

Chapitre III

Les conventions entre les professionnels de santé de ville et l'assurance maladie : une contribution à l'efficience des dépenses à renforcer

PRÉSENTATION

La France a développé depuis plus de cinquante ans un modèle spécifique d'organisation des relations avec les professionnels de santé exerçant en libéral, fondé historiquement sur un système de conventions qui assure la solvabilité de la patientèle, grâce au remboursement par la sécurité sociale des soins délivrés par les professionnels, en contrepartie du respect par ces derniers de tarifs opposables.

Cet ensemble conventionnel a évolué progressivement : centrées à l'origine sur les questions de tarification des actes et de rémunération, les conventions traitent désormais de la structuration de l'offre de soins¹⁴⁶, de santé publique, de qualité des pratiques et d'efficience des prises en charge. Ainsi, les conventions sont désormais l'un des instruments de régulation visant à concilier l'exercice libéral des professionnels de santé installés en ville, les enjeux de réorganisation du système de santé et les objectifs de maîtrise financière.

Depuis 2015, plus de soixante textes conventionnels de toute nature ont été conclus, prévoyant des mesures nouvelles – au nombre desquelles des revalorisations tarifaires et la création de nouveaux modes de rémunération destinés par exemple à favoriser l'exercice coordonné induisant 4,7 Md€ de dépenses supplémentaires cumulées, soit une augmentation moyenne d'environ 0,7 Md€ par an. La contribution totale de l'instrument conventionnel à l'évolution des dépenses d'assurance maladie est néanmoins aujourd'hui difficile à cerner avec précision, faute d'être suffisamment suivie par les pouvoirs publics.

Si les nouvelles mesures conventionnelles représentent près de 15 % de la progression annuelle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), aucun instrument spécifique n'a été institué pour réguler les conséquences financières de ces mesures (I). Les rémunérations des professionnels libéraux sont, de même, insuffisamment conditionnées par une transformation effective des pratiques individuelles et collectives (II). Enfin, un nouvel ordonnancement d'ensemble des conventions apparaît nécessaire, compte tenu notamment de l'évolution des modes d'exercice des professionnels libéraux (III).

¹⁴⁶ Permanence des soins, répartition géographique, coordination des professionnels et télé-médecine, notamment.

Les conventions entre l'assurance maladie et les professions de santé libérales

Les conventions entre l'assurance maladie l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les professions de santé sont conclues au niveau national depuis 1971 pour une durée de cinq ans, avec tacite reconduction¹⁴⁷. Elles sont applicables aux professionnels de santé qui s'installent en libéral, s'ils en font la demande, ainsi qu'aux professionnels déjà installés, tant qu'ils n'ont pas fait connaître leur souhait d'en sortir. La plupart des professions (infirmiers, pharmaciens, chirurgiens-dentistes) ont signé leurs premières conventions au cours des années 70 et les dernières dans le courant des années 90 (directeurs de laboratoires, orthophonistes, orthoptistes). Seize conventions et un accord national sont en vigueur aujourd'hui. Ces textes concernent les médecins, les autres professions médicales, les auxiliaires médicaux, les centres de santé, les transporteurs sanitaires et les distributeurs de biens médicaux ou professions de l'appareillage.

L'architecture conventionnelle repose sur quatre types de conventions ou d'accords : l'accord-cadre interprofessionnel (Acip) fixant les dispositions communes à l'ensemble des professions, les accords conventionnels interprofessionnels (ACI) pouvant intéresser tout ou partie des professions de santé, les conventions professionnelles ou sectorielles (pour les centres de santé) et les outils de promotion de la qualité des soins.

Les textes conventionnels (conventions et avenants) sont négociés entre l'assurance maladie, représentée par le directeur général de l'Uncam sur mandat de son conseil d'administration, et les organisations syndicales représentatives des professions de santé libérales concernées avec, parfois, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam). Ils ne sont applicables qu'après approbation explicite, ou tacite du ministre chargé de la santé, au terme d'un délai de 21 jours.

L'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale définit le contenu des conventions pour toutes les professions à l'exception des pharmaciens d'officine et des centres de santé, en fixant sept thèmes¹⁴⁸ communs. Il est complété par des articles propres à chaque profession. Le Conseil d'État exerce un contrôle de légalité des dispositions conventionnelles, en censurant celles qui ne relèveraient pas des thèmes prévus par le code de la sécurité sociale.

¹⁴⁷ Cf. articles L. 162-15, L. 162-14 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale.

¹⁴⁸ Honoraires et rémunérations ; contrats individuels et collectifs portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; conditions de participation de l'assurance maladie au financement des cotisations sociales ; commissions de hiérarchisation des actes et prestations ; conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur participation à un exercice coordonné ; à titre facultatif, fonds de modernisation de la profession et dispositifs de régulation démographique des installations.

I - Une prise en compte encore limitée des enjeux de maîtrise des dépenses

Alors que la croissance des dépenses de soins de ville a systématiquement excédé les objectifs depuis 2015¹⁴⁹, la maîtrise des dépenses d'assurance maladie ne constitue pas un élément central des relations conventionnelles.

A - Un suivi imprécis de la contribution des mesures conventionnelles à la croissance des dépenses d'assurance maladie

De 2015 à 2019, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) a globalement été sous-exécuté. À l'inverse, le sous-objectif « soins de ville » a presque toujours été dépassé, compensé par la maîtrise d'autres sous-objectifs. Il se décompose en différents postes de dépenses tels que les indemnités journalières, les produits de santé, les honoraires médicaux et dentaires, les honoraires paramédicaux, et les dépenses de laboratoires de biologie médicale. Seules ces trois dernières catégories de dépenses sont sensibles aux effets des mesures conventionnelles.

De 2015 à 2019, l'augmentation de 15 Md€ des dépenses de prestation de soins de ville est imputable, à hauteur de 2,3 Md€, aux indemnités journalières et, à hauteur de 4,6 Md€, aux produits de santé. La régulation de ces deux postes relève d'actions de gestion du risque par l'assurance maladie ou de mécanismes « prix-volume » avec les fabricants sous l'égide du comité économique des produits de santé. Ces dispositifs échappent au champ des conventions conclues avec les professions libérales.

Relevant strictement du champ des relations conventionnelles, les honoraires médicaux et dentaires contribuent pour 5 Md€¹⁵⁰ à cette progression, les honoraires paramédicaux pour 3 Md€, et les dépenses de laboratoires pour 0,4 Md€. Ceci représente un peu plus de la moitié de la progression du poste « dépenses de prestations de soin de ville » (55 %).

¹⁴⁹ Cf. Cour des comptes, « *Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier* », in *La sécurité sociale* » in *Rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020.

¹⁵⁰ Parmi lesquels près d'1,8 Md€ sont liés à l'évolution conventionnelle des modes de rémunération des pharmaciens.

Tableau n° 23 : évolution des honoraires des professions libérales

(en M€)	2015	2016	2017	2018	2019	TCAM
Dépenses de soins de ville	68 019	70 247	72 483	74 391	83 143	5,2 %
Dont honoraires médicaux et dentaires	18 017	18 563	19 055	19 697	22 905	6,3 %
Dont honoraires paramédicaux	8 883	9 294	9 655	10 010	11 802	7,5 %
Dont laboratoires	2 843	2 901	2 934	2 901	3 281	3,8 %

Source : rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale – TCAM : taux de croissance annuel moyen

Une absence de suivi du coût propre des conventions

Les mesures prises dans le cadre des négociations conventionnelles ne font pas l'objet d'un suivi spécifique de la part des pouvoirs publics. Elles sont souvent confondues avec les dépenses liées à une profession, dont l'évolution est régulièrement présentée aux instances paritaires conventionnelles et au conseil de l'Uncam par l'assurance maladie. Dans de rares cas, cependant, un suivi des conséquences financières des mesures conventionnelles nouvelles est effectué pendant un ou deux ans.

Les seules sources disponibles pour retracer le coût propre des conventions sont parcellaires. Il s'agit, d'une part, des bilans établis à l'occasion de l'ouverture de nouvelles négociations et, d'autre part, des rapports sur les comptes de la sécurité sociale. Ces derniers pointent les sur- ou sous-exécutions attribuables à des mesures conventionnelles au sein des dépenses de soins de ville. Ils constituent donc les principaux documents pour estimer le poids financier des mesures conventionnelles dans l'Ondam.

L'effet des mesures conventionnelles de rémunération sur l'évolution des dépenses de prestations de soins de ville est sensible. Ainsi, la hausse importante de la contribution des honoraires médicaux et dentaires à la croissance des prestations de soins de ville entre 2017 et 2018 s'explique par l'entrée en vigueur en année pleine de la convention médicale de 2016, la croissance du poste « honoraires médicaux » représentant 28,4 % de la progression des prestations de soin de ville, contre 21 % environ les autres années.

Cependant, au-delà de l'effet prix, l'effet volume lié notamment au vieillissement de la population, aux aléas sanitaires et à l'augmentation de l'effectif de certaines professions doit être pris en considération. Par exemple, l'installation de 15 000 infirmiers libéraux entre 2015 et 2020 a nourri la dynamique des honoraires paramédicaux. L'établissement de bilans réguliers du coût des conventions pourrait contribuer à l'information

du Parlement, notamment dans le cadre des lois d'approbation des comptes de la sécurité sociale, et donner matière à des travaux d'évaluation des dispositifs. Ces bilans permettraient de mieux cerner la part du facteur prix, induit par les mesures conventionnelles, dans l'évolution des dépenses de soins de ville.

B - Des dispositifs conventionnels de régulation des dépenses circonscrits et peu répandus

Les textes conventionnels prévoient la possibilité de différer ou de rééchelonner l'entrée en vigueur de mesures portant sur la rémunération des professions. Ces clauses peuvent être déclenchées par l'assurance maladie ou par les syndicats représentatifs lorsque l'équilibre financier des dispositifs négociés apparaît compromis.

Une clause de revoyure inscrite dans une convention peut donner lieu à l'ouverture de négociations en vue d'apporter des mesures correctrices. Elle vise à préserver l'équilibre de l'accord lorsque les dépenses constatées s'écartent très sensiblement des prévisions. Cette option, inscrite dans l'avenant n° 6 à la convention des infirmiers, a été utilisée lors du déploiement du bilan de soins infirmiers. Constatant un dépassement du coût prévisionnel du dispositif, les parties sont convenues de son réaménagement et d'une révision à la hausse de l'enveloppe financière dans un nouvel accord, plus conforme à la réalité du besoin en soins infirmiers.

Des clauses dites de sauvegarde peuvent aussi être prévues par les partenaires, qui sont mises en œuvre lorsqu'il apparaît que les dispositions conventionnelles entraînent des conséquences plus importantes que prévues pour une profession. Ainsi, l'avenant n° 11 à la convention des pharmaciens prévoit une clause de sauvegarde de ce type à travers un mécanisme de compensation individuelle dans le cas où la réforme du mode de rémunération dégraderait leur situation financière.

C - Un encadrement financier à renforcer

1 - Des dispositifs d'effet très limité et de court terme

L'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, prévoit une entrée en vigueur différée de six mois des mesures conventionnelles comportant des conséquences financières. Leur effet budgétaire est donc simplement reporté sur l'exercice suivant.

Un dispositif de régulation jamais utilisé

Aux termes de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, si le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie signale dans un avis un risque sérieux de dépassement de l'Ondam imputable en tout ou partie à l'évolution du sous-objectif « soins de ville », l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles de nature financière est différée. La date d'entrée en vigueur compatible avec des mesures de redressement est discutée avec les partenaires conventionnels. Par défaut, elle est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Malgré les nombreux dépassements constatés des sous-objectifs de « soins de ville », le comité d'alerte n'a jamais rendu un tel avis en raison, notamment, des perspectives de mesures de gel de dépenses, au titre de l'Ondam « établissements de santé », qui lui ont été annoncées par l'administration.

Un autre levier à disposition du directeur général de l'Uncam, limité au domaine de l'imagerie médicale, est celui introduit par l'article 99 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Il l'autorise, par dérogation au code de la sécurité sociale, à fixer unilatéralement des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de matériels lourds d'imagerie médicale soumis à autorisation. Transmise aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, cette décision est réputée approuvée, sauf opposition motivée avant l'expiration d'un délai de quarante-cinq jours. Ce dispositif, très circonscrit, n'a cependant été utilisé qu'une seule fois¹⁵¹.

2 - Un rôle du Gouvernement et du Parlement à renforcer

Les discussions conventionnelles n'ont fait l'objet d'un cadrage financier pluriannuel préalable par les ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale qu'à une seule occasion. La systématisation de cette pratique permettrait de transmettre ce cadrage au comité d'alerte de l'Ondam à l'issue des négociations conventionnelles, en cas d'écart par rapport aux trajectoires attendues, afin qu'il formule, le cas échéant, des propositions de mesures correctives.

¹⁵¹ Cf. le chapitre IV du présent rapport.

L'absence de cadrage systématique des dépenses

Afin de respecter les objectifs fixés par l'Ondam pour la période 2018-- 2022, les ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale ont défini, fin 2018, un cadrage pluriannuel des dépenses d'assurance maladie au titre des revalorisations conventionnelles et des décisions de nomenclature en faveur des professionnels de santé exerçant en ville. Élaboré en concertation avec le directeur général de l'Uncam, ce cadrage a fixé une enveloppe globale pour financer de nouvelles mesures sur la période 2019-2022, et l'a répartie en enveloppes annuelles à respecter pour les conventions et avenants récents ou à venir. Le suivi de ce cadrage, assuré par la direction de la sécurité sociale, a permis de signaler, fin 2019, la surconsommation de l'enveloppe pluriannuelle et la réduction de la ressource disponible pour les négociations à venir.

Le choix a cependant été fait de ne pas en tenir compte et de poursuivre la négociation d'avenants engageant d'importants montants financiers, comme l'avenant n° 9 à la convention des médecins et l'avenant n° 8 à la convention des infirmiers¹⁵².

À l'issue des négociations, l'entrée en vigueur des textes conventionnels est soumise à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, mais le non-respect de la trajectoire financière prévue dans les lois de financement de la sécurité sociale ne figure pas au nombre des motifs de refus d'approbation¹⁵³.

Associée à la définition d'objectifs de dépenses collectifs opposables aux professionnels libéraux, la possibilité, pour le ministre, d'écarter des dispositions conventionnelles sur des motifs financiers et de baisser unilatéralement les tarifs pourrait être étudiée, à travers l'extension du champ d'application et l'adaptation du mécanisme de l'article 99 de la loi de financement pour 2017.

¹⁵² La direction de la sécurité sociale a estimé le coût de l'avenant n° 9 à la convention des médecins – conclu le 21 juillet 2021 – à 800 M€ sur trois ans (2021-2023) dont 500 M€ pour l'assurance maladie obligatoire. L'avenant n° 8 à la convention des infirmiers – conclu le 9 novembre 2021 – a vu la somme annuelle destinée au bilan de soins infirmiers portée à 217 M€, contre 122 M€ annuels initialement prévus dans l'avenant n° 6.

¹⁵³ Une opposition du ministre doit être justifiée par des motifs strictement définis, relevant de la non-conformité aux lois et règlements en vigueur, de la santé publique, de la sécurité sanitaire ou du principe d'égal accès aux soins.

II - L'investissement financier en faveur de l'accès aux soins et de la coordination des soins : des résultats trop limités

L'analyse de l'instrument conventionnel doit aussi chercher à évaluer l'efficacité de celui-ci pour l'amélioration de la qualité de la dépense et de l'organisation du système de santé.

Les conventions sont mobilisées dans le but d'orienter les pratiques des professionnels de santé libéraux, à travers les modalités de leur rémunération individuelle, pour promouvoir la prévention ou pour cibler des catégories de patients. Plus récemment, des dispositifs conventionnels incitatifs ont cherché à améliorer l'organisation des parcours et de la coordination. Toutefois, ils se limitent encore souvent à des effets d'annonce ou, pour les professionnels, à des avantages ponctuels sans contrepartie.

A - Des modèles de rémunération à réorienter

Les modèles de rémunération conventionnels sont aujourd'hui inadaptés et doivent être redéfinis. Une telle évolution figurait parmi les objectifs des conventions, notamment de celles des médecins de 2011 et de 2016. Des mécanismes de forfaitisation ont, certes, été mis en place, mais ils restent embryonnaires.

1 - Un poids toujours prépondérant de la tarification à l'acte

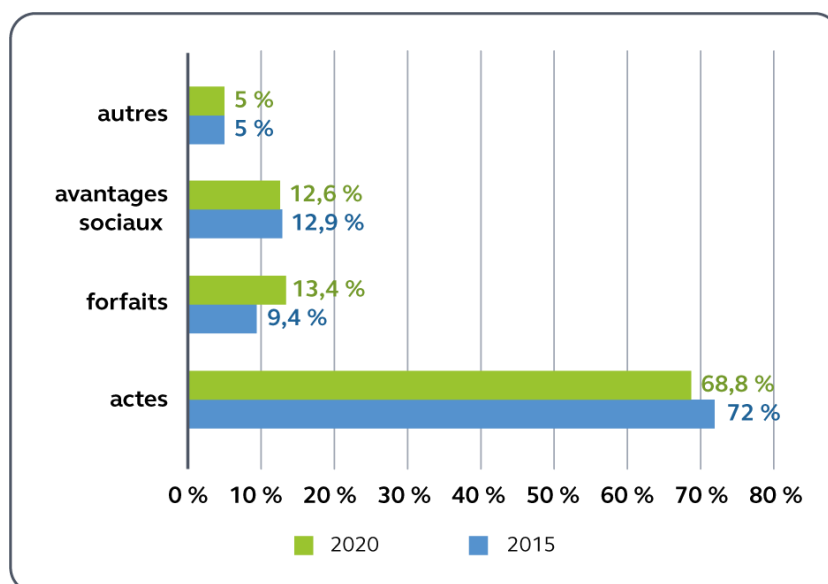
Le paiement à l'acte, très majoritaire, est caractéristique du système de santé français. La rémunération à l'acte a représenté de 69 % à 98 % des rémunérations en 2020, selon les professions ; elle a augmenté pour toutes les professions, à l'exception des médecins. Des pays comparables ont opté au contraire pour un modèle salarié comme le Royaume-Uni et les États-Unis, ou pour un paiement à la capitation¹⁵⁴ comme l'Autriche et la Belgique. Dans ces pays, la rémunération à l'acte des professionnels de santé est accessoire, voire marginale ; elle n'excède jamais 50 % de leurs revenus¹⁵⁵.

¹⁵⁴ « La capitation consiste à allouer une somme au médecin qui, en contrepartie, s'engage à prendre en charge un patient pendant une période définie (une année le plus souvent) », Pierre-Louis Bras, *Les Tribunes de la santé* 2017/4 (n° 57).

¹⁵⁵ Stratégie de transformation du système de santé, Rapport final, Modes de financement et de régulation, Jean-Marc Aubert, janvier 2019.

Or, un paiement principalement à l'acte présente des limites bien connues, tout à fait comparables à celles largement évoquées dans le cas de la tarification à l'activité (T2A) dans le secteur hospitalier. Les professionnels peuvent piloter leurs revenus en définissant le contenu de leurs prestations¹⁵⁶, la durée de leurs consultations, leurs horaires ou le nombre d'actes réalisés¹⁵⁷, ce qui peut entraîner une dérive inflationniste des dépenses. Par ailleurs, ce mode de rétribution n'est pas propice au déploiement de la prévention¹⁵⁸.

Graphique n° 7 : évolution de la structure de rémunération des médecins généralistes (en %)



Note de lecture : les dépassements d'honoraire sont inclus dans la rémunération à l'acte, l'assurance maladie accorde des avantages consistant à une prise en charge partielle des cotisations sociales dues par les professionnels libéraux.

Source : Assurance maladie, graphique Cour des comptes

¹⁵⁶ *Op. cit.*, Pierre-Louis Bras.

¹⁵⁷ « Modes de rémunération des médecins » Lettre Trésor-Eco n°42, septembre 2008.

¹⁵⁸ « How payment systems affect physicians' provision behavior — An experimental investigation » Reinhard Selten, Daniel Wiesen ; *Journal of Health Economics* Volume 30, Issue 4, July 2011.

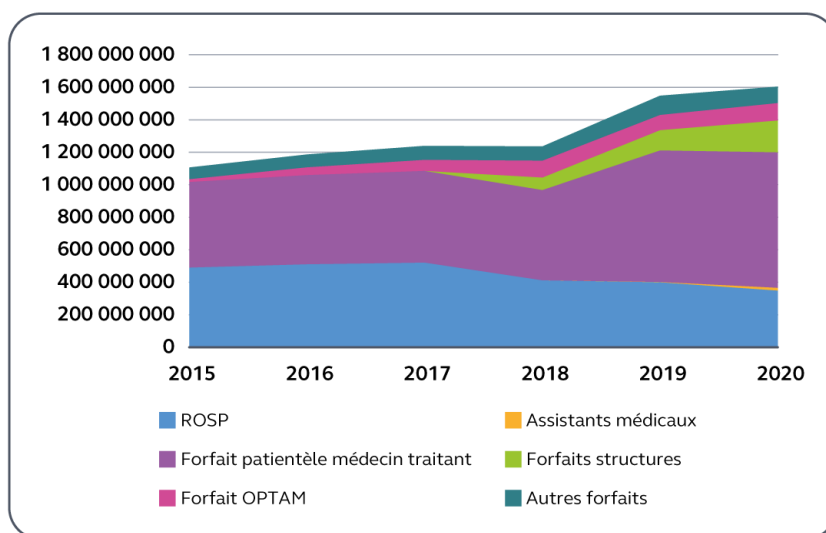
2 - Une rémunération par forfait à développer

Des rémunérations forfaitaires sont apparues dans les textes conventionnels signés depuis 2015. Certaines d'entre elles ne concernent que les médecins, comme le forfait « structure » ou le forfait « patientèle-médecin traitant » (FPMT) ; d'autres sont communes à plusieurs professions, comme la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) qui existe depuis 2012 et concerne les médecins et les pharmaciens. Le forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet (Fami) bénéficie aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes et aux auxiliaires médicaux. Sur la période, ces rémunérations sont passées de 1 Md€ à 1,6 Md€, soit un peu moins de 2 % du sous-objectif « soins de ville » de l'Ondam.

La Rosp, des objectifs devenus moins ambitieux

La convention médicale de 2016 avait prévu une clause de sauvegarde garantissant aux médecins le même niveau de rémunération sur objectifs de santé publique pour les deux premières années d'application (2017 et 2018), quels que soient les résultats obtenus dans le nouveau modèle. Elle a été exercée en 2018 et en 2019. Au-delà des deux premières années, l'avenant n° 6 a prévu des dispositifs au bénéfice des praticiens aux effets analogues à la clause de sauvegarde, consistant en l'abaissement durable des seuils d'éligibilité et des résultats attendus en termes de santé publique, afin de garantir la rémunération des professionnels.

Ainsi, l'objectif de part de la population concernée par un dépistage du cancer colorectal, initialement fixé en 2016 entre 40 et 70 %, a été ramené à une fourchette comprise entre 24 % et 55 %, soit à une valeur inférieure à celles recommandées par l'Union européenne pour espérer faire baisser la mortalité de 10 %. La France, qui enregistrait déjà des résultats très inférieurs à ses voisins européens, a vu son taux de participation à ce dépistage baisser depuis, sans que la rémunération des médecins en soit affectée.

Graphique n° 8 : évolution des rémunérations forfaitaires

Source : Assurance maladie

La négociation séparée, avec chacune des professions, de forfaits d'objet identique, comme le forfait structure ou le Fami, aurait pu relever d'une seule négociation pluriprofessionnelle. Leur valorisation gagnerait à être unique unique par un ajustement sur la moins coûteuse.

Par ailleurs, les rémunérations sur objectifs de santé publique (médecins, centres de santé et pharmaciens) restent marginales dans l'Ondam. Elles représentent une dépense annuelle comprise entre 350 et 400 M€ sur la période, soit de 0,2 % à 0,4 % du sous-objectif « soins de ville ». La Rosp n'a représenté que 2,8 % de la rémunération annuelle en moyenne des médecins généralistes entre 2015 et 2020, 1,2 % de celle des pharmaciens et 0,2 % de celle des médecins spécialistes. Le nombre de médecins généralistes inclus dans ce dispositif a baissé de 4 % depuis 2018¹⁵⁹ ; 3 % n'y adhèrent toujours pas.

¹⁵⁹ Selon les données de la Cnam issues de l'annexe 3 des rapports *Charges et produits*.

Les forfaits patientèle, structure, et le Fami

Entré en vigueur le 1^{er} janvier 2018¹⁶⁰, le forfait patientèle-médecin traitant¹⁶¹ s'est substitué à différentes rémunérations forfaitaires¹⁶². En 2020, il a été versé dans 97 % des cas à des médecins généralistes, pour une rémunération annuelle moyenne de l'ordre de 15 000 €¹⁶³ représentant environ 10,6 % de leur rémunération annuelle.

La convention médicale signée en 2016 a également créé le forfait structure, composé de trois volets. Les deux premiers incitent les médecins à utiliser les outils numériques et à accroître la qualité de l'organisation de leur cabinet. Selon la Cnam, la rémunération moyenne versée à ces titres aux médecins généralistes a été de 2 942 € en 2020 pour une rémunération maximale possible de 6 195 €. L'avenant n° 7 à la convention médicale a introduit un troisième volet afin de permettre l'emploi d'un assistant médical pour accroître substantiellement la patientèle du médecin. Les aides pour ce troisième volet peuvent atteindre 36 000 € et ont représenté en 2020 une dépense totale de 18 M€.

Un forfait similaire d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet (Fami) a été déployé pour les autres professions, à l'exception des pharmaciens et des biologistes. La nécessité de mettre en place, pendant la pandémie, des solutions alternatives à des prises en charge au cabinet a été un puissant accélérateur de son déploiement.

3 - Des modèles de rémunération à redéfinir

De nombreuses innovations médicales et organisationnelles modifient la pratique des professionnels de santé et sont susceptibles de déplacer des actes et, donc, des rémunérations d'une profession à l'autre. Ce phénomène, amplifié par l'effet de la numérisation notamment, incite à redéfinir les modèles de rémunération.

Le modèle économique de la rémunération des médecins généralistes, fondé sur la réalisation de volumes d'actes importants, est particulièrement concerné par les partages et transferts d'actes au bénéfice

¹⁶⁰ Article 15.4.1 de la convention nationale des médecins signée le 25 août 2016.

¹⁶¹ Le médecin traitant est rémunéré sur la base de 5 € par patient, de 6 € pour les enfants de 0 à 6 ans, de 42 € pour ceux de plus de 80 ans ou inscrit dans une affection de longue durée (ALD), et de 70 € pour ceux de plus de 80 ans et inscrit dans une ALD. Une majoration est prévue si la part des patients du médecin traitant qui bénéficient de la complémentaire santé solidaire est supérieure au taux moyen national.

¹⁶² Majorations pour personnes âgées (MPA), forfait médecin traitant (FMT), rémunération médecin traitant (RMT).

¹⁶³ Données de l'assurance maladie.

d'autres professions de santé. En 2019, les pharmaciens, entre autres, ont ainsi été autorisés à vacciner contre la grippe après une expérimentation de plusieurs années. Un double gain de productivité découle de ces partages d'actes ou de compétences car, d'une part, ils accroissent l'accessibilité aux soins et, d'autre part, ils diminuent le coût de ces soins dans l'intérêt tant des patients que des finances publiques.

Ce mouvement mériterait d'être amplifié en rendant le revenu des médecins moins sensible à la réalisation d'actes à faible valeur ajoutée médicale. Cette perspective reçoit un assentiment croissant au sein des syndicats de médecins et du Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) qui plaident de plus en plus souvent pour l'accroissement de la forfaitisation de leur rémunération¹⁶⁴. Il pourrait en particulier être intéressant, dans le cadre des négociations de la prochaine convention médicale, d'offrir aux praticiens qui le souhaitent la possibilité d'opter pour une rémunération avec une composante forfaitaire plus marquée sous réserve qu'ils s'inscrivent dans un exercice coordonné.

L'exemple réussi d'évolution du modèle de rémunération officinale

Depuis la signature de la convention des pharmaciens d'officine en 2012, le modèle de leur rémunération, jusque-là fondé sur une marge, réglementée et appliquée au prix des médicaments, a été complété par la création d'actes de dispensation.

En 2017, l'avenant n° 11 a eu pour objectif de transférer, sur une période de deux à trois ans, environ la moitié de la marge réglementée vers les honoraires de dispensation. Cette marge a ainsi baissé de 1,8 Md€. Le dispositif conventionnel a permis de piloter très précisément cette transition qui est, à ce stade, conforme aux objectifs initiaux. Lorsque des écarts ont été constatés, ils ont été régulés par une baisse de cotation, comme dans l'avenant n° 19. Cette réforme est appelée à se poursuivre.

¹⁶⁴ « Soigner demain », Ordre national des médecins, février 2022.

B - Des contreparties aux incitations financières à renforcer

De nombreuses incitations conventionnelles, souvent modestes, visent à améliorer la coordination et l'accès aux soins.

Leur bilan¹⁶⁵ apparaît contrasté et, globalement, en-deçà des enjeux de transformation du système de santé et des financements mobilisés par l'assurance maladie pour inciter les professionnels à changer leurs pratiques.

1 - L'aide aux structures d'exercice coordonné

L'exercice coordonné entre professionnels de santé est désormais présenté comme la norme pour l'organisation des soins primaires et revêt plusieurs formes : une coordination de proximité centrée sur les soins et sur le patient (équipes de soins, maisons de santé pluriprofessionnelles et centres de santé) et une autre, organisationnelle, à l'échelle des territoires, assurée par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Des aides importantes aux maisons de santé pluriprofessionnelles

Fin 2020, un peu moins de 1 200 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) signataires de l'ACI¹⁶⁶, majoritairement implantées dans les zones sous-denses, regroupaient près de 14 200 professionnels de santé ; 4,2 millions d'assurés avaient déclaré un médecin traitant exerçant au sein d'une MSP.

L'efficacité de ce mode d'organisation des soins doit toutefois être mise en perspective avec les financements accordés par l'assurance maladie : en sus de la rémunération de chacun des professionnels exerçant dans une MSP, la structure a reçu en moyenne 60 680 € (pour un montant total de 55,6 M€ en 2019), l'usage de ce financement et son éventuelle répartition entre professionnels étant laissés à la discrétion de ceux-ci.

¹⁶⁵ Les développements qui suivent ne traitent pas des possibilités ouvertes depuis 2016 d'une modulation des clauses conventionnelles pour les adapter aux spécificités territoriales (à l'exception des tarifs des actes et des prestations, ainsi que des forfaits de rémunération). Ils n'analysent pas non plus la portée et l'effet des dispositifs visant à réguler l'installation des professionnels de santé selon les territoires. Ces différents aspects sont en effet pris en compte dans le cadre de travaux de la Cour sur l'offre de soins de premier recours qui donneront lieu à des publications ultérieures.

¹⁶⁶ Les MSP qui souhaitent adhérer à l'ACI ou salarier des professionnels de santé sont constituées sous la forme de société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens, exerçant en libéral à titre principal. Ils partagent un projet de santé, des méthodes de travail et parfois des locaux.

Afin d'accélérer le développement de l'exercice coordonné, le législateur a confié aux partenaires conventionnels le soin de déterminer « *les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné* »¹⁶⁷. Dans ses orientations relatives à l'avenant n° 7 à la convention médicale, le ministre a précisé que ce sujet serait abordé par profession, au fur et à mesure des cycles de négociation, en commençant par les médecins.

Cet avenant n° 7 a ainsi fait évoluer le forfait structure pour accorder une majoration supplémentaire aux médecins exerçant dans un cadre coordonné¹⁶⁸. Cependant, les partenaires conventionnels ont retenu la définition très extensive de l'exercice coordonné proposée par l'accord-cadre interprofessionnel (Acip) de 2018, moins contraignante que celle figurant dans la lettre ministérielle de cadrage. Cette dernière conditionnait l'attribution de la majoration par la participation à une CPTS, qui devait être appréciée en fonction du degré d'engagement effectif des professionnels.

Il aurait été préférable, pour éviter une dérive inflationniste, d'introduire une minoration du forfait structure pour les médecins ne s'engageant pas dans un exercice coordonné et de respecter la définition proposée par le Gouvernement. Par ailleurs, il conviendrait d'engager sans tarder les négociations relatives à la modulation des rémunérations avec l'ensemble des autres professions, d'autant plus que certains avenants conventionnels ont été conclus depuis, notamment avec les infirmiers ou les orthophonistes.

2 - Une organisation des soins non programmés en ville encore en devenir

Afin de répondre aux difficultés d'accès aux soins, après 20 heures et le week-end, les agences régionales de santé (ARS) sont chargées de l'organisation de la permanence et de la continuité des soins. Chacune des conventions professionnelles précise les dispositifs de rémunération correspondant. En 2020, l'assurance maladie a versé près de 445 M€ à ce titre, montant en augmentation de 20 % depuis 2015. Pourtant, la participation des médecins généralistes à la permanence des soins¹⁶⁹ a baissé sur la même période, passant de 66 % à 60 %, alors que leur effectif est resté stable.

¹⁶⁷ Art. L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

¹⁶⁸ Un mécanisme similaire figure dans l'avenant n° 21 à la convention pharmaceutique, l'exercice coordonné devenant un prérequis de la Rosp attribuée aux officinaux.

¹⁶⁹ Mesurée à partir des données de la Cnam comme le nombre de médecins généralistes, hors médecins à exercice particulier et hors médecins salariés, ayant reçu au moins une rémunération au titre de la permanence des soins au cours de l'exercice.

En parallèle, les partenaires conventionnels ont favorisé financièrement les soins non-programmés. Ainsi, deux types de majoration ont été créés par la convention médicale de 2016, afin de favoriser des prises en charge sans délai : une première majoration de 15 € pour les spécialistes recevant en consultation dans les 48 heures un patient adressé par un autre médecin, lui-même rémunéré à hauteur de 5 € ; la seconde, de 15 €, pour le médecin traitant prenant en charge l'un de ses patients après adressage par la structure de régulation départementale. De même, les accords-cadres interprofessionnels (ACI) relatifs aux MSP et aux CPTS ont introduit des rémunérations pour la prise en charge de soins non programmés. Enfin, en 2021, l'avenant n° 9 à la convention des médecins a généralisé le service d'accès aux soins en définissant les rémunérations des professionnels libéraux y participant, selon une logique forfaitaire en partie décorrélée du nombre d'actes réalisés. Ce mécanisme est entré en vigueur le 1^{er} avril 2022. Dispositif conventionnel négocié au niveau national pour l'ensemble du territoire, il constitue également une garantie contre des dérives inflationnistes que des négociations organisées localement pourraient engendrer. Certaines ARS avaient en effet accordé des rémunérations pour la permanence des soins, financées à partir du fonds d'intervention régionale, de 125 € par heure (contre 90 € pour le tarif prévu par l'avenant n° 9) ou forfaitaires de 450 €.

3 - Une maîtrise insuffisante des dépassements de tarif

Afin de renforcer l'accès aux soins de tous, quel que soit le niveau de ressources des assurés la convention médicale de 2016¹⁷⁰ a prolongé le contrat d'accès aux soins¹⁷¹, dont l'efficacité avait été jugée sévèrement par la Cour en 2014¹⁷², par deux options en vigueur depuis janvier 2017 : l'option de pratique tarifaire maîtrisée (ou Optam), ouverte à l'ensemble des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels, et l'Optam chirurgie et obstétrique (Optam-Co). Afin de rendre le dispositif plus attractif pour les médecins, les partenaires conventionnels ont instauré, pour toutes les spécialités, une prime modulée en fonction des taux de dépassements et d'actes pratiqués au tarif opposable, qui se substitue à la prise en charge des cotisations sociales qui, alors, n'intervient plus que si les engagements sont atteints à 100 %¹⁷³.

Depuis la mise en place de ces deux options, le nombre de médecins adhérents a légèrement augmenté, passant de 12 272 en 2017 à 14 843 en octobre 2021, ainsi que le taux d'adhésion (de 47 % à 52 %). Les différences sont toutefois marquées en fonction des spécialités. Ainsi, le taux d'adhésion des médecins généralistes atteint 70 %, contre 50 % en moyenne pour les autres spécialistes, allant de 26 % pour les ophtalmologues à 82 % pour les radiothérapeutes. Dans le même temps, le taux moyen de dépassement d'honoraires des médecins adhérents à l'Optam et à l'Optam-Co a diminué alors que l'activité réalisée à tarif opposable a augmenté.

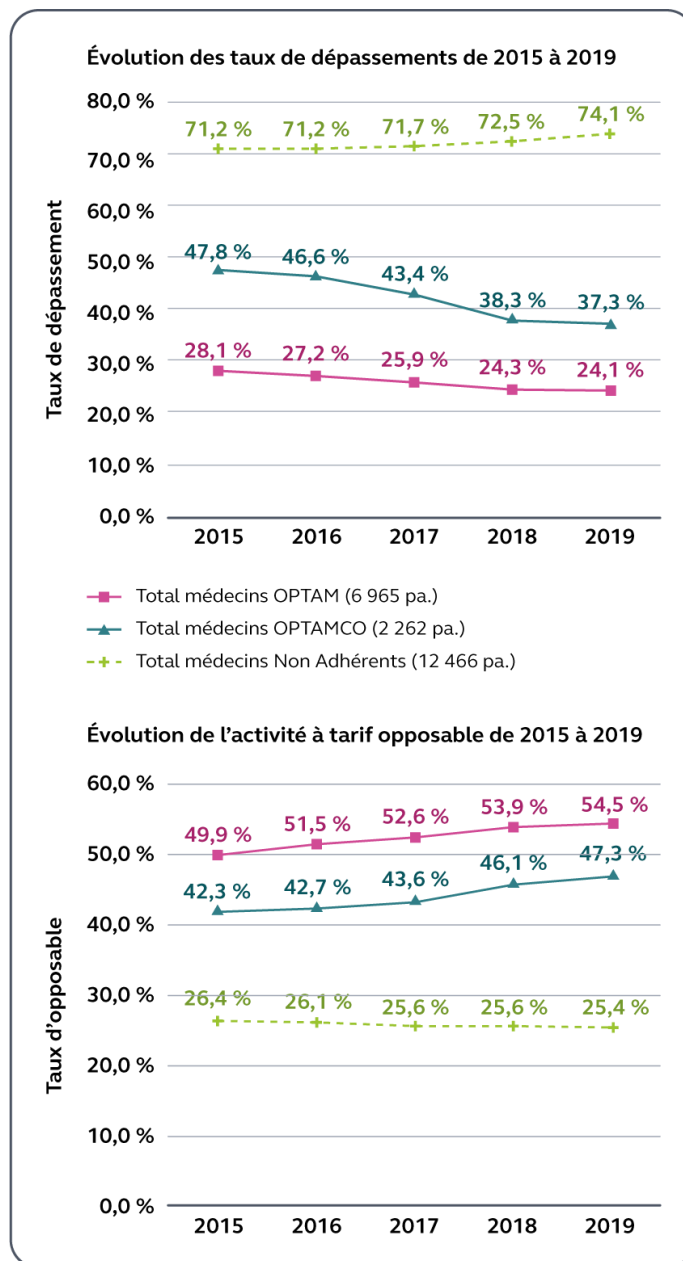
¹⁷⁰ Art. 40 à 58.

¹⁷¹ Créé par l'avenant n° 8 à la convention médicale de 2011, signé le 25 octobre 2012, le contrat d'accès aux soins est souscrit sur la base du volontariat par les médecins en secteur 2 ou bénéficiant d'un droit permanent à dépassement. En contrepartie d'engagements sur un taux moyen de 100% de dépassement d'honoraires, de stabilisation de leurs tarifs et d'une part d'activité à tarifs opposables croissantes, les médecins adhérents aux CAS 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.

¹⁷² Cour des comptes, *Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions de santé libérales*, Communication à la Commission des affaires sociales du sénat, juillet 2014.

¹⁷³ La prime Optam est calculée chaque année au prorata de l'activité réalisée au tarif opposable par le médecin en référence à un taux fixé par spécialité dans la convention. En l'absence d'écart, la prime est versée à 100 % ; si un écart de plus de cinq points est observé, la prime n'est pas versée.

**Graphique n° 9 : évolution des taux de dépassements
 et de l'activité à tarif opposable de 2015 à 2019**



Source : Cnam

Cette double évolution positive s'inscrit cependant dans un mouvement plus large d'augmentation de la proportion de médecins pratiquant des dépassements d'honoraires, qui s'élevait à 50 % (hors généralistes) à la fin de 2020 contre environ 45 % en 2016. En outre, le forfait moyen Optam a presque doublé de 2017 à 2020, passant de 3 891 € à 6 912 €, les dépassements d'honoraires continuant cependant à augmenter.

Par ailleurs, l'assurance maladie n'a engagé depuis 2016 que deux campagnes d'actions individualisées en direction des médecins aux pratiques tarifaires excessives. Ces campagnes ne sont pas engagées de manière unilatérale par l'assurance maladie, mais doivent être définies d'un commun accord avec les partenaires conventionnels¹⁷⁴.

Des actions limitées contre les dépassements d'honoraire excessifs

La première campagne, menée en 2017, s'est traduite par l'envoi de courriers d'information à 902 médecins¹⁷⁵ parmi lesquels, seuls, 36 ont fait l'objet d'une procédure de sanction conventionnelle et 23 d'un passage en commission de conciliation. Aucune sanction n'a été prononcée à l'issue de cette procédure. La deuxième campagne n'a été lancée qu'en 2021 et n'a ciblé¹⁷⁶, par l'envoi de courriers, que 129 médecins.

Il conviendrait d'adopter des critères de ciblage plus ambitieux et de confier à la Cnam l'organisation de campagnes annuelles, sans que les objectifs et critères soient préalablement débattus en commission paritaire.

III - Le cadre conventionnel, des évolutions nécessaires

Principalement issu de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, le cadre juridique s'appliquant aux conventions peine aujourd'hui à s'adapter aux nouveaux modes d'exercice des professionnels de santé et aux enjeux de transformation du système de santé.

¹⁷⁴ Ces pratiques sont appréciées par les partenaires conventionnels à partir d'un ensemble de critères définis à l'article 85 de la convention.

¹⁷⁵ Dont 46 % d'ophtalmologues.

¹⁷⁶ Dont 15 % d'ophtalmologues et 22,5 % de gynécologues (médicaux et obstétriciens).

A - Un élargissement continu des sujets conventionnels

Les questions relatives à la nomenclature des actes et à la rémunération des différentes professions constituent le thème historique des négociations et restent très importantes, notamment symboliquement, pour les syndicats. Elles s'inscrivent aujourd'hui dans un champ de négociation sensiblement plus large.

Depuis 2015, les discussions conventionnelles ont essentiellement concerné l'amélioration de l'offre de soins, afin de garantir un égal accès à des soins de qualité, les modalités d'exercice des différentes professions, en particulier la télémedecine¹⁷⁷ et la coordination, et la prévention¹⁷⁸. Les conventions regroupent ainsi des dispositions très disparates, allant des principes d'organisation du système de santé jusqu'à la transmission des feuilles de soins électroniques.

Cet élargissement continu des thèmes conventionnels procède, en partie, d'une prise en compte croissante des priorités du ministère de la santé. Depuis la loi de modernisation de notre système de santé¹⁷⁹, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent en effet adresser au directeur général de l'Uncam des lignes directrices préalablement aux négociations. Cette pratique s'est d'abord développée sur des négociations à fort enjeu et tend depuis 2020 à se généraliser.

Toutefois, certaines questions restent encore imparfaitement prises en compte par la négociation conventionnelle, comme le vieillissement de la population, la « transition épidémiologique¹⁸⁰ » ou le partage d'actes et de compétences entre professions comme, par exemple, la vaccination. Enfin, la gestion du risque reste en dehors des conventions et du seul ressort de l'assurance maladie.

¹⁷⁷ Au moins 11 avenants spécifiques, hors centres de santé.

¹⁷⁸ Au moins 10 avenants, hors centres de santé.

¹⁷⁹ Article L. 162-14-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé.

¹⁸⁰ Ce concept désigne une transformation des causes de mortalité, passant de causes infectieuses à des causes majoritairement chroniques et dégénératives.

B - Une activité foisonnante, sans stratégie d'ensemble

L'élargissement des thèmes de négociation par rapport au champ historique des conventions n'a cependant pas été accompagné d'une adaptation des processus de négociation.

1 - Une négociation permanente par voie d'avenant

De 2015 à fin 2021, 60 textes conventionnels de toute nature ont été conclus entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux¹⁸¹ : trois conventions¹⁸², un accord-cadre interprofessionnel et deux accords conventionnels interprofessionnels, auxquels s'ajoutent 54 avenants conventionnels. Les partenaires conventionnels sont ainsi installés dans une négociation quasi-permanente, en particulier pour les médecins et les pharmaciens. Cela conduit, en pratique, à une suspension du suivi de l'exécution des conventions par les instances paritaires et, parfois, à un intérêt insuffisant porté à certaines professions.

Un rythme de négociation très variable selon les professions

La convention médicale fait figure d'exception, étant la seule à être renégociée tous les cinq ans. Les autres sont tacitement prolongées et modifiées par voie d'avenant, quelle que soit leur ancienneté. Certains avenants portent sur des thèmes précis comme, annuellement, la rémunération sur objectif de santé publique des pharmaciens ; d'autres procèdent à une refonte en profondeur des textes antérieurs, comme l'avenant n° 12 à la convention des orthoptistes, conclu le 19 avril 2017, ou l'avenant n° 4 à celle des sages-femmes du 29 mai 2018. Par ailleurs, les textes conventionnels comportent de plus en plus souvent des engagements prévoyant l'ouverture de nouvelles négociations dans un certain délai.

Le recours à des avenants s'explique en grande partie par les modalités de leur négociation qui sont moins contraignantes que celles applicables aux conventions elles-mêmes, dans la mesure où elles ne prévoient pas d'obligation de résultat. Les négociations de renouvellement d'une convention après dénonciation doivent, au contraire, aboutir au moins un mois avant son échéance, sous peine de recours à un règlement arbitral¹⁸³.

¹⁸¹ Dont certains sont en attente d'approbation ministérielle.

¹⁸² Celle des médecins, celle de chirurgiens-dentistes et l'accord national des centres de santé.

¹⁸³ Article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale.

Comme le soulignait déjà la Cour en 2014¹⁸⁴, la forte segmentation des négociations dans une succession quasi-ininterrompue peut faciliter une maturation des sujets entre les professions et un étalement dans le temps des coûts liés aux mesures conventionnelles nouvelles. Elle reste cependant très mobilisatrice pour la Cnam et les représentants syndicaux, et se traduit par un risque accru d'inflation des compensations ou des revalorisations accordées, tout en nuisant à une vision consolidée des enjeux conventionnels et de leur coût. Enfin, les textes conventionnels, essentiellement adoptés par voie d'avenant, forment un tout complexe et peu lisible que les professionnels de santé peinent à assimiler.

2 - Des débats délicats sur la détermination des partenaires aux discussions interprofessionnelles

Créée par la loi de 2004 relative à l'assurance maladie, l'Union nationale des professions de santé (UNPS) est composée de 46 représentants issus des douze professions de santé conventionnées. Elle est la seule organisation pluriprofessionnelle habilitée à négocier l'accord-cadre interprofessionnel (Acip) avec l'Uncam. Sa légitimité pour promouvoir les enjeux pluriprofessionnels et d'exercice coordonné peut être débattue.

En effet, l'Acip n'est applicable à une profession donnée que s'il est signé par au moins l'une des organisations syndicales représentatives de cette profession¹⁸⁵. De plus, l'UNPS ne participe ni aux discussions sur les accords conventionnels interprofessionnels¹⁸⁶ ni à celles sur les conventions professionnelles, que ce soit par des échanges préparatoires, en marge des négociations à proprement parler, ou avec un statut d'observateur.

¹⁸⁴ Op. cit. « *Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions de santé libérales* ».

¹⁸⁵ Article L. 162-13-1 du code de la sécurité sociale.

¹⁸⁶ II de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Des organisations syndicales fragilisées

Les organisations syndicales représentatives de chacune des professions de santé ont le monopole de la négociation avec l'assurance maladie pour discuter les textes conventionnels, pour les signer et pour les dénoncer. Seules les organisations signataires participent au suivi de leur application dans les instances paritaires nationales et locales.

Confirmant la tendance à la baisse des adhésions aux syndicats, la participation aux élections des unions régionales des professionnels de santé (URPS), qui permet, pour les professions numériquement les plus importantes, de mesurer l'audience des syndicats, est en baisse. En 2021, le taux de participation était compris entre 19,8 % pour les infirmiers et 47 % pour les pharmaciens et s'élevait à 22,7 % pour les médecins. À l'exception des masseurs-kinésithérapeutes, ces taux sont en diminution par rapport aux précédentes élections de 2015.

De manière plus structurelle, la diminution de l'exercice libéral exclusif, particulièrement marquée dans certaines professions comme chez les médecins¹⁸⁷, altère la représentativité des différentes organisations syndicales parties aux conventions.

La représentation des modes d'exercice libéral dans des structures pluriprofessionnelles pose ainsi la question du choix à faire entre une représentation de ces structures à travers celle, retenue jusqu'ici, des différentes catégories de professionnels libéraux, et une représentation de ces structures *es-qualité*.

La prise en compte des enjeux de ces nouveaux modes d'exercice reste, aujourd'hui, partielle et hétérogène. Les pouvoirs publics ont cherché à associer à la vie conventionnelle les fédérations de structures d'exercice coordonné : elles siègent, avec un avis consultatif, dans les instances paritaires de suivi des accords collectifs interprofessionnels relatifs aux CPTS et aux maisons de santé pluriprofessionnelles ; elles sont consultées en marge des négociations conventionnelles ; elles sont très largement associées au niveau territorial par les agences régionales de santé pour les réflexions sur la structuration des soins primaires et sur le développement de l'exercice coordonné. Elles bénéficient enfin d'un financement par le fonds de soutien aux actions conventionnelles. Il conviendrait *a minima* de leur accorder un statut d'observateur lors des négociations pluriprofessionnelles et interprofessionnelles et peut-être, de façon plus ambitieuse, d'en faire des partenaires conventionnels à part entière. Ceci devrait s'accompagner d'une structuration plus affirmée de ces associations et de leur soumission aux règles de représentativité.

¹⁸⁷ L'exercice libéral exclusif a diminué de 11 % chez les médecins généralistes et de 6 % chez les autres médecins spécialistes depuis 2015.

L'absence des patients et des usagers

Les patients et les usagers du système de santé ne sont pas mentionnés dans le cadre légal du dispositif conventionnel. La participation de France Assos Santé, avec un statut d'observateur, n'est aujourd'hui prévue que pour le suivi de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement des CPTS. Ni le ministère de la santé, ni l'assurance maladie ne les sollicitent préalablement ou en marge des négociations conventionnelles. L'association des représentants des patients par le ministère de la santé à la détermination des grandes priorités des négociations serait pourtant légitime et utile.

C - Un ordonnancement conventionnel à simplifier

Le calendrier des négociations, le contenu de chacun des textes conventionnels et les montants financiers associés mettent en évidence la primauté accordée aux discussions avec chaque profession prise séparément dont, en particulier, les médecins. Sur la soixantaine de textes conventionnels négociés au cours de la période sous revue, seulement cinq relèvent des négociations pluriprofessionnelles ou interprofessionnelles.

1 - Un accord-cadre interprofessionnel au contenu modeste

Négocié avec l'UNPS, l'Acip¹⁸⁸ fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions et des secteurs conventionnés. Il peut déterminer des mesures pour garantir la qualité des soins et leur meilleure coordination, et pour promouvoir des actions de santé publique. Il ne peut, en revanche, déterminer aucune rémunération. La négociation du renouvellement de l'Acip, qui a abouti le 10 octobre 2018, est intervenue après la conclusion de la convention médicale en 2016, après celle de l'ACI relatif aux structures pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017, après l'avenant n° 11 à la convention pharmaceutique qui confirme la place du pharmacien comme professionnel de santé de premier recours, et postérieurement à la convention dentaire, conclue le 21 juin 2018, pour ne reprendre que les textes conventionnels les plus structurants.

Ce séquençage souligne le défaut d'articulation et de programmation entre les négociations pluriprofessionnelles (menées par l'UNPS), interprofessionnelles (ACI) et professionnelles (impliquant les organisations syndicales de chaque profession). Aucune des conventions professionnelles et de leurs avenants ne fait par ailleurs référence aux orientations fixées dans l'Acip, alors qu'il se présente comme un « *cadre structurant permettant d'impulser une dynamique dans chaque convention mono-catégorielle et dans les accords conventionnels interprofessionnels* »¹⁸⁹.

¹⁸⁸ Article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale.

¹⁸⁹ Préambule de l'Acip, signé le 10 octobre 2018, paru au JO du 7 avril 2019.

2 - Un développement limité des accords conventionnels interprofessionnels

Seulement deux ACI sont en vigueur aujourd'hui : le premier, relatif aux structures d'exercice pluriprofessionnel de proximité, et le deuxième, en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS. Ce dernier a été signé le 20 juin 2019 par une quarantaine d'organisations syndicales représentatives puis complété par deux avenants. Les négociations de l'ACI et de son avenant n° 2 ont été ouvertes à la demande du Gouvernement. Elles ont fait l'objet d'une lettre ministérielle d'orientation très précise sur les objectifs recherchés et sur les modalités pour y parvenir, en laissant peu de marges aux partenaires conventionnels, y compris sur le calendrier.

Ces deux ACI fonctionnent comme des compléments aux conventions professionnelles, sans réussir à constituer le cadre commun des dispositions relatives à l'exercice coordonné et pluriprofessionnel. Ainsi, toutes les conventions professionnelles, à l'exception de celle des chirurgiens-dentistes, comportent des dispositions relatives à la coordination entre professionnels de santé et à la construction des parcours. Elles auraient dû être rassemblées dans un accord interprofessionnel afin de garantir leur homogénéité et celle des rémunérations associées.

Pour ce faire, les modalités de négociation des ACI, qui impliquent aujourd'hui plus de 70 personnes, devraient être simplifiées, en favorisant la structuration d'un dialogue entre les différentes professions concernées en amont des négociations avec l'assurance maladie, comme le font les organismes gestionnaires des centres de santé qui arrivent à identifier entre eux leurs points d'accord et d'opposition, et à adopter une position commune avant de négocier avec l'assurance maladie.

Enfin, les partenaires conventionnels ne se sont pas encore saisis de la possibilité de conclure des ACI intégrant les seules professions directement concernées. Ce type d'accord faciliterait la mise en œuvre des décisions des pouvoirs publics concernant le transfert de compétences, les partages d'actes et la construction de parcours de soins coordonnés. Il aurait pu être mobilisé pour soutenir la restructuration de la filière visuelle, ou devrait l'être pour organiser des partages de compétences entre les médecins et les sages-femmes. Depuis décembre 2021, des groupes de travail réunissant des médecins et des pharmaciens ont été constitués, à la demande des principales organisations syndicales, pour préparer certaines des évolutions de la convention pharmaceutique. Cette voie est prometteuse.

3 - Définir une stratégie pluriannuelle de négociation donnant la priorité au pluriprofessionnel

Afin de renforcer la cohérence d'ensemble des conventions, il conviendrait de définir une stratégie pluriannuelle de négociation qui fixerait, non seulement, les principaux thèmes mais aussi, leur inscription dans le temps, tout en conservant la souplesse de l'outil conventionnel. Cette stratégie gagnerait à être articulée avec les priorités des pouvoirs publics fixées par les lois relatives à la santé et à la sécurité sociale, et formalisées dans la stratégie nationale de santé. Son inscription dans une trajectoire financière pluriannuelle plus respectueuse des objectifs de maîtrise des dépenses en serait facilitée.

À cet effet, il serait logique d'inverser l'ordre des négociations en commençant par les négociations pluriprofessionnelles, à conduire sur un périmètre élargi. Un accord interprofessionnel concernant l'ensemble des professions comprendrait ainsi toutes les mesures communes figurant dans les conventions professionnelles, notamment celles relatives à la télétransmission et aux modalités de coordination des parcours. Il pourrait unifier les dispositions relatives à la vie conventionnelle et à la contribution de l'assurance maladie à la couverture des cotisations sociales des professionnels libéraux qui sont aujourd'hui prévues dans chaque convention. Il pourrait aussi fixer certaines rémunérations.

Il serait complété par des ACI à géométrie variable conclus avec certaines professions, pour clarifier leurs compétences partagées et structurer des prises en charge coordonnées. Les conventions professionnelles traiteraient, ensuite, des seules spécificités de chaque profession.

Une telle évolution implique un changement culturel pour les organisations syndicales représentatives comme pour l'assurance maladie, et une modification législative et réglementaire du code de la sécurité sociale, en particulier de l'article L. 162-14-1¹⁹⁰. Cette modification serait par ailleurs l'occasion d'harmoniser et de simplifier le cadre légal applicable à chacune des conventions.

Cette évolution du cadre conventionnel devrait aussi faciliter le recueil préalable des besoins de parties prenantes, jusqu'ici peu consultées, comme les patients ou les acteurs territoriaux.

¹⁹⁰ Cet article définit la durée et le contenu des conventions professionnelles et des ACI.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Il est désormais attendu des relations conventionnelles qu'elles contribuent à la mise en œuvre des politiques cherchant à faire évoluer le système de santé. Cependant, le cadre et les procédures de la négociation conventionnelle, qui n'ont pas fondamentalement évolué depuis près de 20 ans, ne semblent pas adaptés à cette ambition nouvelle. Une révision en profondeur apparaît donc nécessaire à travers la définition des thèmes des négociations, l'organisation de leur calendrier sur un rythme quinquennal et le renforcement de la cohérence d'ensemble du processus de négociation. Les enjeux pluriprofessionnels et interprofessionnels devraient, désormais, devenir la clé de voûte de la politique conventionnelle.

À cette approche, unifiée et renouvelée, doit correspondre une meilleure articulation des mesures conventionnelles avec la trajectoire pluriannuelle de l'Ondam et une information accrue du Parlement sur les résultats de cette démarche. Doivent être aussi améliorés le cadrage pluriannuel financier des mesures conventionnelles et leur suivi régulier, ainsi que la définition précise des attentes à l'égard des professionnels libéraux, contreparties des aides qui leur sont versées pour faciliter l'accès des patients aux soins.

Le rééquilibrage nécessaire entre un paiement à l'acte et des rémunérations forfaitisées doit contribuer à des relations plus coopératives entre professions, nécessaires au développement d'un exercice pluriprofessionnel coordonné au bénéfice du patient.

C'est pourquoi, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 5. définir une stratégie pluriannuelle de négociations conventionnelles, conformément aux objectifs de coordination et de gradation des soins fixés par la stratégie nationale de santé, et ajuster à cet effet le cadre législatif et réglementaire (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam) ;*
- 6. rénover l'architecture conventionnelle en supprimant l'accord-cadre interprofessionnel, en concluant des accords conventionnels interprofessionnels entre deux ou trois professions et en recentrant les conventions professionnelles sur les seules spécificités des professions (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam) ;*
- 7. systématiser l'élaboration des lettres ministérielles d'orientation adressées au directeur général de l'Uncam, et renforcer les pouvoirs de régulation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (ministère chargé de la santé et des affaires sociales) ;*

8. *rendre publics, à l'issue des négociations, les objectifs pluriannuels de dépenses par convention ; mettre en place un suivi régulier du coût détaillé et complet de chaque convention (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam) ;*
 9. *accroître la part forfaitaire de la rémunération des médecins généralistes ; introduire une part forfaitaire dans la rémunération des autres professions, ou accroître son niveau (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam).*
-