

## **Chapitre VIII**

### **Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficience de la dépense**



### **PRESENTATION**

*La France a développé un modèle spécifique visant à concilier un exercice libéral des professions de santé avec un accès aux soins de ville généralisé, garanti par une sécurité sociale organisant la solidarité collective. Les conventions nationales passées depuis 1971 entre l'assurance maladie et les différentes catégories de professionnels libéraux en constituent un outil essentiel. L'enjeu financier en est significatif : en 2013, au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), le sous-objectif des soins de ville<sup>235</sup> s'est élevé en exécution à 79,4 Md€, soit 46 % du total.*

*Les conventions élaborées par profession revêtent un caractère obligatoire une fois approuvées par arrêté ministériel, sauf refus d'adhésion par le praticien concerné. Plus de 99 % des professionnels de santé libéraux sont actuellement conventionnés<sup>236</sup>.*

*Le cadre de leur négociation a été profondément réformé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.*

*La Cour a examiné les politiques conventionnelles développées à la suite de cette réforme. Elle a centré son analyse sur cinq professions, qui représentent l'essentiel des dépenses de soins de ville : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes.*

*Elle a constaté que les résultats de ces politiques sont insuffisants, que ce soit en termes d'accès aux soins ou d'efficacité dans leur dispensation (I). Le système conventionnel doit être réorienté, pour le recentrer sur les besoins des assurés sociaux et pour faciliter une réorganisation des soins de proximité en développant les approches interprofessionnelles (II)<sup>237</sup>.*

---

235. Les dépenses de soins de ville, au sens de l'ONDAM, couvrent à la fois des dépenses liées aux professionnels de santé, comme leurs honoraires et des dépenses sur lesquelles ils exercent une influence directe, comme les médicaments.

236. 17 conventions ou accords nationaux sont actuellement en vigueur. Selon les données de la DREES, au 1<sup>er</sup> janvier 2014, environ 420 000 professionnels de santé (professions médicales, auxiliaires médicaux, professions d'appareillage médical) exercent totalement ou partiellement leur activité en libéral, dont 130 000 médecins.

237. La Cour a par ailleurs adressé le 30 juin 2014 à la commission des affaires sociales du Sénat, à sa demande, une communication sur les relations entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé. Cette communication, publiée le 11 juillet 2014, traite aussi d'autres aspects des politiques conventionnelles, comme l'impact sur les revenus des professions de santé.

## **I - Des résultats peu satisfaisants pour les patients**

Au regard des préoccupations des assurés, les politiques conventionnelles n'ont pas réussi à remplir les objectifs majeurs qui sont au fondement même du dispositif depuis son institution. En effet, elles n'ont pas empêché le développement des difficultés d'accès aux soins, que ce soit en matière financière ou sur le plan géographique. Depuis 2004, l'élargissement du champ des négociations et la multiplication des incitations financières à destination des professions de santé ont débouché sur une grande complexité tarifaire sans que les gains d'efficience et de qualité des soins, escomptés en contrepartie, soient tangibles.

### **A - L'accès aux soins : des actions tardives et trop limitées**

#### **1 - Des dépassements de tarifs en progression continue**

Alors que le fondement originel du système conventionnel était de mettre en œuvre une opposabilité des tarifs<sup>238</sup> des professionnels libéraux pour faire bénéficier tous les assurés d'un égal accès aux soins, la problématique des dépassements d'honoraires n'a pas fait l'objet d'une priorité d'action.

De nombreux professionnels libéraux de santé, bien que conventionnés, pratiquent en effet de façon courante des dépassements de tarifs qui peuvent être importants : les médecins principalement pour ceux qui relèvent du secteur 2, les chirurgiens-dentistes pour la partie de leur activité liée aux soins prothétiques<sup>239</sup>.

##### *a) Les médecins : une absence prolongée de toute régulation*

Les dépassements d'honoraires des médecins, autorisés depuis 1980 pour ceux relevant du secteur 2, soit 25 % d'entre eux, représentent environ 2,4 Md€, dont 2,15 Md€ pour les spécialistes. Si la proportion des généralistes inscrits en secteur 2 est passée de 16 % en 1985 à 13 %

---

238. La notion de tarifs opposables correspond aux tarifs conventionnels, reconnus par l'assurance maladie obligatoire, sur la base desquels s'effectuent les remboursements aux assurés.

239. Sont communément distingués, dans les soins dentaires, d'une part les soins conservateurs permettant de soigner les dents malades ou d'entretenir les dents saines et d'autre part les soins prothétiques visant à remplacer les dents enlevées.

en 2005 et 9,5 % en 2013, celle des spécialistes est passée dans le même temps de 30 % en 1985 à 38 % en 2005 et 43 % en 2013.

Les niveaux de dépassement ont significativement augmenté : le taux de dépassement moyen a doublé depuis 1990 et s'est établi à 56 % en 2013. Les dépassements ont été jusqu'alors peu contrôlés, dans la mesure où ils ont été utilisés en réalité comme un élément modérateur de la revalorisation des tarifs opposables. Les outils conventionnels ont échoué à les endiguer : l'option de coordination, mise en place par la convention de 2005, a eu très peu de succès<sup>240</sup> ; le secteur optionnel, prévu par la convention de 2011 pour inciter à la limitation des dépassements dans les spécialités de chirurgie, d'anesthésie et de gynécologie obstétrique, n'a même pas été mis en place.

L'avenant n° 8 à la convention médicale, conclu en 2012, a instauré un nouveau dispositif, le contrat d'accès aux soins (CAS). Les médecins qui y adhèrent s'engagent à stabiliser leurs tarifs, à respecter un taux maximum de 100 % de dépassement en moyenne et à avoir une part d'activité à tarifs opposables supérieure ou égale à celle pratiquée avant l'adhésion. Ils bénéficient en contrepartie d'une prise en charge de leurs cotisations sociales, pour leurs actes à tarifs opposables, dans les mêmes conditions que les médecins de secteur 1, ainsi que des revalorisations décidées dans le cadre de la convention médicale de 2011.

Ce dispositif, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2013, avait recueilli environ 10 700 adhésions en mars 2014. S'il est trop tôt pour en faire un bilan, il suscite à ce stade plusieurs interrogations. Lors de son entrée en application, 27 % des signataires provenaient du secteur 1<sup>241</sup> : le CAS a donc paradoxalement augmenté le nombre de médecins autorisés à pratiquer des dépassements et contribue à vider le secteur 1 des spécialistes qui y restaient encore. Par ailleurs, son mécanisme est peu contraignant pour les médecins de secteur 2, en ne les engageant qu'à un gel de la moyenne de leur dépassement et à un maintien de leur activité à tarif opposable. En fixant aux médecins qui y souscrivent un plafond à 100 % pour le taux de dépassement maximum admis, il recèle un risque de demande de solvabilisation de dépassements élevés : certains syndicats de médecins sollicitent une prise en charge des dépassements effectués

---

240. Le praticien devait s'engager à appliquer les tarifs opposables pour les actes cliniques et à limiter les dépassements à 15 % (puis 20 %) pour les actes techniques, en contrepartie d'une prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales dans les mêmes conditions que le secteur 1.

241. Il s'agit d'une concession faite aux médecins spécialistes, anciens chefs de clinique qui, alors qu'ils disposent des titres permettant d'exercer en secteur 2, étaient bloqués en secteur 1.

dans le cadre du CAS par les assureurs complémentaires et surtout une obligation de remboursement par ceux-ci dans le cadre des « contrats responsables »<sup>242</sup>.

L'avenant n° 8 met également en place une procédure de sanction pour les dépassements jugés excessifs. L'appréciation de ce caractère excessif reste toutefois très souple<sup>243</sup>. Il est à craindre que ce mécanisme ne permette qu'une action à la marge sur les cas extrêmes. La procédure est lourde et la décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie est contrainte par les avis des commissions paritaires, réunissant représentants de l'assurance maladie et syndicats médicaux signataires de l'avenant, auxquelles il revient d'indiquer la sanction maximale : cette stipulation est une limite forte à l'action de l'assurance maladie. À cet égard, le déconventionnement, temporaire ou pour la durée de la convention, ne devrait pas être écarté pour les cas abusifs.

Si la CNAMTS a enregistré en 2013, avant même sa mise en œuvre, un début de baisse des dépassements les plus élevés, la poursuite de ce mouvement dépend en effet du caractère vraiment dissuasif du nouveau dispositif. De ce point de vue les premières sanctions seront décisives pour sa crédibilité.

*b) Les chirurgiens-dentistes : une couverture des soins dentaires qui ne cesse de se dégrader*

La prise en charge des soins dentaires par l'assurance maladie, après avoir progressé jusqu'aux années 70 pour atteindre 55 %, a progressivement reculé et s'établissait à 31,5 % en 2012. La Cour avait relevé en 2010 que seulement 18 % du coût des actes prothétiques étaient pris en charge<sup>244</sup>. En effet, à partir des années 80, en contrepartie d'une progression faible du tarif des soins conservateurs, les honoraires ont été laissés libres sur les soins prothétiques et orthodontiques. En

---

242. 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.

243. Le caractère excessif est apprécié au regard de tout ou partie des critères suivants : taux de dépassement, taux de croissance annuel, fréquence des actes avec dépassement, variabilité des honoraires pratiqués, dépassement moyen annuel par patient, en tenant compte de la spécialité, du lieu d'exercice et du niveau de compétence.

244. 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](http://www.ccomptes.fr).

conséquence, le prix des soins prothétiques a très fortement augmenté et la part des dépassements dans le total des honoraires a continuellement progressé, passant de 47,6 % en 2004 à 53 % en 2012, soit 4,7 Md€.

Or, si l'intention affichée de rééquilibrer la rémunération et le financement des soins dentaires, en l'associant à un effort de maîtrise des tarifs des prothèses, est ancienne, les conventions dentaires ont laissé se développer le déséquilibre et ses effets pervers sans y remédier.

Dans le cadre de la convention de 2006, les soins conservateurs avaient été revalorisés en contrepartie d'une participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales des chirurgiens-dentistes limitée aux seuls honoraires correspondant à des tarifs remboursables. Toutefois la revalorisation n'a pas privilégié les soins conservateurs les plus précoces, destinés à limiter à terme les extractions et la pose de prothèses, mais des soins nécessités par des pathologies dentaires avancées et qui constituent souvent des actes « pré-prothétiques » ainsi que les extractions elles-mêmes. Par ailleurs, la profession s'était engagée à ce que cette réaffectation ne se traduise pas par une augmentation des prix des soins prothétiques : cet engagement n'a pas été tenu.

Des mesures récentes (avenant n° 2 de 2012 et avenant n° 3 de 2013) ont abouti à la mise en place de la classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire afin de remplacer l'ancienne nomenclature devenue obsolète. Toutefois, la transposition des actes accomplis par les chirurgiens-dentistes et les tarifs remboursables liés à ces actes s'est faite sans que la nature des actes remboursables ni leur hiérarchisation n'évoluent.

Les nouvelles dispositions introduisent certes plus de transparence en permettant une meilleure traçabilité des actes. Cependant, la poursuite de la revalorisation des soins conservateurs et l'alignement du tarif de la consultation dentaire sur celle des médecins généralistes en 2012 n'ont pas eu pour contrepartie des engagements plus contraignants de maîtrise des dépassements en matière de soins prothétiques. Le patient continue de voir s'éroder sa couverture sociale. Ce secteur a été, de fait, laissé en déshérence, avec un risque de conséquence grave à terme sur la santé bucco-dentaire des assurés.

## **2 - Une contribution restreinte à une meilleure répartition géographique des professionnels libéraux**

Les professionnels de santé libéraux sont inégalement répartis sur le territoire. Les négociations conventionnelles n'ont que récemment intégré cette dimension géographique de l'accès aux soins. Si quelques tentatives antérieures ont concerné les médecins, c'est à partir de 2008

que des mesures, permises par des modifications du code la sécurité sociale, ont été mises en place, visant à concilier le principe de la liberté d'installation avec la préservation d'un égal accès aux soins pour les patients.

Pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes, le dispositif s'articule autour de deux axes : d'une part des incitations financières en zones sous-denses dans le cadre de contrats incitatifs ; d'autre part une restriction de l'accès au conventionnement en zones sur-denses, cet accès n'étant possible qu'en remplacement d'une cessation définitive d'activité.

Ce double dispositif, qui a constitué une avancée significative, a d'abord été mis en place pour les infirmiers libéraux en 2008 : ceux-ci connaissent en effet une croissance démographique forte et très inégalement répartie, avec une densité allant de 1 à 7 suivant les départements. Les masseurs-kinésithérapeutes ont été la deuxième profession concernée, les écarts de densité allant de 1 à 4. Toutefois les dispositions limitant leur installation en zones sur-denses ont été récemment remises en cause par le Conseil d'État<sup>245</sup>.

Pour les médecins, les mesures mises en œuvre sont purement incitatives. Pourtant, des déséquilibres démographiques importants existent également : les littoraux et les centres villes sont en règle générale bien pourvus, alors que les zones rurales, de montagne, mais aussi certains quartiers urbains le sont moins voire doivent faire face à des situations difficiles. La densité des généralistes rapportée à la population va de 1 à 2 suivant les départements, celle des spécialistes de 1 à 7. L'avenant n° 20 à la convention médicale de 2005, signé en 2007, avait déjà prévu un dispositif qui s'est avéré très coûteux pour un résultat extrêmement faible<sup>246</sup>. La convention de 2011 a mis fin à cette option et

---

245. CE, 17 mars 2014, *Syndicat des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs des Landes*. Le Conseil d'État a jugé que les dispositions du code de la sécurité sociale ne permettaient pas, au contraire des infirmiers, l'adoption par les partenaires conventionnels de mesures limitant les possibilités de conventionnement en fonction de la zone d'installation.

246. Création d'une option conventionnelle dans le cadre de laquelle les honoraires des médecins généralistes exerçant dans les zones sous-médicalisées pouvaient être majorés de 20 %. Entre 2007 et 2010 le coût de cette option a été de 20 M€ par an, soit 25 000 € par médecin. Or, seuls 60 nouveaux médecins se sont installés dans les zones concernées : le dispositif a essentiellement constitué un avantage pour les médecins déjà en place.



a institué deux nouvelles formules incitatives à l'installation en zones sous-denses : l'option démographie et l'option santé-solidarité<sup>247</sup>.

Les accords conclus en 2012 avec les chirurgiens-dentistes et les orthophonistes comportent de même des mesures exclusivement incitatives relatives aux zones sous-denses. Les autres professions, n'ont pas fait l'objet de mesures conventionnelles de régulation des implantations. Si la convention de 2012 avec les pharmaciens comporte un sous-titre visant à « organiser la gestion de l'évolution du réseau des officines », les travaux de mise en œuvre de ces stipulations restent en suspens.

Même si le recul manque encore pour apprécier leur impact, la mise en œuvre des contrats incitatifs a, en l'état, essentiellement bénéficié aux professionnels déjà installés (pour les infirmiers, à fin 2012, 74 % des contrats santé solidarité et 89 % des contrats incitatifs infirmiers qui leur ont succédé ; pour les masseurs-kinésithérapeutes, 94 % des contrats). Pour les médecins, l'option démographie avait recueilli 1732 adhésions en 2013, l'option santé solidarité seulement 22. Dans les zones sur-dotées, des installations précipitées d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes ont en outre été constatées avant l'entrée en vigueur des mesures et le nombre de dossiers traités est encore peu significatif pour améliorer sensiblement la répartition des professionnels<sup>248</sup>.

L'approche reste en outre incomplète, notamment pour les médecins spécialistes : l'analyse de l'accès aux médecins spécialistes, prévue par l'avenant n° 8 à la convention médicale, n'a pas été réalisée.

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, mais n'a pas mobilisé tous les leviers conventionnels pour permettre d'atteindre ces objectifs. Le conventionnement ne devrait en tout état de cause pas être considéré comme un droit automatique, comme il l'est actuellement, mais devrait correspondre à un besoin effectif de soins pris en charge par l'assurance maladie. La possibilité de rendre le conventionnement conditionnel devrait être élargie en permettant par la loi d'étendre cette

---

247. L'option démographie cherche à 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 aide ceux exerçant dans d'autres zones à venir prêter main forte aux médecins exerçant en zones sous-dotées.

248. De premières inflexions ont néanmoins été constatées pour les infirmiers : la CNAMTS a indiqué début juin 2014 que depuis 2012 le nombre d'infirmiers s'était accru de 198 dans les zones sous-dotées et avait baissé de 295 dans les zones sur-dotées.

orientation à toutes les professions dans les zones en surdensité et utilisée plus résolument afin de favoriser une meilleure répartition des professionnels sur le territoire en fonction des besoins effectifs des patients.

L'Allemagne a ainsi mis en place, en accord avec les professions concernées, un système de répartition des professionnels sur le territoire.

### **L'implantation territoriale des professions médicales en Allemagne**

L'accès à la médecine de ville conventionnée n'est plus libre en Allemagne depuis la loi du 21 décembre 1992 sur la structure du système de santé. Dans chaque Land, une commission paritaire rassemblant des représentants des médecins et des caisses de sécurité sociale délivre des autorisations d'installation, qui sont attribuées en fonction des directives d'une instance fédérale, paritaire elle aussi. Ces directives définissent des quotas de médecins pour quelque 400 territoires et pour une quinzaine de spécialités médicales soumises à restriction. Dans un territoire donné, l'installation n'est possible que si le nombre de médecins de la spécialité considérée ne dépasse pas 110 % du quota.

La commission du Land publie périodiquement un tableau indiquant les possibilités d'installation. En 2013, dans la plupart des circonscriptions, aucune installation de spécialiste n'était possible. En revanche, un cabinet de généraliste pouvait être ouvert dans les deux tiers des circonscriptions.

Cette règle de base est assortie d'exceptions. La première permet aux médecins qui prennent leur retraite de vendre leur cabinet, même si de nouvelles installations sont théoriquement impossibles dans la circonscription. La deuxième exception donne à la commission paritaire régionale la faculté d'accepter de nouvelles installations lorsque les médecins d'une sous-spécialité sont en nombre insuffisant, ou de prendre en compte des disparités géographiques à l'intérieur d'une circonscription globalement bien pourvue. Une troisième exception permet l'installation comme membre d'un cabinet de groupe, l'installation étant alors subordonnée à la limitation du volume d'activité.

*Source : rapport d'information pour la commission du développement durable du Sénat, « Déserts médicaux : agir vraiment », M. Hervé MAUREY, rapporteur, février 2013.*

## **B - Une ambition élargie, des résultats modestes**

### **1 - Une diversification des rémunérations à l'impact réduit sur les pratiques**

La diversification des modes de rémunération a constitué une innovation importante pour intégrer des objectifs de santé publique et de gestion du risque dans certaines conventions. Ces mesures visent aussi à

un meilleur suivi individualisé des patients. Leur impact sur les pratiques reste toutefois pour l'instant réduit.

Pour les médecins, si le paiement à l'acte reste en France le socle de leur rémunération, la convention de 2011 a marqué 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. Cette diversification a rapidement pris de l'importance dans leur rémunération globale : en 2013, la part des rémunérations liées à la performance et aux forfaits, rapportée au total des honoraires sans dépassement, était de 12,3 % pour les médecins généralistes, dont 3,9 % liés à la première année de paiement de la rémunération sur objectif de santé publique<sup>249</sup>.

La rémunération à la performance avait été expérimentée dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), lancés en 2009 hors convention. Sa généralisation, décidée par la convention de 2011, couvre deux dimensions : l'organisation des cabinets, qui concerne tous les médecins ; la qualité de la pratique médicale, d'abord appliquée aux médecins traitants et qui a vocation à s'étendre à l'ensemble des spécialités<sup>250</sup>. La performance individuelle des médecins est mesurée par une batterie d'indicateurs (29 au total pour les généralistes), la rémunération étant versée sur la base d'objectifs et de barèmes définis pour chaque indicateur.

En 2013, les médecins généralistes ont bénéficié d'une rémunération moyenne liée à la ROSP de 5 480 € (+15,3 % par rapport à 2012), soit une dépense brute totale de 341 M€.

La crédibilité du système et son bénéfice pour les patients dépendent en grande partie du degré d'exigence retenu pour apprécier le niveau de performance et de la fixation des objectifs-cibles. Il peut se révéler coûteux sans pour autant contribuer à l'amélioration effective de la santé publique si le niveau de performance a été sous-estimé, avec notamment pour conséquence de permettre aux intéressés de percevoir automatiquement une partie de cette rémunération complémentaire.

Ainsi, les cinq indicateurs relatifs à l'organisation du cabinet sont pour l'essentiel des incitations financières à son informatisation. 80 % des

---

249. La ROSP payée en 2013 correspondait aux résultats des médecins constatés en 2012. Seuls 2,8 % des médecins généralistes et 4,4 % des médecins spécialistes ont refusé la ROSP, comme la convention de 2011 leur en donnait la possibilité.

250. C'est déjà le cas pour les cardiologues depuis 2012 et pour les gastro-entérologues depuis 2013.

omnipraticiens ont été éligibles à une rémunération de ce type dès la première année, ce qui pose la question de l'intérêt de maintenir à terme cet avantage dans un environnement aujourd'hui de plus en plus informatisé. La qualité de la pratique, pour sa part, porte sur neuf indicateurs de suivi des pathologies chroniques, huit de prévention et sept d'efficacité dont cinq concernent la prescription dans le répertoire des génériques. Seules deux pathologies chroniques ont été retenues pour apprécier la qualité des pratiques : le diabète, qui fait l'objet à lui seul de huit indicateurs et l'hypertension. Par ailleurs, si des progrès sont observés sur les indicateurs de pathologies chroniques au terme des deux premières années de mise en application de la ROSP, les résultats sont moins satisfaisants en matière de prévention (notamment pour la grippe et le dépistage de certains cancers).

Aucune conséquence négative n'est attachée au non-respect des objectifs en matière de qualité de la pratique : une solidarité entre les indicateurs, permettant de calculer l'avantage final en fonction de l'ensemble des résultats par solde entre les impacts positifs et négatifs, renforcerait le caractère incitatif du dispositif.

Les médecins traitants bénéficient également de rémunérations forfaitaires assises sur la composition de leur patientèle. En application des conventions de 2005 et de 2011, les caisses leur versent une rémunération annuelle de 40 € par patient en affection de longue durée (ALD) et de 5 € hors ALD, de 5 € supplémentaires par consultation pour les patients âgés<sup>251</sup> et de 23 € annuels par patient diabétique suivi dans le cadre du programme Sophia<sup>252</sup>. Ces formules successives, jamais évaluées, tendent, en se sédimentant, à complexifier le système. Source de dépenses nouvelles, ces forfaits seraient à assortir de contreparties vérifiables : ils s'ajoutent en effet à la rémunération à l'acte et discriminent les médecins selon la nature de leur patientèle.

La rémunération sur objectifs des pharmaciens, introduite par la convention de 2012, couvre pour sa part trois domaines : la dispensation de spécialités génériques<sup>253</sup>, la modernisation des officines et la promotion de la qualité de la dispensation. Ce dernier axe porte notamment sur la prévention des risques iatrogéniques et

---

251. Patients de plus de 85 ans à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2013, puis patients de plus de 80 ans à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014.

252. Ce programme, mis en place par la CNAMTS, vise à accompagner les patients atteints de pathologies chroniques - en premier lieu le diabète - pour mieux les suivre et prévenir les complications.

253. Sur ce point, voir le chapitre IX - la diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés.

l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques. Cet accompagnement se met en place progressivement et concerne pour l'instant les patients placés sous certains anticoagulants oraux<sup>254</sup> et les patients asthmatiques. Dans les deux cas, le pharmacien est éligible à la rémunération sur objectifs (40 € par patient concerné) dès lors qu'il réalise au moins, avec chaque patient concerné, deux entretiens pharmaceutiques au cours de l'année. Le coût de la rémunération à la performance est déjà significatif puisqu'il s'établissait en 2012 à 113,5 M€.

Un honoraire de dispensation des médicaments, versé directement par l'assurance maladie, est en outre en cours de mise en place<sup>255</sup>. Si cet honoraire 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 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, centrée sur les patients.

## 2 - Une complexité tarifaire sans cesse accrue

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 soins<sup>256</sup>.

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. Les dispositions de la convention médicale de 2005 ont compliqué le schéma de la réforme de 2004 relative au parcours de soins coordonné. Elles ont en effet mis en place des mécanismes tarifaires complexes reposant sur le principe de responsabilisation des assurés, beaucoup plus que sur celle

---

254. La convention n'a retenu qu'un seul type d'anticoagulants, les antivitamines K. Or de nouveaux anticoagulants oraux (NACOs) se développent et leur mésusage peut également être source de problèmes.

255. Avenant n° 5 du 21 mai 2014. Le schéma retenu consiste à transférer dans le champ conventionnel, sous forme d'honoraire, de l'ordre de 45 % de la marge sur les médicaments remboursés.

256. 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, septembre 2007 ; *Rapport public annuel 2013*, chapitre 3 : Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, février 2013, La Documentation française, disponibles sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

des praticiens. Les médecins dits « correspondants » bénéficient pour leur part de divers types de majorations d'honoraires, selon qu'il s'agit d'un avis ponctuel ou de soins séquencés ou itératifs.

La convention médicale de 2011 et ses avenants ont encore augmenté 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 de santé publique. L'avenant n° 8 a de même procédé à des revalorisations pour la prise en charge de patients nécessitant un suivi particulier dans le cadre du parcours de soins : création d'une consultation majorée de suivi de sortie d'hospitalisation en court séjour des patients à forte comorbidité (2C) ; consultation majorée 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.

Si, prises isolément, chacune de ces mesures peut paraître trouver une justification, le parcours de soins s'effectue dès lors dans un maquis tarifaire difficilement lisible et sur lequel le patient reste peu informé. En revanche l'assurance maladie n'a pas recouru à d'autres leviers pourtant à sa disposition pour concourir à la réalisation des objectifs des politiques conventionnelles.

Médecins, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux bénéficient en effet 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 même à certains praticiens de secteur 2, ceux qui ont signé un contrat d'accès aux soins. Ces avantages sociaux, qui s'apparentent à des cotisations employeurs, constituent une contribution substantielle au revenu des professions de santé<sup>257</sup> et sont coûteuses pour l'assurance maladie (2,2 Md€ en 2013). Ils sont insuffisamment mis au service des politiques conventionnelles. Les prises en charge de cotisations s'élargissent continûment au gré des négociations avec les différentes professions au lieu d'être modulées fortement en fonction d'objectifs de meilleure prise en compte des besoins des patients et de qualité des pratiques.

---

257. Ils équivalaient en 2010 à près de 18 % des revenus d'un médecin généraliste, entre 10 et 11 % pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, plus de 7 % pour les dentistes.

## **II - Un système conventionnel à réorienter**

Les résultats limités, pour les patients, des politiques conventionnelles, conduisent à s'interroger sur l'adaptation de leur cadre comme sur leur contenu pour qu'elles contribuent davantage à la meilleure efficacité des soins de ville et à l'équilibre financier de l'assurance maladie.

### **A - Redéfinir le cadre des négociations**

Des négociations très cloisonnées n'ont pas permis de réformer l'organisation des soins et la nouvelle gouvernance prévue par la loi de 2004 a, dans sa pratique, débouché sur un jeu d'acteurs brouillé permettant difficilement de mettre en œuvre une stratégie claire.

#### **1 - Un dispositif conventionnel très éclaté**

##### *a) Des négociations nombreuses et très séquencées retardant les approches interprofessionnelles*

Les conventions avec les principales professions sont régulièrement renégociées et font surtout l'objet de multiples avenants. Ainsi, la convention passée avec les médecins en 2005 a fait l'objet de 32 avenants et celle passée en 2011 en compte déjà 11. Les conventions passées en 2007 respectivement avec les infirmiers et avec les masseurs-kinésithérapeutes comportent chacune cinq avenants et celle passée avec les pharmaciens en 2012 en comptait déjà cinq en mai 2014.

Cette succession rapide de textes s'explique notamment par la mise en œuvre des multiples axes des politiques conventionnelles. Il en a résulté une inflation de négociations en raison d'un traitement très séquencé, donnant lieu à un enchaînement quasi-ininterrompu de « colloques singuliers » entre l'assurance maladie et chaque profession. Si la forte segmentation des négociations peut comporter des avantages en permettant une maturation des problématiques à des rythmes différents et une diffusion par l'exemple, elle présente également des inconvénients. Elle est mobilisatrice de temps et d'énergie et est susceptible de multiplier les avantages accordés sans contreparties suffisantes. En outre, elle nuit à la pérennité des dispositifs qui peuvent être rapidement modifiés voire fréquemment remplacés sans même avoir pu réellement être mis en œuvre ou sans qu'un bilan en ait été établi.

De ce fait, l'efficacité 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, à la redéfinition de certaines fonctions pour répondre à l'évolution des besoins des patients et à une articulation des prises en charge entre la ville et l'hôpital. Elles ont fortement retardé l'émergence des approches interprofessionnelles.

Il aura fallu en effet attendre dix ans, après la loi de 2002 qui en prévoyait la conclusion, pour qu'un premier accord-cadre interprofessionnel (ACIP) voie le jour<sup>258</sup>. Encore le contenu de cet accord, conclu en mai 2012, reste-t-il très pauvre, exposant essentiellement des déclarations d'intention. Il ne joue pas le rôle de socle des conventions particulières, contrairement à l'architecture imaginée par la réforme de 2002.

La loi de 2004 a prévu un autre mode de contractualisation interprofessionnelle à géométrie variable sous la forme d'accords conventionnels interprofessionnels (ACI) intéressant plusieurs professions désireuses de renforcer la coordination des soins. Ce n'est que dans le cadre des négociations en cours sur les soins de proximité, ouvertes en 2014 sous l'impulsion des pouvoirs publics, que ce cadre devrait pour la première fois être utilisé. L'assurance maladie, craignant des surenchères entre professions et les principaux syndicats représentatifs, soucieux d'obtenir des mesures et avantages spécifiques, ont préféré jusque-là rester dans le cadre de négociations particulières.

#### *b) Des mesures coûteuses insuffisamment suivies*

L'éclatement du dispositif conventionnel fait en outre obstacle à une vision globale et claire du coût des politiques conventionnelles et complique leur suivi. L'extension du champ des négociations a en effet un coût. La seule augmentation des lettres-clés déterminant les tarifs à l'acte n'est pas représentative du bilan global des politiques conventionnelles : les négociations portent de manière croissante sur des avantages annexes accordés en contrepartie des nombreux dispositifs mis en place ou prévus sur des thématiques variées.

---

258. Prévu par 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, l'ACIP, conclu pour une durée de cinq ans, fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions et peut déterminer des mesures relatives à la qualité des soins et à leur meilleure coordination, ainsi qu'à la santé publique.



En coût net de sortie de négociation, la convention médicale de 2011 et ses avenants ont généré 647,1 M€ de dépenses annuelles supplémentaires. Deux textes ont eu une portée financière particulièrement importante : la convention de 2011 elle-même, qui a notamment mis en place la ROSP et procédé à des revalorisations ciblées de consultations dites à haute valeur ajoutée ; l'avenant n° 8, qui prévoit notamment une revalorisation progressive de certains actes, avec pour contrepartie dont on a vu les limites, la mise en place du contrat d'accès aux soins et des procédures relatives aux dépassements excessifs.

**Tableau n° 64 : Coût de la convention médicale de 2011**

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	45 M€ (12 M€ en 2012, 33 M€ en 2013)
Avenant n° 7	3,7 M€ en 2013
Avenant n° 8	246,3 M€ (dont 86 en 2013)
Avenant n° 9	3,2 M€
Avenant n° 10	1,8 M€
Avenant n° 11	13,7 M€
<b>Total</b>	<b>647,1 M€</b>

Source : UNCAM, *Cour des comptes*<sup>259</sup>

La profession d'infirmier a également 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€, en raison notamment des contreparties aux mesures de régulation démographique. Les masseurs-kinésithérapeutes ont bénéficié, avec les mesures nouvelles de la convention de 2007 et de ses avenants, de 319,4 M€.

Par ailleurs, si les relations conventionnelles font l'objet d'un investissement important de l'assurance maladie au moment des négociations, le suivi des mesures est parfois défaillant. Certaines stipulations sont appliquées avec retard, voire non appliquées. Il en est ainsi pour la modulation de la ROSP ou des forfaits versés aux médecins en fonction des zones et des difficultés d'exercice. C'est également le cas pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, qui n'a fait l'objet d'aucun suivi annuel contrairement aux dispositions de la convention

259. Seuls les avenants ayant une incidence financière sont répertoriés. 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.

médicale. C'est également vrai du développement des nouveaux rôles des infirmiers et du remplacement de la démarche de soins infirmiers, prévus par la convention de 2007, ou encore de la mise en œuvre d'actions de prévention, notamment dans le domaine de la rééducation rachidienne, prévues dans la convention de 2007 des masseurs-kinésithérapeutes.

De même, l'impact des mesures conventionnelles sur les patients et la réponse à leurs besoins est insuffisamment évalué. En réponse aux demandes, formulées par la Cour, de communication des bilans disponibles des conventions avant reconduction ou renégociation, l'UNCAM n'a apporté que des éléments ponctuels ou thématiques. Elle n'a été en mesure de produire que des données partielles et disparates sur les sanctions conventionnelles prononcées au cours des trois dernières années. Ce sont là pourtant des éléments d'analyse importants sur le non-respect des stipulations conventionnelles, ses causes et les conséquences qui en sont tirées.

## **2 - Clarifier le rôle des acteurs**

### *a) Une forte autonomie de la CNAMTS dans un contexte de cogestion avec les professions de santé*

La procédure conventionnelle a été redéfinie par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Auparavant, la négociation des conventions constituait une prérogative des présidents des conseils d'administration des trois principaux régimes d'assurance maladie - régime général, mutualité sociale agricole et régime social des indépendants - et des partenaires sociaux qui y siégeaient. Depuis 2004, l'établissement des conventions avec les professions de santé relève de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), établissement public réunissant les trois régimes et doté d'un conseil, d'un collège des directeurs et d'un directeur général. Le conseil de l'UNCAM, présidé es-qualité par le président du conseil de la CNAMTS, y tient un rôle limité 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.

Du fait de cette architecture, la CNAMTS joue un rôle prépondérant dans la définition des objectifs et le déroulement des négociations. Les syndicats représentatifs disposent toutefois de

prérogatives importantes dans la négociation des textes<sup>260</sup>. En outre, l'application des accords fait l'objet d'une cogestion avec les syndicats signataires, au sein de commissions paritaires nationales et locales. Cette configuration, jointe à des négociations très séquencées, incite à des compromis catégoriels entre l'assurance maladie et chaque profession de santé dans lesquelles les préoccupations des patients restent à l'arrière-plan.

Par ailleurs, deux acteurs des politiques conventionnelles n'ont pas trouvé la place que la réforme de 2004 visait à leur donner pour le bon équilibre du système conventionnel : l'union nationale des professions de santé (UNPS)<sup>261</sup>, qui ne joue pas le rôle interprofessionnel que l'on pouvait en attendre ; l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)<sup>262</sup>, 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, avec pour conséquence que l'articulation entre la protection de base et la protection complémentaire reste défailante au détriment des assurés. La nouvelle gouvernance prévue par la loi de 2004 n'a ainsi pas fonctionné, sauf pour ce qui concerne le rôle accru de la CNAMTS.

#### *b) Un État en retrait mais appelé à intervenir fréquemment*

Les pouvoirs de régulation de l'État sont, à s'en tenir aux textes, limités. La première régulation est d'ordre financier : l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), voté par le Parlement, conditionne pour partie le contenu et le calendrier des négociations conventionnelles, en fonction des marges de manœuvre financières à disposition du directeur général. Cependant, le fait que le taux d'évolution de l'ONDAM soins de ville ait été fixé au même niveau que

---

260. Notamment, 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 unions régionales des professions de santé. Deux organisations syndicales représentatives, dès lors qu'elles ont obtenu ensemble la majorité des votes à ces mêmes élections, peuvent faire opposition à la mise en œuvre d'un accord.

261. L'UNPS, créée sous forme associative, est composée des syndicats représentatifs des différentes professions. Elle a notamment pour but de faire des propositions relatives à l'organisation du système de santé ainsi qu'à tout sujet d'intérêt commun.

262. L'UNOCAM, créée également sous forme associative en 2005, fédère les trois grands types d'organismes d'assurance complémentaire : mutuelles, entreprises d'assurance, institutions de prévoyance.

celui de l'ONDAM hospitalier alors que le poste médicaments n'évoluait que faiblement, a permis une certaine souplesse. En outre, si le taux de progression de l'ONDAM « soins de ville » est respecté depuis 2010, avec un écart négatif d'exécution par rapport à l'objectif voté qui est allé croissant, la politique conventionnelle ne tient qu'une place modeste dans ce résultat<sup>263</sup>.

Par ailleurs, si le Parlement vote cet objectif de dépenses, l'UNCAM et son directeur général n'ont pas, en l'état, de bilan à lui présenter sur les politiques conventionnelles et l'exécution des objectifs<sup>264</sup>.

Le gouvernement dispose pour sa part de pouvoirs en principe limités. L'entrée en vigueur des conventions est soumise à approbation ministérielle, par arrêté ou tacitement passé un délai de 21 jours, ce qui leur confère un caractère réglementaire. Le ministre ne peut toutefois s'opposer à cette entrée en vigueur que pour 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.

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

L'assurance maladie bénéficie ainsi d'une forte autonomie dans l'opportunité, l'objet et la conduite des négociations conventionnelles.

---

263. Cf. dans le présent rapport, le chapitre III sur l'ONDAM 2013 et le chapitre VII sur l'ONDAM pour les soins de ville.

264. Le rapport sur les charges et produits communiqué chaque année par la CNAMTS au Parlement est accompagné d'un rappel des négociations conventionnelles de l'année, mais il ne comporte pas de bilan de la mise en œuvre des stipulations conventionnelles ni de leur impact.

Cependant, l'État n'a pas pour autant renoncé à être présent, comme le montrent les multiples exemples (dépassements d'honoraires, approche multi-professionnelle...) où, sur des thèmes précis, les pouvoirs publics ont voulu forcer indirectement les parties conventionnelles à trouver un accord ou orienter celui-ci.

Au regard des enjeux financiers et de la nécessité de réformer l'organisation des soins, les pouvoirs publics, qui conservent par ailleurs la responsabilité du pilotage du système hospitalier, sont amenés à peser sur les négociations, soit en prenant par la loi des dispositions de circonstance pour que les partenaires conventionnels agissent dans un sens déterminé, soit en fixant officieusement des objectifs et un cadre aux négociations, soit encore en intervenant, de fait, dans les négociations dans des conditions qui brouillent les responsabilités.

## **B - Des politiques conventionnelles à recentrer sur les besoins des patients**

Les constats effectués rendent nécessaire un réexamen du cadre et du contenu des politiques conventionnelles, pour qu'elles contribuent davantage à la rationalisation du système de soins, tout en s'inscrivant dans l'objectif du nécessaire rétablissement de l'équilibre financier de l'assurance maladie.

### **1 - Mieux organiser les soins de proximité**

Le système conventionnel actuel, s'il a connu au cours de la décennie écoulée des succès tactiques, 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. Le vieillissement de la population, le développement des pathologies chroniques, la recherche de gains d'efficacité structurels, imposent de rechercher une meilleure organisation des soins de ville et une coordination beaucoup plus étroite des différents intervenants.

Les conventions n'ont pas jusqu'alors débouché sur des mesures à la hauteur des modifications de pratiques et d'organisation qui auraient été nécessaires. Cette 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. Les négociations interprofessionnelles en cours pour définir un dispositif pérenne se déroulent dans des conditions difficiles faute que les différentes conventions par profession se soient d'emblée inscrites dans une perspective d'ensemble.

La structuration des soins de premier recours et la mise en place d'une meilleure interface avec l'hôpital impliquent, à l'avenir, un changement de modèle. Il est ainsi souhaitable de renverser la perspective conventionnelle en faisant des approches interprofessionnelles le cadre premier des négociations. Leurs résultats formeraient ensuite l'armature commune des différentes conventions par profession de manière à permettre une approche plus coordonnée des soins de ville. Chaque convention conserverait pour le reste une logique plus spécifiquement propre à chaque profession.

En outre, l'activité conventionnelle devrait être recentrée sur les enjeux essentiels - politique de rémunération contrainte et équilibrée, accès aux soins préservé et organisé, maîtrise médicalisée des dépenses - et ne s'étendre à d'autres sujets que dans la mesure où cette ossature est affermie. Ce recentrage devrait s'inscrire dans le cadre de négociations moins nombreuses, permettant une plus grande stabilité des dispositifs et facilitant la mise en place d'un suivi plus exigeant, ainsi que d'une évaluation systématique de l'impact des mesures prises.

Il revient enfin à l'assurance maladie, dans le cadre des négociations, de mettre les outils conventionnels au service d'un accès à des soins de qualité. Les rémunérations et avantages annexes accordés aux professionnels de santé devraient être assortis de contreparties plus tangibles, notamment sur une organisation des soins au service des patients. En particulier la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé par l'assurance maladie devrait être modulée en fonction de la densité des professionnels de santé sur un territoire donné, ainsi que la Cour l'a déjà recommandé<sup>265</sup> ou à défaut supprimée ou à tout le moins plafonnée.

## **2 - Adopter une approche plus intégrée**

Les directions ministérielles relevant du ministère chargé de la santé - direction de la sécurité sociale, direction générale de l'offre de soins, direction générale de la santé - ont une approche trop peu coordonnée des problématiques conventionnelles.

Le manque de cohérence et de coordination entre les acteurs se répercute au niveau territorial. Il existe de nombreux points de recoupement entre l'action des agences régionales de santé (ARS) et les

---

265. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre X : la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnelles libéraux de santé, p. 288-307, septembre 2012, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

politiques conventionnelles. C'est notamment le cas en matière de régulation démographique, où la multiplicité des zonages professionnels et des outils incitatifs respectifs de l'assurance maladie et de l'État, auxquels s'ajoutent les aides des collectivités territoriales, débouche sur une situation particulièrement complexe. En outre, pour l'essentiel, il n'existe pas d'articulation entre les actions de santé publique et de gestion du risque développées à travers les politiques conventionnelles et celles initiées par les ARS<sup>266</sup>.

Seuls un pilotage plus intégré et une meilleure articulation permettront de dépasser les clivages traditionnels - ville/hôpital, État/assurance maladie, généralistes/spécialistes, médecins/autres professions de santé - de dégager des gains d'efficacité significatifs et de mieux répondre aux besoins des patients. Il conviendrait à cet effet de s'appuyer au moins dans un premier temps sur les institutions et outils existants, en renforçant à la fois leur champ et leur légitimité.

Ainsi, les missions du comité national de pilotage des ARS (CNP)<sup>267</sup>, qui fonctionne depuis 2010, pourraient être renforcées et étendues aux orientations et au suivi de la politique conventionnelle, sous la présidence régulière du ministre chargé de la santé. Cette association des services de l'État et de l'assurance maladie, à la fois dans le pilotage et sur le plan opérationnel, permettrait notamment de veiller à la cohérence de l'ensemble des actions avec la stratégie nationale de santé et la nouvelle loi de santé publique dont l'adoption est prévue en 2015.

Par ailleurs, la loi HPST de 2009 a prévu la conclusion, entre l'État et l'UNCAM, d'un contrat pluriannuel qui détermine les objectifs de gestion du risque partagés entre l'État et l'assurance maladie. Un premier contrat couvrant la période 2010-2013 a été signé en mars 2011. Il reste toutefois très général et peu contraignant dans les orientations qu'il formule. Un second est en cours de discussion. Ce contrat devrait constituer un outil essentiel et structurant de la coordination entre l'État et l'assurance maladie et de la définition des objectifs assignés à la politique conventionnelle, au besoin en modifiant les textes en ce sens. Il devrait

---

266. Voir sur cette question les développements contenus dans le chapitre XI - les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel.

267. Le CNP 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 œuvre. Il regroupe les directeurs d'administration centrale concernés par les ARS, les directeurs généraux des caisses nationales d'assurance maladie et le directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Il est présidé par le ministre ou, en son absence, par le secrétaire général des ministères sociaux. Dans la pratique, le secrétaire général préside actuellement toutes les réunions.

faire l'objet d'un suivi précis, relevant du comité national de pilotage aux missions élargies.

Il convient également de mieux associer les organismes complémentaires à la régulation du système de soins, au regard de la place grandissante qu'ils tiennent dans la couverture des dépenses d'assurance maladie des ménages<sup>268</sup>. 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 professions de santé, en raison du risque inflationniste que cela représente. L'amélioration des conditions d'accès aux soins suppose une véritable coopération des régimes de base et complémentaires. Une application stricte de la loi de 2004 qui prévoit un examen conjoint annuel, entre l'UNCAM et l'UNOCAM, des programmes de négociation serait déjà de nature à renforcer cette coordination. La concertation obligatoire devrait être élargie à l'ouverture de toute négociation et en constituer un préalable nécessaire. Il pourrait également être prévu que le comité national de pilotage puisse entendre l'UNOCAM et ses composantes sur les thèmes qui les concernent plus particulièrement.

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<sup>269</sup>, qui sont une composante importante des dépenses d'assurance maladie. Lors de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale, la réalisation des ONDAM précédents doit être mieux documentée. La fixation du sous-objectif des soins de ville devrait être appuyée d'une annexe 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.

---

268. Selon les comptes nationaux de la santé pour 2012, leur part dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux est passée de 12,4 % en 2000 à 13,7 % en 2012. Les assurances complémentaires sont plus particulièrement présentes sur certains segments, comme les soins dentaires ou l'optique.

269. Sur la nécessité de renforcer, d'une manière générale, les capacités de contrôle et d'orientation dont disposent les assemblées en matière de protection sociale de la population, voir le chapitre V, les lois de financement de la sécurité sociale : une ambition à élargir.



————— **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS** —————

*Le modèle conventionnel bâti sur les fondements de la réforme de 2004 s'est essoufflé et a montré ses limites. Tout en voulant rester présent, l'État s'en est progressivement remis, sur des sujets importants, aux politiques conventionnelles, comme pour l'organisation du parcours de soins, les politiques de prévention ou les besoins engendrés par le vieillissement de la population. Or, les politiques conventionnelles n'ont pas apporté de réponses satisfaisantes, que ce soit en matière d'accès aux soins ou d'organisation de l'offre. En outre, l'élargissement considérable de leur champ a engendré des dépenses nouvelles sans que les obligations définies en contrepartie soient toujours à la hauteur des enjeux ni leurs résultats mesurables. La recherche de compromis fluctuant suivant les professions et les situations et résultant dans le cas des médecins d'une quasi cogestion, s'est faite au détriment de la lisibilité du système de soins et d'une prise en considération globale des besoins des patients et de leur évolution.*

*La place des politiques conventionnelles dans la régulation globale du système de soins mérite pour le moins d'être réexaminée. Leur réorientation passe par des négociations moins éclatées et moins diffuses, recentrées sur les questions essentielles - pilotage des rémunérations, accès et organisation des soins, maîtrise médicalisée des dépenses - et permettant d'articuler les politiques conventionnelles avec la préoccupation centrale d'un retour à l'équilibre financier de l'assurance maladie.*

*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. L'État, nécessairement responsable dès lors que la santé publique est en cause, doit être en mesure de jouer sur l'ensemble des leviers afin de développer une régulation des politiques de santé et d'assurance maladie, qu'elles concernent l'hôpital ou le secteur ambulatoire et d'assurer la prise en compte des besoins des patients. Le cadre conventionnel doit également laisser une plus grande place à des accords interprofessionnels, permettant une approche coordonnée des soins de premier recours. Des mandats clairs doivent être donnés par les pouvoirs publics à l'assurance maladie sur les objectifs des politiques conventionnelles.*

*L'élaboration en cours de la stratégie nationale de santé et d'une nouvelle loi de santé publique offre l'occasion de remettre en perspective les évolutions récentes des relations entre l'assurance maladie et les professions de santé et de repenser le cadre de la régulation globale ainsi que la place, dans celle-ci, des politiques conventionnelles.*

*La Cour formule les recommandations suivantes :*

*31. mettre en place un pilotage national plus intégré, permettant à l'État de cadrer les orientations stratégiques des politiques conventionnelles, d'en suivre l'exécution et de mieux articuler les actions des différents acteurs ;*

*32. développer de façon prioritaire les approches interprofessionnelles pour une plus grande efficacité des soins de premier recours ;*

*33. 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 ;*

*34. étendre, dans les zones en surdensité, le conventionnement conditionnel à toutes les professions, y compris aux médecins, pour mieux équilibrer la répartition des professionnels sur le territoire ;*

*35. lier plus étroitement l'ensemble des modes de rémunération, hors rémunération à l'acte (forfaits, rémunération à la performance, avantages sociaux) à une meilleure organisation des soins de ville en les modulant en fonction des résultats atteints ;*

*36. en particulier, moduler la prise en charge de cotisations sociales par l'assurance maladie en fonction de la densité des professionnels de santé sur un territoire donné (recommandation réitérée) ;*

*37. évaluer systématiquement les conditions de mise en œuvre des actions conventionnelles et les résultats obtenus au regard des objectifs.*

---