convention. Si l'on fait abstraction du simple basculement de la partie forfaitaire de la marge réglementée dans l'honoraire de dispensation, l'honoraire de dispensation représente 20 % de la marge réglementée ;

- l'article 25 de la convention de 2012 porte sur « *la création d'un honoraire de dispensation destiné à diversifier le mode de rémunération des pharmaciens par rapport à la rémunération à la marge* ». Or force est de constater que l'honoraire de dispensation mis en place par le protocole d'accord reste corrélé à la boîte vendue, alors qu'il était l'occasion de déconnecter la rémunération du volume de vente de médicaments et de construire une politique incitant à l'efficacité des pratiques. À ce stade, les partenaires conventionnels se sont mis d'accord pour considérer la mise en œuvre d'un véritable honoraire à l'ordonnance comme une seconde étape à venir³⁹ ;
- le même article 25 cite les prestations assurées par le pharmacien, justifiant l'honoraire de dispensation. Or, les tâches citées relèvent des missions normales du pharmacien, sans que rien n'indique ce qui peut justifier une rémunération complémentaire⁴⁰. De même, la convention antérieure citait déjà des objectifs de qualité en matière de dispensation pharmaceutique, sans que pour autant une rémunération spécifique de l'assurance maladie soit prévue.

C - Les avantages sociaux : un mode de rémunération indirecte autrefois ciblé, qui continue à s'étendre

La prise en charge d'une large part des cotisations sociales des médecins, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux par l'assurance maladie est une dépense importante, sans réelle contrepartie. Son extension est utilisée comme levier pour mettre en place différents outils conventionnels.

³⁹ L'UNCAM comme la direction de la sécurité sociale ont fait remarquer que cette déconnexion nécessitait des études approfondies relatives aux effets sur les revenus des officines.

⁴⁰ Par exemple, vérification de la validité de l'ordonnance, de l'admissibilité des renouvellements, de l'adéquation de la posologie, du respect des conditions réglementaires, contrôle des interactions, choix du conditionnement le plus économique, conseils aux patients, etc.

1 - Un mode de rémunération indirect ancien et substantiel pour les professions concernées

Selon l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les conventions définissent « les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L. 242-11 (allocations familiales), L. 645-2 (allocation supplémentaire vieillesse) et L. 722-4 (maladie, maternité, décès) »⁴¹.

Accordé dès les années 1960 en échange de l'engagement dans une relation conventionnelle avec l'assurance maladie afin de rendre le conventionnement plus attractif, ce dispositif s'est progressivement diversifié et étendu.

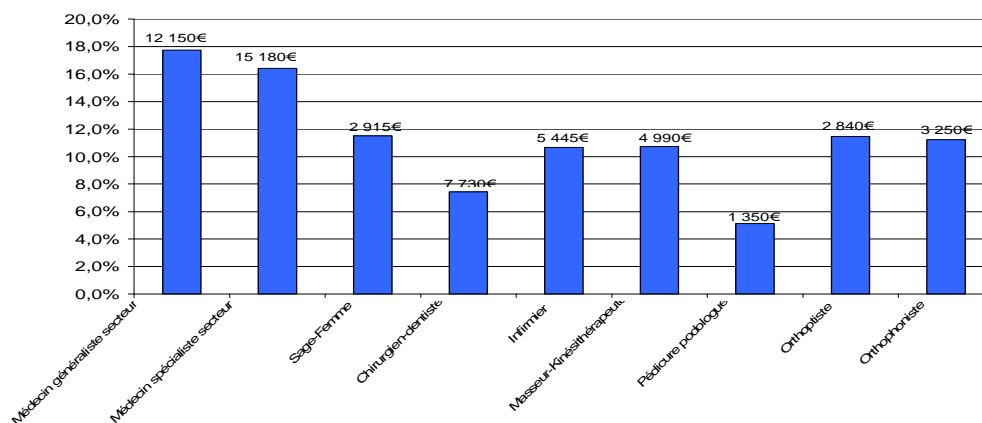
Les professionnels concernés bénéficient de la prise en charge :

- de la quasi-totalité des cotisations d'assurance maladie assises sur les honoraires sans dépassement ;
- d'une grande part des cotisations familiales (la quasi-totalité pour les revenus en deçà du plafond de la sécurité sociale) ;
- des deux tiers des cotisations à l'assurance vieillesse supplémentaire, régime de retraite sur-complémentaire.

Cette prise en charge constitue une contribution substantielle au revenu des professions de santé. Elle équivalait en 2010 à près de 18 % des revenus d'un médecin généraliste, plus de 16 % pour un spécialiste, entre 10 et 11 % pour les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes, plus de 7 % pour les dentistes.

⁴¹ La Cour des comptes a consacré un chapitre de son *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012* à cette problématique dans son chapitre 10 : la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé, p. 287-308, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Graphique n° 2 : prise en charge moyenne des cotisations sociales par l'AM rapportée aux revenus en 2010 : part et montant



Source : CNAMTS, DDGOS/DOS/DPROF, février 2014

2 - Un coût important, toujours en extension

Ces avantages sociaux, qui constituent l'équivalent de cotisations employeur, représentent une charge annuelle très importante pour l'assurance maladie. Son coût total s'élève à 2,2 Md€ en 2013, et est toujours en augmentation. L'extension du champ de ces avantages, notamment en matière de prise en charge des cotisations familiales, est en effet utilisée comme levier incitatif en contrepartie de l'engagement de certaines professions dans des contrats incitatifs de régulation démographique.

En outre, l'article 7 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 dite « loi Fourcade » a ouvert la possibilité de définir, dans le cadre conventionnel, les conditions de participation de l'assurance maladie aux cotisations dues par les professionnels de santé libéraux au titre de leurs revenus d'activités non salariées réalisées en structures. Des accords d'extension intégrant cette mesure ont été signés en 2013 avec les médecins, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les infirmiers et les sages-femmes. Les services de la

CNAMTS ont éprouvé des difficultés pour évaluer le surcoût lié à cette mesure, la charge ayant été *in fine* estimée « dans une fourchette de 5 à 10 millions d'euros »⁴².

Malgré leur coût élevé pour l'assurance maladie, ces prises en charge sont peu visibles et peu lisibles pour leurs bénéficiaires, et encore moins pour les assurés. Elles sont essentiellement devenues une modalité de soutien aux revenus. Elles ne sont pas un élément essentiel du conventionnement, la solvabilisation de la demande étant plus déterminante. Ces avantages profitent maintenant également aux médecins du secteur 2 signataires du contrat d'accès aux soins⁴³.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012, la Cour avait recommandé de réformer le dispositif pour faciliter l'accès aux soins, en modulant le montant des prises en charge en fonction de la densité des professionnels de santé sur un territoire donné. La modulation de la prise en charge des cotisations sociales a en effet été insuffisamment mise au service des politiques conventionnelles. Ainsi, s'agissant des instruments de régulation démographique, les mesures mises en place ont jusque-là uniquement pris la forme d'une participation supplémentaire de l'assurance maladie, au titre des cotisations d'allocations familiales. Cet effort financier est venu compléter la prise en charge existante, d'un coût très élevé, sans remise en cause de celle-ci pour les professionnels installés dans les zones denses.

II - Les revenus des professions de santé : une connaissance insuffisante pour un pilotage éclairé

La question des rémunérations reste le sujet central de l'ensemble des négociations conventionnelles. La CNAMTS a une connaissance précise, à travers le système national inter-régimes (SNIR), des honoraires perçus chaque année par les professions de santé libérales. À partir de ces honoraires, elle calcule un revenu moyen par application, par

⁴² Procès-verbal du Conseil de l'UNCAM du 12 avril 2012 et du 24 janvier 2013.

⁴³ Voir chapitre III.

profession et pour les médecins par spécialité, d'un taux de charge communiqué par l'administration fiscale⁴⁴.

Les taux de charges sont très variables suivant les spécialités : ils étaient en 2012 de 53 % pour les dermatologues, 45 % pour les généralistes, et 24 % pour les anesthésistes. S'agissant des autres professions, ils étaient de 61 % pour les chirurgiens-dentistes, 46 % pour les masseurs-kinésithérapeutes, et 39 % pour les infirmiers. Une des limites de cette approche est que la variabilité de ce taux au sein des mêmes professions ou spécialités n'est pas connue : le taux réel peut notamment être affecté par le niveau d'activité ou par la localisation.

⁴⁴ Ce taux de charge est calculé en rapportant, à un niveau global, les charges enregistrées dans la déclaration fiscale BNC 2035 aux recettes nettes de la déclaration (honoraires moins les rétrocessions), par profession et, pour les médecins, par spécialités.

Tableau n° 5 : évolution des revenus individuels tous secteurs – données CNAMTS⁴⁵

Revenu net/tête, en €

Spécialités	2002	2007	2012	TCAM (1) en € courants 12/02	TCAM (1) en € constants 12/02
Médecins généralistes	63 474	73 559	77 541	2,0%	0,3%
Anesthésistes	167 604	215 702	256 055	4,3%	2,6%
Ophthalmologues	108 215	137 233	171 314	4,7%	3%
Chirurgiens	140 524	164 332	186 876	2,9%	1,2%
Radiologues	225 817	254 192	247 982	0,9%	-0,8%
Cardiologues	116 092	132 765	154 355	2,9%	1,2%
ORL	82 703	94 211	111 186	3,0%	1,3%
Gynécologues	80 330	93 814	101 373	2,4%	0,7%
Dermatologues	61 540	64 600	70 484	1,4%	-0,3%
Pédiatres	62 975	74 548	75 389	1,8%	0,1%
Psychiatres	56 788	64 509	72 127	2,4%	0,7%
Total Spécialistes	108 665	130 485	147 658	3,1%	1,4%
Total Médecins	83 690	98 713	108 894	2,7%	1%
Sages-Femmes	25 191	25 837	24 685	-0,2%	-1,9%
Dentistes	75 086	84 262	92 355	2,1%	0,4%
Orthodontistes	137 033	152 823	186 425	3,1%	1,4%
Infirmiers	35 824	44 635	51 150	3,6%	1,9%
Masseurs Kiné.	37 569	42 138	42 273	1,2%	-0,5%

Source : SNIR PS-INSEE-DGI - TCAM : taux de croissance annuel moyen

Cette méthode impose d'appréhender les revenus moyens obtenus avec certaines précautions : tout d'abord, ces revenus ne concernent que les honoraires des professionnels libéraux conventionnés, et n'intègrent donc pas les autres formes de revenus, salariés ou autres, que perçoivent, le cas échéant, les professionnels concernés ; ensuite, il ne s'agit que d'une estimation à partir d'un taux de charge moyen calculé sur les seules déclarations sous le régime des bénéficiaires non commerciaux (BNC). Ces données sont relativement fiables pour les spécialités ne fonctionnant pas ou peu en regroupement en société de type société d'exercice libéral. Elles le sont en revanche moins pour des spécialités comme la radiologie ou l'anesthésie où beaucoup de médecins sont regroupés en société.

⁴⁵ La série chronologique complète des rémunérations tous secteurs et les rémunérations respectives du secteur 1 et du secteur 2 figurent en annexe 7, de même que des graphiques illustrant l'évolution des rémunérations tous secteurs confondus, en secteur 1, et en secteur 2.

Par ailleurs, à la demande de la Cour, la direction générale des finances publiques (DGFIP) a procédé à un traitement des données fiscales pour les médecins (médecins généralistes et certaines spécialités), les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les masseurs-kinésithérapeutes, et les infirmiers, au titre des exercices clos en 2000, 2005, 2010 et 2011, concernant l'ensemble des revenus déclarés.

Les traitements ont été réalisés à partir du fichier national des déclarations professionnelles. Ils ont toutefois concerné les seuls revenus des professionnels imposés à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des BNC, dans la mesure où il n'est pas possible d'individualiser, à partir de cette méthode, les revenus des professionnels constitués en société. Dès lors, les résultats doivent être appréhendés là aussi avec précaution : en effet, à nouveau, des résultats au titre des seuls BNC ne sont pas significatifs pour certaines spécialités organisées pour l'essentiel en sociétés, et dont les professionnels de santé qui en font partie reçoivent des rémunérations sous forme de salaires et de dividendes.

Il existe parfois des différences considérables entre les deux sources : ainsi, le revenu moyen des radiologues en 2011 (dernière année disponible pour les données de la DGFIP) ressort à 123 658 €, et celui des anesthésistes à 160 202 €, contre respectivement 247 982 € et 256 055 € pour la CNAMTS. En règle générale, les résultats fiscaux sont inférieurs aux revenus calculés par la CNAMTS, sauf dans le cas de la dermatovénérologie. Les différences peuvent sans doute s'expliquer pour partie par des stratégies d'optimisation fiscale : par exemple, dans le premier décile de revenus de chaque spécialité, se retrouvent des résultats fiscaux négatifs, par imputation de charges supérieures au chiffre d'affaires, qui orientent à la baisse le calcul des revenus moyens⁴⁶.

⁴⁶ Voir en annexe 8 la répartition par décile des rémunérations des médecins généralistes, radiologues, anesthésistes, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, cardiologues, gynécologues-obstétriciens, ophtalmologues, selon les données DGFIP.

Tableau n° 6 : revenu moyen des praticiens exerçant à titre individuel et soumis au BNC - Données DGFIP

Libellé activité	2000	2005	Evolution moyenne annuelle 2005/2000 (euros courants)	2010	Evolution moyenne annuelle 2010/2005 (euros courants)	2011	Evolution 2011/2010 (euros courants)	Evolution moyenne annuelle 2011/2000 (euros courants)	Evolution moyenne annuelle 2011/2000 (euros constants)
	Revenu moyen par praticien (en €)	Revenu moyen par praticien (en €)		Revenu moyen par praticien (en €)		Revenu moyen par praticien (en €)			
Médecin généraliste, omnipraticien	55 212	66 160	3,7 %	70 564	1,3 %	75 003	6,3 %	2,8 %	1,1 %
Anesthésiologie et réanimation chirurgicale	104 769	126 282	3,8 %	154 734	4,1 %	160 202	3,5 %	3,9 %	2,2 %
Ophthalmologiste	89 661	111 234	4,4 %	130 311	3,2 %	135 633	5,1 %	3,8 %	2,1 %
Chirurgien de chirurgie générale	94 089	111 107	3,4 %	123 333	2,1 %	129 515	-1,5 %	2,9 %	1,2 %
Radiodiagnostic et imagerie médicale	113 583	120 816	1,3 %	125 556	0,7 %	123 658	-0,3 %	0,8 %	-0,9 %
Cardiologue	77 701	91 706	3,4 %	103 285	2,4 %	106 632	1 %	2,9 %	1,2 %
Oto-rhino-laryngologiste	71 804	77 085	1,4 %	89 074	2,9 %	92 764	2,3 %	2,3 %	0,6 %
Gynécologue-obstétricien	68 052	79 120	3 %	83 618	1,1 %	85 448	1,4 %	2,6 %	0,4 %
Dermato-vénérologue	58 204	65 423	2,4 %	73 673	2,4 %	77 407	-3,6 %	2,6 %	0,9 %
Pédiatre	48 388	63 199	5,5 %	64 840	0,5 %	66 346	4,1 %	2,9 %	1,2 %
Neuropsychiatre	49 615	58 677	3,4 %	59 532	0,3 %	60 130	4,1 %	1,8 %	0,1 %
Pharmacien d'officine	89 981	101 775	2,5 %	103 512	0,3 %	108 517	4,8 %	1,7 %	0,0 %
Chirurgien-dentiste	66 549	81 787	4,2 %	90 278	2 %	92 914	2,9 %	3,1 %	1,4 %
Infirmière	27 845	36 829	5,7 %	42 278	2,8 %	41 448	-2 %	3,7 %	2 %

Source : données DGFIP résultats fiscaux globaux et nombre de professionnels concernés par catégorie ; tableau Cour des comptes

Les résultats sont toutefois globalement cohérents, entre les extractions réalisées par la DGFIP et les calculs de la CNAMTS, pour les omnipraticiens et les chirurgiens-dentistes ainsi que dans une moindre mesure pour les pédiatres, les psychiatres et les infirmiers. En outre, la hiérarchie des spécialités médicales ne s'en trouve pas bouleversée.

Les études les plus approfondies et les plus robustes sur les revenus des professions de santé sont menées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), rattachée au ministère chargé de la santé. La DREES mène en effet des études à partir des données du SNIIR-AM, des données fiscales et des données de l'INSEE. Notamment, l'appariement des données résultant des déclarations fiscales de revenus remplies par tous les foyers fiscaux, aux données issues du SNIR lui permet de conduire des analyses sur les revenus de certaines professions de santé en distinguant, pour les médecins, les secteurs, les spécialités, et la nature des revenus. Il s'agit toutefois d'une opération lourde effectuée avec l'appui des services de l'INSEE, qu'elle conduit donc ponctuellement sur certaines années. Ainsi, les dernières études disponibles portent sur les revenus de 2008⁴⁷, les revenus de 2011 faisant en 2014 l'objet d'un traitement encore non finalisé au moment de la présente enquête.

Dans le cadre des politiques conventionnelles, l'évolution des revenus des différentes professions de santé mériterait d'être suivie de façon à la fois plus robuste et plus régulière afin de constituer une véritable aide à la décision dans la définition des orientations, l'appréciation de leurs conséquences, et la prise en compte des revendications des professionnels. Un appariement des données de l'administration fiscale et de celles de la CNAMTS pourrait par exemple être effectué tous les deux ans.

⁴⁷ Voir annexe 7, tableau *Les revenus nets des médecins en 2008 – données DREES*.

III - Un impact limité des politiques conventionnelles sur la hiérarchie des rémunérations

Sous les réserves méthodologiques exposées *supra* à propos des différentes sources sollicitées, les résultats constatés permettent de tirer plusieurs enseignements.

A - De grandes disparités de revenus

De grandes disparités perdurent entre les revenus des différentes professions de santé, de même que, pour les médecins, entre les revenus des différentes spécialités médicales.

Selon les données de la CNAMTS, les disparités entre les spécialités médicales vont de 1 à 3,5 par rapport à la moyenne. Les spécialités les mieux rémunérées sont les anesthésistes, les radiologues, les chirurgiens et les ophtalmologues. Les moins rémunérés sont les médecins généralistes, les dermatologues, les psychiatres, et les pédiatres. Les rémunérations ayant le plus progressé entre 2002 et 2012 concernent l'ophtalmologie (+ 4,7 % par an en moyenne en euros courants) et l'anesthésie (+ 4,3 %). Les progressions les plus faibles concernent la dermatologie (+ 1,4 %) et la radiologie (+ 0,9 %), cette dernière spécialité partant toutefois de très haut et restant parmi les mieux rémunérées.

Dans les statistiques établies par la DGFIP et les analyses conduites par la DREES, si les montants de revenus diffèrent de ceux estimés par la CNAMTS pour certaines spécialités, la hiérarchie des revenus, à quelques modifications intermédiaires près, est similaire. Par ailleurs, l'analyse par décile produite par la DGFIP⁴⁸ fait apparaître des écarts considérables à la moyenne au sein d'une même profession. Ces écarts dépendent du montant des charges imputées, du niveau d'activité des praticiens (les déciles inférieurs, notamment, pouvant correspondre à une activité à temps partiel), et des tarifs pratiqués. Ainsi, le dernier décile pour les chirurgiens de chirurgie générale présentait un revenu net

⁴⁸ Cf. annexe 8.

moyen de 406 000€ en 2011 (contre 129 500 € en moyenne pour cette spécialité), celui des anesthésistes était de 352 000 € (contre une moyenne de 160 000 €) et celui des ophtalmologues atteignait 391 000 € (contre 136 000 € en moyenne).

Les données de la CNAMTS montrent en outre une augmentation plus rapide des revenus des médecins de secteur 2 (3,7 % en moyenne annuelle entre 2002 et 2012) qu'en secteur 1 (2,2 %). Certaines spécialités de secteur 2 ont connu une vive progression, comme les ophtalmologues (4,9 % de progression moyenne annuelle sur la période) et les anesthésistes (3,7 %).

Ces éléments sont corroborés par l'étude menée sur les revenus de 2008 des médecins libéraux par la DREES⁴⁹ : si les écarts s'expliquent par des différences dans les tarifs de base et les quantités d'actes pratiqués, ils tiennent aussi au poids des dépassements d'honoraires dans certaines spécialités. L'étude montrait que les médecins en secteur 2 déclaraient en moyenne 22 300 € de plus que leurs collègues en secteur 1, soit 24 % de plus, l'écart atteignant 36 % pour les ophtalmologues, 31 % pour les gynécologues et 25 % pour les anesthésistes. Le supplément de revenu des médecins du secteur 2 s'accompagnait globalement d'une activité plus faible. Les plus hauts revenus se caractérisaient toutefois par une activité intense, combinée à une pratique d'actes techniques particulièrement importante, et par des dépassements élevés.

S'agissant des chirurgiens-dentistes, leur revenu moyen annuel ressort en 2012, selon les données de la CNAMTS, à 92 355 € en 2012. La DREES a mené une étude approfondie sur les revenus des chirurgiens-dentistes en 2008⁵⁰, dont il ressort que parmi les actes pratiqués, les prothèses dentaires contribuaient le plus aux honoraires moyens perçus. Les chirurgiens-dentistes spécialisés en orthopédie dentofaciale, peu nombreux (5 % des dentistes), avaient des revenus deux fois plus élevés que ceux des dentistes omnipraticiens. Ces données sont corroborées par celles de la CNAMTS, qui montrent en outre que les revenus des orthodontistes ont progressé en moyenne de 3,1 % par an entre 2002 et 2012, contre 2,1 % pour les dentistes.

⁴⁹ DREES, *Les revenus d'activité des médecins libéraux*, Comptes de la santé 2011.

⁵⁰ DREES, *Les revenus des chirurgiens-dentistes en 2008*, Études et résultats N° 849, août 2013.

Le revenu moyen des infirmiers ressort quant à lui à 51 150 € en 2012. Il a progressé de manière sensible entre 2002 et 2012, de 3,6 % en moyenne annuelle. Celui des masseurs-kinésithérapeutes ressort à 42 273 €, et a connu une progression moindre (1,2 % par an, soit, en euros constants si l'on tient compte de l'inflation, une évolution négative de 0,5 % par an).

B - Des évolutions non conformes aux objectifs en principe poursuivis

Sur longue période, des différences sensibles apparaissent dans les rémunérations sans que la justification de ces différences paraisse évidente. Les différences importantes de rémunérations entre certaines spécialités, et notamment entre les spécialités techniques, généralement mieux rémunérées, et les spécialités cliniques, qui figurent parmi les moins bien rémunérées, ne laissent pas d'interroger. Si la technicité et le risque peuvent justifier des rémunérations supérieures pour des spécialités de chirurgie, le raisonnement ne peut être le même pour des spécialités comme la radiologie.

En tout état de cause, la politique conventionnelle n'a pas eu d'impact sur la hiérarchie des rémunérations des médecins, qui est restée stable dans le temps, malgré un discours récurrent sur la revalorisation des spécialités cliniques. Cette hiérarchie a été très peu modifiée entre 2000 et 2012 : les spécialités ayant les rémunérations les plus élevées et celle ayant les rémunérations les moins élevées sont les mêmes, quelques changements mineurs intervenant dans les classements intermédiaires. Une spécialité aux revenus très élevés, la radiologie, a toutefois vu sa progression relative freinée grâce aux plans successifs d'économies sur l'imagerie médicale. Mais d'autres spécialités aux rémunérations déjà importantes ont connu de vives progressions.

De même, la volonté de revaloriser le rôle du médecin traitant, affirmée dans la convention de 2005, n'a pas débouché sur une modification de sa position dans la hiérarchie des revenus médicaux. Les écarts relatifs se sont au contraire creusés avec la plupart des spécialités : entre 2002 et 2012, seuls les dermatologues et les pédiatres ont connu une progression moindre de leurs revenus que les omnipraticiens. Les revenus des omnipraticiens enregistrent toutefois une progression sensible entre 2010 et 2011 (+ 6 %), sous l'impact notamment du passage de la valeur de la consultation (C) de 21 à 23 €. L'UNCAM a par ailleurs précisé que le revenu des généralistes a évolué de + 4,8 % entre 2012 et 2013 grâce

notamment à la ROSP, les spécialistes ayant de leur côté vu leur revenu moyen augmenter de + 3,8 % entre 2012 et 2013.

Quelles que soient les différences d'approche les revenus des médecins, des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens, qui reposent pour une large part sur un financement de l'assurance maladie, restent en haut de l'échelle des revenus en France. Selon les données de l'INSEE, le salaire net moyen des cadres dirigeants dans le privé et le semi-public s'établissait à 96 300 € en 2010¹.

En termes d'évolution comparée, la CNAMTS prend comme référence l'évolution du produit intérieur brut (PIB) en valeur, qui ressort en moyenne à + 2,2 % par an entre 2002 et 2012. Par ailleurs, le salaire moyen a pour sa part progressé en euros courants de 2,3 % par an en moyenne entre 2002 et 2011 (dernière année publiée par l'INSEE). Si les omnipraticiens ont eu une progression de leurs revenus légèrement inférieure à ces deux références, celui des spécialistes a été en revanche sensiblement supérieur, plus particulièrement en secteur 2. Leur revenu n'a en outre pas subi le même ralentissement dû à la crise : le PIB en valeur n'a progressé en moyenne que de 1,5 % par an entre 2007 et 2012 (en raison notamment d'une contraction de -2,5 % en 2009), et le salaire moyen de 0,8 % par an entre 2007 et 2011. Dans le même temps, si, tous secteurs confondus les revenus des généralistes n'ont progressé que de 1 % par an entre 2007 et 2012, ceux des spécialistes ont progressé de 2,5 %. Pour le seul secteur 1, l'évolution reste de 1 % pour les généralistes et elle est de 1,9 % pour les spécialistes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En matière de politique de rémunérations, la stratégie mise en œuvre par l'UNCAM vise, plutôt que de revaloriser les paiements à l'acte, à proposer d'autres modes de rémunération, qui permettent d'introduire des préoccupations de santé publique et d'amélioration des pratiques.

⁵¹ 98 600 € dans l'industrie, 80 600 € dans la construction, 84 100 € dans le commerce et 97 500 € dans les services.

Toutefois, en l'état, les rémunérations à la performance et les rémunérations forfaitaires s'ajoutent à la rémunération à l'acte et aux forfaits, sans que se dégage d'évidence une vision d'ensemble, ni qu'elles sous-tendent des objectifs d'économies et d'efficience sur les soins de ville. Dans certains cas, comme par exemple celui de l'organisation des cabinets médicaux, la distinction entre forfaits et rémunération à la performance est assez ténue. Les obligations définies en contrepartie, que ce soit pour les médecins ou pour les pharmaciens, devraient souvent s'imposer déjà aux professionnels hors rémunération supplémentaire. Les conventions ne prévoient en outre aucune sanction financière directe en cas de non-respect des objectifs. Enfin, l'ensemble débouche sur une situation complexe et peu lisible pour les patients.

La diversification des modes de rémunération se traduit par des dépenses additionnées, sans que cela corresponde à un véritable pilotage. Notamment, la hiérarchie des rémunérations est restée stable dans le temps, et il n'y a pas eu de rééquilibrage correspondant aux objectifs affichés par les pouvoirs publics. Par exemple, la ROSP des médecins aurait pu être concentrée sur l'objectif de revalorisation du rôle et du statut du médecin traitant : son extension progressive aux différentes spécialités dilue cet objectif, voire le contredit. La diversification des rémunérations n'est pas une fin en soi, elle doit être mise au service d'une politique des revenus cohérente, en phase avec les objectifs affichés.

Une connaissance fiabilisée des revenus des professions de santé et de leur évolution devrait nourrir une politique tarifaire permettant de mettre plus franchement les outils conventionnels au service des rééquilibrages souhaités, et d'une véritable régulation collective et individuelle des rémunérations.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 7. mener au minimum tous les deux ans une étude de l'évolution des revenus des professions de santé, afin que l'État comme l'assurance maladie disposent de données fiabilisées et de séries pérennes pour la régulation des dépenses de santé et les décisions relatives aux rémunérations des professionnels libéraux ;*
- 8. mettre les décisions relatives aux rémunérations en cohérence, dans leurs différentes composantes (valeur des actes, rémunérations forfaitaires, rémunérations sur objectifs, avantages sociaux), avec les objectifs stratégiques de maintien de tarifs opposables, d'attractivité respective des professions, et d'égalité d'accès aux soins ;*

9. rendre la rémunération sur objectifs de santé publique obligatoire dans le cadre de la convention, et introduire une solidarité entre les indicateurs pour que les résultats insuffisants viennent réduire la rémunération finale ; supprimer à terme proche l'aide à l'informatisation des cabinets.

Chapitre III

L'accès de tous à des soins de qualité : le besoin d'une action plus volontariste

Le fondement originel du système conventionnel est de permettre un accès aux soins généralisé et équitable pour les assurés sociaux. Le bilan des politiques conventionnelles appelle à cet égard des critiques fortes, que ce soit sur la question des dépassements de tarifs par certaines professions – et donc des restes à charge pour les patients – ou sur celle de la répartition inégale des professionnels libéraux sur le territoire au regard des besoins de la population.

I - Un défaut de maîtrise des dépassements de tarifs

A - Les dépassements d'honoraires des médecins : une action tardive et trop limitée

La maîtrise des dépassements d'honoraires est une condition essentielle de la préservation d'un accès généralisé aux soins. Ces dépassements, autorisés pour les médecins relevant du secteur 2 créé en 1980, n'ont toutefois fait que croître au fil du temps. Les politiques conventionnelles jusqu'alors menées n'ont pas permis de les endiguer, malgré une stabilisation très récente qui demande à être confirmée.

1 - Une progression des dépassements qui n'a pas été endiguée

a) Des dépassements d'honoraires importants et en croissance

Les dépassements d'honoraires des médecins ont représenté en 2012 environ 2,4 Md€, dont 250 M€ pour les omnipraticiens et 2,150 Md€ pour les spécialistes.

Malgré les restrictions à l'entrée en secteur 2 instituées en 1990 en raison des problèmes créés par son succès, ce secteur s'est développé fortement chez les spécialistes libéraux. Si la proportion globale de médecins exerçant en secteur 2 est d'environ 25 %, la part des spécialistes exerçant en secteur 2 est passée de 30 à 43 % entre 1985 et 2013, celle des généralistes diminuant dans le même temps de 16 à 9,5 %⁵². La dynamique des nouvelles installations renforce ce secteur : 6 nouveaux médecins spécialistes sur 10 le choisissent, les ratios les plus élevés concernant la chirurgie, la gynécologie, l'ORL et les anesthésistes. On comptait en secteur 2, en 2013, 23 802 médecins spécialistes, 3 240 généralistes et 2 571 médecins à exercice particulier⁵³.

Les niveaux de dépassement ont eux-mêmes augmenté : le taux de dépassement global⁵⁴ des spécialistes est passé de 23 % en 1985 à 56 % en 2013. Les médecins de secteur 2 réalisent en moyenne 34 % de leur activité sans dépassement, mais cette proportion est très hétérogène selon la spécialité, ainsi qu'au sein même de chaque spécialité. Si l'on isole le taux de dépassement des seuls actes avec dépassement (donc sans tenir compte des actes que les médecins de secteur 2 réalisent au tarif opposable), celui-ci s'établit à 85 %.

Selon les chiffres les plus récents délivrés par l'observatoire conventionnel des pratiques tarifaires, le niveau de dépassement se serait

⁵² Source : orientations pour les négociations conventionnelles avec les médecins, Conseil de l'UNCAM du 12 juillet 2012. Actualisation 2013 : observatoire des pratiques tarifaires, 12 mars 2014.

⁵³ Un médecin ayant un mode d'exercice particulier est un médecin dont la spécialité n'est pas reconnue par la sécurité sociale, comme l'acupuncture et l'homéopathie, ou un médecin généraliste exerçant plusieurs disciplines pour lesquelles il a été qualifié.

⁵⁴ Total des dépassements rapporté au total des honoraires sans dépassement.

toutefois stabilisé en 2013 : le taux moyen de dépassement des spécialistes a légèrement baissé de 56,7 % à 56,3 %, celui des généralistes est passé de 40 à 40,1 %, et celui des médecins à exercice particulier de 54,4 % à 53,8 %.

Les dépassements ont été jusqu'alors peu contrôlés. Le secteur 2 a été en effet utilisé comme un élément modérateur de la revalorisation des tarifs opposables, en contrepartie d'un laisser-faire sur la progression des dépassements. Ces dépassements génèrent toutefois des inégalités d'accès aux soins. Ils sont également discriminatoires entre les médecins.

Si une demande croissante de régulation s'est exprimée, les outils conventionnels jusque-là mis en place ont échoué à les maîtriser.

b) Des tentatives de régulation avortées

L'option de coordination, mise en place dans la convention de 2005, a constitué une première tentative de régulation. Elle a été proposée aux médecins généralistes et spécialistes du secteur 2 ainsi qu'aux médecins relevant du secteur 1 et titulaires d'un droit permanent à dépassement, entrant dans le parcours de soins coordonnés.

Dans le cadre de cette option, le praticien s'engageait à appliquer les tarifs opposables, donc sans dépassement d'honoraires, pour les actes cliniques. Pour les actes techniques, il s'engageait à pratiquer avec tact et mesure des dépassements maîtrisés, applicables par acte facturé et plafonnés à 15 % des tarifs opposables (puis 20 % avec la convention de 2011). En outre, pour chaque catégorie d'actes, devait être respecté un ratio d'honoraires sans dépassements égal ou supérieur à 30 % par rapport aux honoraires totaux. En contrepartie, l'assurance maladie s'engageait à participer au financement des cotisations sociales du praticien adhérent, sur la part de l'activité facturée en tarifs opposables.

L'impact de cette option, qui ne pouvait intéresser que les praticiens pratiquant des dépassements modérés, a été très faible et n'a pas apporté de réponse significative au problème des dépassements d'honoraires : en 2009, 1 322 médecins y avaient adhéré et 727 seulement

avaient respecté leurs engagements⁵⁵. Il avait d'ailleurs été indiqué dès le départ, lors du Conseil de l'UNCAM du 17 décembre 2004, que l'option avait été calibrée de manière à être modérément attractive, afin de limiter les coûts.

La convention de 2005 prévoyait d'étudier, en sus de l'option de coordination, l'opportunité de créer une option conventionnelle relative aux médecins libéraux dont la spécialité et la pratique nécessitaient des plateaux techniques lourds. Devant le risque d'une intervention législative, un protocole d'accord tripartite entre les syndicats représentatifs, l'UNCAM et l'UNOCAM a fini par être conclu le 15 octobre 2009, dont les principales dispositions ont été reprises dans la convention médicale de 2011. Étaient concernées la chirurgie, l'anesthésie réanimation et la gynécologie obstétrique. Aux termes de ce texte, le praticien s'engageait notamment à réaliser au moins 30 % de ses actes au tarif opposable et à facturer les autres actes uniquement avec des compléments d'honoraires au plus égaux à 50 %. En contrepartie, les caisses devaient participer au financement des cotisations sociales des praticiens concernés. En l'absence de mise en œuvre de ces dispositions, le législateur est intervenu, dans la LFSS pour 2012, pour forcer la main des partenaires conventionnels. Toutefois, les dispositions visant à créer ce nouveau secteur ont été abrogées par l'article 49 de la LFSS pour 2013, à la suite du changement de majorité.

Outre l'incapacité des parties conventionnelles à convenir des modalités pratiques de sa mise en œuvre, le secteur optionnel suscitait de fait de nombreuses interrogations et critiques. Si certains voyaient en lui une attaque contre le secteur 2, sa création aurait risqué de déboucher sur la fin du secteur 1 dans les spécialités concernées. Les contreparties en matière de qualité des soins apparaissaient imprécises. La sanction en cas de non-respect des engagements était en outre peu opérationnelle, le protocole exigeant la constatation d'une transgression pendant une « *durée consécutive de deux ans* », ce qui pouvait apparaître comme un droit reconnu au non-respect des engagements.

⁵⁵ Conseil de l'UNCAM du 6 avril 2011.

2 - L'avenant n° 8 : un début de réponse dont l'impact reste à confirmer

Sous la pression du gouvernement, les négociations en vue d'une maîtrise des dépassements de tarifs ont repris en 2012 et ont débouché sur la signature de l'avenant n° 8 le 25 octobre 2012⁵⁶. Son préambule indique que, si 75 % des médecins libéraux exercent en secteur 1, la progression constatée, depuis de nombreuses années, des dépassements d'honoraires de certains praticiens exerçant en secteur 2 conduit à une augmentation du reste à charge et, en conséquence, pose le problème de l'accès aux soins. Pour répondre à ce problème, il met en place deux dispositifs : le contrat d'accès aux soins (CAS), et une procédure de sanction des dépassements excessifs.

a) Le contrat d'accès aux soins

Un nouveau contrat d'accès aux soins a été proposé aux médecins de secteur 2 et certains médecins de secteur 1, avec l'objectif déclaré de mieux rembourser les patients et de développer l'activité à tarif opposables.

⁵⁶ Cet avenant a été signé par l'UNCAM, la CSMF, MG France, et l'UNOCAM. Le SML, d'abord signataire, s'est ensuite retiré de sa mise en œuvre.

Le contrat d'accès aux soins

Souscrit sur la base du volontariat, le CAS concerne les médecins exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit permanent à dépassement, quelle que soit leur spécialité, les médecins qui s'installent et qui sont titulaires des titres leur permettant d'exercer en secteur 2, et les médecins titulaires des titres requis pour l'exercice en secteur 2 et installés en secteur 1 avant le 1^{er} janvier 2013.

Les médecins souscripteurs s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de 100 % de dépassement d'honoraires, à stabiliser leurs tarifs et leur taux de dépassement calculé sur l'année 2012, et à avoir une part d'activité à tarifs opposables supérieure ou égale à celle pratiquée avant l'adhésion. Pour les nouvelles installations, le taux de dépassement ne peut être supérieur à la moyenne des taux constatés pour les médecins éligibles au contrat de la même spécialité et de la même région (à l'exception de certaines spécialités pour lesquelles la référence est nationale). La part d'activité à tarif opposable doit progresser pour atteindre en fin de contrat la moyenne de la région.

En contrepartie, les praticiens bénéficient d'une prise en charge de leurs cotisations sociales, pour les tarifs pratiqués à tarifs opposables, dans les mêmes conditions que les médecins de secteur 1. Le montant moyen par an de cet avantage est estimé à 4 300 €. Les soins pratiqués bénéficient des mêmes tarifs de remboursement que le secteur 1 même lorsque les actes sont pratiqués à un tarif supérieur au tarif opposable. Les adhérents au CAS bénéficient également de la valorisation des actes cliniques et des nouveaux modes de rémunération mis en place par la convention de 2011 et ses avenants pour les médecins de secteur 1.

Ouvert à l'adhésion à compter du 1^{er} janvier 2013, le CAS devait entrer en vigueur au 1^{er} juillet 2013, sous réserve qu'un tiers au moins des médecins éligibles y adhèrent, soit 8 300 médecins. Sa montée en charge a toutefois été plus progressive que prévu. Pour faciliter son entrée en vigueur, un avantage supplémentaire a été accordé aux signataires par avenant n° 11 du 23 octobre 2013 : à titre dérogatoire, pour les médecins y ayant adhéré au cours de l'année 2013, la règle de proratisation de la prise en charge des cotisations sociales en fonction de la durée de souscription du CAS dans l'année civile ne s'est pas appliquée. Tous les médecins ayant adhéré en 2013 à quelque date que ce soit ont donc leurs cotisations sociales prises en charge sur la totalité de l'année.

Le CAS est finalement entré en vigueur le 1^{er} décembre 2013. À cette date, les 9 764 médecins signataires étaient des médecins titrés

installés majoritairement en secteur 2 (73 %) ou disposant des titres ouvrant droit à s'installer en secteur 2 (27 %).

Tableau n° 7 : les contrats d'accès aux soins à la date de leur entrée en vigueur

Spécialités	En %	
	% adhérents CAS S1 + S2	% Total signataires
Spécialités PTL (chirurgiens, gyn-obs, anesthésistes)	25,8	21
Autres spécialités techniques	37,2	36
Spécialités cliniques	33,5	16
Total spécialistes	32,2	73
Généralistes	60,0	18
MEP	41,6	8
Total médecins	36,1	100

Source : DGOS/DPROF, Contrat d'accès aux soins, point de situation au 1^{er} décembre 2013, commission paritaire nationale du 4 décembre 2013.

Le nombre de signataires s'établissait à environ 10 700 en mars 2014.

Ce dispositif appelle plusieurs remarques :

- le CAS, destiné en priorité aux médecins de secteur 2, a néanmoins été ouvert à certains médecins du secteur 1.

Une concession a en effet été faite aux médecins spécialistes, anciens chefs de clinique bloqués en secteur 1 qui, alors qu'ils disposaient des titres permettant d'accéder au secteur 2 ne pouvaient rejoindre celui-ci : ceux-ci peuvent entrer dans le CAS. Il y a ainsi de ce fait paradoxalement, une augmentation du nombre de médecins autorisés à effectuer des dépassements, avec un outil censé les maîtriser. En janvier 2014, ce sont environ 3 000 médecins, soit plus du quart des signataires du CAS, qui provenaient du secteur 1. Environ 2 600 relevaient des spécialités techniques, dont 730 médecins de plateaux techniques lourds (chirurgiens, anesthésistes, gynéco-obstétriciens).

À son entrée en vigueur, le CAS a eu donc autant comme effet de vider le secteur 1 de spécialistes qui s'y trouvaient encore que de tenter de maîtriser les dépassements d'honoraires de ceux déjà installés en secteur 2.

- le CAS est peu contraignant pour les médecins de secteur 2

Le CAS ne les engage qu'à un gel de la moyenne de leur dépassement, dans la limite de 100 %. Or le niveau moyen global des dépassements était en 2012 de 56 %, et le taux de dépassement des seuls actes réalisés avec dépassement de 85 %.

En outre, la souscription est sans aucun risque. La seule sanction du non-respect des engagements du CAS par le médecin est la résiliation du contrat et le retour sans pénalité au secteur d'origine. La convention (article 40.2) stipule qu'il est mis fin à la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales à compter de la date de réception du courrier de résiliation, ce qui signifie que cette prise en charge reste acquise alors même que les engagements ne seraient pas respectés.

Le CAS implique que les intéressés maintiennent leur activité à tarif opposable. Mais les tarifs opposables sont déjà obligatoires dans certaines situations (urgences, CMU, aide médicale d'État, bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé). Par ailleurs, le CAS ne prévoit aucun ratio obligatoire d'actes à tarif opposables. La MSA avait pourtant proposé que 50 % de l'activité des médecins soient réalisés en tarifs opposables dans le cadre du CAS, proposition non retenue par l'UNCAM⁵⁷.

En revanche, le CAS permet aux médecins de secteur 2 adhérant au CAS d'appliquer les tarifs de consultation majorés, tout en bénéficiant de la prise en charge des cotisations sociales.

- le CAS recèle un risque de pérennisation et de solvabilisation de dépassements élevés

Le CAS pourrait déboucher sur le maintien des seuls généralistes obligatoirement en secteur 1. Par ailleurs, certains syndicats de médecins, comme la CSMF, demandent une prise en charge des dépassements effectués dans le cadre du CAS par les régimes complémentaires, et

⁵⁷ En revanche, la proposition de la MSA que les caisses participent au financement des avantages sociaux sur la seule activité opposable effectuée dans le cadre du CAS a été reprise dans l'avenant n° 8.

surtout une obligation de remboursement pour les « contrats responsables »⁵⁸.

b) Les mesures à l'encontre des dépassements jugés excessifs

Aux termes de l'avenant n° 8, les dépassements excessifs « nuisent à l'exercice libéral et doivent donc faire l'objet d'un dispositif conventionnel de régulation efficace comportant des sanctions suffisamment dissuasives ».

L'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire apparaît toutefois, à la lecture de ce texte, très souple et laisse une grande part à l'interprétation. Elle s'effectue au regard de tout ou partie des critères suivants : le taux de dépassement, son taux de croissance annuel, la fréquence des actes avec dépassement, la variabilité des honoraires pratiqués, et le dépassement moyen annuel par patient. L'appréciation doit en outre tenir compte de la fréquence des actes par patient, du volume global de l'activité, du lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité, et du niveau d'expertise.

⁵⁸ Définis à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les « contrats solidaires et responsables » proposés par les organismes complémentaires d'assurance maladie doivent respecter certaines obligations et interdictions de prise en charge, en contrepartie de quoi ils bénéficient d'un régime fiscal et social favorable.

La procédure de sanction des dépassements excessifs

Les principes de sélection des médecins pratiquant des dépassements excessifs ont été définis par le directeur général de l'UNCAM après avis de la commission paritaire nationale des médecins le 31 janvier 2013.

Lorsque le taux de dépassement est utilisé comme critère de sélection, le seuil de déclenchement pour engager la procédure est fixé à 150 % du tarif opposable ; en outre doivent être examinés les tarifs des 5 % des médecins présentant la tarification la plus élevée dans chaque département, à l'exception des cas où le taux de dépassement est inférieur à 100 %. Une progressivité du dispositif est prévue pour les départements des Hauts-de-Seine, de Paris et du Rhône. Un autre principe, fondé sur le montant annuel de dépassement rapporté au revenu médian du département par unité de consommation, est prévu mais ne devait être appliqué qu'à partir de 2014.

La procédure est la suivante :

- envoi par la CPAM d'un courrier d'avertissement, avec un délai de deux mois laissé au praticien pour modifier sa pratique, puis envoi par la CPAM d'un relevé de constatation si la pratique n'est pas modifiée, avec un délai d'un mois laissé au praticien pour faire valoir ses observations ;

- si le directeur de la CPAM décide de poursuivre la procédure, saisine de la commission paritaire régionale, qui rend un avis motivé dans les deux mois, fixant au directeur de la CPAM les limites maximales de la sanction prononçable ; décision du directeur de la CPAM notifiée au professionnel ;

- saisine éventuelle en appel, par le médecin, de la commission paritaire nationale qui rend un avis, dans un délai de deux mois, fixant au directeur de la CPAM les limites maximales de la sanction prononçable.

La pratique tarifaire excessive a été ajoutée aux cas de manquements aux engagements conventionnels figurant à l'article 75 de la convention. Ce manquement renvoie aux sanctions conventionnelles générales, énumérées à l'article 76, susceptibles d'être prononcées à l'encontre des médecins, notamment la suspension du droit de pratiquer des honoraires différents à titre temporaire ou pour la durée d'application de la convention.

Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ont envoyé, fin février 2013, un courrier d'information générale à tous les médecins de secteur 2 pour leur présenter ce dispositif. Les directeurs de CPAM se sont ensuite entretenus, à partir de mai 2013, avec ceux qui avaient une pratique tarifaire considérée comme potentiellement excessive sur l'année 2012 : 710 médecins ont ainsi été contactés oralement dans ce cadre.

Les premières saisines de commissions paritaires régionales ont eu lieu en janvier 2014, et les toutes premières décisions ont été rendues en mars. Il est donc encore tôt pour apprécier l'impact réel de ce dispositif. Plusieurs remarques peuvent néanmoins être faites :

- la procédure a été définie de façon à ce que la faculté de sanctionner ne soit utilisée qu'en dernier recours. Or, si la « pédagogie de l'avertissement » ne doit pas être négligée, le dispositif apparaît néanmoins complexe ;
- le seuil de référence de 150 % est élevé et reste purement indicatif, les critères laissant une grande place à l'interprétation ;
- la décision du directeur de la CPAM est contrainte par les avis des commissions paritaires à qui il revient d'indiquer la sanction maximale. Cette stipulation est une limite forte à l'action de l'assurance maladie, et sa suppression pourrait être envisagée ;
- sa réussite nécessite en tout état de cause une poursuite des procédures jusqu'à leur terme et des sanctions effectives permettant de faire jouer l'exemplarité.

La CNAMTS a toutefois observé, en 2013, une baisse de 12 points du taux de dépassement du 95^{ème} percentile (c'est-à-dire des dépassements les plus élevés), qui pourrait s'expliquer par le caractère dissuasif du dispositif mis en place. Il est clair que les premières sanctions seront décisives pour la crédibilité du dispositif. À cet égard, le déconventionnement, temporaire ou pour la durée de la convention, ne doit pas être écarté pour les cas abusifs.

B - Les soins dentaires : des difficultés laissées en suspens

1 - Un fort désengagement de l'assurance-maladie

Avec 10,5 Md€ en 2012, les soins dentaires représentent 22 % de la consommation de soins et de biens médicaux en soins de ville. La prise

en charge de ces dépenses par l'assurance maladie obligatoire s'est dégradée au fil du temps : après avoir progressé jusqu'aux années 70 pour atteindre 55 %, elle a reculé dans les années 80 puis a enregistré une érosion plus lente à partir des années 90. Cette part s'établissait à 31,5 % en 2012, 34,5 % en intégrant la CMU-C⁵⁹. La Cour avait relevé, en 2010, que seulement 18 % du coût des actes prothétiques étaient pris en charge par l'assurance maladie obligatoire⁶⁰.

Cette situation trouve son origine dans la fin de l'encadrement de l'ensemble des tarifs de soins dentaires : à partir des années 80, en contrepartie d'une progression faible du tarif des soins conservateurs et chirurgicaux, les honoraires ont été laissés libres sur une partie de l'activité relative aux prothèses et à l'orthodontie. À la différence des médecins, les dépassements ne sont en effet pas générés par l'adhésion à un secteur, mais par la nature de l'activité pratiquée.

En conséquence, le prix des soins prothétiques a très fortement augmenté. Selon une étude réalisée en 2012 pour le compte de la direction de la sécurité sociale, les soins prothétiques représentaient, en 2008, 58 % des honoraires totaux pour 12 % de l'activité en moyenne.

Tableau n° 8 : exemples de tarifs de prothèses dentaires

En €

Type de prothèse	Montant remboursé par la sécurité sociale	Prix moyen prothésiste	Tarifs moyens facturés par les dentistes
Couronne métallique	75,25€	68 €	275-365 €
Couronne céramo-métallique	75,25€	115 €	535-760 €
Inlay-core	85,78 €	45 €	120 €
Inlay-core avec clavette	100,83 €	64 €	335 €
Appareil dentaire complet (14 dents)	127,75 €	13 à 230 €	760 à 1 520 €
Bridge de trois éléments	195,65 €	345 € (céramique)	1 600 à 2 290 € (céramique)

Source : ALCIMED, étude des modalités de tarification des soins prothétiques et de l'information des assurés, novembre 2012

⁵⁹ Source : comptes nationaux de la santé 2012.

⁶⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*- Chapitre XIII : les soins dentaires, p. 317-350. La Documentation française, septembre 2010, disponible sur www.ccomptes.fr.

La part des dépassements dans le total des honoraires des chirurgiens-dentistes a continuellement progressé : de 47,9 % en 2000, elle est passée à 53 % en 2012, soit 4,7 Md€.

Tableau n° 9 : honoraires et dépassements des chirurgiens-dentistes libéraux

	<i>En M€/an</i>									
SNIR	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Honoraires et soins totaux	7 215	6 840	7 515	7 780	8 023	8 211	8 307	8 526	8 730	8 863
<i>Evolution en %</i>	5,5	8,9	4,2	2,2	3,1	2,3	1,2	2,6	2,6	1,5
Dépassements/tarif opposable	3 454	3 266	3 575	3 792	3 930	4 087	4 191	4 423	4 585	4 698
<i>Evolution en %</i>	5,7	12,0	3,5	3,5	3,7	4,0	2,5	5,5	3,7	2,4
Part des dépassements	47,9 %	47,8 %	47,6	48,7 %	49,0 %	49,8 %	50,5 %	51,9 %	52,5 %	53,0 %

Sources : CNAMTS – SNIR, France métropolitaine, comptes nationaux de la santé 2012

Un tel système est susceptible d'engendrer des dérives, dans la mesure où la rémunération variable des actes selon leur nature peut conditionner le choix du traitement, pour contribuer à l'optimisation financière de l'activité des cabinets. En outre, en termes de santé publique, ce sont les soins susceptibles de prévenir des problèmes plus graves qui se trouvent le moins valorisés.

2 - Une politique conventionnelle jusque-là inefficace

90 % des chirurgiens-dentistes sont en exercice libéral : la politique conventionnelle revêt donc une importance particulière. Le constat par les parties à la convention dentaire que les soins conservateurs qui représentent une part majoritaire de l'activité ne correspondent qu'à une part limitée des honoraires, et la volonté de rééquilibrer la rémunération et le financement des soins dentaires, associé à un effort de maîtrise des tarifs des prothèses, sont anciens. Or, la politique conventionnelle, qui a laissé se développer cette situation, n'a pas permis d'y remédier.

La convention dentaire de 1997 avait déjà prévu d'engager une restructuration des tarifs, avec une augmentation des soins conservateurs, en contrepartie d'un plafonnement du tarif des prothèses, notamment des couronnes. Ces mesures ont toutefois été reportées par arrêté du 26 juin 1998 et n'ont finalement pas été mises en œuvre.

La convention de 2006 signée par deux syndicats représentatifs (la confédération nationale des syndicats dentaires et l'union nationale des jeunes chirurgiens-dentistes), actuellement applicable à la suite de sa tacite reconduction le 18 juin 2011, reprend le constat du déséquilibre et de ses effets pervers. Elle a mis en œuvre une revalorisation des soins conservateurs et chirurgicaux, pour un coût en année pleine d'environ 180 M€. En contrepartie, l'assiette de la participation de l'assurance maladie aux cotisations maladie et au régime d'assurance vieillesse supplémentaire a été restreinte aux seuls honoraires correspondant à des montants remboursables, et non plus à la totalité des honoraires : ce redéploiement a permis de dégager 120 M€, le surcoût net en année pleine étant donc *in fine* de 60 M€⁶¹.

Dans le cadre de la convention de 2006, la profession s'était engagée à ce que la réaffectation des prises en charge de cotisations sociales au financement des soins conservateurs ne se traduise pas, pendant les deux années de mise en œuvre de la réforme, par une augmentation des honoraires de soins prothétiques. Les données sur l'évolution des dépassements montrent que cet engagement n'a pas été tenu.

3 - Des mesures récentes qui restent insuffisantes

Les avenants n° 2 du 16 avril 2012 et n°3 du 31 juillet 2013, signés par l'UNCAM et la seule confédération nationale des syndicats dentaires, ont concrétisé, six ans après, certaines dispositions de la convention de 2006.

Outre des stipulations relatives à des incitations à l'installation dans les zones sous dotées (cf. *infra*), ces textes procèdent à une nouvelle revalorisation des soins conservateurs : le tarif de la consultation a été augmenté de 21 à 23 € (avenant n° 2), et certains soins conservateurs et de chirurgie ont été revalorisés (avenant n° 3). Surtout, ces textes concrétisent la mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire et précisent le contenu du devis dentaire pour la pose de prothèses. La nomenclature générale des

⁶¹ Propositions d'orientations pour les négociations conventionnelles avec les chirurgiens-dentistes, Conseil de l'UNCAM, 16 février 2012.

actes professionnels (NGAP), qui datait de 1972, n'avait pas été adaptée aux changements des techniques et des matériaux. Elle ne couvrait pas tous les actes et était largement obsolète⁶².

Les parties signataires ont estimé nécessaire que les chirurgiens-dentistes, dans le cadre de leur activité conventionnelle, codent l'ensemble de leurs actes, y compris ceux non pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire, conformément à la codification de la CCAM descriptive complète. Toutefois, la transposition des actes et des tarifs remboursables dans la nouvelle nomenclature s'est faite à périmètre constant de la NGAP, en intégrant les revalorisations d'actes prévues dans l'avenant⁶³.

Les déséquilibres qui perdurent sont d'autant plus difficiles à résoudre que les problèmes ont été laissés en suspens pendant trop longtemps et que les marges de manœuvre financières de l'assurance maladie sont limitées et ont été mobilisées sur d'autres sujets.

Les nouvelles dispositions conventionnelles introduisent certes plus de transparence. Cependant, l'alignement du tarif de la consultation dentaire sur celui des médecins généralistes et la poursuite de la revalorisation des soins conservateurs n'ont pas eu pour contrepartie des engagements plus contraignants de maîtrise et de limitation des dépassements en matière de soins prothétiques.

⁶² Deux autres textes ont été conclus parallèlement à l'avenant n° 3 : un accord bilatéral entre l'UNCAM et l'UNOCAM sur 16 codes de regroupement des actes de la CCAM pour la transmission par les caisses d'assurance maladie obligatoire des informations nécessaires à la liquidation des prestations par les organismes complémentaires ; un accord bilatéral entre l'UNOCAM et la CNSD régissant les relations entre les chirurgiens-dentistes et les organismes d'assurance maladie complémentaire.

⁶³ La classification concerne les actes techniques, soit 369 libellés, seuls les actes d'orthopédie dentofaciale continuant à relever de la NGAP. La transposition à périmètre constant n'a toutefois pas fait évoluer la nature des actes remboursables ni leur hiérarchisation.

II - Une contribution très modeste à une meilleure répartition géographique des professions de santé

Les professionnels de santé libéraux sont inégalement répartis sur le territoire, la situation et les évolutions étant toutefois différentes suivant les professions. Les négociations conventionnelles, qui s'en tenaient au principe de la liberté d'installation des professionnels libéraux, n'ont que récemment intégré cette dimension démographique : si quelques tentatives antérieures ont concerné les médecins, c'est à partir de 2008 qu'une véritable politique conventionnelle a été mise en place en la matière⁶⁴. Elle a été rendue possible par l'introduction de dispositions législatives *ad hoc*, contenues notamment dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

A - Des dispositifs de régulation conventionnelle récents et inégaux suivant les professions

1 - Les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes : une combinaison de mesures incitatives et de mesures restrictives

Pour ces professions, le dispositif conventionnel s'articule autour de deux axes : des incitations financières en zones sous-denses dans le cadre de contrats incitatifs, mais également une restriction de l'accès au conventionnement en zones sur-denses : dans ces zones, l'accès au conventionnement n'est possible qu'en remplacement d'une cessation définitive d'activité.

L'institution de ce double dispositif a constitué une avancée significative dans la régulation démographique conventionnelle. Il a d'abord été mis en place pour les infirmiers en 2008, dans le cadre de l'avenant n° 1. Il a été pérennisé en 2011, associé à un doublement des zones « très sous-dotées » et « sur-dotées ».

⁶⁴ Les différents dispositifs mis en place font l'objet d'une présentation détaillée en annexe 10.

Les infirmiers sont dans le contexte spécifique d'une forte croissance démographique, très inégalement répartis. La hausse des effectifs s'est accélérée à compter de 2004 : le nombre d'infirmiers a augmenté de 4,9 % en moyenne par an entre 2008 et 2012 pour atteindre, en 2013, 76 854 infirmiers libéraux conventionnés. Or, la profession d'infirmier est une des professions de santé où les écarts de densité sont les plus importants avec une variation de 1 à 7 selon les départements et de 1 à 5 selon les régions. Par ailleurs l'existence d'une corrélation relativement importante entre densité d'infirmiers et consommation de soins a pu être vérifiée : l'activité dans les zones sur-dotées notamment dans le sud, est majoritairement constituée d'actes infirmiers de soins, ou *nursing*, tandis que dans les zones où la densité infirmière est faible, leur activité est centrée sur les actes médicotecniques, qui constituent le cœur de métier⁶⁵.

Les masseurs-kinésithérapeutes ont été, après les infirmiers, la deuxième profession à s'engager dans la régulation démographique. Le taux de croissance annuel moyen des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes s'établit à 2,4 % par an entre 2005 et 2012. Les disparités d'implantation sont d'un facteur de 1 à 4 selon les départements et de 1 à 3 selon les régions. Contrairement aux infirmiers qui ne peuvent s'installer en libéral qu'après une expérience professionnelle préalable de 24 mois dans une structure de soins, 80 % des masseurs-kinésithérapeutes le font dès la sortie de l'école.

Au-delà des mesures incitatives, ces nouvelles dispositions conventionnelles ont ouvert la voie à une régulation par le « conventionnement sélectif », ou plutôt conditionnel. Ces dispositions ont toutefois été récemment remises en cause par le Conseil d'État pour ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes : dans sa décision du 17 mars 2014, ce dernier a jugé que les dispositions de l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale ne permettaient pas, au contraire de ce que prévoit l'article L. 162-12-2 pour les infirmiers, l'adoption par les partenaires conventionnels de mesures limitant de façon contraignante les possibilités de conventionnement en fonction de la zone

⁶⁵ Procès-verbal du conseil de l'UNCAM du 17 mars 2011.

géographique d'installation⁶⁶. L'affermissement du dispositif implique donc une intervention préalable du législateur.

2 - Les médecins⁶⁷, les chirurgiens-dentistes et les orthophonistes : des mesures uniquement incitatives

En matière de démographie médicale, les littoraux et les centres villes sont en règle général bien pourvus, alors que les zones rurales, de montagne, mais aussi certains quartiers urbains doivent faire face à des situations parfois difficiles. La densité de médecins généralistes va de 74 pour 100 000 en Seine Saint-Denis et 76 dans l'Indre à 131 à Paris et 145 dans l'Hérault, soit un rapport de 1 à 2. Pour les spécialistes, l'écart est beaucoup plus large, puisqu'il va, toutes spécialités confondues, de 36 en Haute-Saône à 268 à Paris, soit un écart de 1 à 7. Selon l'indicateur sur les inégalités territoriales de répartition des médecins spécialistes figurant en annexe à la loi de financement de sécurité sociale pour 2014, au 1^{er} janvier 2013, la densité moyenne se stabilise (93 pour 100 000 habitants), mais la densité moyenne de la moitié des départements les mieux lotis continue d'augmenter (113,9) alors que celle de la moitié des départements les moins bien dotés (58,4) est en diminution⁶⁸.

L'avenant n° 20 à la convention médicale de 2005, signé en juillet 2007 après que la LFSS pour 2006 en a ouvert la possibilité, prévoyait déjà un dispositif visant à encourager l'installation en exercice regroupé des médecins dans des zones très sous dotées, dénommé « option conventionnelle ». Il ouvrait droit à une majoration de 20 % des honoraires issus de l'activité dans les zones concernées. Le dispositif s'est avéré très coûteux pour un résultat extrêmement faible. Entre 2007 et 2010, le coût de cette option a été d'environ 20 M€ par an soit 25 000 € par praticien concerné. Or, seulement 60 médecins supplémentaires se sont installés dans les zones sous-denses.

⁶⁶ Conseil d'État n° 357594, 17 mars 2014, *Syndicat des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs des Landes*.

⁶⁷ La Cour des comptes a examiné la question de la démographie médicale dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010, chapitre V : *la répartition territoriale des médecins libéraux*, p.147-171. La Documentation française, septembre 2010, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁶⁸ DREES, *les médecins au 1^{er} janvier 2013*, série statistiques n° 179, avril 2013 ; PLFSS 2014, annexe 1 programme de qualité et d'efficacité maladie.

La convention de 2011 a mis fin à cette option et a institué deux nouvelles options incitatives comportant des aides plafonnées : l'option démographie pour inciter les médecins à s'installer ou à maintenir leur cabinet de groupe ou organisé en pôle en zone sous-dotée, et l'option santé solidarité pour inciter les médecins exerçant dans d'autres zones à venir prêter main forte aux médecins exerçant en zones sous-dotées.

Les accords conclus avec les chirurgiens-dentistes et avec les orthophonistes comportent également des mesures exclusivement incitatives relatives aux zones sous-denses.

La densité globale des chirurgiens-dentistes est en diminution constante depuis 2000, de 1 % par an en moyenne. L'augmentation modérée des effectifs dans les années 1990 puis la baisse observée dans les années 2000 font toutefois suite à des périodes d'accroissement particulièrement rapide au cours des décennies 1970 (+ 50 %) et 1980 (+ 20 %)⁶⁹. De fortes disparités géographiques sont par ailleurs constatées, de 34 pour 100 000 dans la Creuse à 112 dans les Alpes-Maritimes et 136 à Paris, soit un rapport de 1 à 4⁷⁰. L'assurance maladie n'a toutefois que récemment envisagé des actions conventionnelles sur la répartition géographique des chirurgiens-dentistes : ce n'est que par l'avenant n° 2 publié le 31 juillet 2012 qu'un contrat incitatif a été mis en place pour améliorer l'accès aux soins dentaires dans les zones « très sous-dotées ».

3 - L'absence de mesures conventionnelles pour les pharmaciens

Les autres professions, notamment les pharmaciens, n'ont pas fait l'objet de mesures conventionnelles de régulation des implantations territoriales.

⁶⁹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre XIII : les soins dentaires. p. 317-350. La Documentation française, septembre 2010, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁷⁰ DREES, les professions de santé au 1^{er} janvier 2013, séries statistiques n° 183, août 2013.

Avec plus de 22 000 pharmacies, le réseau officinal français est l'un des plus denses d'Europe⁷¹. Afin de favoriser sa restructuration et de gagner en efficacité en recherchant des économies d'échelle, l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, dans sa version issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, dispose que la convention avec les pharmaciens doit fixer des objectifs quantifiés d'évolution du réseau, dans le respect des attributions des ARS relatives à la création, au transfert et au regroupement des officines.

La convention de 2012 se contente toutefois de fixer pour objectif aux parties signataires la définition par voie d'avenant d'une méthodologie permettant d'optimiser le maillage officinal. Cette méthodologie devait être définie au plus tard pour le 1^{er} janvier 2013. Les négociations avec les représentants de la profession n'ont toutefois pas abouti, la méthode employée et ses résultats étant discutés. Les travaux conventionnels sur l'évolution du réseau officinal restent donc en suspens. Dans l'esprit de la LFSS pour 2012, la politique conventionnelle aurait ainsi pu permettre d'impulser une restructuration maîtrisée du réseau en contrepartie de l'octroi des nouvelles rémunérations conventionnelles, et en articulation avec les ARS. La nouvelle convention n'a pas permis, en l'état, d'améliorer l'efficacité du réseau des officines.

B - Des effets encore peu significatifs

Selon le tableau récapitulatif des paiements réalisés en 2013 au titre de 2012⁷², les aides résultant des contrats incitatifs se sont élevées au total à 28,6 M€. Sur cette somme, 24 M€ correspondent aux aides versées aux médecins, dont 15,5 M€ au titre du dispositif de l'avenant n° 20 à la convention de 2005, en voie d'extinction.

⁷¹ Avec 37 pharmacies pour 100 000 habitants, la France se situe loin devant l'Allemagne (26) et le Royaume-Uni (18) (procès-verbal du conseil de l'UNCAM du 26 janvier 2012).

⁷² Voir annexe 10 *Les aides démographiques conventionnelles*.

1 - Des contrats incitatifs bénéficiant essentiellement aux professionnels déjà installés

Ce sont pour les infirmiers que se constatent de premières inflexions : dans une note établie dans le cadre du PLFSS 2014, la direction de la sécurité sociale expose que « *sur une durée de deux ans, on constate une progression des installations dans les zones « très sous-dotées » (soit + 33,5 % entre 2008 et 2011) et une diminution des effectifs dans les zones sur-dotées (soit -2,9 % entre 2008 et 2011)* »⁷³. Les bilans effectués par l'observatoire conventionnel conduisent à relativiser, en chiffres absolus, cette dynamique : à fin 2012, 74 % des contrats santé solidarité (CSS) et 89 % des contrats incitatifs infirmiers (CII)⁷⁴ étaient passés avec des professionnels déjà installés dans les zones visées. L'UNCAM a toutefois indiqué que depuis 2012 le suivi statistique des effectifs infirmiers faisait apparaître un accroissement de 198 infirmières dans les zones très sous-dotées.

En moyenne, le montant individuel des sommes versées s'est élevé en 2012, hors prise en charge des cotisations sociales, à 2 501 € par infirmière adhérent au CSS et à 936 € pour le CII.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, 568 contrats incitatifs avaient été signés au titre de 2012. Toutefois, 94 % des contrats concernaient des professionnels déjà installés dans les zones visées. L'aide forfaitaire versée en 2013 au titre de 2012 s'est élevée à 538 € par professionnel (aide proratisée en fonction de la date d'adhésion). La prise en charge des cotisations d'allocations familiales était en cours.

La mise en œuvre des mesures incitatives restait donc essentiellement marquée, pour les infirmiers comme pour les masseurs-kinésithérapeutes, par un avantage accordé aux professionnels déjà installés.

Pour les médecins, l'option démographie avait recueilli 989 adhésions à fin 2012, l'option santé solidarité territoriale seulement 15, ce

⁷³ Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, réponses au questionnaire de la commission des affaires sociales du Sénat, question n°14.

⁷⁴ Voir annexe 10 *Les aides démographiques conventionnelles* pour la nature de ces différents contrats.

dernier dispositif étant donc marginal. Le montant moyen du forfait s'élevait à 9 566 € pour l'option démographique et à 852 € pour l'option santé solidarité territoriale. Le recul reste insuffisant pour apprécier la portée du contrat destiné aux chirurgiens-dentistes.

La montée en charge des différents dispositifs s'est poursuivie toutefois en 2013 : à fin 2013, 6 390 professionnels de santé⁷⁵ adhéraient à un contrat d'aide démographique, soit une augmentation de 51 % par rapport à 2012. Les données financières, globales et par profession, et les études d'impact n'étaient pas encore disponibles au moment de l'enquête, les sommes afférentes aux contrats 2013 devant être payées courant 2014.

2 - Un impact encore trop marginal des limitations d'installation en zones sur-dotées

Les données produites dans le cadre des observatoires conventionnels⁷⁶ révèlent un effet de démarrage paradoxal pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes : une augmentation des effectifs au moment de l'entrée en vigueur du dispositif de régulation, résultant d'installations précipitées en zones sur-dotées avant la mise en œuvre des mesures. Pour les infirmiers, l'avenant n° 1 a été approuvé le 17 octobre 2008. Or l'écart entre le taux d'installation et le taux de cessation a été de +1,6 % au 4^{ème} trimestre 2008 et de + 2,6 % au 1^{er} trimestre 2009. L'écart a toutefois toujours été légèrement négatif ensuite, excepté durant deux trimestres de 2012. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, le dispositif démographique est entré en vigueur au 15 juillet 2012, et l'écart a été de + 2,6 % et + 2,3 % sur les deux derniers trimestres de 2012. L'écart était toujours constamment positif au 3^{ème} trimestre 2013.

Par ailleurs, l'impact reste encore limité en chiffres absolus. Pour les infirmiers, 470 zones sont qualifiées de sur-dotées à l'issue de l'avenant n° 3, et 19 138 infirmières sont installées dans ces zones (27,2 % des effectifs). L'UNCAM a indiqué que selon les chiffres les

⁷⁵ 2 074 médecins, 1 798 infirmières, 1 525 masseurs-kinésithérapeutes, 255 sages-femmes, 583 orthophonistes et 155 chirurgiens-dentistes.

⁷⁶ Conseil de l'UNCAM du 21 novembre 2013 pour les infirmiers et observatoire conventionnel du 19 novembre 2013 pour les masseurs-kinésithérapeutes.

plus récents le nombre d'infirmiers avait néanmoins diminué de 295 en zones sur-dotées depuis la mise en œuvre des dispositions de l'avenant n° 3 en mai 2012.

3 - Une approche qui reste incomplète

Les mesures mises en place sont hétérogènes suivant les professions, sur les modalités et les exigences comme sur la nature et le montant des contreparties accordées. En outre, l'approche reste incomplète, pour les médecins plus particulièrement, qui représentent, par rapport aux professions prescrites, l'enjeu essentiel.

Ainsi, l'avenant n° 8 à la convention médicale prévoyait de compléter l'approche territoriale des médecins généralistes par une analyse de l'accès aux soins spécialisés en intégrant l'offre à tarif opposable. Or, les études menées dans le cadre des travaux de l'observatoire des pratiques tarifaires n'ont pour l'instant débouché sur aucune mesure conventionnelle.

Le même avenant n° 8 envisageait, afin d'assurer la pleine reconnaissance du médecin traitant, la généralisation progressive du système des forfaits et sa modulation en fonction de la densité médicale des territoires : les médecins s'installant dans les lieux les plus difficiles et les territoires les plus fragiles devaient voir leur activité valorisée par ce système de forfait, la négociation devant être finalisée « *avant la fin du premier quadrimestre 2013* ». Cette stipulation n'a pas été mise en œuvre. Auparavant, la convention médicale de 2011 avait prévu, à propos de la ROSP, que les modalités de rémunérations pouvaient tenir compte des conditions d'exercice des praticiens exerçant dans les zones urbaines sensibles. Cette possibilité n'a pas non plus été exploitée⁷⁷.

Cette frilosité conventionnelle n'est pas nouvelle : la convention de décembre 1998 prévoyait qu'avant le 1^{er} juin 1999 un avenant fixerait le montant d'une majoration de la rémunération forfaitaire des médecins

⁷⁷ L'UNCAM a indiqué que des études étaient menées sur les évolutions possibles du dispositif afin de prendre en compte les difficultés supplémentaires, pour le médecin ayant une patientèle défavorisée, à atteindre les objectifs de la ROSP.

référents pour les inciter à s'installer dans des zones où l'offre de soins était insuffisante. L'avenant n'a jamais vu le jour.

L'assurance-maladie, dès lors qu'elle apporte aux professionnels une très large part de leur revenu, est légitime à orienter les installations et les remboursements là où il y a des besoins constatés, afin d'optimiser l'utilisation des ressources collectives. À cet égard, les pistes ouvertes demandent à être approfondies et renforcées, dans le cadre conventionnel ou, à défaut, hors de ce cadre. Le conventionnement ne devrait en tout état de cause pas être considéré comme un droit automatique mais devrait correspondre à un besoin effectif de soins pris en charge par l'assurance maladie.

III - Des résultats limités pour les patients

L'UNCAM a cherché à négocier, dans la durée, des évolutions structurelles du système de santé en contrepartie de la revalorisation des tarifs et en veillant au respect de son cadrage financier. Des avancées ont pu être opérées avec certaines professions.

La politique conventionnelle avec les médecins est axée depuis 2005 sur la définition d'un parcours de soins devant permettre, en conférant un rôle pivot au médecin traitant, une prise en charge globale du patient et son orientation au sein du système de soins. La diversification des modes de rémunération a constitué une innovation importante pour l'intégration d'objectifs de santé publique et de gestion du risque. Ces mesures visent aussi à un meilleur suivi individualisé des patients. Pour les médecins, les indicateurs de qualité de la pratique médicale touchent à la prévention (par exemple pour la vaccination, le dépistage de certains cancers, le suivi de certains traitements médicamenteux), et au suivi de pathologies chroniques (diabète, hypertension). Pour les pharmaciens, la convention de 2012 vise à développer un accompagnement pharmaceutique du patient, pour la prévention des risques iatrogéniques et pour certaines pathologies chroniques.

Deux constats peuvent toutefois être faits :

- l'élargissement des politiques conventionnelles et la multiplication des instruments ont débouché sur une grande complexité et sur un défaut de lisibilité des coûts du système de soins pour le patient, particulièrement pour ce qui concerne les médecins ;

- les politiques conventionnelles n'ont pas, en l'état, résolu les problèmes d'accès aux soins auxquels il avait été annoncé qu'elles répondraient.

A - Une complexité croissante et un défaut de lisibilité

La Cour a déjà relevé à plusieurs reprises la complexité et le caractère peu lisible, pour les assurés, des tarifs et des modes de prise en charge des soins⁷⁸.

Les dispositions de la convention médicale de 2005 ont compliqué la mise en oeuvre de la réforme de 2004 relative au parcours de soins coordonné, en mettant en place des mécanismes tarifaires complexes, reposant sur le principe de responsabilisation des assurés, dont la prise en charge financière est modulée en fonction de leur comportement, beaucoup plus que sur celui des praticiens. Les médecins correspondants bénéficient pour leur part de divers types de majorations d'honoraires, soit qu'il s'agisse d'un avis ponctuel, soit qu'il s'agisse de soins séquencés ou itératifs.

Le dispositif a été d'autant moins compréhensible dans sa logique d'ensemble pour l'assuré social qu'il a été contemporain de l'institution, puis de l'élargissement, des participations forfaitaires et des franchises médicales qui ont contribué à brouiller encore davantage le système tarifaire.

La convention médicale de 2011 et ses avenants ont contribué à augmenter encore la complexité du système tarifaire, pour les actes techniques mais aussi pour les actes cliniques. Une série de revalorisations ciblées ont été décidées dans le cadre de la rémunération à l'acte, en instituant par exemple des consultations à haute valeur ajoutée

⁷⁸Cf. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2007*, chapitre VII : La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie, p. 167-186. La Documentation française, septembre 2007, disponible sur www.ccomptes.fr

Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013*, chapitre 3. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, p.187-218. La Documentation française, février 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

de santé publique. L'ensemble des revalorisations pour les consultations à haute valeur ajoutée, pour la médecine générale et les spécialités cliniques, a débouché en sortie de négociations sur un surcoût net prévisionnel en année pleine, pour l'assurance maladie obligatoire, de 113 M€.

L'avenant n° 8 a de même procédé à des revalorisations ciblées, au bénéfice des médecins du secteur 1 et de ceux adhérents au contrat d'accès aux soins, pour la prise en charge de patients nécessitant un suivi particulier dans le cadre du parcours de soins : création d'une consultation de suivi de sortie d'hospitalisation en court séjour des patients à forte comorbidité (2C) ; consultation pour le suivi des patients insuffisants cardiaques ayant été hospitalisés pour un épisode de décompensation (2C) ; rémunération forfaitaire de 5 € par consultation ou visite des patients âgés ; revalorisation de certaines consultations de pédiatres.

À cela s'ajoute la multiplication récente des expérimentations menées d'une part par l'État, d'autre part par l'assurance maladie, circonscrites à certains territoires, certaines pathologies, certains acteurs, et qui ne sont pas toutes ordonnées autour du médecin traitant.

Le parcours de soins s'apparente dès lors à un maquis tarifaire, sur lequel le patient reste peu informé et ignore le plus souvent qu'une partie grandissante des rémunérations des professionnels libéraux est directement servie par les caisses d'assurance maladie, sous la forme de rémunérations forfaitaires, de rémunérations à la performance et de prise en charge de cotisations sociales. Les préoccupations des partenaires conventionnels, la recherche de compromis et le traitement des revendications tarifaires catégorielles semblent ainsi primer sur la lisibilité du parcours de soins coordonnés, l'efficacité de la prise en charge globale et l'efficience de son contenu.

Si la dépense a été globalement régulée au cours des années les plus récentes dans les limites fixées par le Parlement, l'efficience du système de soins a été insuffisamment améliorée. Des négociations trop exclusivement en « tuyaux d'orgues » ont fait obstacle à une meilleure organisation des soins de proximité et à une meilleure articulation des prises en charge entre la ville et l'hôpital.

B - L'accès aux soins : des problèmes non résolus

Un accès aux soins restant possible et équitable pour tous est un des objectifs essentiels de l'assurance maladie. Les politiques conventionnelles n'ont toutefois pas apporté, en matière de répartition géographique des professionnels libéraux, de coordination des soins comme en matière de maîtrise des tarifs pratiqués par certaines professions, les réponses que les assurés sociaux étaient en droit d'attendre.

Comme on l'a vu, il n'y a pas eu pendant longtemps de politique conventionnelle cherchant à influencer sur la localisation des praticiens. Pour l'instant, les mesures conventionnelles récentes ont eu un impact faible au regard des problèmes rencontrés dans les zones rurales et les zones péri-urbaines.

La problématique des dépassements est elle-même liée à celle de la répartition géographique des professionnels. Des études menées par le ministère chargé de la santé⁷⁹ ont confirmé que certaines spécialités ont une proportion de médecins en secteur 2 très élevée et en forte croissance (chirurgiens, gynécologues, ORL ou ophtalmologues), et que les dépassements sont par ailleurs concentrés dans certains départements. L'étude montre que la solvabilité de la demande locale influence positivement la probabilité de s'installer en secteur 2 ainsi que le niveau des dépassements pratiqués. Pratiquer des dépassements d'honoraires permet aux médecins de continuer à s'installer dans des zones déjà très fortement dotées en médecins, leurs tarifs plus élevés compensant la moindre activité résultant d'une forte densité médicale.

Les discussions conventionnelles incessantes n'ont pas empêché l'accroissement des inégalités dans le taux de remboursement des différents types d'actes. Il existe ainsi, pour les médecins, de fortes disparités de l'offre au tarif opposable selon les départements. Notamment, l'offre à tarif opposable est globalement moindre dans les départements d'Ile-de-France, du Rhône, et en Alsace. De même, la dérive des tarifs sur les prothèses dentaires pose un réel problème d'accès

⁷⁹ Cf. notamment DREES, *Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins*, Comptes de la santé 2010 ; DREES, *Les revenus d'activité des médecins libéraux*, Comptes de la santé 2011.

aux soins pour une partie de la population qui ne bénéficie ni de revenus et/ou d'une couverture complémentaire suffisante ni de la couverture spécifique de la CMU-C. S'agissant des soins dentaires, la Cour avait ainsi relevé en 2010 que, selon les études disponibles, les problèmes dentaires représentaient à eux seuls plus de la moitié de tous les cas de renoncements à des soins pour des raisons financières.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les politiques conventionnelles n'ont pas jusqu'ici permis de résoudre les problèmes d'accès aux soins, en matière de dépassement de tarifs comme sur le plan géographique. Les inégalités se sont accrues à la mesure des déséquilibres constatés. En outre, les instruments mis en place reposent le plus souvent uniquement sur des mesures incitatives porteuses de coûts supplémentaires.

Il importe que l'assurance maladie, désormais investie depuis la réforme de 2004 d'une responsabilité entière dans la négociation des politiques conventionnelles, fasse preuve de plus de volontarisme, dans la définition des orientations et leur mise en œuvre, afin que les avantages accordés aux professionnels de santé, que ce soit sous la forme de rémunérations supplémentaires, de primes diverses ou de prise en charge de cotisations, soient assorties de contreparties suffisantes directement évaluables permettant de mettre plus franchement les outils conventionnels au service d'un accès à des soins de qualité, dans des conditions financières lisibles et satisfaisantes pour les patients.

Le conventionnement et les avantages qui en découlent pour les professions libérales de santé ne doivent pas être considérés comme un droit automatique, mais devraient répondre à un besoin effectif de santé.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

10. sur les dépassements abusifs :

- a. engager de façon systématique les procédures prévues et à les mener à bonne fin, afin de permettre un fonctionnement effectif et crédible du dispositif prévu par l'avenant n° 8 ;*
- b. supprimer, dans le déroulement de la procédure, la fixation par les commissions paritaires de la sanction maximale applicable ;*

11. sur la répartition démographique des professions de santé : étendre le conventionnement sélectif à toutes les professions dans les zones en surdensité ; utiliser les différents leviers conventionnels pour discriminer plus fortement les avantages octroyés en fonction des zones d'exercice des professionnels libéraux.

Chapitre IV

Une réforme nécessaire pour faire évoluer l'organisation des soins

Les résultats des politiques conventionnelles traduisent la mauvaise adaptation du cadre conventionnel. L'articulation des différents acteurs doit être améliorée, au niveau national comme au niveau territorial. Les organismes complémentaires d'assurance maladie doivent trouver leur place dans la régulation du système de soins. Pour répondre à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, les voies d'un pilotage mieux intégré et d'une vision plus structurante, indispensables pour redéfinir la place et le contenu des politiques conventionnelles et pour imprimer les changements indispensables dans l'organisation des soins de ville, sont présentées sous la forme de plusieurs scénarios.

I - Des politiques conventionnelles qui doivent faire l'objet d'une coordination et d'un suivi plus exigeants

A - L'État : une approche dispersée

1 - Les directions ministérielles : une coordination à renforcer

La direction de la sécurité sociale (DSS) a un rôle premier, au sein du ministère, dans le suivi des politiques conventionnelles, en matière juridique et financière. Toutes les questions importantes font l'objet d'une concertation avec l'UNCAM. Son avis en opportunité n'est toutefois pas requis par les textes et elle n'a pas non plus le pouvoir de fixer un cadre

de négociations à l'UNCAM. Ses moyens d'expertise – ou de contre-expertise – sont limités au regard de ceux dont dispose la CNAMTS. Si elle a coordonné la préparation du premier contrat État/UNCAM, elle reconnaît que l'accroche principale de ce contrat a été la gestion du risque et que le lien avec la politique conventionnelle y est peu développé.

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a pour mission de développer une approche globale de l'offre, intégrant aussi bien la ville que l'hôpital. Elle garde toutefois un tropisme hospitalier fort et n'investit que progressivement le champ des soins de ville et des politiques conventionnelles. Si elle se saisit de thèmes particuliers, comme la permanence des soins, la démographie médicale, ou la formation professionnelle continue, elle ne développe pas de vision d'ensemble sur les objectifs et la stratégie de l'UNCAM, et n'assure pas de suivi des politiques conventionnelles.

La direction générale de la santé (DGS) participe de manière limitée au suivi des politiques conventionnelles. Consultée par la DSS sur le projet de convention médicale de 2011, elle a constaté que ses observations n'avaient pas été prises en compte. S'agissant des indicateurs de la ROSP, elle a indiqué qu'un bureau avait été consulté pour l'élaboration des indicateurs concernant les maladies chroniques, et que « *si elle a participé à la définition des indicateurs et des objectifs, il ne semble pas que la DGS ait été associée à la définition des thèmes retenus* ». Elle avait toutefois été consultée lors de la mise en place du CAPI, dont la ROSP s'est beaucoup inspirée.

L'UNCAM, de son côté, indique éprouver des difficultés à appréhender la stratégie de l'État et sa vision globale des relations avec les professions de santé, notamment à moyen terme. Elle estime que les réactions et les demandes relatives à la politique conventionnelle restent, de la part de l'État, ponctuelles et thématiques, et se font de façon discontinue.

Il ressort de ces différents éléments une insatisfaction générale dans les relations d'une part entre les différentes directions d'administration centrale, d'autre part avec l'UNCAM et la CNAMTS. La dispersion des approches constitue d'évidence un obstacle dans la coordination des politiques. Pour s'en tenir à la santé publique et à la prévention, volet important de la ROSP, le livre des plans de santé publique en dénombrait, dans sa dernière édition de mai 2011, 27 en vigueur, en dehors des plans de gestion des alertes sanitaires. 14 se sont rajoutés depuis. Même si tous ne recourent pas la politique conventionnelle, une coordination renforcée supposerait, en amont, une vision stratégique partagée et une plus grande hiérarchisation des

priorités. Aujourd'hui l'articulation n'est pas assurée entre la politique de santé publique de l'État et la politique conventionnelle.

2 - Un contrat entre l'État et l'UNCAM peu structurant pour la politique conventionnelle

La loi HPST du 21 juillet 2009 a modifié, dans le contexte de la création des ARS, le cadre institutionnel de définition des objectifs de gestion du risque, en prévoyant la conclusion entre l'État et l'UNCAM d'un contrat qui détermine les objectifs pluriannuels partagés entre l'État et les trois régimes membres de l'UNCAM.

Un premier contrat couvrant la période 2010-2013 a été signé le 1^{er} mars 2011, donc avec plus d'un an de retard par rapport à la période qu'il est censé couvrir. Ce contrat est structuré autour de cinq priorités⁸⁰ et de vingt objectifs liés aux politiques de gestion du risque. Les grands axes de développement récent des politiques conventionnelles figurent principalement au titre de trois d'entre eux : la diversification des modes de rémunération (objectif 13), la lutte contre les inégalités d'accès aux soins (objectif 4), ainsi que les actions visant à favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé (objectif 5).

Ce premier contrat reste toutefois très général et peu contraignant dans les orientations qu'il formule. Certains objectifs ne citent pas la politique conventionnelle, bien qu'ils s'y inscrivent pour partie. Il en est ainsi de l'objectif à quatre ans d'accroître d'au moins 50 % le nombre de cabinets libéraux disposant d'un système d'information communicant pour la gestion du dossier patient interne au cabinet médical (objectif 3), ou bien des actions sur la prescription dans le répertoire (objectif 12), qui se retrouvent dans la ROSP.

Enfin, plusieurs des sujets abordés n'ont pas trouvé de suite dans la période d'application du contrat, les négociations conventionnelles n'ayant pas permis de les traiter. C'est le cas de l'objectif visant à « *favoriser la réorganisation du réseau officinal en promouvant*

⁸⁰ Mieux connaître le risque santé ; renforcer l'accès aux soins ; renforcer l'information et la prévention ; promouvoir les prises en charge les plus efficaces ; moderniser les outils au service du système de santé.

notamment les nouvelles missions des pharmaciens », ou bien des aspects interprofessionnels.

B - L'UNCAM : un suivi insuffisant des politiques conventionnelles au regard de leur coût

1 - Des surcoûts significatifs

Avec l'extension du champ des négociations conventionnelles, les négociations ont porté de manière croissante sur des avantages annexes ainsi que, pour les médecins et les pharmaciens, sur la diversification des modes de rémunération. L'évolution des lettres-clés déterminant les tarifs opposables n'est donc pas représentative de l'augmentation des coûts de l'assurance maladie : c'est le bilan global des mesures conventionnelles qu'il faut appréhender pour mesurer ce surcoût.

Pour les médecins, sur les douze textes concernés, deux ont une portée financière particulièrement importante : la convention de 2011 et l'avenant n° 8.

Tableau n° 10 : coût de la convention médicale de 2011 et de ses avenants⁸¹

Texte	Coût des mesures en sortie de négociation
Convention de 2011	386 M€, dont 85 en 2012
Avenant n° 4	- 52,6 M€
Avenant n° 5	12 M€ en 2012, 33 M€ en 2013
Avenant n° 7	3,7 M€ en 2013
Avenant n° 8	246,3 M€, dont 86 pour 2013
Avenant n° 9	3,2 M€
Avenant n° 10	1,8 M€
Avenant n° 11	13,7 M€

Source : UNCAM, tableau Cour des comptes.

La convention de 2011 a notamment mis en place la ROSP et les outils incitatifs à l'installation en zone sous-dense et a procédé à des revalorisations ciblées de consultations dites à haute valeur ajoutée.

⁸¹ Seuls sont répertoriés les avenants ayant une incidence financière. Le coût négatif de l'avenant n° 4 s'explique par des baisses de tarifs de radiologie, l'avenant prévoyant en outre des hausses ciblées pour des actes de cardiologie et de néphrologie.

Tableau n° 11 : impact financier de la convention médicale de 2011

Modernisation des cabinets	122 M€
Amélioration des pratiques cliniques	83 M€
Synthèse dossier médical (médecins traitants)	45 M€
Consultations à haute valeur ajoutée	113 M€
Démographie	23 M€
Total	386 M€

Source : CNAMTS. Les chiffres s'entendent en surcout net en année pleine.

Les contreparties accordées à la mise en place du contrat d'accès aux soins et de la procédure à l'encontre des dépassements abusifs par l'avenant n° 8 sont également financièrement lourdes. Leur montant affiché de 246,3 M€ intègre 180 M€ d'économies sur la radiologie résultant du plan « imagerie médicale » : le coût brut de l'avenant n° 8 pour l'assurance maladie est ainsi de 426,3 M€. À cette somme s'ajoutent 150 M€ de participation des organismes complémentaires, soit un coût brut total de 576,3 M€.

En coût net de sortie de négociation, l'assurance maladie a au total ainsi consacré depuis 2011, selon les montants communiqués par l'UNCAM, 647,1 M€ à la convention médicale de 2011 et ses avenants.

Le coût financier du renouvellement des conventions passées avec les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes est également important, même si les mesures ont été étalées dans le temps.

Tableau n° 12 : coût des conventions avec les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes

Texte	Coût des mesures en sortie de négociation
Convention infirmière de 2007	150 M€
Avenant n° 1 IDEL	210 M€
Avenant n° 3 IDEL	196 M€
Avenant n° 4 IDEL	7 M€
Convention MK de 2007	Non disponible (84 M€ selon une note de la direction de la sécurité sociale en date du 4 mai 2007)
Avenant n° 3 MK	227,9 M€
Avenant n° 4 MK	7,5 M€

Source : UNCAM ; tableau Cour des comptes.

La profession d'infirmiers a bénéficié de mesures financières significatives dans le cadre de la convention de 2007 et de ses avenants, pour un total de plus de 560 M€. Notamment, les mesures de régulation démographique mises en place par les avenants n° 1 de 2008 et n° 3 de 2011 ont fait l'objet de contreparties financières importantes. La direction de la sécurité sociale, dans une note pour les ministres du 6 octobre 2008 indiquait que l'ensemble des revalorisations accordées par la convention en 2007 et l'avenant n° 1 correspondait à une progression totale de 13 % des honoraires moyens des infirmières en année pleine. Le mandat de négociation de l'avenant n° 3 à la convention infirmière indiquait que les revalorisations prévues par cet avenant correspondaient à 4 % des honoraires estimés en 2011.

Les contreparties accordées aux masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre de l'avenant n° 3 mettant en place les mesures de régulation démographique ont été également non négligeables : le coût de l'avenant n° 3 de 2011, à hauteur de 227,9 M€, correspond à des revalorisations à hauteur de 6 % des honoraires remboursables estimés en 2011, en contrepartie de l'engagement de la profession dans la régulation démographique et du développement de référentiels.

S'agissant de la rémunération à la performance des pharmaciens, les chiffres communiqués par l'UNCAM font état d'une économie globale nette pour l'assurance maladie de 17 M€ en 2012 et 145 M€ en 2013. Cet effet s'explique par l'imputation sur cette rémunération d'une économie estimée, au regard de la progression des taux de substitution des génériques, à 90 M€ en 2012 et 285 M€ en 2013. Toutefois des mesures de nature réglementaire auraient sans doute pu permettre des résultats comparables, sans dépenses supplémentaires. En tout état de cause, il apparaît plus exact de faire apparaître le surcoût brut lié à la mise en œuvre de cette rémunération complémentaire, qui s'établit à 73 M€ en 2012 et 140 M€ en 2013. S'ajoutent à ces chiffres 3,5 M€ en 2012 liés au dispositif de suivi sur les anticoagulants oraux, ainsi que 5 M€ en 2012 et 35 M€ en 2013 correspondant aux revalorisations sur les gardes et astreintes.

Pour ce qui est des chirurgiens-dentistes, le coût en année pleine des revalorisations prévues par l'avenant n° 2 de 2012 s'élève à 35,7 M€ (0,4 % des honoraires totaux et 1,3 % des montants remboursés) et celui de l'avenant n° 3 de 2013 à 55,8 M€ (0,7 % des honoraires totaux et 2 % des montants remboursés), soit un coût total cumulé de 94,3 M€.

Au-delà du coût direct des conventions, important malgré le contexte de déficits massifs de l'assurance maladie pendant toute la

période, les conventions et leurs avenants n'ont jamais débouché en contrepartie sur des modifications de pratiques et d'organisation des professions à hauteur de ce qui aurait été nécessaire pour permettre d'améliorer substantiellement l'efficacité du système de soins.

2 - Un suivi défaillant des stipulations conventionnelles

Les rapports annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie, élaborés par la CNAMTS, contiennent une synthèse des négociations conventionnelles. Cette synthèse rappelle la nature et l'objet des négociations conduites dans l'année, mais ne comporte pas de point d'étape sur l'application des différentes conventions.

Les orientations soumises au conseil de l'UNCAM, en vue de nouvelles négociations avec une profession, ne comportent pas non plus de bilan de la précédente convention, de l'application de ses dispositions ainsi que de celles de ses avenants.

En réponse aux demandes, formulées par la Cour, de communication des bilans disponibles des avant-dernières conventions avant reconduction ou renégociation, l'UNCAM n'a apporté que des éléments ponctuels ou thématiques, sans bilan d'ensemble. De même, à la question de savoir si celle-ci disposait d'éléments d'analyse et de bilan des accords de bon usage des soins (AcBus), contrats de bonne pratique (CBP) et contrats de santé publique (CSP) (actions diligentées, impact, coût), soit de façon transversale soit par profession concernée, elle a produit un tableau de synthèse de sept CBP et d'un CSP en vigueur sur la période 2010-2012 comportant seulement, pour chacun d'entre eux, le nombre de contrats signés et le coût pour l'assurance maladie⁸².

Si les relations conventionnelles font l'objet d'un gros investissement de l'UNCAM et des services de la CNAMTS au moment des négociations, le suivi de la mise en œuvre est parfois défaillant :

⁸² Créés en 2000, les AcBus, les CBP et les CSP pouvaient être signés entre l'assurance maladie et les syndicats signataires des conventions nationales. Les CBP et les CSP ont pris fin au 31 décembre 2012 conformément aux dispositions de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST.

certaines stipulations sont appliquées avec retard, voire restent inappliquées.

Plusieurs exemples ont déjà été relevés précédemment, comme le renvoi fait par plusieurs conventions, et ce dès 2006-2007, à des accords interprofessionnels pour lesquels les négociations n'ont été que très tardivement ouvertes au premier semestre 2014, ou l'absence de modulation du système des forfaits en fonction de la densité médicale des territoires, envisagée par l'avenant n° 8.

La convention médicale de 2011 prévoyait également que les thèmes et objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses de santé devaient faire chaque année l'objet d'un avenant à la convention. Le mandat du collège des directeurs en date du 12 mars 2012 concernait, outre la négociation de l'avenant d'extension de la ROSP aux cardiologues, celle d'un deuxième avenant ayant pour objet de définir ces thèmes pour l'année 2012. Au total, l'objectif d'économies devait s'élever à 550 M€. Cet avenant n'a pas été soumis à négociation, l'UNCAM ayant précisé que la formule n'était finalement pas parue adaptée et que des objectifs de maîtrise médicalisée sont définis chaque année dans le cadre des contrats conclus entre la CNAMTS et les CPAM : il ne s'agit toutefois plus là d'engagements conventionnels.

La convention infirmière de 2007 indiquait que les partenaires conventionnels souhaitaient accompagner le développement de nouveaux rôles pour les infirmiers libéraux. Or, dans l'attente des conclusions des négociations interprofessionnelles de 2014, les nouveaux rôles infirmiers restent encore très flous. De même, malgré des stipulations en ce sens dans la convention de 2007, la démarche de soins infirmiers n'a pas encore été remplacée et les travaux étaient toujours en cours au moment de l'enquête de la Cour⁸³.

Certaines dispositions relatives à la prévention souffrent également d'un défaut de mise en œuvre. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la convention de 2007 stipulait que les parties signataires s'engageaient à

⁸³ La démarche de soins infirmiers a été créée en 2002. Elle permet aux infirmières de planifier les soins des patients en situation de dépendance, et est nécessaire à la réalisation de certaines séances de soins ou à la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée. Le dispositif s'est avéré très lourd à mettre en œuvre, et est resté peu usité.

définir et mettre en œuvre des actions de prévention, notamment dans le domaine de la rééducation rachidienne. Ces actions n'ont pas été mises en place. En matière de soins dentaires, la convention de 2006 évoquait le développement de la prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes : cette mesure n'a été prévue que dans l'avenant n° 3 conclu le 31 juillet 2013.

Par ailleurs, si la CNAMTS connaît le nombre de procédures conventionnelles engagées pour fraude ou activités fautives (220 au total entre 2010 et 2013), il apparaît étonnant de constater qu'elle ne recense pas l'ensemble des sanctions prononcées, leur cause et leur nature. Ce sont pourtant des éléments d'analyses essentiels sur le non-respect, par les professionnels de santé, des stipulations conventionnelles et les conséquences qui en sont tirées.

Un suivi plus strict de l'application des stipulations conventionnelles devrait être mis en place et faire l'objet d'un compte rendu par exemple dans le cadre d'une séance annuelle de chaque commission paritaire nationale. Une séance annuelle du conseil de l'UNCAM pourrait de même être consacrée à un bilan précis de la mise en œuvre des différentes conventions et de leurs effets.

C - Un manque de cohérence qui se répercute au niveau territorial

Créées à la suite de la loi HPST de 2009, les agences régionales de santé (ARS) ont la responsabilité globale de l'organisation de l'offre de soins au niveau territorial. Les politiques conventionnelles, de leur côté, ont investi le domaine de la gestion du risque ainsi que les questions des modalités d'exercice des professions de santé, de la prévention, de la qualité des soins, ainsi que de la régulation démographique.

Il existe de ce fait de nombreux points de recoupement entre l'action des ARS et les politiques conventionnelles. Toutefois, entre la logique de la loi de 2004 qui a profondément réformé le cadre de l'action conventionnelle et celle de la loi de 2009 qui a créé les ARS, subsiste un défaut d'articulation qui débouche sur des incohérences et un manque de coordination et d'efficience dans le déploiement des moyens.

1 - La régulation démographique : des outils complexes et non articulés

a) La multiplicité des zonages conventionnels

L'article L. 1434-7 du code de la santé publique dispose que les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé sont déterminées par les ARS, les zonages faisant partie intégrante du SROS. Les modalités choisies pour la mise en œuvre de ces dispositions ont toutefois débouché sur une situation incohérente.

Il existe deux types de zonage :

- le zonage dit « pluri-professionnel », qui doit contribuer à la mise en œuvre des priorités d'actions structurantes pour l'offre de premier recours, et qui est également la référence pour les aides à l'installation arrêtées dans le cadre de la convention médicale : il a été publié dans chaque région entre décembre 2011 et janvier 2013 ;
- les zonages par profession (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes et chirurgiens-dentistes) qui servent de référence pour la mise en œuvre des mesures de régulation démographique décidées dans le cadre conventionnel.

Pour les médecins, les mesures conventionnelles s'inscrivent dans le zonage « pluri-professionnel » déterminé par les ARS, et la cohérence donc a été préservée. Certaines ARS – Franche-Comté, Champagne-Ardenne – ont néanmoins fait valoir que les exigences conventionnelles en matière de patientèle avaient débouché sur une approche trop restrictive, une maison de santé pluri-professionnelle installée en zone prioritaire pouvant ne bénéficier d'aucune aide conventionnelle.

Les autres zonages ont en fait été préparés par la CNAMTS et négociés dans le cadre des discussions conventionnelles par profession. Cinq types de zones ont été distinguées, de très sous-dotées à sur-dotées, et, concernant les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes, une zone supplémentaire sans professionnel. Ces zonages ont ensuite été communiqués aux ARS chargées de les arrêter, mais elles ont, pour ce faire, disposé d'une marge d'adaptation réduite : elles pouvaient reclasser une zone, mais uniquement dans un niveau immédiatement supérieur ou inférieur, et dans la limite de 5 % des zones, pourcentage augmenté à 10 % pour les infirmiers.

Le découpage par profession effectué dans le cadre conventionnel est très contesté par les ARS qui dénoncent son inadaptation à certaines situations régionales. La méthodologie employée a été différente selon les professions : pour les infirmiers, les orthophonistes et les chirurgiens-dentistes, elle s'est appuyée sur le découpage INSEE en bassins de vie et pour les unités urbaines supérieures à 30 000 habitants, sur le regroupement en pseudo-cantons ; pour les masseurs-kinésithérapeutes sur le découpage en pseudo-cantons ; pour les sages-femmes sur les zones d'emploi.

L'ARS d'Île-de-France a indiqué que le découpage en bassins de vie et pseudo-cantons était peu adapté à son territoire : sur les 66 bassins de la région, le bassin de vie de Paris s'étend sur Paris, l'ensemble de la petite couronne et une partie de la grande couronne. Par ailleurs, pour les infirmiers, le critère utilisant le nombre moyen d'indemnités kilométriques pour 25 % du score a fortement pénalisé la région, seules 5 zones étant considérées comme très sous dotées, ce qui ne correspond pas, selon l'ARS, aux besoins constatés par tous les acteurs locaux.

L'ARS de Franche-Comté a indiqué que « *ce zonage a été jugé très artificiel par les professionnels et totalement incompréhensible pour les instances régionales de démocratie sanitaire* ». L'ARS de Bretagne, regrettant le manque de concertation en amont, relève « *de réelles aberrations sur les découpages géographiques autour des pôles urbains* », prenant en exemple le fait que le nord et le sud de Rennes font partie du même territoire. L'ARS de PACA indique qu'« *à l'expérience, le zonage par profession réalisé par les partenaires conventionnels ne recoupe pas toujours, loin s'en faut, les fragilités territoriales et les besoins de renforcement ou au contraire de régulation définis par les ARS* ». Pour le zonage infirmier, certaines zones ont été identifiées comme sur-dotées alors qu'elles sont considérées comme fragiles dans le SROS : Saintes Marie de la Mer (13), l'Argentière la Bessée (05). L'ARS du Limousin a également indiqué que « *certaines professions ont contesté les résultats du zonage comme ne correspondant pas à la réalité du terrain, comme les masseurs-kinésithérapeutes* ».

Le système apparaît en outre trop rigide face à des besoins qui évoluent vite. L'INSEE a revu en 2013 son découpage en bassins de vie, sans que cette adaptation ait été prise en compte dans le cadre conventionnel. Enfin, la superposition des zonages induit un manque de lisibilité, aggravé par le fait que d'autres aides à l'installation, notamment au bénéfice des médecins, existent hors politique conventionnelle.

b) Le défaut d'articulation entre les différents types d'aides

L'État a mis en place un certain nombre d'incitations et de dispositifs visant à favoriser l'installation de médecins dans des zones sous-médicalisées, de façon distincte de la politique conventionnelle.

Les aides à l'installation mises en place par l'État

Un certain nombre d'aides ont été mises en place directement par l'État :

- plusieurs types d'exonération d'impôt ou de cotisations sociales coexistent : l'exonération d'impôt sur le revenu pour les rémunérations perçues au titre de la permanence des soins, pour le médecin installé dans une zone déficitaire ; l'exonération temporaire de cotisation professionnelle des entreprises pour les médecins et auxiliaires médicaux s'établissant ou se regroupant dans une commune de moins de 2 000 habitants ou une zone de revitalisation rurale ; l'exonération d'une partie des cotisations patronales de sécurité sociale pendant 12 mois, pour l'embauche d'un salarié dans un cabinet installé en zone de revitalisation rurale ou urbaine ;

- le contrat d'engagement de service public a pour finalité d'accorder à un étudiant ou un interne en médecine, une allocation mensuelle de 1200 € bruts, pendant toute ou partie de la durée de ses études en contrepartie d'un engagement du signataire d'exercer sa fonction à titre libéral ou salarié, une fois ses études accomplies, dans les lieux d'exercice définis comme prioritaires par les agences régionales de santé ;

- par ailleurs, le ministère des affaires sociales et de la santé a lancé, en décembre 2012, le « Pacte Territoire-Santé » formulé en « *12 engagements pour lutter contre les déserts médicaux* » autour de 3 axes : changer la formation des jeunes médecins, transformer les conditions d'exercice, et investir dans les territoires isolés. Un statut de praticien territorial de médecine générale a été créé, avec 200 postes répartis entre les régions. Les postulants doivent s'engager, par contrat avec l'ARS, à exercer tout ou partie de leur activité en secteur 1, dans un territoire déficitaire. En contrepartie, ils se voient garantir un complément de rémunération calculé par la différence entre un revenu mensuel brut de 6 900 € par mois et le montant des honoraires perçus. D'autres mesures visent à développer le travail en équipe.

À ces aides de l'État s'ajoutent également des aides des collectivités territoriales, notamment immobilières, pour les maisons et pôles de santé. D'autres types d'initiatives existent, de la part des ARS, des collectivités ou de façon conjointe : par exemple, l'ARS PACA a passé des conventions avec les conseils généraux et d'autres partenaires

locaux dans les départements alpins pour favoriser l'accueil de stagiaires en médecine générale.

La multiplicité des zonages et des aides de diverse nature mises en place par deux réseaux relevant pourtant l'un et l'autre de la tutelle de l'État débouche sur un défaut de vision d'ensemble et de synergie, et rend les mesures d'impact particulièrement difficiles et aléatoires. Il n'existe d'ailleurs pas de bilan global de l'impact de ces aides diverses.

2 - Les modalités d'exercice et la qualité des soins : des initiatives parallèles de l'État et de l'assurance maladie

Toutes les ARS se sont investies dans le développement des structures d'exercice coordonné. Dans ce cadre, elles participent à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Elles s'investissent également dans la déclinaison des protocoles de coopération découlant de l'article 51 de la loi HPST, et notamment du protocole Asalée. La CNAMTS, de son côté, a développé des expériences de coordination en termes de parcours, en particulier pour la prise en charge des patients en sortie d'hospitalisation (PRADO). De façon significative, ces expériences n'ont pas été citées par les ARS consultées dans le cadre de la présente enquête. Même si l'on peut espérer quelques avancées avec les actuelles négociations conventionnelles sur les modalités de rémunération du travail en équipe, les actions restent peu coordonnées, voire divergentes.

Le défaut de coordination, voire la rivalité des initiatives est également manifeste en matière de politiques de santé publique et de maîtrise médicalisée.

La loi HPST a supprimé la base juridique des contrats de bonne pratique et des accords de bon usage des soins. Un nouvel instrument, les contrats d'amélioration de la qualité des soins (CACQS) a été créé : un contrat-type est négocié entre les partenaires conventionnels, puis décliné par les ARS⁸⁴. Or cette articulation, prévue par les textes, n'a presque pas

⁸⁴ Article L. 1435-4 du code de la santé publique. En l'absence d'un contrat-type national, l'ARS peut établir un contrat-type régional qui est réputé approuvé 45 jours après sa réception par l'UNCAM, par les parties aux conventions concernées, et par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

été utilisée. Le seul CACQS existant concerne les transporteurs sanitaires : il vise au déploiement du transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient, en cherchant à augmenter la part de VSL. S'il a été cité par la majorité des ARS consultées comme un exemple positif, l'UNCAM a pour sa part souligné que les transporteurs sanitaires percevaient ce contrat comme lourd et complexe.

En outre, des thèmes touchant à la prévention et à la santé publique sont développés à la fois par l'assurance maladie et par les ARS sans qu'une coordination soit prévue. Parmi les sujets sur lesquels une convergence devrait être recherchée, l'ARS de Languedoc-Roussillon cite le dépistage des complications oculaires du diabète, la vaccination antigrippale, le dépistage du cancer du sein, l'antibiothérapie.

Pour l'essentiel, il n'existe pas d'articulation entre d'une part les actions de santé publique et de gestion du risque développées à travers la politique conventionnelle et d'autre part celles initiées par les ARS en région.

II - Une place des organismes complémentaires d'assurance maladie à affirmer

A - Une participation aux politiques conventionnelles justifiée par la place grandissante des assurances complémentaires

1 - Une place grandissante

La part de l'assurance maladie complémentaire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux est passée de 12,4 % en 2000 à 13,7 % (25,2 Md€) en 2012⁸⁵. Parmi les prestations versées par les organismes complémentaires, les soins de ville occupent la première place avec 42 %.

⁸⁵ DREES, *Comptes nationaux de la santé pour 2012*, septembre 2013.

Tableau n° 13 : répartition des prestations versées par les organismes

En %

Soins de ville	Médicaments	Autres biens médicaux	Soins hospitaliers	Contribution nette au fonds CMU
42 %	19,9 %	19,7 %	17,6 %	0,8 %

Source : DREES, Comptes nationaux de la santé 2012

Les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) sont donc très présents sur les enjeux d'accès aux soins dispensés en médecine de ville : la part des soins dentaires qu'ils prennent en charge s'élevait en 2012 à 4,1 Md€, soit 39,2 % du total. Celle des soins de médecins s'élevait à 3,8 Md€, soit 19,5 % : la faible prise en charge des soins prothétiques dentaires par l'assurance de base, l'augmentation globale des dépassements de tarifs pratiqués par les médecins, ont appelé corrélativement un renforcement du rôle joué par les OCAM.

En 2010, neuf Français sur dix étaient couverts par une assurance maladie complémentaire privée, hors couverture maladie universelle complémentaire. 57 % d'entre eux étaient couverts par des contrats individuels contre 43 % par des contrats collectifs souscrits via un employeur. Les contrats collectifs offraient à la plupart de leurs bénéficiaires des garanties parmi les plus élevées, alors que les contrats individuels proposaient des garanties de milieu de gamme à deux tiers de leurs bénéficiaires⁸⁶.

2 - Un positionnement institutionnel renforcé par le législateur

Le législateur a cherché à renforcer l'association des organismes complémentaires à la gestion du risque maladie et à la politique conventionnelle. Ce renforcement a été un des éléments de la rénovation de la vie conventionnelle en 2004, avec la création de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires (UNOCAM), qui regroupe les opérateurs en assurance maladie complémentaire.

⁸⁶ DREES, *Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010*, Études et Résultats n° 837, avril 2013.

L'association effective de l'UNOCAM aux négociations conventionnelles a toutefois été longue à se dessiner. Aux termes de la loi de 2004, l'UNOCAM pouvait, en accord avec les organisations syndicales représentatives concernées, associer l'UNOCAM à la négociation et à la signature des accords conventionnels. Dans les faits, les partenaires conventionnels n'ont pas manifesté la volonté de le faire.

En conséquence, la LFSS pour 2009 a renforcé le positionnement de l'UNOCAM : elle peut, sauf décision contraire de sa part, participer à la conclusion d'un accord, d'une convention ou d'un avenant. L'UNOCAM a même un pouvoir de blocage temporaire sur les conventions des professions pour lesquelles la part de l'assurance maladie obligatoire est minoritaire dans le remboursement des prestations (chirurgiens-dentistes, audioprothésistes et opticiens-lunetiers) : en cas de refus de signature de sa part, la convention ne peut être transmise au ministre pour approbation qu'après un délai de six mois.

Ces dispositions ont permis à l'UNOCAM d'envisager sa participation effective aux négociations dont l'objet l'intéresse plus particulièrement. L'attitude de l'assurance maladie comme de certains syndicats a également évolué, en voyant l'intérêt qu'ils avaient à rechercher une participation des complémentaires pour contribuer au financement de certains accords. L'UNOCAM a ainsi signé pour la première fois depuis sa création trois accords conventionnels en 2012 et quatre en 2013, concernant les médecins, les pharmaciens, et les chirurgiens-dentistes. Elle est en outre devenue membre des commissions paritaires nationales des médecins libéraux et des pharmaciens titulaires d'officine avec voix consultative, et de celle des chirurgiens-dentistes avec voix délibérative.

3 - Une organisation dont le caractère composite fragilise toutefois les engagements

L'UNOCAM, créée en mai 2005 sous la forme associative, regroupe les trois grands types d'organismes d'assurance complémentaire : les mutuelles, les entreprises d'assurances, et les

institutions de prévoyance ou du régime local d'Alsace-Moselle⁸⁷. Les mutuelles voient leur part s'éroder puisqu'elle est passée de 61 % des versements en 2000 à 53,9 % en 2012, celles des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance s'établissant respectivement à 27,7 % et 18,4 %⁸⁸.

L'UNOCAM est dans une position très différente de celle de l'UNCAM : si elle est un lieu d'échanges et de concertation, elle rapproche trois familles dont les intérêts ne convergent pas toujours et qui n'avaient pas l'habitude de la négociation collective commune. La gouvernance et les modèles économiques des membres de l'UNOCAM sont hétérogènes. Les organismes complémentaires évoluent dans un contexte concurrentiel, où ce qui n'est pas défini par la loi n'a pas vocation à être régulé entre ses membres, en raison du principe de la liberté des prix, de la libre concurrence et de la proscription des ententes et abus de position dominante.

La portée des engagements conventionnels de l'UNOCAM s'en trouve limitée sur le plan juridique, même si les trois fédérations manifestent au préalable leur accord. Aucun outil juridique ne garantit que les mesures approuvées par une convention signée par l'UNOCAM figureront dans les contrats commercialisés par les assureurs complémentaires. Cette difficulté a bien été mise en exergue par la formulation de certains accords, que l'UNOCAM s'engage simplement à « promouvoir » auprès de ses membres.

⁸⁷ Les membres fondateurs de l'UNOCAM sont la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), et l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, et de la Moselle. Ses membres adhérents sont le Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA), et la Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM).

⁸⁸ DREES, comptes nationaux de la santé pour 2012.

B - Un positionnement difficile à trouver

1 - Une association chaotique aux négociations

Le conseil de l'UNOCAM avait initialement décidé, en 2011, de s'associer à la préparation et à la conduite des discussions conventionnelles avec les médecins libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes et l'inter-professionnalité. Il n'est pas allé au bout de cette décision, en raison notamment des désaccords sur les modalités de mise en œuvre du projet de secteur optionnel des médecins.

Les conditions de mise en œuvre de l'avenant n° 8 se sont également révélées conflictuelles. Cet avenant a été conclu avec l'objectif d'introduire une certaine régulation des tarifs du secteur 2 et de favoriser l'accès aux soins. Deux positions non conciliables se sont exprimées :

- pour certains acteurs, dont la CSMF qui l'a déclaré publiquement, les complémentaires devaient s'engager à prendre en charge les dépassements d'honoraires stabilisés des signataires du contrat d'accès aux soins (CAS), spontanément ou dans le cadre d'une modification de la législation relative aux contrats responsables ;
- l'UNOCAM s'est pour sa part déclarée prête à s'engager dans le cadre du CAS sur la prise en charge de tarifs opposables revalorisés, dans la mesure où les dépassements d'honoraires facturés auraient été diminués. Elle entendait ainsi s'inscrire dans une dynamique de réduction des dépassements d'honoraires et non dans leur solvabilisation au même niveau.

Le législateur est à nouveau intervenu pour débloquer la situation, tout en limitant la prise en charge des dépassements : aux termes de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale tel que modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, les règles des contrats solidaires et responsables doivent fixer les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins. La définition d'un seuil et /ou d'un plafond a été renvoyée à un décret en Conseil d'État devant intervenir au plus le 1^{er} janvier 2015.

L'avantage fiscal et social attribué aux contrats responsables risque ainsi de devenir le moteur d'un nouveau schéma conventionnel à deux étages. Il serait difficilement compréhensible qu'en contrepartie, il ne participe pas à une baisse progressive des dépassements d'honoraires.

À cet égard, alors que l'UNOCAM s'était déclarée favorable à une participation à des tarifs opposables réévalués dans le cadre d'une diminution progressive des dépassements, son seul engagement financier concret s'est porté sur une mesure dont on aurait pu penser qu'elle relevait de l'assurance maladie obligatoire : l'avenant n° 8 stipule que les organismes complémentaires souhaitent participer au développement des nouveaux modes de rémunération à hauteur de 150 M€, notamment par le développement de forfaits pour les médecins traitants⁸⁹.

Là aussi, les parties ont achoppé sur les modalités de concrétisation de cet engagement. Alors qu'il s'agissait pour les complémentaires d'une participation volontaire, l'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a institué une participation obligatoire des organismes complémentaire au financement de ce forfait. L'UNOCAM dénonce le fait que ce dispositif ôte aux adhérents ou assurés, comme aux praticiens, toute visibilité sur des prestations prises en charge par les organismes complémentaires.

Des difficultés existent également dans le secteur dentaire. Le désengagement progressif de l'assurance maladie s'est fait sans stratégie sanitaire prédéfinie ni sans redéfinition de la répartition des tâches avec les organismes complémentaires. La part très faible de remboursement de l'assurance maladie sur les actes les plus coûteux explique que les OCAM se sont investis de plus en plus dans la gestion du risque, avec le développement de réseaux permettant d'agir sur le prix des prestations délivrées. Ce développement a néanmoins nourri un contentieux avec les chirurgiens-dentistes, qui ont accusé certaines plates-formes assurantielles de « détournement de patients ».

⁸⁹ Dans son *Rapport d'activité 2012*, l'UNOCAM indique avoir proposé de participer à la revalorisation des actes techniques des praticiens adhérant au contrat d'accès aux soins. Devant le refus de l'UNCAM, elle a accepté de s'engager financièrement, sur trois ans, en faveur de la rémunération forfaitaire des médecins traitants.

L'UNOCAM a également refusé de signer un protocole joint à l'avenant n° 2 de la convention dentaire, visant au plafonnement de certains honoraires prothétiques et orthodontiques pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, au motif qu'elle ne voulait pas voir les organismes complémentaires contraints de prendre en charge les dépassements correspondants : la problématique est là similaire à celle du CAS des médecins.

L'UNOCAM a de même décidé de se retirer des réunions de négociation sur l'honoraire de dispensation des pharmaciens. Elle a notamment considéré que la réforme proposée consistait pour l'essentiel, dans la transformation de la marge forfaitaire par boîte de médicament en honoraire, sans déconnexion des volumes de vente, et elle s'opposait à tout transfert de charges vers l'assurance maladie complémentaire issu d'une modification technique des différents paramètres de calcul de la marge officinale⁹⁰.

In fine, conformément aux termes de son avis rendu sur le PLFSS 2014, l'UNOCAM a décidé de suspendre sa participation à l'ensemble des négociations conventionnelles, chacune de ses composantes ayant engagé une réflexion sur ce sujet.

2 - Un « tripartisme » qui reste à mettre en oeuvre

Depuis la réforme de 2004, les relations entre l'UNOCAM et l'UNCAM ont été difficiles. Les avancées constatées en 2012 sur la participation de l'UNOCAM aux négociations se sont révélées fragiles et ont été remises en cause en 2013.

L'UNOCAM déplore qu'entre unions de financeurs, « *l'équilibre soit toujours précaire et peu coopératif* »⁹¹. Elle estime être sollicitée tardivement, et n'être pas mise en mesure de préparer les négociations. Si elle reçoit bien une invitation à participer aux négociations, l'ordre du jour n'y figure pas. Elle demande à être davantage associée à la préparation et à la conduite des négociations conventionnelles.

⁹⁰ Lettre du président de l'UNOCAM au directeur général de l'UNCAM en date du 13 novembre 2013.

⁹¹ UNOCAM, *Rapport d'activité 2012*, p.5, 24 avril 2013.

De son côté, l'UNCAM est réticente à envisager une organisation tripartite de la négociation, le conseil ayant émis des réserves à cet égard⁹². Elle regrette que les engagements de l'UNOCAM soient d'une portée limitée.

La structuration des relations entre l'UNCAM et l'UNOCAM telle que voulue par la réforme de 2004 n'a ainsi pas été finalisée. Deux dispositions de la loi de 2004, codifiées à l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, n'ont d'ailleurs jamais été appliquées : l'examen conjoint des programmes annuels de négociations avec les professionnels de santé, et la détermination conjointe d'actions de gestion du risque.

Le renforcement du rôle de l'UNCAM et de son directeur général, par la réforme de 2004, a fait que l'acteur le plus puissant s'est trouvé en situation de maîtriser intégralement la politique conventionnelle, sans éprouver le besoin de rechercher une articulation négociée avec l'UNOCAM ou une coopération pour mener les discussions avec les professions de santé.

En l'état, l'UNOCAM n'a pas été un acteur d'une meilleure régulation du système de soins à travers les politiques conventionnelles. Les pouvoirs publics ont régulièrement imposé des mesures législatives – soit pour pallier cette insuffisance d'articulation soit pour dégager des recettes - et utilisé le levier du « contrat responsable » pour introduire de nouvelles obligations à l'adresse des complémentaires. Par rétroaction, cette pratique ne facilite pas la mise en place de relations tripartites entre UNCAM, UNOCAM, et organisations représentatives des professions de santé.

⁹² Procès-verbal du conseil de l'UNCAM en date du 27 juillet 2012, p.15 : le conseil a rappelé « la primauté des régimes obligatoires de sécurité sociale en tant qu'assureur en santé ».

III - Les voies à explorer pour une réforme du cadre conventionnel

A - Mieux séparer ou mieux articuler ?

1 - Entre l'État et l'assurance maladie

La feuille de route de la stratégie nationale de santé, publiée le 23 septembre 2013, met en exergue le problème créé par la dualité institutionnelle entre l'administration d'État et celle de l'assurance maladie : *« la coexistence de deux modes de régulation pour les soins (l'État pour les établissements de santé et l'assurance maladie pour les soins de ville) rend plus difficiles les réallocations de moyens correspondant à l'évolution des besoins et ne permet pas un emploi suffisamment complémentaire de tous les leviers de la régulation (l'organisation de l'offre, le financement des activités et la qualité des prestations) ».*

Pour remédier à cette situation, deux voies apparaissent possibles : mieux identifier et séparer ce qui relève d'une part du bloc conventionnel, d'autre part de la responsabilité propre de l'État, ou bien mieux articuler les politiques respectives dans le cadre d'une régulation globale plus intégrée.

La Cour a estimé à plusieurs reprises⁹³ que le champ trop large des conventions présentait le risque de subordonner l'organisation du système de soins aux objectifs d'optimisation des revenus ainsi qu'à des positionnements d'appareils syndicaux. Elle avait alors proposé de limiter les négociations conventionnelles à leur objet initial de fixation des tarifs. Une première voie pourrait donc consister à limiter plus strictement par la loi le champ conventionnel et à réserver notamment les questions relatives à l'organisation de l'offre en soins de ville aux ARS.

⁹³ Cour des comptes, *Rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*. La Documentation française, septembre 2000, 2003 et 2007, disponibles sur www.ccomptes.fr.

Si l'exclusion de certains thèmes du champ conventionnel ne doit pas être écartée, la situation a toutefois évolué au cours des cinq dernières années. L'assurance maladie obligatoire apparaît en effet légitime en matière de gestion du risque et de maîtrise médicalisée des dépenses. Par ailleurs, la diversification des modes de rémunération, qui constitue une tendance lourde, touche forcément aux modalités d'organisation et à la qualité des soins : son principal intérêt est de constituer un levier d'action à cet égard. Le développement des approches interprofessionnelles appelle également forcément une articulation et une coordination entre d'une part les modalités d'organisation, dont les ARS ont à connaître, et d'autre part les modalités de rémunération qui relèvent de la politique conventionnelle.

De leur côté, si les ARS investissent de plus en plus le champ des soins ambulatoires, elles n'ont pas de vision d'ensemble des questions de rémunérations, alors que l'UNCAM dispose des leviers pour développer une vision intégrée des trois niveaux de rémunération (à l'acte, à la performance, au forfait), et définir les contreparties demandées.

La recherche d'une meilleure articulation sur des sujets partagés apparaît donc à la fois préférable et inévitable. Cette solution impliquerait de faire converger, par un travail conjoint, des approches pour le moment différentes, comportant notamment une action par les tarifs essentiellement, avec application uniforme nationale pour la CNAMTS, et une régulation plus centrée sur l'organisation territoriale des soins mise en œuvre par les ARS ainsi que des approches parallèles et non articulées sur le zonage et les aides conventionnelles à l'installation.

2 - Entre l'interprofessionnel et l'approche cloisonnée par profession

Cette seconde question recoupe la première : l'approche par profession est restée centrale dans la stratégie de l'UNCAM, l'approche pluri-professionnelle n'étant guère mise en œuvre que dans le cadre d'expérimentations initiées par les ARS et, à un moindre degré, par l'assurance maladie.

La structuration des soins de premier recours et la mise en place d'une meilleure interface avec l'hôpital impliquent un changement de modèle. Il est souhaitable de renverser la logique conventionnelle actuelle en faisant des approches interprofessionnelles le cadre premier des négociations dont les résultats formeraient ensuite l'armature commune

des différentes conventions par profession, de manière à permettre une approche plus coordonnée des soins de ville.

Par ailleurs, la dispersion actuelle des sujets et des séquences de négociation fait obstacle à une régulation globale efficace. L'activité conventionnelle devrait être recentrée sur les enjeux essentiels : les questions de rémunération en intégrant les mêmes contraintes que celles qui s'imposent aux autres acteurs économiques, la modération des restes à charge, une politique active de gestion du risque permettant de réguler les prescriptions. Ce n'est qu'une fois ce substrat assuré que d'autres actions devraient pouvoir être développées, sans devenir le point essentiel des discussions.

Ce recentrage devrait prendre place dans le cadre de négociations moins nombreuses, permettant une plus grande stabilité des textes et facilitant la mise en place d'un suivi plus exigeant, ainsi que d'une évaluation systématique des mesures prises.

La voie d'une meilleure articulation dans un tel cadre recentré, même si elle n'est pas exempte de difficultés, apparaît plus réaliste et plus à même de dégager des gains d'efficacité dans l'organisation de l'ensemble du système de soins tout en préservant, voire en améliorant, l'accès à des soins de qualité. Elle suppose une action à deux niveaux : sur le pilotage national d'une part, sur le pilotage régional d'autre part.

B - Au niveau national : comment renforcer le pilotage ?

1 - Le besoin d'une approche plus intégrée

Qu'il s'agisse de mieux séparer ou de mieux articuler, un point de rencontre est nécessaire pour valider les orientations stratégiques, veiller à leur mise en œuvre effective, et pour s'assurer, dans le cadre défini par les pouvoirs publics, d'une plus grande cohérence et d'une meilleure efficacité globale des démarches respectives des administrations d'État et de l'assurance maladie.

Beaucoup d'arguments militent en faveur d'une plus forte intégration des politiques publiques de l'État et des politiques conventionnelles. Pour retrouver l'équilibre de l'assurance maladie tout en améliorant la qualité des soins, la régulation doit porter de façon

coordonnée sur tous les leviers détenus conjointement ou séparément par l'État et par la sécurité sociale, notamment la rémunération des soins de ville, la tarification hospitalière, l'organisation de l'offre de soins en ville et à l'hôpital, ainsi que la politique du médicament. Une meilleure organisation des soins de ville n'a de sens que si elle est coordonnée avec la politique hospitalière et permet d'éviter des hospitalisations, donc si les sommes investies en médecine de ville permettent des économies à la fois dans les parcours et les soins de ville et à l'hôpital.

À cet égard, seules une vision globale et une dynamique collective permettront de dépasser les clivages traditionnels (ville/hôpital, État/assurance maladie, médecins/autres professions de santé, activité libérale/financement collectif), ou tout au moins de procéder aux arbitrages nécessaires. De même, les blocages entre assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires ne semblent pouvoir être dépassés qu'avec l'arbitrage de l'État.

Enfin, une plus forte intégration doit également permettre d'arbitrer, suivant les thèmes et les situations, entre la décision unilatérale et le contrat, donc entre la loi et le règlement d'un côté et la politique conventionnelle de l'autre.

Cette approche plus intégrée est du ressort et de l'initiative de l'État. Compte tenu de ses responsabilités en matière de santé publique comme de finances sociales, et s'agissant de questions touchant à la solidarité nationale, il ne peut se contenter d'interventions indirectes ou de pressions officieuses.

2 - S'appuyer sur les institutions et outils existants en renforçant leur légitimité

La création d'une agence nationale de santé (ANS), mettant fin à la dyarchie entre l'État et l'UNCAM, avait été évoquée dans les débats préalables à l'adoption de la loi HPST de 2009. Elle impliquerait toutefois un double repositionnement :

- de l'assurance maladie, qui serait recentrée sur son rôle historique d'assureur et de payeur, et dont l'action devrait s'inscrire dans les orientations et les objectifs fixés par l'ANS ;
- des administrations centrales en charge des politiques de santé, qui seraient dépossédées d'une forte partie de leurs fonctions et de leurs moyens au profit de l'ANS, et recentrées sur un rôle stratégique.

Cette option demanderait donc une expertise préalable approfondie, nécessiterait une réforme d'envergure et comporterait un risque fort de blocage et d'enfermement dans un débat institutionnel. Une alternative plus pragmatique consisterait à s'appuyer au moins dans un premier temps sur les institutions et outils existants, en renforçant à la fois leur champ de compétence et leur légitimité.

Un comité de pilotage réunissant les différentes parties fonctionne déjà depuis 2010 : le Conseil national de pilotage des ARS (CNP). Il a notamment pour mission de valider les objectifs et l'ensemble des directives données aux ARS et de s'assurer de leur bonne mise en œuvre⁹⁴. Normalement présidé par les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées mais de fait presque toujours suppléés par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, il regroupe les différents directeurs d'administration centrale concernés par les ARS, les directeurs généraux des caisses nationales d'assurance maladie et le directeur de la CNSA. Le secrétaire général réunit en outre périodiquement, pour le compte du CNP, l'ensemble des directeurs généraux des agences régionales de santé.

Le CNP constitue un élément de progrès, mais son action est limitée⁹⁵. Les logiques d'acteurs y restent fortes, un consensus étant recherché sur les directives les plus importantes données aux ARS. L'assurance maladie n'y fait pas valider les points-clés de la politique conventionnelle, et les orientations conventionnelles n'y donnent pas lieu à débat⁹⁶.

Ce comité de pilotage pourrait être renforcé pour mieux associer les services de l'État et l'assurance maladie à la fois dans le pilotage et sur le plan opérationnel. Pour ce faire, il aurait à connaître non seulement des directives données aux ARS, mais également des orientations et du

⁹⁴ Article L. 1433-1 du code de la santé publique.

⁹⁵ Ces limites ont été analysées dans le *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre VIII : la mise en place des agences régionales de santé, p. 231-260, septembre 2012 et dans le *Rapport public thématique* sur l'organisation territoriale de l'État. La Documentation, juillet 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁹⁶ Les lettres-réseau de la CNAMTS relatives à la gestion du risque y sont néanmoins maintenant examinées, mais à la diligence de la CNAMTS.

suivi de la politique conventionnelle. Il devrait en outre assurer la cohérence avec la stratégie nationale de santé et la nouvelle loi de santé publique dont l'adoption est prévue début 2015. Un lien direct devrait être établi, avec validation du comité de pilotage, sur les grandes priorités de santé publique définies par la loi et les rémunérations sur objectifs de santé publique relevant de la politique conventionnelle.

Compte tenu des limites actuelles du CNP et afin d'asseoir sa légitimité, il serait nécessaire que le ministre chargé de la santé préside régulièrement le CNP, des réunions intermédiaires à caractère plus techniques pouvant être tenues sous l'autorité du secrétaire général. Le cadrage du ministre chargé de la santé serait ainsi donné de manière plus claire et transparente qu'actuellement. Il interviendrait en amont du débat du conseil de l'UNCAM sur les orientations des négociations. Si cette évolution n'apporterait pas à elle seule une solution à l'ensemble des problèmes entre l'État et l'assurance maladie, le suivi de la mise en œuvre des politiques conventionnelles trouverait là un cadre pérenne.

Par ailleurs, le contrat entre l'État et l'UNCAM devrait constituer un vecteur essentiel et structurant de la coordination entre l'État et l'assurance maladie et de la définition des objectifs fixés à la politique conventionnelle, au besoin en modifiant en ce sens les dispositions de l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale. Il devrait faire l'objet d'un suivi précis, relevant du comité de pilotage.

Enfin, il importe que le Parlement, appelé à voter l'ONDAM mais qui ne dispose aujourd'hui que d'informations réduites sur les politiques conventionnelles, soit à même de développer son contrôle sur ces politiques publiques, qui sont une composante importante des dépenses d'assurance maladie. Lors de la présentation du PLFSS, la réalisation des ONDAM précédents doit être mieux documentée. Le sous-objectif des soins de ville devrait comporter un développement faisant systématiquement le point sur les politiques conventionnelles, globalement et profession par profession, en termes d'engagements pris, de coûts pour la collectivité et de résultats.

3 - Mieux associer les organismes complémentaires

Il n'apparaît pas souhaitable que les organismes complémentaires soient utilisés comme de simples opérateurs financiers permettant de solvabiliser les accords passés entre l'UNCAM et les organisations représentatives des professions de santé. Il y a là un risque inflationniste,

ainsi qu'un danger de confusion, notamment sur la question des dépassements de tarifs, entre régulation et solvabilisation, débouchant sur la pérennisation des échecs constatés.

L'amélioration des conditions d'accès aux soins suppose une coopération des régimes de base et complémentaires. La question de la couverture des compléments d'honoraires est particulièrement sensible, car les professions de santé concernées chercheront en toute logique à aligner leurs tarifs sur les seuils de prise en charge totale. C'est l'objet même des négociations conventionnelles qui change de nature lorsqu'il s'agit d'investir, par la voie de la convention, la structure globale de la dépense de santé. Que des ambiguïtés demeurent, comme dans le cadre du CAS, et c'est la pertinence de l'ensemble du mécanisme qui est remise en question.

Les objectifs affichés par le gouvernement concernant le développement du tiers-payant – accordé aux bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé dès 2015, généralisé en ville pour tous les assurés avant 2017 – obligent également à l'établissement d'une coopération renforcée entre assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires.

Les organismes complémentaires ont longtemps profité d'un contexte qui leur assurait une augmentation régulière et automatique de leur chiffre d'affaires. Leur responsabilisation croissante dans la prise en charge des dépenses, la plus grande sensibilité des patients à la hausse des cotisations et des primes dans une période de forte contrainte sur le revenu disponible des ménages, ont changé la donne. Elles les obligent à mieux maîtriser le rapport qualité/prix de leurs prestations, dans le cadre d'offres diversifiées.

Tous ces éléments rendent souhaitable une plus grande reconnaissance du rôle de l'UNOCAM dans la régulation du système de santé, et une meilleure organisation de ce « deuxième étage ».

L'UNOCAM n'a toutefois pas vocation à avoir des objectifs partagés avec l'UNCAM sur l'ensemble des problématiques traitées dans le cadre des négociations conventionnelles. Dans un premier temps, une application stricte des dispositions de la loi de 2004, telles que complétées en 2009, serait déjà de nature à renforcer cette coopération. Ainsi, il n'est pas acceptable que l'examen conjoint des programmes annuels de négociation avec les professionnels de santé, prévu à l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, n'ait jamais été mis en œuvre.

En sus de cet examen conjoint annuel, l'instauration d'une concertation obligatoire pourrait être élargie à l'ouverture de toute négociation, au-delà d'une simple lettre d'information sur l'ouverture prochaine de négociations comme cela est le cas actuellement. Cette concertation devrait prendre place avant que le conseil de l'UNCAM n'arrête les orientations, ce qui lui permettrait d'être éclairé sur l'ensemble des conséquences des mesures soumises à négociations, y compris en matière de restes à charge des patients.

Il pourrait également être prévu que le comité national de pilotage ait à connaître des problématiques relatives aux relations UNCAM/UNOCAM, et veille à la tenue effective des concertations. Le CNP pourrait aussi entendre l'UNOCAM et ses composantes sur les thèmes qui les concernent plus particulièrement.

Il reste que cette plus forte coordination au sommet ne changera pas la portée de l'engagement juridique de l'UNOCAM. Mais une concertation et une coordination renforcées sont une condition préalable à une mise en œuvre facilitée de ces accords. Par ailleurs, il appartient à l'UNOCAM et à ses composantes de se structurer plus fortement pour renforcer leur capacité à peser sur les négociations qui les intéressent plus particulièrement⁹⁷.

C - Au niveau territorial : quelles marges de manœuvre laisser aux acteurs ?

Pour rechercher une meilleure coordination avec les actions territoriales des ARS, la possibilité pour les conventions nationales passées avec les professions de santé de définir, sous certaines conditions, un cadre laissant possibles des adaptations régionales, a été envisagée. Cela suppose d'examiner d'une part l'opportunité de telles adaptations territoriales, d'autre part les conditions de leur faisabilité et les prérequis nécessaires.

⁹⁷ La FNMF souhaitait s'orienter en ce sens en renforçant les outils techniques de la relation avec les professions de santé.

1 - La question d'une adaptation des politiques conventionnelles à la diversité des situations territoriales

Le cadre conventionnel national a jusqu'ici relativement peu intégré les particularités régionales. L'intérêt d'une adaptation régionale des actions relevant de l'assurance maladie a toutefois été reconnu par les partenaires conventionnels, l'accord cadre interprofessionnel du 15 mai 2012 indiquant, à propos des commissions paritaires régionales : « *au regard des évolutions législatives intervenues ces dernières années, l'échelon territorial régional a été reconnu comme un cadre adapté pour la gestion du risque maladie notamment* ».

Le récent rapport d'information sénatorial sur les ARS a proposé, dans la logique de la réforme découlant de la loi HPST, de renforcer les moyens d'action des ARS sur l'organisation des soins de ville, par exemple en évaluant la possibilité de dégager des enveloppes financières (hors tarifs et honoraires) à la disposition des agences au sein des conventions entre l'assurance maladie et les professions de santé⁹⁸.

Plusieurs arguments militent en faveur de cette possibilité d'adaptations régionales des politiques conventionnelles :

- les objectifs de santé publique définis au niveau national pourraient être déclinés en région en les adaptant aux caractéristiques des populations et à la prévalence de certaines pathologies ;
- certaines particularités dans la définition des conditions d'exercice, touchant à la structuration de l'offre, mériteraient d'être mieux prises en compte dans le cadre d'une approche différenciée. Ceci peut concerner par exemple le prix du foncier et le financement de l'immobilier en Ile-de-France, ou la question de la sécurité des cabinets dans des zones sensibles. De même, le nombre important de

⁹⁸ Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales sur les agences régionales de santé, MM. Jacky LE MENN et Alain MILON, sénateurs, février 2014.

maisons de santé dans des régions comme la Franche-Comté est de nature à modifier les problématiques d'organisation des soins⁹⁹ ;

- enfin, les relations partenariales entretenues au niveau local peuvent permettre d'avancer de façon pragmatique et concrète sur certains thèmes.

2 - Le préalable nécessaire d'un cadre conventionnel national recentré

Il serait impossible et non souhaitable de revenir à la situation d'avant 1971, lorsqu'il n'existait pas de conventions nationales et que les relations conventionnelles étaient réglées dans un cadre départemental.

Le maintien d'une politique conventionnelle nationale apparaît comme une condition nécessaire d'un traitement global et équitable de la question de l'accès aux soins et des conditions de leur prise en charge collective. Notamment, la question de la définition des conditions de rémunération des professions de santé doit rester du ressort national. En effet, une régionalisation des rémunérations, outre qu'elle se traduirait par la fin des politiques conventionnelles nationales, risquerait d'avoir un effet inflationniste en introduisant une compétition entre les territoires.

De même, les conditions générales d'exercice, les modalités de fonctionnement des différentes instances et la vie conventionnelle, les droits et obligations liées au conventionnement, les sanctions prévues en cas de non-respect des obligations conventionnelles, l'inscription des priorités nationales de santé publique, doivent être traités dans le cadre de négociations nationales.

Par ailleurs, la possibilité d'une adaptation régionale des politiques conventionnelles expose au risque, au regard notamment du nombre actuel de régions, d'apporter plus de complexité dans un système qui n'en manque pas. Des adaptations régionales éventuelles peuvent difficilement se concevoir dans le cadre d'une négociation permanente générant une

⁹⁹ En janvier 2014, la Franche-Comté comptait 37 maisons de santé en fonctionnement et 16 en projet pour 1,2 millions d'habitants. La fédération des maisons de santé comtoise est financée par l'ARS, dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens.

grande instabilité des dispositifs. Elles ne devraient dès lors être envisagées qu'au terme d'une phase préalable de clarification et de recentrage des politiques conventionnelles, telle que précédemment évoquée.

Sous cette réserve essentielle, cette faculté d'adaptation pourrait toucher, sans prétendre à l'exhaustivité, plusieurs sujets :

- la régulation démographique des professions de santé : sur ce sujet, la définition des zonages devrait être laissée pleinement à la main des ARS. La combinaison et le niveau des incitations pourraient être adaptables, les ARS ayant pour mission d'assurer la cohérence entre les différents types d'aides ;
- la gestion du risque et la maîtrise médicalisée des dépenses, de même que la déclinaison des objectifs de santé publique, dans le respect des priorités nationales définies par la stratégie nationale de santé ;
- les mesures touchant à l'organisation des cabinets, là aussi en fonction des besoins constatés ;
- la permanence des soins ambulatoires : la Cour a déjà recommandé de confier aux ARS la responsabilité de l'organisation des gardes de tous les professionnels de santé et de leur financement dans le cadre d'enveloppes régionales fermées regroupant l'ensemble des dépenses y compris de rémunération des actes médicaux¹⁰⁰ ;
- les approches interprofessionnelles : les différentes expérimentations menées en ordre dispersé par l'État et par l'assurance maladie doivent gagner en cohérence et en lisibilité, et converger vers un dispositif territorial coordonné.

En tout état de cause, une adaptation régionale des politiques conventionnelles, si elle devait être rendue possible, devrait rester une faculté liée à la volonté et à la capacité des acteurs locaux de privilégier le traitement de problématiques spécifiques, et aux possibilités offertes localement de concevoir et de suivre ces adaptations. *A contrario*, la simple conservation du cadre et des références nationales fixées par les parties devrait également rester une option possible. La réforme de la

¹⁰⁰ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XII : la permanence des soins, p. 335-363. La Documentation française, septembre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

carte des régions, qui permettra d'inscrire ces problématiques dans un ressort territorial plus vaste, facilitera sans doute à terme la mise en place de telles possibilités d'adaptation.

3 - La question de la gouvernance régionale

De même qu'un pilotage plus intégré est nécessaire au niveau national, la coordination doit être renforcée au niveau régional, *a fortiori* si une adaptation des politiques conventionnelles était envisagée. Il ne peut, là non plus, y avoir plusieurs pilotes qui développent des actions parallèles. Cet objectif est en cohérence avec les orientations de la stratégie nationale de santé, dont celle de « *s'appuyer sur une gouvernance associant tous les acteurs et sur un service public territorial de santé* ».

a) Une gouvernance sous l'égide des ARS

Dans la logique de la loi HPST, il serait cohérent que la gouvernance régionale soit clairement placée sous le pilotage des ARS, en coopération avec l'assurance maladie.

Le renforcement de cette coopération peut s'effectuer à deux niveaux :

- dans le cadre d'un pilotage national plus intégré, le conventionnement avec les ARS pourrait comprendre, si une telle voie était retenue, les problématiques d'adaptation régionale des politiques conventionnelles ;
- les liens entre les ARS et les CPAM, et plus particulièrement, au niveau régional, avec les directeurs coordonnateurs de gestion du risque pourraient être renforcés.

Au sein du réseau de la CNAMTS, les CPAM constituent les relais locaux de la politique conventionnelle et contribuent activement à la mise en place des mesures décidées par les partenaires nationaux. Il existe déjà de nombreuses initiatives impliquant conjointement les ARS et les CPAM, mais elles résultent de relations personnelles et de dynamiques locales. Par exemple, la CPAM du Doubs a proposé à l'ARS une concertation sur certains thèmes retenus dans le cadre du paiement à la performance des médecins. L'ARS de Bretagne a conclu une convention

de partenariat avec 19 signataires, dont les CPAM, le conseil régional, la MSA, pour favoriser l'installation des médecins généralistes libéraux.

Une institutionnalisation de ce partenariat, systématisant l'implication des ARS dans la déclinaison régionale des politiques conventionnelles, faciliterait l'articulation des actions respectives des ARS et de l'assurance maladie.

b) La question de la représentation locale des professions de santé

Deux formes de représentation des professions de santé existent au niveau local : les commissions paritaires régionales et locales prévues par les conventions nationales ; les unions régionales des professions de santé (URPS) créées par la loi HPST. Plusieurs options peuvent être imaginées pour associer les professions de santé à d'éventuelles adaptations régionales des conventions.

Les URPS sont des partenaires des ARS pour l'élaboration des projets de santé régionaux et la mise en œuvre de projets touchant à l'organisation des professions. Elles ne constituent toutefois pas des relais de la politique conventionnelle, rôle dévolu aux organisations représentatives dans le cadre des commissions paritaires conventionnelles. L'article L. 4031-3 du code de la santé publique, introduit par la loi HPST de 2009, dispose néanmoins que les URPS peuvent assumer les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales, voie qui n'a pas été utilisée jusque-là. Les URPS fonctionnent toutefois de façon inégale selon les régions. Le fonctionnement des fédérations régionales d'URPS, effectif par exemple en région Centre, apparaît même être l'exception.

Les commissions paritaires régionales ont une compétence d'attribution fixées dans le cadre des conventions nationales. Cette compétence pourrait être étendue aux adaptations régionales des modalités d'application des conventions nationales. Deux modalités sont envisageables :

- un accord paritaire après négociation, sous l'égide de l'ARS et en association avec l'assurance maladie. Cette solution, si elle respecte dans sa déclinaison l'esprit conventionnel, est toutefois lourde et nécessite la signature de nombreux accords au niveau régional ;
- un avis qui serait recueilli par le directeur de la CPAM, coordonnateur du risque au niveau régional. Cette solution présenterait l'avantage de

la simplicité : elle serait envisageable dans la mesure où le cadre et les limites des adaptations régionales auraient déjà fait l'objet d'une négociation au niveau national.

Une prise de responsabilité plus grande des instances régionales, si elle était retenue, nécessiterait que les organisations représentatives des professions de santé adaptent leur mode de fonctionnement entre les appareils nationaux et leurs représentants en région. Mais elles peuvent y trouver leur avantage : les politiques conventionnelles, surtout lorsqu'elles résultent comme pour les médecins de multiples avenants, sont perçues de façon lointaine et imprécise par une bonne partie des professionnels sur le terrain. Que les organisations syndicales s'investissent, à partir d'un cadre national, sur des adaptations thématiques régionales peut leur permettre de faire progresser leur représentativité.

Le cas échéant, un schéma d'adaptation régionale des politiques conventionnelles pourrait d'abord être expérimenté avec quelques régions volontaires, avant d'être généralisé si des gains d'efficacité et d'efficacités étaient constatés dans la mise en œuvre de ces politiques.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Entre stricte séparation d'un côté, meilleure articulation des actions des différents acteurs de l'autre, c'est la seconde branche de l'alternative qu'il est proposé de privilégier, dans le cadre d'un pilotage plus intégré mettant au centre des préoccupations, dans la situation actuelle de l'assurance maladie et des finances publiques, le retour à l'équilibre de la branche maladie.

Cette approche renouvelée devrait permettre à l'État de valider les orientations de la politique conventionnelle de façon claire et transparente. Par ailleurs, elle serait de nature à favoriser une meilleure association des organismes complémentaires à la régulation du système de soins.

Les négociations conventionnelles devraient être centrées sur les enjeux essentiels - politique de rémunération contrainte et équilibrée, accès aux soins préservé, maîtrise médicalisée des dépenses – et ne s'étendre à d'autres sujets que dans la mesure où cette ossature est affermie dans chaque convention. Ce n'est qu'une fois ce recentrage opéré que pourrait être envisagée la possibilité d'une adaptation régionale, dans le cadre d'enveloppes et sur des thèmes prédéfinis, des politiques conventionnelles.

Il importe en effet de ne pas compliquer à l'excès un dispositif déjà très complexe et mouvant.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 1. mettre en place un pilotage national plus intégré, permettant à l'État de valider les orientations stratégiques des politiques conventionnelles, d'en suivre l'exécution, et de mieux articuler les actions des différents acteurs ;*
 - 3. recentrer les politiques conventionnelles sur les enjeux essentiels (rémunérations, accès aux soins, maîtrise médicalisée des dépenses) dans le cadre de négociations moins nombreuses et moins éclatées ;*
 - 4. renforcer l'association des organismes complémentaires d'assurance maladie, en faisant d'une concertation entre les financeurs – UNCAM et UNOCAM – un préalable nécessaire à l'ouverture de toute négociation ;*
 - 5. évaluer systématiquement les conditions de mise en œuvre des actions conventionnelles et les résultats obtenus ;*
 - 6. informer annuellement le Parlement des orientations et des résultats de la politique conventionnelle notamment au regard des priorités ci-dessus indiquées.*
-

Conclusion générale

Les politiques conventionnelles avec les professions libérales de santé restent le moyen privilégié de concilier un exercice libéral des professions concernées avec un accès aux soins le plus efficace et le plus égalitaire possible, dans le cadre d'une sécurité sociale organisant la solidarité collective. Elles constituent une spécificité de l'organisation française en matière de santé et de protection sociale.

Depuis en particulier la réforme du cadre conventionnel intervenu en 2004, qui a confié à l'assurance maladie des responsabilités et une autonomie très accrues dans la conduite des négociations, le champ et l'objet des politiques conventionnelles ont été significativement élargis, jusqu'à intégrer une approche globale de la relation entre patients et professions libérales de santé.

Ce développement des politiques conventionnelles s'est toutefois réalisé au détriment de la lisibilité du système de soins. La situation a été encore rendue plus complexe du fait de l'approche séquentielle des négociations par profession et des difficultés rencontrées avec certaines d'entre elles, qui débouchent sur des compromis de natures différentes. Le dispositif conventionnel est de fait très éclaté. Des négociations trop exclusivement en « tuyaux d'orgues » ont fait obstacle à une restructuration collective des soins de proximité, dès lors que l'assurance maladie a très longtemps répugné à s'engager dans des négociations interprofessionnelles.

En outre, ces politiques ont un coût. L'élargissement de leur champ dans le sens d'une régulation des modalités d'exercice professionnel engendre de nouvelles dépenses pour l'assurance maladie, à rebours de l'objectif de maîtrise des dépenses. Dans le cadre d'un système incitant à une cogestion avec les organisations représentatives majoritaires, des concessions ont été faites aux professionnels de santé au fil des conventions et des multiples avenants afin de promouvoir les nouveaux instruments que l'assurance maladie souhaitait mettre en place, sans que les obligations fixées en contrepartie soient toujours à la hauteur des enjeux.

Le rôle attribué à la négociation collective en a également été transformé. Pour les médecins, la création du secteur 2 en 1980 a généré progressivement d'une part des revendications financières plus fortes pour le secteur 1, d'autre part la tentation plus récente d'une négociation sur le niveau acceptable des dépassements d'honoraires : la convention médicale est ainsi utilisée pour répondre aux tensions suscitées par la coexistence des deux secteurs tarifaires. À cet égard, le contrat d'accès aux soins apparaît, en l'état, plus comme une tentative de stabilisation individuelle et de solvabilisation des dépassements, que comme une recherche de régulation optimale de l'accès aux soins.

Les résultats sont trop limités. Si des avancées ont été obtenues avec certaines professions et si le taux de progression de l'ONDAM a été respecté au cours des années récentes, l'efficacité du système de soins a été insuffisamment améliorée. Les politiques conventionnelles n'ont pas apporté de réelle réponse aux problèmes posés par les dépassements de tarifs et ne contribuent que faiblement à la résorption des inégalités de répartition géographique des professions de santé. Sans préjuger du débouché des négociations récemment ouvertes, l'UNCAM a également jusqu'ici buté sur les approches interprofessionnelles, qu'elle a au demeurant peu recherchées.

De son côté, l'État n'a pas assumé jusqu'au bout les choix qui avaient été faits et ne s'est pas assuré de leur compatibilité : en favorisant l'élargissement du champ conventionnel d'une part, en développant avec les ARS les politiques de santé dans les territoires d'autre part, il a créé les conditions d'une confusion et d'un défaut d'efficacité. Il a par ailleurs multiplié les interventions indirectes sur les parties conventionnelles : à trop déléguer et sans cadrage stratégique suffisant, il s'est ainsi exposé au risque d'intervenir en brouillant les responsabilités.

Le modèle conventionnel s'est ainsi essoufflé. S'il a connu au cours de la décennie écoulée des succès tactiques, il n'a pas été suffisamment mis au service d'une organisation plus intégrée du système de soins à même de répondre à l'évolution des besoins de santé dans un contexte de développement des pathologies chroniques et à la nécessité de gains d'efficacité structurels pour l'assurance maladie.

Les modalités des politiques conventionnelles et leur place dans la régulation globale du système de soins doivent en conséquence être réexaminées. Cette révision passe par des négociations moins éclatées et moins diffuses, recentrées sur les enjeux essentiels : pilotage des rémunérations, accès aux soins, maîtrise médicalisée des dépenses. Le cadre conventionnel doit en outre être bâti sur un socle interprofessionnel

beaucoup plus développé, permettant de mieux structurer et coordonner les soins de ville de premier recours.

C'est à ce prix qu'un conventionnement collectif et national, tel qu'institué en 1971, pourra être préservé et pérennisé.

Cet objectif nécessite un pilotage national plus intégré et une coordination renforcée entre les acteurs, et plus particulièrement entre l'État et l'assurance maladie. Pour optimiser l'allocation des ressources, on ne peut conserver deux lieux d'impulsion des politiques et deux lieux de pilotage de l'offre qui ne soient pas articulés. L'État doit être en mesure de jouer sur l'ensemble des leviers afin de développer une régulation de l'ensemble des politiques de santé et d'assurance maladie, qu'elles concernent l'hôpital ou le secteur ambulatoire.

En outre, dans l'intérêt même des assurés, les organismes complémentaires d'assurance maladie doivent contribuer à la préservation de l'accès aux soins, à la gestion du risque, à la maîtrise de la dépense, et donc être associées plus étroitement au système conventionnel.

Il revient par ailleurs à l'assurance maladie de faire preuve de plus de volontarisme afin que les avantages accordés aux professionnels de santé, que ce soit sous la forme de rémunérations supplémentaires, de primes diverses ou de prise en charge de cotisations, soient assortis de contreparties suffisantes permettant de mettre plus franchement les outils conventionnels au service d'un accès à des soins de qualité, dans des conditions financières lisibles et satisfaisantes pour les patients.

La coordination doit également être renforcée au niveau territorial, entre les ARS et les CPAM. Toutefois, une éventuelle adaptation régionale des politiques conventionnelles sur certains thèmes ne devrait être envisagée qu'après une phase de clarification et de recentrage des politiques conventionnelles ainsi que de renforcement du pilotage au niveau national, et dans un cadre prédéterminé et suffisamment précis.

L'élaboration en cours de la stratégie nationale de santé, dont la feuille de route a été rendue publique le 23 septembre 2013, et d'une nouvelle loi de santé publique présente l'occasion d'imprimer les évolutions nécessaires, en remettant en perspective les évolutions récentes des relations entre l'assurance maladie et les professions de santé, et en repensant le cadre de la régulation globale des questions de santé ainsi que la place, dans cette régulation, des politiques conventionnelles et leur rôle dans un retour rapide à un équilibre durable de l'assurance maladie.

Liste des annexes

1. Lettre de la Présidente de la commission des affaires sociales du Sénat au Premier Président de la Cour des comptes
2. Lettres du Premier Président de la Cour des comptes à la Présidente de la commission des affaires sociales du Sénat
3. Liste des personnes rencontrées
4. Liste des conventions et des accords en vigueur
5. L'évolution du champ conventionnel
6. Les caractéristiques des principales conventions
7. Les revenus des professions de santé
8. Répartition par décile de la rémunération 2011 des médecins généralistes, radiologues, anesthésistes, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, cardiologues, gynécologues-obstétriciens, ophtalmologues.
9. Les dépassements d'honoraires des médecins
10. Les aides démographiques conventionnelles
11. Impact financier de l'avenant n° 8 à la convention médicale

Annexe n° 1

**Lettre de la Présidente de la commission des affaires sociales du
Sénat au Premier Président de la Cour des comptes**

COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

La PRÉSIDENTE

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

Monsieur Didier MIGAUD
Premier Président
de la Cour des comptes
13 rue Cambon
75001 PARIS

Paris, le 5 décembre 2013

Réf. : S/2013.134.01

Monsieur le Premier Président,

J'ai l'honneur de vous demander, au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, la réalisation par la Cour des comptes, conformément aux dispositions de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, d'une enquête portant sur les relations entre assurance maladie et professions libérales de santé dans le cadre de la politique conventionnelle. Cette enquête pourrait également s'intéresser au rôle des services de l'Etat dans l'initiation et la mise en œuvre de cette politique conventionnelle, ainsi que dans sa coordination avec la politique générale de santé. Je souhaiterais qu'elle puisse être remise à la commission à la fin du premier semestre 2014.

Je vous prie de croire, Monsieur le Premier Président, en l'assurance de ma haute considération.

Annie DAVID

Annexe n° 2

**Lettres du Premier Président de la Cour des comptes à la Présidente
de la commission des affaires sociales du Sénat**

*Le Premier Président
de la
Cour des Comptes*

1306341

Paris, le 18 DEC. 2013

Madame la Présidente,

En réponse à votre courrier du 5 décembre 2013, je vous confirme que la Cour procédera à l'enquête que vous avez demandée, en application de l'article L0. 132-3-1 du code des juridictions financières, sur les relations entre l'assurance-maladie et les professions libérales de santé dans le cadre de la politique conventionnelle.

Cette enquête, dont le rapport vous sera remis pour le 30 juin 2014, sera préparée par la sixième chambre de la Cour, présidée par Monsieur Antoine Durrieux. Avec les magistrats concernés, il se tient à la disposition du ou des rapporteurs que votre commission souhaitera désigner pour préciser, au plus tôt, le champ et l'approche à retenir.

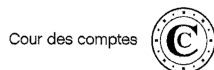
Je vous propose que ces précisions convenues fassent ensuite l'objet d'un échange de courriers entre nous.

Par ailleurs, je vous confirme que, pour l'enquête sur les maternités, précédemment demandée en application des mêmes dispositions du code des juridictions financières, le rapport vous sera remis pour le 19 décembre 2014.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma haute considération.


Didier MIGAUD

Madame Annie DAVID
Présidente de la commission des affaires sociales
SENAT
15 rue de Vaugirard
75291 PARIS CEDEX 05

**1402412**

Paris, le 22/05/2014

Le Premier président

Madame la Présidente,

Par lettre en date du 5 décembre 2013, vous avez demandé, conformément aux dispositions de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, que la Cour des comptes procède à une enquête sur les relations entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé dans le cadre de la politique conventionnelle. Par un courrier du 18 décembre, je vous ai confirmé que la Sixième chambre de la Cour effectuerait cette enquête pour le 30 juin 2014 et que la Cour se tenait disponible pour préciser, au cours d'une réunion de travail, le champ et l'approche à retenir.

Lors de la réunion qui s'est tenue le 15 avril dernier à la commission des affaires sociales, avec M. Christian BABUSIAUX, président maintenu, contre-rapporteur pour cette enquête, et M. Serge BARICHARD, conseiller référendaire, il a été convenu que la communication qui vous sera remise s'attachera à identifier les objectifs poursuivis par les conventions passées entre l'UNCAM et les professions de santé et portera une appréciation sur les voies et moyens mis en œuvre pour les atteindre et les résultats obtenus. Si l'ensemble du champ conventionnel est retenu, cinq professions, qui génèrent l'essentiel des coûts pour l'assurance maladie, seront plus spécialement examinées : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes.

Madame Annie DAVID
Présidente de la Commission des affaires sociales
SENAT
15, rue de Vaugirard
75291 Paris Cedex 06

La communication portera plus particulièrement sur les thèmes suivants :

- le cadre des politiques conventionnelles, leurs caractéristiques et leurs évolutions depuis la réforme de 2004 ;
- l'impact des relations conventionnelles sur les politiques de revenus des professions libérales de santé ; sur ce thème, un point sera fait sur la diversification des modes de rémunération (à l'acte, au forfait, à la performance) ;
- l'accès aux soins, et l'impact des dispositions conventionnelles sur les dépassements de tarifs d'une part, de la répartition géographique des professionnels libéraux d'autre part ;
- la place des politiques conventionnelles dans la régulation globale du système de santé. Seront abordés à cet égard la question du pilotage national, le rôle des organismes complémentaires dans les négociations conventionnelles, et la coordination des acteurs en région.

Je vous confirme que la communication de la Cour vous sera remise pour le 30 juin 2014.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma haute considération.


Didier MIGAUD

Annexe n° 3
Liste des personnes rencontrées

Union nationale des caisses d'assurance-maladie / Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés :

- Michel REGEREAU, président du conseil de l'UNCAM
- Frédéric van ROEKEGHEM, directeur général
- Sophie MARTINON, directrice de cabinet
- Mathilde LIGNOT-LELOUP, Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
- Dorothée HANNOTIN, cabinet de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS)
- Philippe ULMANN, directeur de l'offre de soins
- Hedda WEISSMAN, département des professions de santé (DPROF)
- Eric HAUSHALTER, département des actes médicaux (DACT)
- Cristelle RATIGNIER-CARBONNEIL et Sandrine FRANGEUL, département des produits de santé (DPROD)

Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole :

- Franck DUCLOS, directeur délégué aux politiques sociales
- Bénédicte FEUILLEUX, directrice des politiques publiques
- Dr Jean-Marc HARLIN, médecin-conseil national adjoint

Caisse nationale du Régime social des indépendants :

- Stéphanie DESCHAUME, directrice de cabinet, direction générale
- Dr Pascal PERROT, directeur de la gestion des risques et de l'action sociale, médecin conseil national
- Philippe MOQUET, responsable du département de la santé et de l'assurance maladie

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales :

- Olivier OBRECHT, responsable du pilotage du réseau des ARS

Direction de la sécurité sociale :

- François GODINEAU, chef de service, adjoint au directeur de la sécurité sociale
- Fabrice MASI, chef du bureau des relations avec les professions de santé, accompagné de Leïla SAJID et d'Eve SINTAS, bureau des relations avec les professions de santé

Direction générale de l'offre de soins :

- Jean DEBEAUPUIS, directeur général de l'offre de soins
- Christine BRONNEC, adjointe à la sous-directrice, sous-direction de la régulation de l'offre de soins
- Perrine RAME-MATHIEU, chef du bureau du premier recours

Direction générale de la santé :

- Pr Marie-Christine FAVROT, adjointe au directeur général de la santé
- Pascal MELIHAN-CHEININ, adjoint à la sous-directrice, sous-direction promotion de la santé et prévention des maladies chroniques

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques :

- Denis RAYNAUD, adjoint à la sous-directrice, sous-direction observation de la santé et de l'assurance maladie
- Fanny MIKOL, chef du bureau professions de santé

Direction générale des finances publiques :

- Patricia LEMESLE, adjointe au chef du bureau des statistiques fiscales (GF3C)

- Pierre HARYMBAT, chef de la section de la fiscalité professionnelle, bureau GF3C

Institut national de la statistique et des études économiques :

-Jérôme ACCARDO, chef du département des prix à la consommation, des ressources et des conditions de vie des ménages, accompagné de Cédric HOUDRE.

Union nationale des organismes complémentaires d'assurance-maladie et fédérations membres de l'UNOCAM :

- Eric BADONNEL, secrétaire général administratif de l'UNOCAM ;
- Mahé CAUCHARD, UNOCAM, chargée d'études
- Emmanuel ROUX, FNMF, directeur général
- Agnès BOCOGNANO, FNMF, directrice déléguée santé
- Emmanuel DAYDOU, FNMF, responsable du pôle organisation des soins
- Evelyne GUILLET, CTIP, directeur santé
- Magali SIERRA, CTIP, chargée de mission santé
- Alain Rouché, FFSA, Directeur santé

Union nationale des professions de santé :

- Dr Jean-François REY, président de l'UNPS

Représentants des professions de santé :

- Dr Michel CHASSANG, président de la Confédération des syndicats médicaux français, Dr Jacques NINEY, vice-président, et Dr Pierre LEVY, secrétaire général (bureau en exercice au moment de l'entretien)
- Dr Claude LEICHER, président de MG France, Dr François WILTHIEN et Dr Gilles URBEJTEL
- Dr Roger RUA, président du syndicat des médecins libéraux (SML)

- Dr Jean-Paul HAMON, président de la Fédération des médecins de France
- Dr Catherine MOJAÏSKY, présidente de la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD), et Dr Marie-Françoise GONDARD-ARGENTI, vice-présidente
- Dr Patrick SOLERA, président de la Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL), Dr Marc BARTHELEMY, vice-président, et Dr Patrice LAMBERTINI, vice-président
- Dr Philippe DENOYELLE, président de l'Union des jeunes chirurgiens-dentistes – Union dentaire (UJCD-UD), et Dr Jacques LEVOYER, vice-président
- Philippe GAERTNER, président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) et Pierre FERNANDEZ, directeur général
- Gilles BONNEFOND, président de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO), et Marie-Josée AUGECAUMON, conseiller
- Michel CAILLAUD, membre du bureau de l'Union nationale des pharmacies de France (UNPF), chargé de l'économie, ancien président de l'UNPF.
- Philippe TISSERAND, président de la fédération nationale des infirmiers (FNI)
- Annick TOUBA, présidente du syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIL), et John PINTE, vice-président
- Noëlle CHABERT, présidente de Convergence infirmière, et Marcel AFFERGAN, vice-président
- Daniel PAGUESSORHAYE, président de la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR), et Françoise DEVAUD, vice-présidente
- Stéphane MICHEL, président de l'Union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (UNSMKL), et Yvan TOURJANSKY, secrétaire général du Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (SNMKR)
- Thierry SCHIFANO, président de la Fédération nationale des transporteurs sanitaires (FNST)

- François BONNET, secrétaire national de la Chambre nationale des services d'ambulance (CNSA), et Marc BASSET, directeur associé KPMG.
- Paul-Henri FABRE, secrétaire général de la Fédération nationale des artisans ambulanciers (FNAA), et Serge BEAUJEAN, secrétaire général adjoint

Agences régionales de santé :

- Claude EVIN, directeur général de l'ARS d'Ile-de-France, accompagné de Marie-Renée BABEL, directrice générale adjointe, et de Pierre OUANHON, directeur du pôle ambulatoire
- Philippe DAMIE, directeur général de l'ARS du Centre, accompagné de Marie-Hélène BIDAUD, directrice santé publique et assurance maladie, d'Anne GUEGUEN, directrice études, stratégie, affaires juridiques, et du Dr André OCHMANN, directeur de l'offre sanitaire et médico-sociale

Caisse primaire d'assurance maladie :

- Laure LARISSE, directrice de la CPAM d'Orléans, accompagnée de Gaëlle COSTEDOAT, sous-directrice en charge des commissions paritaires, et de Jeanine SARRASIN-TORDJMAN, sous-directrice de la cellule d'appui auprès de la DCGDR (direction coordonnatrice de la gestion du risque régionale)

Annexe n° 4
Liste des conventions et des accords en vigueur

- Médecins généralistes et spécialistes : convention du 26 juillet 2011 (11 avenants)
- Chirurgiens-dentistes : convention du 11 mai 2006 (3 avenants)
- Pharmaciens titulaires d'officine : convention du 4 avril 2012 (5 avenants) ; accord national relatif à la délivrance de spécialités génériques du 6 janvier 2006 (8 avenants)
- Infirmiers : convention du 22 juin 2007 (4 avenants)
- Masseurs-kinésithérapeutes : convention du 3 avril 2007 (4 avenants)
- Sages-femmes : convention du 11 octobre 2007 (2 avenants)
- Directeurs de laboratoire de biologie médicale : convention du 26 juillet 1994, réécrite par avenant du 16 janvier 2004 (4 avenants depuis 2004)
- Transporteurs sanitaires privés : convention du 26 décembre 2002 (6 avenants)
- Décision UNCAM du 8 septembre 2008 relative à l'établissement d'une convention-type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie
- Orthophonistes : convention du 31 octobre 1996 (14 avenants)
- Orthoptistes : convention du 19 avril 1999 (10 avenants)
- Pédiçures-podologues : convention du 18 octobre 2007 (3avenants)
- Accord-cadre interprofessionnel (ACIP) du 15 mai 2012
- Opticiens : convention du 14 octobre 2003
- Ocularistes, épithésistes et podo-orthésistes : convention du 10 décembre 2003
- Audioprothésistes : arrêté du 13 août 1992 fixant une convention type
- Prestataires délivrant des dispositifs médicaux, produits et prestations associées inscrits aux titres I et IV de la liste prévue à

l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale : convention du
7 août 2002

- Centres de santé : accord national du 19 novembre 2002

Annexe n° 5

L'évolution du champ conventionnel

1 - La genèse des conventions médicales : la fixation de tarifs opposables

Le syndicalisme médical est né à la fin du XIX^{ème} siècle, et les principes de la médecine libérale ont été formalisés dans les années 1920. Une charte médicale a été votée par le congrès des syndicats médicaux français en 1927, fixant ces principes : liberté d'installation, de prescription, de fixation des tarifs par entente directe, secret professionnel. La liberté d'honoraires prévaut alors mais des tarifs syndicaux incitatifs sont instaurés.

Ce n'est que progressivement que les médecins libéraux ont accepté une politique conventionnelle, entraînant les autres professions de santé. L'ordonnance du 19 octobre 1945 a introduit la notion de tarif opposable : les médecins représentés par leur syndicat peuvent conclure une convention collective départementale, qui reste facultative, fixant les tarifs applicables sous réserve d'approbation par une commission nationale. Des dépassements de tarifs sont possibles selon les circonstances ou la notoriété du praticien. Un décret du 12 mai 1960 a défini une convention type, tout en conservant le cadre départemental de conclusion des conventions : 70 départements sont alors conventionnés, les médecins pouvant néanmoins se conventionner individuellement dans les autres départements.

La loi du 3 juillet 1971 a instauré un cadre conventionnel national pour les conventions avec l'ensemble des professions de santé et a réglé les relations entre les syndicats représentatifs et l'assurance maladie. Les conventions, élaborées par profession, revêtent un caractère obligatoire une fois approuvées par arrêté ministériel, sauf refus formel d'adhésion par le praticien concerné.

Les premières conventions nationales ont été signées rapidement après l'instauration de ce nouveau cadre. Celle avec les médecins l'a été dès 1971 : elle fixait notamment les honoraires et frais opposables, et déterminait les obligations respectives des praticiens et des caisses. Les autres professions ont suivi : par exemple, la première convention avec les infirmiers, fixant des tarifs nationaux, a été conclue en 1972. Une convention nationale provisoire a été conclue en 1975 avec les chirurgiens-dentistes, puis confortée en 1978.

L'objectif initial des conventions nationales était d'inciter l'ensemble des professionnels de santé à exercer dans ce cadre de manière à instaurer une tarification unique servant de référence au remboursement des assurés. D'un côté, l'assurance maladie y trouvait une garantie d'accès aux soins des assurés tout en maîtrisant le niveau de ses remboursements sur la base de tarifs opposables. De l'autre, les professionnels bénéficiaient d'une garantie de revenus grâce à la solvabilisation de la demande. Deux fondements de l'activité libérale étaient toutefois préservés : le libre choix de son praticien par le patient, et le paiement à l'acte.

Pour les médecins, a toutefois été créé en 1980 le secteur 2, ou « secteur conventionné à honoraires libres », qui permet aux médecins qui en relèvent de pratiquer des tarifs libres, comportant des dépassements non pris en charge par l'assurance maladie par rapport aux tarifs opposables. En raison de son succès, l'accès au secteur 2 a été restreint en 1990 : les médecins ayant antérieurement choisi ce secteur en ont conservé le bénéfice, seuls les anciens chefs de clinique et les anciens assistants des hôpitaux s'installant pour la première fois en libéral pouvant y entrer.

2 - Les difficultés des politiques conventionnelles des années 90 fixant des objectifs quantifiés

Les deux chocs pétroliers et le creusement des déficits dont ils se sont accompagnés ont débouché sur une succession de plans de redressement des comptes de la sécurité sociale et sur des tentatives d'introduction dans les conventions de mécanismes de régulation visant à respecter des objectifs de dépenses. Ont notamment été mis en place, dans les années 90, différents mécanismes de régulation faisant appel à une enveloppe globale prévisionnelle assortie d'éventuelles rétroactions sur les tarifs. La loi « Teulade » de 1993 prévoyait la mise en place des objectifs nationaux quantifiés, avec sanctions financières collectives en cas de non-respect. Les ordonnances de 1996 ont révisé le contenu des règles conventionnelles afin d'affermir les mécanismes de régulation des dépenses de santé, en établissant une relation entre d'une part l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) voté annuellement par le Parlement, et d'autre part la convention médicale au moyen d'un avenant annuel fixant un objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville, qui englobait les honoraires et les prescriptions des médecins. La fixation d'objectifs quantifiés par profession s'est toutefois

avérée difficile, et les mécanismes de reversement individuels des médecins prévus en cas de dépassement des objectifs n'ont pas été mis en œuvre.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a prévu la fixation par le ministre à la CNAMTS d'un objectif de dépenses délégué, cohérent avec l'ONDAM. Cet objectif était calculé en dépenses remboursables, sa répartition, le suivi de sa réalisation et la sanction des dépassements étant de la responsabilité des régimes d'assurance maladie. À la suite de blocages avec l'assurance maladie, le dispositif a été abandonné dès 2003.

Ces tentatives de régulation négociée de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie, avec la fixation d'enveloppes financières pouvant être opposées aux professionnels, soit collectivement, soit individuellement ont constitué une période tumultueuse pour les relations conventionnelles. La définition d'objectifs quantitatifs la plus achevée, celle concernant les laboratoires de biologie médicale, n'a pu être mise en œuvre durablement.

En définitive, en raison de la vive opposition des professions de santé libérales, aucune régulation quantitative globale efficace des prix et des volumes n'a pu être instaurée par la politique conventionnelle alors même que la dépense est financée par la collectivité publique. Dans la pratique, presque toutes les conventions des années 90 ont été annulées totalement ou partiellement par le juge administratif à la suite des recours intentés par les professionnels. Les dispositifs successifs n'ont pas fonctionné ou bien ont fonctionné médiocrement en raison de cette opposition des professions de santé et des annulations contentieuses, comme par exemple la convention médicale du 21 octobre 1993 ou les conventions médicales du 12 mars 1997. En fait, c'est le principe même de la responsabilité collective économique et financière qui a été rejeté par les professionnels de santé libéraux.

3 – Les nouvelles orientations et l'extension du champ conventionnel

Les réformes des années 2000 ont cherché à rénover le cadre des relations conventionnelles, en visant plus la régulation des pratiques médicales individuelles que celle collective du secteur. En outre, le champ des conventions médicales a encore continué à s'élargir considérablement.

La loi du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie, puis celle du 13 août 2004 ont ainsi profondément modifié le processus conventionnel. La maîtrise médicalisée, la dimension d'amélioration de la qualité des soins et la prise en compte des besoins de santé publique ont été mises en avant comme levier pour contenir les dépenses, objectif qu'une gouvernance profondément réformée de l'assurance maladie devait en outre faciliter.

Par ailleurs, le risque d'instabilité des dispositifs conventionnels a été réduit par la possibilité, dégagée par la jurisprudence, de disjonction des seules dispositions jugées illégales (CE, 14 avril 1999, synd. médecins libéraux et autres).

Les thématiques conventionnelles se sont de ce fait considérablement enrichies. Auparavant, les négociations conventionnelles étaient centrées sur l'évolution des lettres-clés servant de base au calcul de la rémunération à l'acte des praticiens. La loi de 2004 a impulsé différentes mesures destinées à favoriser la coordination des soins qui ont été déclinées dans les conventions, dont le parcours de soins et l'institution du médecin traitant. Les conventions ont également progressivement intégré, à compter de 2005, des éléments de santé publique et d'efficience des soins, de démographie des professions de santé, d'approche pluridisciplinaire.

Depuis 2008, l'élargissement du champ des négociations conventionnelles s'est plus particulièrement manifesté dans trois grandes directions :

- la diversification des modes de rémunération, avec, en sus de la rémunération à l'acte qui reste le fondement de l'activité libérale, le développement des rémunérations forfaitaires et l'introduction de rémunérations à la performance visant à développer la maîtrise médicalisée des dépenses et l'intégration de préoccupations de santé publique ;
- la régulation de la répartition territoriale des professions de santé, avec des incitations à s'installer ou à rester dans les zones fragiles, mais également, pour certaines professions seulement, une restriction à l'installation dans les zones sur-dotées ;
- le déploiement de services d'accompagnement aux patients, avec notamment l'accompagnement des patients diabétiques, ou bien des patients traités par anticoagulants oraux.

Annexe n° 6

Les caractéristiques des principales conventions examinées dans le cadre de l'enquête

Les conventions avec les professions de santé traitent notamment des tarifs des actes, des modalités de transmission des ordonnances et factures nécessaires au remboursement sur la base des tarifs opposables, de l'organisation de la vie conventionnelle et des commissions paritaires, des sanctions applicables en cas de manquement, et, pour les professions concernées, de la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des cotisations sociales dues par les professionnels.

Les conventions présentent toutefois des caractéristiques et des lignes de force différentes selon les professions, liées à la volonté de l'UNCAM d'influer, au moyen des politiques conventionnelles, sur les conditions d'exercice des métiers concernés et sur les pratiques professionnelles.

1) Les médecins

La convention de 2005 a, à titre principal, mis en œuvre le parcours de soins coordonnés, associant les médecins à l'application des dispositions de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Auparavant, la notion de médecin référent avait été introduite par la convention du 4 décembre 1998. La convention de 2005 visait à structurer les soins de ville autour du médecin traitant, qui assure le premier niveau de recours aux soins et les soins de prévention. Le médecin traitant assure aussi l'orientation du patient dans le système de soins, en particulier vers un médecin spécialiste « correspondant » auquel l'accès est ainsi soumis à la reconnaissance préalable d'un besoin par le médecin traitant¹⁰¹, sauf pour quelques disciplines à accès direct.

La convention de 2005 a également mis en place l'option de coordination, présentée comme une première tentative de régulation des dépassements de tarifs des médecins de secteur 2, qui a eu un impact très faible. L'avenant n° 20, signé en 2007, a institué un premier dispositif,

¹⁰¹ L'accès aux spécialistes hors parcours de soins coordonnés reste possible, mais une pénalisation financière du patient est prévue par la convention.

dénommé « option conventionnelle », visant à encourager l'installation en exercice regroupé des médecins dans les zones très sous dotées.

En juin 2009, le CSMF et le SML se sont opposés à la reconduction tacite de la convention. En l'absence d'accord dans le délai requis, la procédure arbitrale a été mise en œuvre. Le règlement arbitral entré en vigueur le 6 mai 2010 a reconduit la plupart des dispositions de la convention de 2005. Il comportait toutefois des dispositions nouvelles importantes, comme l'augmentation du tarif de la consultation porté à 23 € à compter du 1^{er} janvier 2011, et le développement du tiers-payant obligatoire au profit des bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Une nouvelle convention a été conclue en juillet 2011 avec 3 syndicats de médecins (CSMF, SML, MG France), la FMF y ayant adhéré fin 2011. Cette convention s'inscrit dans la continuité de celle de 2005, s'agissant notamment du parcours de soins, tout en introduisant plusieurs dispositions nouvelles importantes. La plus significative est l'affirmation de la diversification des modes de rémunération des médecins comme un objectif conventionnel majeur : à côté de la rémunération à l'acte. Les rémunérations forfaitaires sont développées et, surtout, une rémunération à la performance est introduite, afin de promouvoir une gestion plus active de la patientèle.

Afin d'améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire, la convention de 2011 met également en place deux nouveaux instruments, remplaçant le dispositif de l'avenant n° 20 : l'option démographie, et l'option santé solidarité territoriale. Enfin, parmi les dispositions nouvelles, la convention prévoit la mise en place d'un nouveau secteur dit optionnel pour réguler les dépassements de tarifs dans trois spécialités de bloc : la chirurgie, l'anesthésie, et la gynécologie-obstétrique. Cette disposition fait suite à un protocole d'accord tripartite d'octobre 2009 entre l'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats représentatifs.

La convention de 2011 a déjà fait l'objet de 11 avenants. Parmi ceux-ci, l'avenant n° 3 introduit, pour la ROSP, des objectifs intermédiaires pour chaque indicateur de qualité de la pratique médicale (la convention n'en n'avait arrêté que le principe), l'avenant n° 7 étend la ROSP aux médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires, et l'avenant n° 10 aux gastro-entérologues et aux hépatologues.

Parmi les 11 avenants, l'avenant n° 8 revêt une importance particulière : devant l'échec des tentatives de concrétisation du secteur optionnel, il institue un nouvel instrument visant à réguler les dépassements de tarifs, ouvert à toutes les spécialités, le « contrat d'accès aux soins » ; il met en place une procédure à l'encontre des dépassements considérés comme excessifs ; enfin, il prévoit une série de mesures de revalorisation des tarifs

opposables, au profit des médecins du secteur 1 et des adhérents au contrat d'accès aux soins.

2) Les chirurgiens-dentistes

La convention actuellement applicable date de 2006 et a été tacitement reconduite en 2011. Elle a été signée par la CNSD et par l'UJCD-UD. Trois avenants ont été passés, respectivement en 2007, 2012 et 2013, signés par la seule CNSD. La FSDL n'a signé ni la convention ni les avenants. L'UNOCAM a été signataire des avenants n° 2 et 3.

La convention de 2006 porte sur quatre thèmes principaux :

- la question du rééquilibrage des tarifs des soins conservateurs par rapport aux soins prothétiques, par une réévaluation des soins conservateurs les plus importants. Les soins dentaires sont en effet marqués par de fortes spécificités : une faible prise en charge globale par l'assurance maladie obligatoire, et des dépassements de tarifs très importants sur les soins prothétiques, qui peuvent faire l'objet d'une entente directe avec le patient sous réserve de l'établissement d'un devis ;

- l'obsolescence de la nomenclature des actes, ne correspondant plus à la réalité de l'activité bucco-dentaire, et l'engagement des travaux pour une classification commune des actes médicaux (CCAM) concernant les chirurgiens-dentistes ;

- la question de l'accès aux soins et la création d'un groupe de travail sur la démographie des chirurgiens-dentistes ;

- la prévention et l'éducation sanitaire, avec notamment l'intégration dans un dispositif unique des modalités d'examens de prévention destinés aux jeunes.

L'avenant n° 2 porte notamment sur la mise en place du « contrat incitatif chirurgien-dentiste » pour favoriser les installations dans les zones les moins bien dotées en chirurgiens-dentistes, ainsi que sur l'extension de l'examen de prévention aux femmes enceintes. Compte tenu de l'engagement de la profession dans les mesures d'amélioration de l'offre et de la permanence de soins dentaires, la consultation passe de 21 à 23 € ;

L'avenant n° 3 met en place la nouvelle CCAM dentaire, avec transposition du périmètre remboursable des actes selon les mêmes tarifs, ainsi qu'un nouveau modèle de devis dentaire. Deux accords spécifiques sont en outre liés à cet avenant n° 3 : un accord bipartite UNCAM/UNOCAM établissant une liste de 16 codes de regroupement d'actes pour la

transmission par l'assurance maladie obligatoire des informations nécessaires à la liquidation des prestations par les organismes complémentaires d'assurance maladie ; une charte des bonnes pratiques entre l'UNOCAM et la CNSD.

3) Les pharmaciens

La convention avec les pharmaciens est l'exemple le plus représentatif de l'application des nouvelles orientations de l'UNCAM en matière de politique conventionnelle. Les conventions pharmaceutiques étaient auparavant centrées sur l'organisation du tiers-payant. La convention de 2006 restait beaucoup moins normative que les autres conventions, notamment parce qu'elle n'encadrait pas les tarifs : le noyau dur de cette convention était principalement constitué par les dispositions relatives aux modalités de facturation des prestations en nature (déploiement de SESAM-Vitale, mise en place de la liste d'opposition incrémentale : avenant n°1), à la formation conventionnelle continue (avenant n° 2), et aux modalités de transmission des pièces justificatives aux organismes de prise en charge (avenant n° 3).

La convention de 2012, signée par les trois organisations représentatives marque une extension du champ des relations conventionnelles et une forte évolution vers une convention « métier », touchant aux modalités d'exercice de la profession de pharmacien d'officine. Cette évolution a été facilitée par la loi HPST de 2009 et par la LFSS pour 2012, qui ont ouvert la voie à la valorisation des missions de santé publique et à la diversification des modes de rémunération des pharmaciens.

La convention vise à la promotion de la qualité de l'exercice pharmaceutique, à travers la prévention, la qualité de la dispensation de médicaments, le dépistage et l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques. Elle définit les conditions d'une rémunération à la performance, sur trois axes relatifs à la modernisation des officines, l'accompagnement des patients, et la dispensation des médicaments génériques. L'avenant n° 1 de juin 2013 et l'avenant n° 4 de mai 2014 concrétisent le deuxième axe en mettant respectivement en place un accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux et un accompagnement des patients asthmatiques. L'avenant n° 2 de juillet 2013 précise pour sa part certaines modalités de la rémunération relative aux génériques.

La convention jette également les bases de la mise en place d'un honoraire de dispensation, remplaçant pour une part la rémunération à la marge sur les boîtes de médicaments dispensées. Les modalités de cet honoraire de dispensation ont été définies par avenant n° 5 de mai 2014. La convention de 2012 traitait également de l'évolution du réseau des officines,

aucune mesure concrète n'ayant toutefois été prise en application de ces stipulations.

Un dispositif distinct mais complémentaire, non intégré à la convention, porte sur la diffusion des médicaments génériques. Les pharmaciens ont en effet été le pivot de cette politique de diffusion, et non les prescripteurs. Un accord national de 2006, qui a fait l'objet chaque année d'un avenant, a parallèlement à la convention, encadré la démarche en fixant des objectifs de substitution et en définissant la liste des molécules concernées, ainsi les modalités de mise en œuvre du « tiers payant contre génériques ».

La convention de 2006 prévoyait le suivi par la commission paritaire nationale du dispositif mis en place par l'accord national. La convention nationale de 2012 est venue renforcer cette complémentarité des deux dispositifs avec la mise en place de la rémunération à la performance portant sur l'efficacité de la délivrance de médicaments génériques : l'objectif national de pénétration des génériques ainsi que les taux de substitution des molécules ciblées définis par l'accord national, constituent le fondement des objectifs d'efficacité définis par la convention nationale. Sur la période couverte par l'accord, la substitution augmente fortement, la part des génériques dans le répertoire évoluant de 61,9 % en 2005 à 82,5 % en 2013, malgré une baisse temporaire et un essoufflement du dispositif constatés en 2010-2011.

4) Les auxiliaires médicaux

La convention avec les infirmières a été conclue le 22 juin 2007 avec les quatre syndicats représentatifs de la profession. Elle a été tacitement reconduite en 2011. Elle a fait l'objet de 4 avenants, un en 2008, deux en 2011, et un en 2013.

Conformément à l'orientation imprimée par l'UNCAM de traiter dans les conventions, au-delà de la définition des tarifs et des droits et obligations conventionnels, des conditions d'exercice du métier et la qualité des pratiques, la convention aborde la valorisation de l'activité des infirmières libérales et l'accompagnement du développement de nouveaux rôles (accompagnement des patients atteints de maladies chroniques, actions d'éducation et de prévention, accompagnement de la prescription de dispositifs médicaux, annonce de la signature d'accords multi-professionnels, remplacement de la démarche de soins infirmiers).

La convention annonce également, dans le cadre de la préservation et de l'amélioration de l'accès aux soins infirmiers, le souhait des parties de travailler à un rééquilibrage de l'offre de soins infirmiers, dans le cadre d'une adaptation des dispositions législatives. Un premier dispositif, combinant un

contrat santé solidarité dans les zones sous dotées et un accès conditionnel au conventionnement dans les zones sur-dotées, a été mis en place par l'avenant n° 1 de 2008, puis pérennisé et étendu par l'avenant n° 3 de 2011. L'avenant n° 1 a procédé à des revalorisations des tarifs infirmiers « *compte tenu de l'engagement effectif de la profession dans des mesures structurantes sur la répartition de l'offre de soins infirmiers* ». L'avenant n° 3 procède également à des revalorisations ciblées, en introduisant notamment de nouvelles lettres-clés dans la nomenclature (majoration d'acte unique – MAU – et majoration pour coordination infirmière – MCI -).

Les évolutions des dispositions conventionnelles avec les masseurs-kinésithérapeutes sont très proches de celles de la convention infirmière. La convention avec les masseurs-kinésithérapeutes a été conclue le 3 avril 2007 avec les deux syndicats représentatifs de la profession. Elle a fait l'objet de quatre avenants, un en 2007, deux en 2011 et un en 2013. L'avenant n° 3 de 2011 a été signé de la seule FFMKR.

La convention traite de la qualité des soins et de la maîtrise médicalisée, en souhaitant « *promouvoir, dans le cadre d'un régime fondé sur les preuves, la qualité et l'efficience des soins en s'appuyant notamment sur les recommandations de la Haute autorité de santé* », et développer des actions de prévention. L'avenant n° 3 de 2011 revient sur les questions d'efficience et sur la mise en œuvre de recommandations de la HAS émises en 2006 et complétées en 2008.

La convention de 2007 annonce l'intention des parties de proposer des mesures structurantes pour remédier aux déséquilibres démographiques. Ces mesures ont été mises en place par l'avenant n° 3, selon des modalités similaires à celles des infirmiers. L'avenant comprend également, en contrepartie, une revalorisation des lettres-clés et de l'indemnité forfaitaire de déplacement.

Annexe n° 7

Evolution du revenu net par tête des professions de santé tous secteurs (données CNAMTS)

Revenu net/tête, en €

Spécialités	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TCAM en € courants 12/02	TCAM en € constants 12/02
Médecins généralistes	63 474	69 908	65 490	67 896	65 431	73 559	74 284	73 729	73 628	77 928	77 541	2,0 %	0,3 %
Anesthésistes	167 604	177 970	188 316	188 049	207 388	215 702	229 028	233 982	242 751	252 865	256 055	4,3 %	2,6 %
Cardiologues	116 092	121 878	124 227	122 827	127 128	132 765	137 453	140 209	147 798	153 182	154 355	2,9 %	1,2 %
Chirurgiens	140 524	146 546	152 076	154 843	163 836	164 332	170 614	167 808	176 495	184 926	186 876	2,9 %	1,2 %
Dermatologues	61 540	62 381	64 662	59 856	57 197	64 600	63 872	62 162	65 982	68 704	70 484	1,4 %	-0,3 %
Radiologues	225 817	233 247	240 647	236 682	243 422	254 192	250 353	244 194	247 578	247 874	247 982	0,9 %	-0,8 %
Gynécologues	80 330	86 087	87 679	88 455	89 099	93 814	95 351	93 910	97 981	100 253	101 373	2,4 %	0,7 %
Gastro-Entérologues	97 438	102 016	104 954	102 703	104 815	114 827	120 902	120 853	126 381	129 234	130 438	3,0 %	1,3 %
ORL	82 703	86 342	87 749	84 084	86 364	94 211	96 458	97 400	104 926	109 991	111 186	3,0 %	1,3 %
Pédiatres	62 975	69 356	65 316	69 388	69 691	74 548	72 243	73 789	74 403	76 499	75 389	1,8 %	0,1 %
Pneumologues	79 348	81 087	83 825	83 172	86 181	93 180	94 042	97 147	101 485	104 523	106 767	3,0 %	1,3 %
Rhumatologues	66 576	69 429	74 168	69 690	70 653	81 175	81 900	80 214	84 399	85 867	86 639	2,7 %	1 %
Ophthalmologues	108 215	114 127	120 737	123 340	126 935	137 233	144 721	146 201	156 062	165 486	171 314	4,7 %	3 %
Psychiatres	56 788	59 453	63 046	63 844	59 881	64 509	66 127	65 576	68 217	69 872	72 127	2,4 %	0,7 %
Total Spécialistes	108 665	114 505	118 999	119 043	122 947	130 485	133 841	133 806	140 096	145 117	147 658	3,1 %	1,4 %
Total Médecins	83 690	89 819	89 328	90 597	90 711	98 713	100 630	100 314	103 161	107 784	108 894	2,7 %	1 %
Sages-Femmes	25 191	26 257	25 417	25 950	26 558	25 837	25 284	23 690	24 189	24 508	24 685	-0,2 %	-1,9 %
Dentistes	75 086	80 122	82 321	81 449	80 711	84 262	86 762	83 199	88 628	91 004	92 355	2,1 %	0,4 %
Orthodontistes	137 033	142 104	145 460	147 519	145 878	152 823	160 599	158 641	172 318	180 786	186 425	3,1 %	1,4 %
Infirmiers	35 824	40 181	41 187	41 620	42 108	44 635	46 477	47 553	49 866	50 270	51 150	3,6 %	1,9 %
Masseurs Kiné.	37 569	38 093	38 337	38 756	39 346	42 138	42 164	40 703	41 682	41 518	42 273	1,2%	-0,5%

Source : SNIR PS-INSEE-DGI

Evolution des revenus individuels des médecins de secteur 1 – données CNAMTS

Revenu net/tête, en €

Spécialités	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TCAM en € courants 12/02	TCAM en € constants 12/02
Médecins généralistes	63 451	70 027	65 445	67 927	65 536	73 677	74 412	73 827	73 657	78 012	77 581	2,0 %	0,3 %
Anesthésistes	153 967	161 775	170 488	171 209	189 533	195 385	206 733	209 229	215 751	221 928	224 733	3,9 %	2,2 %
Cardiologues	116 417	122 182	124 219	122 971	127 668	132 698	137 154	139 668	147 026	152 118	153 175	2,8 %	1,1 %
Chirurgiens	112 632	115 256	119 212	126 147	136 571	136 476	141 995	135 632	141 901	150 126	147 513	2,7 %	1 %
Dermatologues	54 949	55 681	58 281	54 486	53 036	58 233	58 837	56 987	60 525	62 680	64 088	1,6 %	-0,1 %
Radiologues	223 344	230 695	237 762	233 453	239 330	249 904	245 312	238 494	240 685	240 450	239 764	0,7 %	-1 %
Gynécologues	63 994	68 759	69 909	71 532	71 807	74 881	75 294	73 272	75 710	76 316	76 302	1,8 %	0,1 %
Gastro-Entérologues	93 931	98 078	100 565	98 620	100 642	110 119	115 281	115 463	119 881	122 096	122 882	2,7 %	1 %
ORL	73 487	77 042	78 330	75 433	78 454	84 781	86 298	87 175	93 870	98 017	98 718	3,0 %	1,3 %
Pédiatres	56 513	62 622	58 795	63 400	63 825	67 975	65 859	67 154	67 312	68 808	68 552	2,0 %	0,3 %
Pneumologues	79 162	81 417	83 933	83 452	87 148	93 985	95 021	98 304	102 575	105 626	107 514	3,1 %	1,4 %
Rhumatologues	64 074	66 897	71 271	67 335	69 451	79 381	79 971	77 479	81 136	83 360	83 465	2,7 %	1 %
Ophthalmologues	87 500	90 957	96 105	98 674	102 057	107 345	114 011	113 871	118 873	124 124	126 567	3,8 %	2,1 %
Psychiatres	54 341	56 875	60 497	61 701	58 217	62 338	63 703	62 979	65 453	67 103	69 709	2,5 %	0,8 %
Total Spécialistes	106 975	112 620	116 845	117 228	121 119	127 896	130 149	129 743	134 825	138 692	140 550	2,8 %	1,1 %
Total Médecins	79 266	85 246	83 983	85 512	85 424	92 655	93 766	93 143	94 732	98 712	99 007	2,2 %	0,5 %

Source : SNIR PS-INSEE-DGI

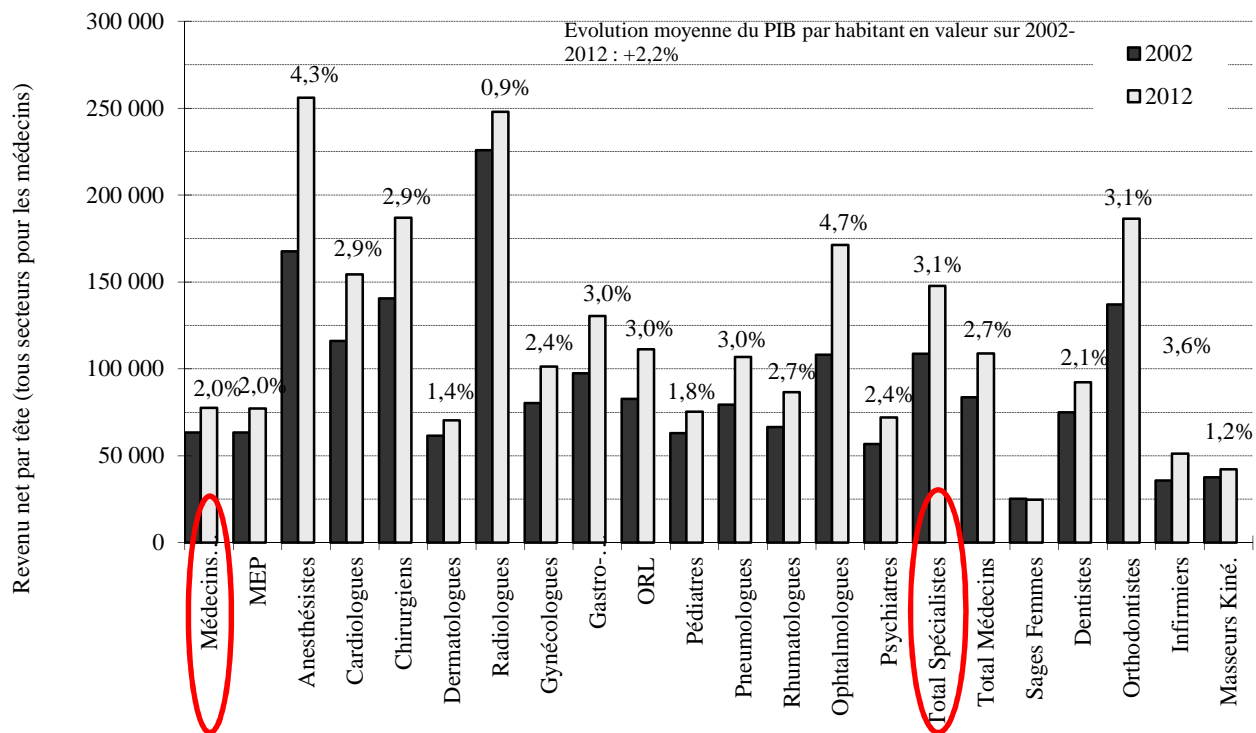
Evolution des revenus individuels des médecins de secteur 2 – données CNAMTS

Revenu net/tête, en €

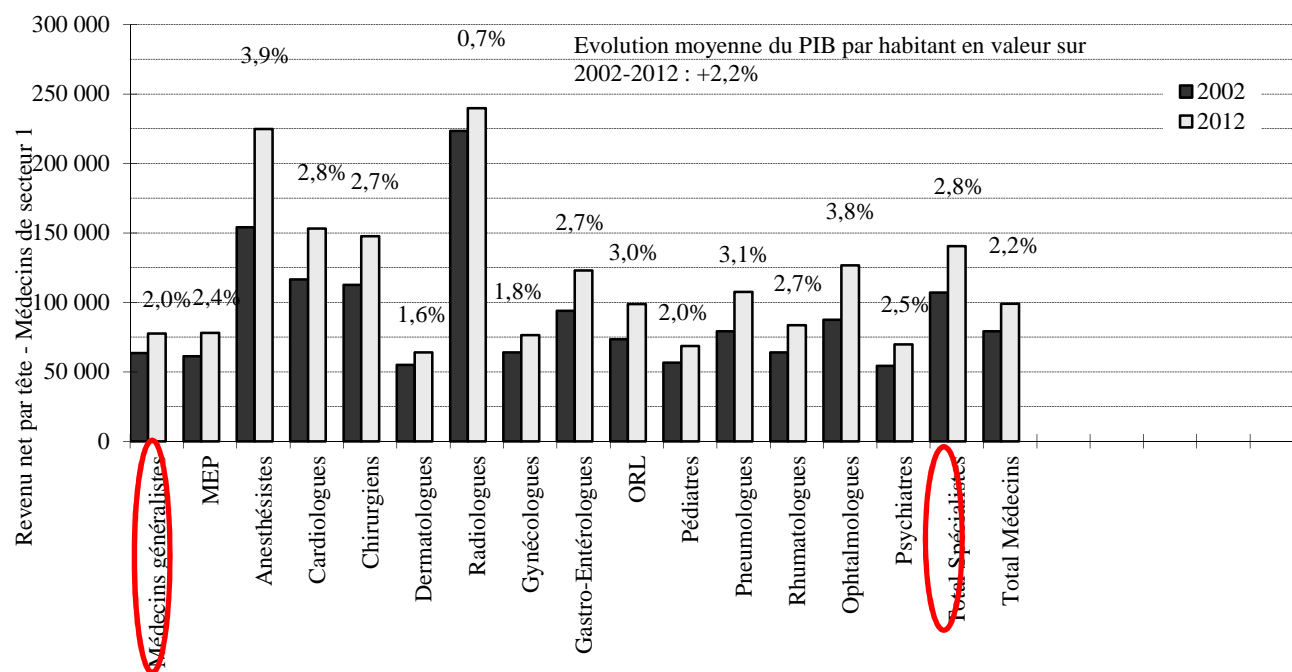
Spécialités	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TCAM en € courants 12/02	TCAM en € constants 12/02
Médecins généralistes	63 691	68 726	65 956	67 561	64 237	72 155	72 702	72 449	73 239	76 709	76 908	1,9 %	0,2 %
Anesthésistes	212 044	229 599	243 697	236 775	255 319	265 554	278 500	284 722	294 025	305 884	305 349	3,7 %	2 %
Cardiologues	114 712	120 535	124 263	122 190	124 795	133 059	138 714	142 478	150 972	157 612	159 171	3,3 %	1,6 %
Chirurgiens	147 574	154 060	159 512	160 920	169 428	169 733	175 936	173 555	182 455	190 636	193 131	2,7 %	1 %
Dermatologues	71 102	72 054	73 886	67 568	63 235	73 888	71 335	69 822	74 062	77 675	80 089	1,2 %	-0,5 %
Radiologues	247 334	255 269	264 637	262 861	275 043	285 230	284 768	281 001	290 461	292 753	295 292	1,8 %	0,1 %
Gynécologues	95 894	102 432	104 111	103 705	104 615	110 477	112 883	111 617	116 384	119 746	121 125	2,4 %	0,7 %
Gastro-Entérologues	103 409	108 663	112 226	109 354	111 480	122 213	129 534	128 850	135 968	139 624	141 441	3,2 %	1,5 %
ORL	90 976	94 527	95 924	91 267	92 878	101 986	104 644	105 641	113 576	119 369	120 847	2,9 %	1,2 %
Pédiatres	76 206	83 172	78 798	81 783	82 086	88 565	85 847	87 572	89 276	92 632	89 660	1,6 %	-0,1 %
Pneumologues	80 306	79 424	83 276	81 741	81 275	89 248	89 363	91 891	96 384	99 523	103 262	2,5 %	0,8 %
Rhumatologues	70 190	73 077	78 255	72 994	72 306	83 622	84 494	83 809	88 663	89 044	90 612	2,6 %	0,9 %
Ophtalmologues	129 623	137 219	144 547	146 585	150 372	164 746	172 472	174 839	188 578	201 151	208 855	4,9 %	3,2 %
Psychiatres	64 452	67 286	70 642	70 056	64 540	70 387	72 477	72 089	74 925	76 434	77 653	1,9 %	0,2 %
Total Spécialistes	111 511	117 645	122 533	121 961	125 849	134 509	139 465	139 841	147 783	154 301	157 569	3,5 %	1,8 %
Total Médecins	97 600	104 300	106 278	106 701	107 489	117 968	122 447	123 076	129 939	136 669	140 382	3,7 %	2 %

Source : SNIR PS-INSEE-DGI

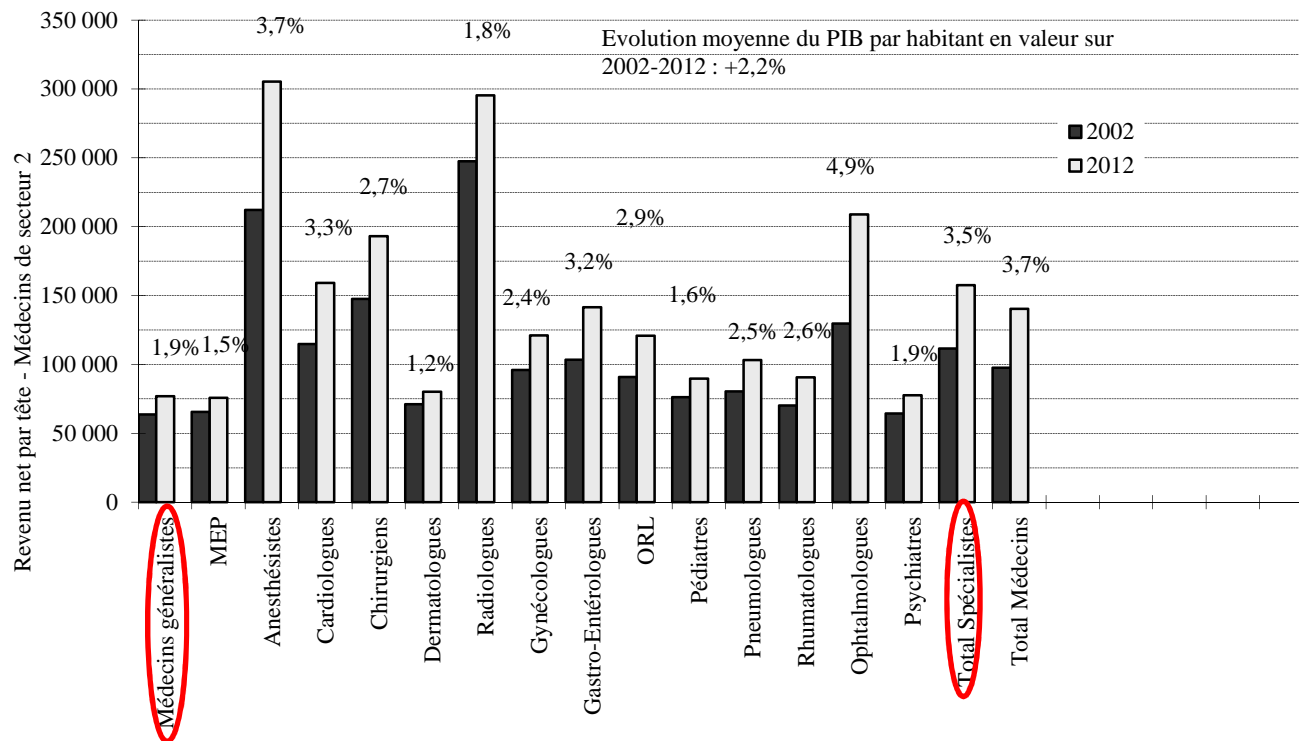
Evolution du revenu net par tête des professions de santé tous secteurs (données CNAMTS)



Evolution du revenu net par tête des médecins de secteur 1 (données CNAMTS)



Evolution du revenu net par tête des médecins de secteur 2 (données CNAMTS)



Les revenus nets des médecins en 2008 – données DREES

	Effectifs	% en secteur 2	Revenu d'activité			Dont revenu libéral			Dont revenu salarié		
			Ensemble	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2
Omnipraticiens	56 289	11,4	76 619	77 757	67 797	72 240	73 527	62 257	4 379	4 230	5 540
Radiologues	5 122	11,5	173 911	171 923	189 210	153 563	151 399	170 217	20 348	20 524	18 993
Anesthésistes	2 848	30,2	170 157	158 422	197 329	158 898	147 186	186 019	11 259	11 236	11 311
Autres chirurgiens	812	85,2	164 566	151 036	166 913	133 130	107 147	137 635	31 437	43 889	29 277
Chirurgiens	4 560	76,6	160 447	143 612	165 596	130 752	92 856	142 342	29 696	50 757	23 254
Ophthalmologues	4 185	53,7	139 811	117 060	159 434	129 941	110 301	146 881	9 870	6 759	12 553
Cardiologues	3 861	19,1	129 580	130 868	124 138	108 778	109 884	104 105	20 802	20 984	20 033
Stomatologues	925	41,6	129 061	118 438	143 962	117 229	108 024	130 140	11 832	10 414	13 821
Gastro-entérologues	1 925	38,0	115 727	111 881	122 009	97 507	92 894	105 042	18 220	18 986	16 967
Oto-rhino-laryngologues	2 077	56,0	108 725	101 288	114 558	89 093	81 685	94 904	19 631	19 603	19 654
Autres médecins	3 900	30,5	104 105	109 416	91 993	74 785	77 258	69 145	29 320	32 158	22 849
Gynécologues	4 916	53,1	100 583	86 364	113 126	81 700	67 758	93 998	18 883	18 606	19 128
Pneumologues	1 047	16,6	98 660	100 205	90 906	78 497	80 790	66 990	20 163	19 415	23 916
Rhumatologues	1 693	43,5	89 020	87 082	91 534	78 147	79 308	76 641	10 873	7 774	14 893
Pédiatres	2 429	32,2	82 115	79 182	88 292	68 654	65 528	75 236	13 461	13 654	13 056
Psychiatres et neuropsychiatres	5 635	27,2	80 810	80 174	82 510	64 762	64 414	65 691	16 048	15 760	16 818
Dermatologues	2 955	40,7	77 375	74 502	81 566	70 906	69 990	72 242	6 469	4 512	9 324
Total hors omnipraticiens	48 890	39,1	121 334	115 837	129 886	103 036	97 386	111 826	18 298	18 450	18 061
Ensemble	105 179	24,3	97 404	91 991	114 266	86 554	82 446	99 355	10 849	9 545	14 911

Champ : France métropolitaine, données 2008

Source : INSEE, DGFIP, CNAMTS – Exploitation DREES

Annexe n° 8
Répartition par décile de la rémunération 2011 des médecins
généralistes, radiologues, anesthésistes, chirurgiens, chirurgiens-
dentistes, cardiologues, gynécologues-obstétriciens, ophtalmologues

Répartition par décile des résultats fiscaux (BNC) des activités des médecins généralistes, omnipraticiens (86211) pour les exercices clos en 2011

Code activité	Tranche de résultats fiscaux	Nombre de praticiens	Montant des résultats fiscaux* (en M€)	Revenu moyen par praticien (en €)
86211	01 - Décile 1 : de -140 086 € à 20 464 €	5 38	37,8	7 015,59
86211	02 - Décile 2 : de 20 465 € à 36 256 €	5 387	155,6	28 884,35
86211	03 - Décile 3 : de 36 257 € à 48 039 €	5 389	227,6	42 234,18
86211	04 - Décile 4 : de 48 040 € à 58 427 €	5 386	286,9	53 267,73
86211	05 - Décile 5 : de 58 428 € à 68 418 €	5 388	342,1	63 492,95
86211	06 - Décile 6 : de 68 419 € à 78 997 €	5 387	396,4	73 584,56
86211	07 - Décile 7 : de 78 998 € à 91 026 €	5 387	456,8	84 796,73
86211	08 - Décile 8 : de 91 027 € à 106 578 €	5 388	529,6	98 292,50
86211	09 - Décile 9 : de 106 579 € à 133 051 €	5 38	636,0	118 062,00
86211	10 - Décile 10 : égal ou supérieur à 133 051 €	5 387	971,8	180 397,25
	TOTAL	53 874	4 040,7	75 000,93

Répartition par décile des résultats fiscaux (BNC) des activités de radiodiagnostic et d'imagerie médicale (86225) pour les exercices clos en 2011

Code activité	Tranche de résultats fiscaux	Nombre de praticiens	Montant des résultats fiscaux* (en M€)	Revenu moyen par praticien (en €)
86225	01 - Décile 1 : de -217 392 € à 17 546 €	215	-0,9	-4 186,05
86225	02 - Décile 2 : de 17 547 € à 34 490 €	214	5,6	26 168,22
86225	03 - Décile 3 : de 34 491 € à 50 934 €	214	9,2	42 990,65
86225	04 - Décile 4 : de 50 935 € à 66 689 €	215	12,6	58 604,65
86225	05 - Décile 5 : de 66 690 € à 89 959 €	214	16,4	76 635,51
86225	06 - Décile 6 : de 89 960 € à 118 098 €	214	22,2	103 738,32
86225	07 - Décile 7 : de 118 099 € à 154 342 €	215	29,4	136 744,19
86225	08 - Décile 8 : de 154 343 € à 194 278 €	214	37,2	173 831,78
86225	09 - Décile 9 : de 194 279 € à 277 021 €	214	49,1	229 439,25
86225	10 - Décile 10 : égal ou supérieur à 277 022 €	214	84,2	393 457,94
	TOTAL	2 143	265,0	123 658,42

* Différence entre les bénéfices et les déficits fiscaux

Répartition par décile des résultats fiscaux (BNC) des activités d'anesthésiologie et de réanimation chirurgicale (86222) pour les exercices clos en 2011

Code activité	Tranche de résultats fiscaux	Nombre de praticiens	Montant des résultats fiscaux* (en M€)	Revenu moyen par praticien (en €)
86222	01 - Décile 1 : de -248 525 € à 24 676 €	179	-0,5	-2 793,30
86222	02 - Décile 2 : de 24 677 € à 69 757 €	178	8,5	47 752,81
86222	03 - Décile 3 : de 69 758 € à 107 961 €	179	16,1	89 944,13
86222	04 - Décile 4 : de 107 962 € à 134 396 €	178	21,8	122 471,91
86222	05 - Décile 5 : de 134 397 € à 160 455 €	178	26,3	147 752,81
86222	06 - Décile 6 : de 160 456 € à 181 298 €	179	30,6	170 949,72
86222	07 - Décile 7 : de 181 299 € à 205 546 €	178	34,5	193 820,22
86222	08 - Décile 8 : de 205 547 € à 238 015 €	179	39,7	221 787,71
86222	09 - Décile 9 : de 238 016 € à 288 161 €	178	46,3	260 112,36
86222	10 - Décile 10 : égal ou supérieur à 288 162 €	178	62,6	351 685,39
	TOTAL	1 784	285,8	160 257,85

Répartition par décile des résultats fiscaux (BNC) des activités des chirurgiens de chirurgie générale (86236) pour les exercices clos en 2011

Code activité	Tranche de résultats fiscaux	Nombre de praticiens	Montant des résultats fiscaux* (en M€)	Revenu moyen par praticien (en €)
86236	01 - Décile 1 : de -282 479 € à 13 428 €	273	-0,6	-2 197,80
86236	02 - Décile 2 : de 13 429 € à 33 232 €	272	6,3	23 161,76
86236	03 - Décile 3 : de 33 233 € à 53 897 €	273	11,9	43 589,74
86236	04 - Décile 4 : de 53 898 € à 74 995 €	272	17,4	63 970,59
86236	05 - Décile 5 : de 74 996 € à 98 858 €	272	23,6	86 764,71
86236	06 - Décile 6 : de 98 859 € à 128 909 €	273	31,1	113 919,41
86236	07 - Décile 7 : de 128 910 € à 159 993 €	272	39,0	143 382,35
86236	08 - Décile 8 : de 159 994 € à 201 200 €	273	49,1	179 853,48
86236	09 - Décile 9 : de 201 201 € à 279 756 €	272	64,4	236 764,71
86236	10 - Décile 10 : égal ou supérieur à 279 757 €	272	110,5	406 250,00
	TOTAL	2 724	352,7	129 478,71

* Différence entre les bénéfices et les déficits fiscaux

Répartition par décile des résultats fiscaux (BNC) des activités des chirurgiens-dentistes (86245) pour les exercices clos en 2011

Code activité	Tranche de résultats fiscaux	Nombre de praticiens	Montant des résultats fiscaux* (en M€)	Revenu moyen par praticien (en €)
86245	01 - Décile 1 : de -240 842 € à 22 779 €	3 18	25,8	8 274,53
86245	02 - Décile 2 : de 22 780 € à 38 556 €	3 117	97,3	31 215,91
86245	03 - Décile 3 : de 38 557 € à 51 337 €	3 117	140,4	45 043,31
86245	04 - Décile 4 : de 51 338 € à 63 720 €	3 118	179,3	57 504,81
86245	05 - Décile 5 : de 63 721 € à 76 167 €	3 117	217,9	69 906,96
86245	06 - Décile 6 : de 76 168 € à 90 683 €	3 117	259,4	83 221,05
86245	07 - Décile 7 : de 90 684 € à 107 964 €	3 118	308,8	99 037,84
86245	08 - Décile 8 : de 107 965 € à 132 245 €	3 117	372,2	119 409,69
86245	09 - Décile 9 : de 132 246 € à 175 304 €	3 117	470,6	150 978,50
86245	10 - Décile 10 : égal ou supérieur à 175 305 €	3 117	824,8	264 613,41
	TOTAL	31 173	2 896,4	92 916,95

Répartition par décile des résultats fiscaux (BNC) des activités des cardiologues (86223) pour les exercices clos en 2011

Code activité	Tranche de résultats fiscaux	Nombre de praticiens	Montant des résultats fiscaux* (en M€)	Revenu moyen par praticien (en €)
86223	01 - Décile 1 : de -131 010 € à 20 193 €	311	1,4	4 501,61
86223	02 - Décile 2 : de 20 194 € à 39 773 €	311	9,4	30 225,08
86223	03 - Décile 3 : de 39 774 € à 59 145 €	310	15,4	49 677,42
86223	04 - Décile 4 : de 59 146 € à 74 953 €	311	20,9	67 202,57
86223	05 - Décile 5 : de 74 954 € à 92 507 €	310	26,0	83 870,97
86223	06 - Décile 6 : de 92 508 € à 109 673 €	311	31,3	100 643,09
86223	07 - Décile 7 : de 109 674 € à 131 478 €	311	37,3	119 935,69
86223	08 - Décile 8 : de 131 479 € à 159 665 €	310	44,9	144 838,71
86223	09 - Décile 9 : de 159 666 € à 207 396 €	311	56,7	182 315,11
86223	10 - Décile 10 : égal ou supérieur à 207 397 €	310	88,0	283 870,97
	TOTAL	3 106	331,3	106 664,52

* Différence entre les bénéfices et les déficits fiscaux

**Répartition par décile des résultats fiscaux (BNC) des activités des gynécologues-obstétriciens
(86239) pour les exercices clos en 2011**

Code activité	Tranche de résultats fiscaux	Nombre de praticiens	Montant des résultats fiscaux* (en M€)	Revenu moyen par praticien (en €)
86239	01 - Décile 1 : de - 52 223 € à 14 672 €	205	0,9	4 390,24
86239	02 - Décile 2 : de 14 673 € à 28 198 €	204	4,3	21 078,43
86239	03 - Décile 3 : de 28 199 € à 40 921 €	204	7,1	34 803,92
86239	04 - Décile 4 : de 40 922 € à 51 973 €	204	9,5	46 568,63
86239	05 - Décile 5 : de 51 974 € à 63 384 €	204	11,8	57 843,14
86239	06 - Décile 6 : de 63 385 € à 80 123 €	204	14,5	71 078,43
86239	07 - Décile 7 : de 80 124 € à 99 090 €	204	18,2	89 215,69
86239	08 - Décile 8 : de 99 091 € à 132 033 €	204	23,6	115 686,27
86239	09 - Décile 9 : de 132 034 € à 181 715 €	204	31,5	154 411,76
86239	10 - Décile 10 : égal ou supérieur à 181 716 €	204	53,1	260 294,12
	TOTAL	2 041	174,4	85 497,31

**Répartition par décile des résultats fiscaux (BNC) des activités des ophtalmologues (86241)
pour les exercices clos en 2011**

Code activité	Tranche de résultats fiscaux	Nombre de praticiens	Montant des résultats fiscaux* (en M€)	Revenu moyen par praticien (en €)
86241	01 - Décile 1 : de -147 916 € à 33 674 €	371	5,6	15 094,34
86241	02 - Décile 2 : de 33 675 € à 56 877 €	371	17,1	46 091,64
86241	03 - Décile 3 : de 56 878 € à 72 439 €	371	24,0	64 690,03
86241	04 - Décile 4 : de 72 440 € à 87 973 €	371	29,7	80 053,91
86241	05 - Décile 5 : de 87 974 € à 105 313 €	371	35,6	95 956,87
86241	06 - Décile 6 : de 105 314 € à 127 758 €	371	43,1	116 172,51
86241	07 - Décile 7 : de 127 759 € à 156 975 €	371	52,3	140 970,35
86241	08 - Décile 8 : de 156 976 € à 196 113 €	371	65,1	175 471,70
86241	09 - Décile 9 : de 196 114 € à 277 376 €	371	85,6	230 727,76
86241	10 - Décile 10 : égal ou supérieur à 277 377 €	371	145,0	390 835,58
	TOTAL	3 710	503,1	1 356 064,69

* Différence entre les bénéfices et les déficits fiscaux

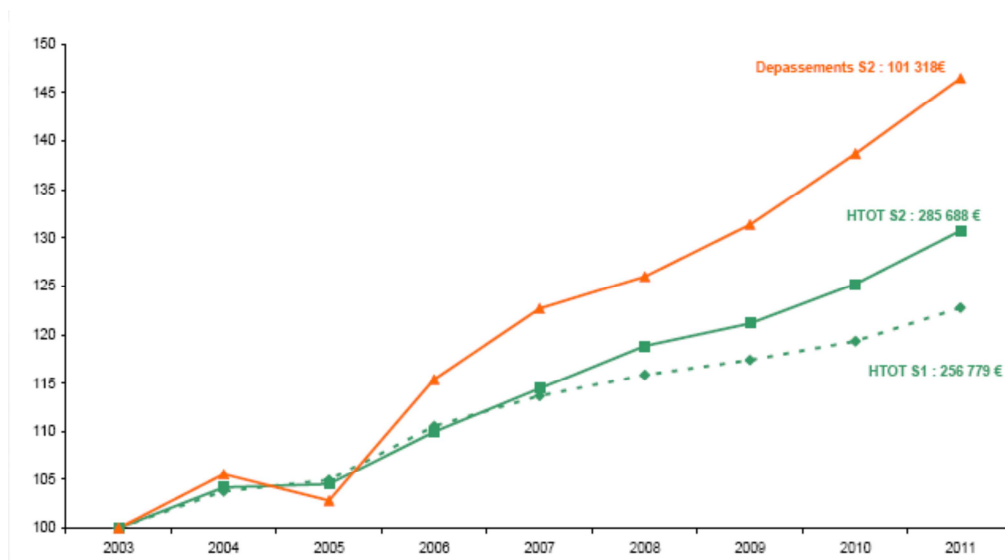
Source : données DGFIP ; calculs Cour des comptes

Annexe n° 9
Les dépassements d'honoraires des médecins
Taux de dépassement d'honoraires des médecins de secteur 2

Spécialité	Effectifs	Taux de dépassement	Taux d'honoraires au tarif opposable
Anesthésistes	1 365	52,2%	51,1%
Cardiologues	939	23,2%	50,7%
Chirurgiens	5 243	62,3%	39,2%
Dermatologues	1 357	71,3%	14,2%
Endocrinologues	519	69,0%	21,9%
Gastro-entérologues	837	36,0%	42,5%
Gynécologues-médicaux	644	101,8%	8,6%
Gynécologues-obstétriciens et mixtes	2 470	77,7%	24,3%
Gériatres	10	102,5%	25,3%
Internistes	257	61,9%	47,8%
MPR	187	80,6%	19,0%
Néphrologues	24	14,2%	88,3%
Neurologues	260	32,8%	33,2%
ORL	1 308	49,6%	23,9%
Ophthalmologues	2 647	60,5%	22,1%
Pneumologues	213	28,7%	36,3%
Psychiatres-neuro-psychiatres	1 991	79,7%	18,0%
Pédiatres	929	69,3%	18,6%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	805	35,9%	45,8%
Radiothérapeutes	40	11,8%	85,9%
Médecine nucléaire	10	4,7%	85,6%
Rhumatologues	842	53,1%	23,6%
Stomatologues	437	74,2%	25,4%
ACP	99	22,6%	58,9%
Total Spécialistes	23 433	56,7%	34,3%
Généralistes	3 371	40,0%	25,0%
MEP	2 669	54,4%	20,2%
Généralistes et MEP	6 040	46,0%	23,0%
Total Médecins	29 473	55,4%	32,9%

Source : DCIR 2012 – tous régimes – France entière – tous actes (cliniques et techniques)

Évolution des honoraires totaux et des dépassements de 2003 à 2011



Source : SNIR, évolution des honoraires totaux et dépassements par tête, base 100 année 2003. Présentation des orientations pour les négociations conventionnelles avec les médecins, Conseil de l'UNCAM du 12 juillet 2012.

Dépassements S2 : dépassements secteur 2

HTOT S2 : honoraires totaux secteur 2

HTOT 1 : honoraires totaux secteur 1

Annexe n° 10

Les aides démographiques conventionnelles

I - Les outils conventionnels de régulation démographique en vigueur

1) Les médecins

Deux instruments ont été mis en place par la convention de 2011 pour favoriser ou préserver les installations en zones sous dotées :

- l'option « Démographie »

Peuvent y souscrire les médecins libéraux exerçant en groupe ou dans le cadre d'un pôle de santé, en secteur 1, ou en secteur 2 s'ils ont adhéré à l'option de coordination ou bien s'ils acceptent d'appliquer exclusivement les tarifs opposables pour les patients de la zone déficitaire. Les médecins doivent s'engager à réaliser leur activité aux 2/3 dans une zone sous dotée, y être installés ou installés à proximité, ne pas cesser leur activité ni changer de lieu d'exercice pendant 3 ans, et assurer la permanence des soins, en y participant, en faisant appel à des remplaçants ou en se coordonnant avec d'autres praticiens.

En contrepartie, les médecins reçoivent une aide à l'activité égale, pour les médecins exerçant au sein d'un groupe, à 10 % du montant de l'activité (plafonnée à 20 000 €), assortie d'une aide à l'investissement de 5 000 € par an pendant 3 ans, et, pour les médecins exerçant dans le cadre d'un pôle de santé, une aide à l'activité égale à 5 % du montant de l'activité (plafonnée à 10 000 €), assortie d'une aide à l'investissement de 2 500 € par an pendant 3 ans.

- l'option « Santé solidarité territoriale »

Cette option vise à encourager les médecins n'exerçant pas dans une zone sous dotée à dégager une partie de leur temps médical pour prêter main forte à leurs confrères. Ils doivent s'engager pour une durée de 3 ans, et exercer au minimum 28 jours par an dans une zone sous dotée. Ils reçoivent en contrepartie une rémunération complémentaire égale à 10 % du montant de l'activité réalisée en zone sous dotée (plafonnée à 20 000 €), ainsi qu'une prise en charge des frais de déplacement.

2) Les chirurgiens-dentistes

Mis en place par l'avenant n° 2 publié en juillet 2012, le contrat incitatif chirurgien-dentiste vise à favoriser leur installation et leur maintien dans des zones « très sous dotées ». Les praticiens concernés doivent exercer leur activité libérale conventionnelle à titre principal auprès de patients résidant dans la zone « très sous dotée », et avoir un taux de télétransmission de feuilles de soins supérieur ou égal à 70 % de leur activité. Ils doivent également exercer en groupe ou bien recourir régulièrement au remplacement pour assurer la continuité des soins.

En cas de nouvelle installation dans ces zones en qualité de chirurgien-dentiste libéral, le contrat permet de percevoir une aide forfaitaire à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels d'un montant total de 15 000 € pour 5 ans, et de bénéficier d'une prise en charge des cotisations sociales dues au titre des allocations familiales pendant 3 ans. Pour les chirurgiens-dentistes déjà installés dans ces zones, le contrat permet de bénéficier de cette prise en charge des cotisations pendant 3 ans.

3) Les infirmiers

L'avenant n° 1 à la convention nationale des infirmiers libéraux approuvé en octobre 2008 a prévu, dans le cadre d'une expérimentation de deux ans, des mesures permettant de contribuer au rééquilibrage de l'offre de soins infirmiers entre des zones « très sous dotées » et des zones « sur dotées » :

- dans les zones « très sous dotées » est proposé le contrat santé solidarité. Peuvent y souscrire les infirmiers exerçant en groupe ou bien ayant recours régulièrement au remplacement pour assurer la continuité des soins. Les professionnels s'installant ou déjà installés dans ces zones doivent s'engager à exercer 2/3 de leur activité libérale conventionnelle dans la zone, à avoir un taux de télétransmission au minimum de 80 %, à réaliser les injections vaccinales contre la grippe dans le cadre des campagnes de l'assurance maladie, et à assurer le suivi des patients atteints de pathologies chroniques, notamment insulino-dépendants. En contrepartie, les professionnels concernés reçoivent une aide à l'équipement d'un montant maximal de 3 000 € par an pendant 3 ans, et bénéficient de la prise en charge des cotisations sociales dues au titre des allocations familiales ;

- dans les zones « sur dotées », l'accès au conventionnement ne peut intervenir qu'en remplacement d'une cessation définitive d'activité dans la zone.

Ces mesures ont été pérennisées par l'avenant n° 3 approuvé en novembre 2011, qui a remplacé le contrat santé solidarité par le contrat incitatif infirmier, avec des modalités identiques. Cet avenant a par ailleurs conduit à un doublement du nombre de zones sur-dotées et très sous dotées.

4) Les masseurs-kinésithérapeutes

L'avenant n° 3 approuvé en janvier 2012 a mis en œuvre un dispositif similaire à celui déjà en vigueur pour les infirmiers :

- dans les zones « très sous dotées » et « sous dotées », est proposé un contrat incitatif masseur-kinésithérapeute. Les modalités sont les mêmes que pour les infirmiers, à l'exception du taux de télétransmission qui est fixé à 70 %, et des engagements relatifs à la vaccination et au suivi des patients atteints de pathologies chroniques ;

- dans les zones sur dotées, l'accès au conventionnement est conditionné à la cessation définitive de l'activité libérale d'un masseur-kinésithérapeute conventionné qui exerçait précédemment dans la zone.

*

* *

Des dispositions relatives aux sages-femmes et aux orthophonistes ont également été mises en œuvre dans le cadre de leurs conventions respectives. Ces dispositions n'ont pas fait l'objet d'un examen spécifique dans le cadre du présent rapport.

II - Paiements réalisés en 2013 au titre de 2012

En 2012, 5 professions sont concernées par les aides démographiques, regroupant 8 contrats (3 pour les médecins, 2 pour les infirmiers et 1 pour chaque autre profession). Pour rappel, pour les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et les orthophonistes, la publication des zonages ARS s'est déroulée tout au long de l'année, ce qui explique des taux d'adhésions assez bas.

Le tableau présente l'ensemble des résultats pour l'année 2012 :

paiements 2013 au titre 2012	Médecins - Avenant 20	Médecins - Option démographique	Médecins - Santé solidarité territoriale	Infirmières - CSS	Infirmières - CII	Masseurs- kinésithérapeutes - CIMK	Sages- Femmes - CISF	Orthophonistes - CIO	
Nb d'adhésions	842	989	15	730	977	568	63	54	4 238
Taux d'adhésion à fin 2012	16,9%	18,0%		56,6%	33,3%	23,4%	14,4%	6,6%	
- Nb de PS respectant les engagements	826	912	10	702	807	504	45	41	3 847
- Nb de PS ne respectant pas un ou plusieurs engagements (PS ne pouvant percevoir le paiement)	16	77	5	28	170	64	18	13	391
Montant moyen du forfait	18 722 €	9 566 €	852 €	2 501 €	936 €	538 €	337 €	- €	
Montant total prévisionnel forfait (calculé pour les PS respectant les engagements)	15 464 372 €	8 724 192 €	8 520 €	1 755 702 €	755 352 €	271 380 €	15 164 €	- €	26 994 682 €
Montant de la prise en charge des cotisations sociales(estimation)				1 128 305 €	488 779 €	Données non disponibles			1 617 085 €
Montant total prévisionnel en 2013 au titre de 2012	15 464 372 €	8 724 192 €	8 520 €	2 884 007 €	1 244 131 €	271 380 €	15 164 €	- €	
Montant total par profession			24 197 084 €		4 128 139 €	271 380 €	15 164 €		28 611 767 €

Source : CNAMTS

En 2012, 3 847 professionnels de santé sur 4 238 adhérents aux contrats (90,7%) ont pu bénéficier d'un versement d'une aide démographique. Le montant total des aides en 2013 au titre de 2012 s'élève à 28,6 M€ dont 24 M€ pour les médecins.

Annexe n° 11
Impact financier de l'avenant n° 8 à la convention médicale

Montant en millions d'€ en remboursé (tous régimes France entière)

Hypothèses : 33 % d'optants au contrat d'accès aux soins (8300 médecins secteur 2)

En M€		2013		2014		2015		2016		TOTAL		TOTAL
		année 1		année 2		année 3		année 4		UNCAM	UNOCAM	
		UNCAM	UNOCAM	UNCAM	UNOCAM	UNCAM	UNOCAM	UNCAM	UNOCAM	UNCAM	UNOCAM	
Revalorisation												
Actes techniques	Alignement des tarifs techniques à la cible CCAM	19,6	1,8	48,3	4,8	40,3	4,2			108,2	10,7	118,9
Actes cliniques	5 € + de 85 ans au 01/01/13 consult longues au 01/01/13 5 € pour 80-85 ans au 01/01/14	42,3		84,5		42,3				169,1	0,0	169,1
	Extension forfait MT hors ALD 5€	20,0	75,0	20,0	75,0					40,0	150,0	190,0
	Extension C2	15,0	3,5	15,0	3,5					30,0	7,0	37,0
prise en charge des cotisations				17,5		17,5				35,0	0,0	35,0
Amélioration prise en charge des patients	Alignement sur tarif S1 pour secteur 2 dans le contrat	22,0	4,7	22,0	4,7					44,0	9,3	53,3
TOTAL COÛTS		118,9	85,0	207,3	87,9	100,1	4,2	0,0	0,0	426,3	177,0	603,3
TOTAL ECONOMIE	Plan imagerie	-33,0	-5,2	-53,9	-5,2	-60,0	-8,2	-33,0	-5,2	-180,0	-23,7	-203,7
TOTAL NET		86	80	153	83	40	-4	-33	-5	246,3	153,3	399,6

Source : CNAMTS