

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :
<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.pdf>
<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.epub>

Toutes nos synthèses sont disponibles à cette adresse :
<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html>

Historique des conventions médicales

Mise à jour : Juin 2017

Quelques jalons historiques :	2
1re convention 1971-1975	2
La deuxième convention nationale (1976-1981)	3
La troisième convention (1980-1985)	3
La quatrième convention nationale (1985-1989)	4
La cinquième convention nationale (1990-1992)	4
La loi du 4 janvier 1993 et la vie conventionnelle (1993-1997)	4
Les ordonnances d'avril 1996 et les conventions médicales du 12 mars 1997	5
La convention 1998-2005	6
La convention médicale (généralistes/spécialistes) du 12 janvier 2005 et ses avenants	7
Règlement arbitral du 5 mai 2010	10
Convention médicale du 26 juillet 2011	10
Convention médicale du 26 août 2016	12
Sources :	13
Références bibliographiques complémentaires :	13

Quelques jalons historiques :

Ordonnance n° 45/2454 du 19 octobre 1945 : Régime des Assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles

- Libre choix du médecin par le malade, paiement direct des honoraires, remboursement par les caisses ;
- principe de conventions départementales,
- apparition de la notion de « tarifs négociés ».

Décret n°60-451 du 12 mai 1960, modifié par le décret n°66-21 du 7 janvier 1966.

- Il permet d'adhérer individuellement à la convention type dans les départements non conventionnés,
- Il fixe les plafonds des tarifs médicaux par arrêté interministériel,
- Encadre les modalités de dépassement des tarifs,
- Création de commission paritaire caisses / syndicats sur la question de la qualité des soins.

Loi n°71-525 du 03 février 1971 « *introduisant dans le code de la sécurité sociale les principes de la convention nationale liant les syndicats médicaux représentatifs et les caisses d'Assurance maladie* ». Cette loi fixe les règles régissant les rapports entre chacune des professions de santé et les caisses sous formes de conventions nationales passées entre les caisses nationales (CNAM, CANAM, MSA) et les syndicats définis comme représentatifs des professions concernées. Renouvellement tous les 4 ans mais faisant l'objet d'avenants annuels.

1re convention 1971-1975

Arrêté du 29 octobre 1971 : approbation de la convention nationale des médecins annexée au présent arrêté (soins, tarif des honoraires commission médico-sociale paritaire départementale, commission médicosociale paritaire nationale). JO du 31 octobre 1971. Annulation par conseil d'Etat le 19 février 1975.

- Cette convention lie de façon automatique tous les médecins, à l'exception de ceux qui manifestent individuellement leurs refus ;
- Introduction d'un outil statistique « Tableaux Statistiques d'Activité des Praticiens » ou TSAP,
- Engagement des partenaires conventionnels à revoir la nomenclature des actes servant à l'établissement des tarifs médicaux conventionnels.

Loi n°75-603 du 10 juillet 1975 relative aux conventions entre les caisses d'assurance maladie du régime général de la sécurité sociale, du régime agricole et du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles et les praticiens et auxiliaires médicaux : modifie les art. I259t, I259ii, I261, I262, I267 du code de sécurité sociale. JO du 11 juillet 1975.

- La loi du 10/07/1975 autorise désormais la signature avec une ou plusieurs des organisations syndicales représentatives. (c'est à-dire qu'une seule signature suffit).

Arrêté du 2 août 1975 : approbation de la convention nationale transitoire des médecins du 13/06/1975 Annexée au présent arrêté. JO du 22 août 1975

La deuxième convention nationale (1976-1981)

Arrêté du 30 mars 1976 : approbation de la convention nationale des médecins du 03/02/1976. (Tarifs des honoraires ; annexes I & II). JO du 1^{er} avril 1976

- Possibilité de dispense d'avance de frais étendue aux actes coûteux effectués au cours d'une hospitalisation dans un établissement privé
- Rôle économique des organes de concertation accentué avec la nécessité d'étudier les incidences de coût pour l'assurance maladie sur le système de soins.

Arrêté du 22 juillet 1976 : approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des médecins du 03/02/1976. JO du 6 août 1976.

Arrêté du 7 juillet 1977 : approbation de l'avenant n° 2 à la convention nationale des médecins du 03/02/1976. JO du 30 juillet 1977

Arrêté du 18 décembre 1978 : approbation de l'avenant n° 4 à la convention nationale des médecins du 03/02/1976. JO du 22 février 1979

Arrêté du 2 mai 1979 : approbation de l'avenant n° 5 à la convention nationale des médecins, visant à modifier l'annexe à la convention nationale du 03-02-1976 et fixant les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit. JO du 6 juin 1979.

- Envisage l'expérimentation de formes nouvelles de distribution des soins.

La troisième convention (1980-1985)

29 mai 1980 : signature de la 3^{ème} convention

Arrêté du 5 juin 1980 : approbation de la convention conclue entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et conjointement la Caisse centrale de secours mutuels agricoles et la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et, d'autre part, la Fédération des médecins de France. JO du 6 juin 1980

- Instauration de deux secteurs conventionnels : le secteur 1 dans lequel les médecins s'engagent à respecter les tarifs conventionnels et le secteur 2 composé de médecins qui souhaitent fixer librement ses honoraires. En contrepartie, les médecins optant pour le secteur 2 renoncent aux avantages sociaux,
- réglementation sur la nomenclature,

- mise en place de nouvelles instances locales de régulations conventionnelles pour la maîtrise des dépenses : objectifs de dépenses portant sur les honoraires et prescriptions compatibles avec les recettes de l'assurance maladie,
- définition du rôle du service médical avec un rôle d'épidémiologiste délégué au médecin conseil qui doit participer au bon usage des soins.

La quatrième convention nationale (1985-1989)

Arrêté du 4 juillet 1985 portant approbation de la convention nationale des médecins. JO du 5 juillet 1985

L'avenant n° 1 à ladite convention nationale a été publié au Journal officiel du 15 février 1986, les avenants n° 2 et 3 au Journal officiel du 16 mars 1988, l'avenant n° 4 au Journal officiel du 26 avril 1988 et l'avenant n° 5 au Journal officiel du 10 novembre 1988

- Etablissement d'un lien entre la valeur des lettres clés fixées par la convention et la cotation des actes dans la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels).

La cinquième convention nationale (1990-1992)

9 mars 1990 : signature de la 5^{ème} convention nationale

- Gel du secteur 2 sauf pour les anciens chefs de clinique qui se sont installés après le 01/12/1989

Arrêté du 27 mars 1990 portant approbation de la convention nationale.

Arrêté du 12 avril 1991 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des médecins JO du 13 mai 1991

- 1^{er} avenant mettant en place le « contrat santé ». Les assurés ont la possibilité de s'abonner auprès de leur généraliste avec un système de tiers payant. Avenant annulé.
- 8^{ème} avenant instaurant une consultation « CALD » : consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin omnipraticien pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée, exonérées du ticket modérateur. Le tarif se monte à 23 € en France métropolitaine et est applicable au 1^{er} mars 2002. (26 € en 2003)

10 juillet 1992 : Annulation de la convention de mars 1990 par le Conseil d'Etat en raison de l'illégalité de l'arrêté ministériel d'approbation.

La loi du 4 janvier 1993 et la vie conventionnelle (1993-1997)

Loi n°93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre professions de santé et l'assurance maladie. JO du 04 janvier 1993

Service documentation - Véronique Suhard

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html>

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.pdf>

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.epub>

Cette loi dite « loi Teulade » tente de mettre en place les bases d'un dispositif de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé

- fixation des objectifs prévisionnels annuels ou objectifs quantifiés nationaux avec sanction si non respect ;
- application de Références médicales nationales opposables à chaque médecin,
- mise en œuvre de contrats locaux de maîtrise des dépenses, dans chaque circonscription de caisse,
- système d'information avec codage des actes médicaux, des prescriptions et des pathologies,
- apparition de la notion de « dossier médical »,
- Création des unions professionnelles (URML) devant contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.

21/10/1993 : signature d'une nouvelle convention mettant en œuvre la loi Teulade.

Arrêté du 25 novembre 1993 portant approbation de la convention nationale des médecins.
JO du 26 novembre 1993

Les ordonnances d'avril 1996 et les conventions médicales du 12 mars 1997

[L'ordonnance n°96-345 du 24/04/1996 « relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins »](#) rend caduque la majorité des règles conventionnelles

20 décembre 1996 : dénonciation par les caisses de la convention de 1993 suite à l'échec de la fixation par avenant du mode de sanction en cas de dérapage des dépenses par rapport à l'objectif fixé.

12 mars 1997 : adoption de 2 conventions distinctes (généraliste/spécialiste), accompagnées d'annexes à portée annuelle. Ces conventions précisent les conditions de mise en œuvre des dispositions issues de l'ordonnance de 1996.

- création d'une option conventionnelle pour assurer la coordination des soins dans le cadre des filières de soins ;
- définition des recommandations et des références professionnelles. Sanctions applicables en cas de non respect par les médecins ;
- mécanismes d'adaptation par zone géographique de l'objectif prévisionnel des dépenses en fonction de plusieurs critères
- détail des mécanismes de sanctions prévues en cas de non respect de l'objectif des dépenses.

Arrêtés (2) du 28 mars 1997 portant approbation des conventions médicales ([médecins généralistes](#), [médecins spécialistes](#)). JO du 29 mars 1997.

Annulation par conseil d'Etat (26 juin 1998 et 03 juillet 1998

02/07/1997 : Avenant n°1 à la convention des généralistes

- Accord pour l'option conventionnelle. Apparition de la notion de médecin référent.

[Arrêté du 17 octobre 1997](#) portant approbation de l'avenant n° 1 à la Convention nationale des médecins généralistes : option conventionnelle « médecin référent » (JO du 18 octobre 1997)

24 juin 1998 : annulation de la convention des spécialistes par le Conseil d'Etat

3 juillet 1998 : annulation de la convention des généralistes par le Conseil d'Etat

[Arrêté du 10 juillet 1998](#) portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention nationale J.O. 12 /07/1998.

[Arrêté du 11 août 1998](#) modifiant l'annexe 4 du règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale. J.O du 12/08/1998

[Arrêté du 7 septembre 1998](#) fixant le modèle du formulaire « option conventionnelle - acte d'adhésion » JO 24/10/1998)

[Arrêté du 2 octobre 1998](#) modifiant l'annexe 4 du règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale J.O. 6/10/1998

[Arrêté du 13 novembre 1998](#) portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale. JO du 14/11/1998

La convention 1998-2005

[Arrêté du 4 décembre 1998](#) portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes. J.O. du 4/12/1998

- Reprend les grandes lignes de l'option conventionnelle : médecin référent ;
- Transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge.
- Maîtrise médicalisée des dépenses

Pour les médecins spécialistes, aucun accord n'a été signé.

[Arrêté du 24 février 1999](#) modifiant l'annexe 4 du règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale. JO 25/02/1999.

Avril 1999 : validation de la convention des médecins par amendement au projet de loi CMU

15 avril 1999 : Annulation partielle de la convention par le Conseil d'Etat. Sont annulés : les mécanismes de maîtrise de régulation des dépenses de médecine de ville (sanctions), la dispense d'avance de frais pour une consultation de spécialiste sur renvoi d'un médecin référent, le chapitre 6 sur la formation professionnelle.

28 juillet 1999 : un arrêt du Conseil d'Etat annule partiellement le règlement conventionnel minimal (sanctions financières).

[Arrêté du 12 août 1999](#) modifiant l'arrêté du 13 novembre 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale rectificatif. J.O du 14/08/1999

[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 (1). J.O. 7/03/2002

[Arrêté du 13 mars 2002](#) portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes du 26 novembre 1998 relatif aux modalités de suivi de contrôle des engagements du médecin référent. J.O. 15/03/2002

[Arrêté du 28 juin 2002](#) portant approbation d'un avenant à la Convention nationale des médecins généralistes, relatif à des revalorisations tarifaires de la visite à domicile et de la consultation au cabinet, en contrepartie desquelles les médecins s'engagent à prescrire les médicaments en Dénomination Commune et à réduire le nombre de leurs visites. J.O., 29/06/2002.

[Arrêté du 19 février 2003](#) modifiant l'arrêté du 13 novembre 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale (prolongation jusqu'au 31 mars 2003 du règlement conventionnel minimal). J.O. 27/02/2003

Avenant n°12 du 3.06.2003 Lettre ministérielle Avenant à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins généralistes libéraux et les caisses d'assurance maladie J.O. 17/09/2003

- propose aux volontaires deux nouveaux contrats optionnels. Le premier concerne la délivrance de soins palliatifs au domicile du patient. Il s'agit d'un contrat de santé publique (CSP) rémunéré par un forfait mensuel de coordinations de 40 euros, de 80 euros lorsque le généraliste est le coordinateur de l'équipe de professionnels de santé en charge des soins palliatifs à domicile.
- Le second contrat optionnel concerne les médecins thermaux. Il prévoit une majoration de 10 euros du forfait thermal en contrepartie de leur engagement à réaliser au « moins trois consultations » et la rédaction d'un document de liaison avec le médecin prescripteur.

La convention médicale (généralistes/spécialistes) du 12 janvier 2005 et ses avenants

[Arrêté du 3 février 2005](#) portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. JO du 11/02/ 2005

Instauration d'une rémunération spécifique RMT, fixée à 40 euros pour les médecins le médecin traitant conventionné pour les patients atteints d'une affection longue durée

[Arrêté du 26 mai 2005](#) portant approbation des avenants n° 1, n° 3 et n° 4. JO. du 01/06/2005

- l'avenant n° 1 concerne les mesures tarifaires ;
- l'avenant n° 3 concerne le fonctionnement des instances conventionnelles ;
- l'avenant n° 4 définit les nouvelles modalités de la participation de l'Assurance Maladie au financement de la permanence des soins assurés par les médecins libéraux

[Arrêté du 21 mars 2005](#) portant approbation de l'avenant n° 2. JO 30/03/2005

Cet avenant porte sur la mise en œuvre de la Classification commune des actes médicaux (C.C.A.M.).

[Arrêté du 28 juillet 2005](#) portant approbation des avenants n° 5, 6 et 8. JO du 07/08/ 2005

- l'avenant n° 8 met en place la procédure de dispense d'avance de frais pour les assurés et leurs ayants droit qui bénéficient du droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

[Arrêté du 16 août 2005](#) portant approbation de l'avenant n° 7. JO du 26/08/ 2005

- L'avenant n° 7 à la convention nationale des médecins porte sur les modifications de certains tarifs des actes de la C.C.A.M. technique

[Arrêté du 17 janvier 2006](#) portant approbation de l'avenant n° 9. JO, 29/01/ 2006

[Arrêté du 24 janvier 2006](#) portant approbation des avenants n° 10 et 11. JO, 07 /02/ 2006

- **l'avenant n° 10** précise que les soins réalisés par les psychiatres et les neuropsychiatres qui sont en accès spécifique sont les soins de psychiatrie prodigués aux patients âgés de moins de 26 ans ; il porte également sur l'avis ponctuel de consultant par le psychiatre et le neuropsychiatre ;
- **l'avenant n° 11** concerne notamment la tarification applicable par le médecin spécialiste, exerçant en secteur 1 ou en secteur 2 avec option de coordination, pour une consultation dans le cadre d'une urgence médicalement justifiée.

[Arrêté du 23 mars 2006](#) portant approbation de l'avenant n° 12. JO 30/03/2006

- L'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins porte notamment sur le rôle du médecin traitant en matière de prévention et sur la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et comporte également des mesures tarifaires

[Arrêté du 12 juin 2006](#) portant approbation de l'avenant n° 13. JO, 25 /07/2006

[Arrêté du 27 octobre 2006](#) portant approbation des avenants n° 14 et 15. JO 7/11/2006

[Arrêté du 22 décembre 2006](#) portant approbation de l'avenant n° 16. J.O. 30/12/2006

[Arrêté du 16 janvier 2007](#) portant approbation de l'avenant n° 19. J.O. 21/01/2008

[Arrêté du 23 mars 2007](#) portant approbation de l'avenant n° 20. JO 28/03/2007

- Il porte sur l'amélioration de la répartition des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire national, notamment sur : la création d'une option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins

généralistes en zones déficitaires ; la mise en place d'un observatoire conventionnel de la démographie médicale

[Avenants n°17 bis, n°18, n°21 et n°22 J.O 19/04/2007](#)

- L'avenant n° 17 bis porte sur la formation professionnelle conventionnelle ;
- L'avenant n° 18 porte sur la convergence du dispositif du médecin traitant et de l'option médecin référent ;
- L'avenant n° 21 porte sur les soins délivrés aux patients bénéficiaires de la CMU complémentaire ;
- L'avenant n° 22 porte sur les modalités de participation des médecins stomatologistes au dispositif de prévention bucco-dentaire pour les patients âgés de 16 à 18 ans.

[Arrêté du 2 mai 2007 portant approbation de l'avenant n° 23. J.O. 3/05/2007](#)

- renforcement des missions du **médecin traitant** dans le champ de la prévention ;
- le renforcement de la dynamique engagée en matière de **maîtrise médicalisée** sur les thèmes retenus en 2006 et en 2007 en s'orientant vers la déclinaison et le retour d'information individuel auprès de chaque médecin au regard des objectifs collectifs ;
- la consolidation du rôle du **médecin consultant** dans le cadre du parcours de soins coordonnés ;
- la mise en œuvre d'une deuxième étape de la **C.C.A.M.** technique ;
- création de **majorations** pour certains médecins spécialistes ;
- une **revalorisation de la médecine générale** en deux temps.

[Arrêté du 10 septembre 2007 portant approbation de l'avenant n° 24 . JO du 12/09/2007](#)

[Arrêté du 21 décembre 2007 portant approbation de l'avenant n° 25. Jo du 27/12/2007](#)

[Arrêté du 21 décembre 2007 portant approbation de l'avenant n° 26. JO du 27/12/2007](#)

[Arrêté du 21 décembre 2007 portant approbation de l'avenant n° 27. JO du 27/12/2007](#)

[Avis relatif à l'avenant n° 28 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. JO du 20/12/2008](#)

[Avenant n° 29 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005. JO du 17/07/2009](#)

[Avenant n° 30 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005. JO du 17/07/2009](#)

[Avis relatif à l'avenant n°31 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. JO du 08/09/2009](#)

Règlement arbitral du 5 mai 2010

Le règlement arbitral organise les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie en l'absence de convention médicale.

[Arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale](#)

- reconduction de la convention de 2005
- augmentation du tarif de la consultation des médecins généralistes portée à 23 euros au 1er janvier 2011
- développement d'un tiers payant social pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé,
- incitation financière à la télétransmission et à l'utilisation des services en ligne
- fixation d'objectifs de maîtrise médicalisée pour 2010.

Convention médicale du 26 juillet 2011

[Arrêté du 22 septembre 2011](#) portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. JO du 25/09/2011 – Version consolidée

- introduction de la rémunération à la performance conditionnée par des indicateurs, parallèlement au paiement à l'acte qui reste majoritaire
- consolidation du principe du parcours de soins coordonnés entre les professionnels de santé en valorisant le rôle du médecin traitant et celui du médecin correspondant
- Poursuite des mesures d'aide à l'installation des médecins dans les zones sous-dotées
- Poursuite des politiques de maîtrise médicalisée des dépenses et de la politique de formation continues
- Amélioration des relations avec l'Assurance-Maladie par le développement des télé services et la dématérialisation des procédures.

[Avis relatif à l'avenant n° 1 à la convention nationale](#) organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. JO du 30/12/2011

[Arrêté du 21 mars 2012](#) pris en application de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012

- Plafonnement des dépassements pour chaque acte à 50 % de sa valeur pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation

[Avis relatif à l'avenant no 2 à la convention nationale](#) organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. JO du 15/03/2012

[Arrêté du 5 mars 2012 portant approbation des avenants](#) n° 3, n° 5 et n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. JO du 22/03/2012

- L'avenant n° 3 mars 2012, est relatif à la rémunération sur objectifs de santé publique.

- L'avenant n° 5 est relatif au régime d'allocations supplémentaires de vieillesse (ASV).
- L'avenant n° 6 à la convention médicale, signé le 8 décembre 2011, est relatif aux commissions paritaires

[Avis relatif à l'avenant no 4 à la convention nationale](#) organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. JO du 30/03/2012

- révisions de tarifs sur différents actes d'imagerie et de cardiologie

[Avis relatif à l'avenant n°7 à la convention nationale](#) organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. JO du 31/05/2012

- porte sur la rémunération sur objectifs de santé publique des médecins spécialistes en cardiologie et en médecine vasculaire (paiement à la performance)

[Arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale](#) organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. JO du 7/12/2012

Mise en place du contrat d'accès aux soins pour les médecins secteur 2 ou médecin secteur 2 installés avant le 1er janvier 2013, disposant des titres pour accéder au secteur 2

- encadre les dépassements d'honoraires et prévoit des sanctions pour les médecins en cas de dépassements excessifs
- revalorisation des actes
- création d'un nouveau forfait médecin traitant.

[Avis relatif à l'avenant n° 9 à la convention nationale](#) organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, JO du 7 juin 2013

- règle la question de la participation des caisses aux cotisations sociales des médecins intervenant en EHPAD
- étend le forfait médecin traitant de 40 euros pour le suivi des patients sortis d'une affection de longue durée (ALD) dont l'état mérite une surveillance régulière
- porte la valeur du forfait thermal (STH) à 80 euros (transitoirement à 90 euros en 2013)
- revalorise des examens de prévention bucco-dentaire des médecins stomatologues.

[Avis relatif à l'avenant n° 10 à la convention nationale](#) organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, JO du 7 juin 2013

- étend la rémunération sur objectifs de santé publique (P4P) aux gastro-entérologues et hépatologues.

[Arrêté du 26 novembre 2013 portant approbation de l'avenant n° 11](#) à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011

- concerne la participation aux cotisations sociales pour les médecins adhérents au contrat d'accès aux soins
- modalités de versement du forfait médecin traitant (FMT) pour les médecins nouvellement installés
- mise en place de la CCAM des actes bucco-dentaires
- extension du dispositif de prévention bucco-dentaire aux femmes enceintes.

Convention médicale du 26 août 2016

Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

- revalorisation du tarif de consultation du généraliste qui atteint 25 euros.
- Revalorisation du tarif de consultation coordonnée (spécialiste) à 30 euros
- Incitation financière pour le spécialiste qui réalise une consultation dans « les 48 heures suivant l'adressage sans délais par le médecin traitant
- Création de deux nouvelles consultations pour les actes complexes et très complexes
- Création d'un forfait patientèle pour les médecins traitants
- Création d'un forfait structure dont le but est d'inciter les médecins à mettre en place des nouveaux outils et organisation pour optimiser la gestion de leur cabinet
- Remplacement du contrat d'accès aux soins par deux nouvelles options visant à limiter les dépassements d'honoraires
 1. Optam (option pratique tarifaire maîtrisée) pour les médecins de secteur 2
 2. Optam-co pour les chirurgiens et obstétriciens
- Aide à l'installation dans les déserts médicaux : création d'un contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) ;

Avis relatif à l'avenant n° 1 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016

- Déclaration d'un médecin traitant pour l'enfant de moins de 16 ans
- Introduction de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROPS) pour les médecins traitant de l'enfant de moins de 16 ans reposant sur 10 indicateurs spécifiques concernant le suivi des maladies chroniques et la prévention.

Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016

- Définition d'actes de télémédecine pour faciliter la prise en charge des patients résidant en EHPAD.

Avis relatif à l'avenant n° 3 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016

- Mise en place d'une aide financière complémentaire à destination des médecins libéraux interrompant leur activité médicale, pour cause de maternité, de paternité ou de congé d'adoption afin de les aider, pendant cette période, à faire face aux charges inhérentes à la gestion du cabinet médical

NB : un site d'information sur la convention 2016 a été mis en place par l'assurance maladie. On y retrouve les thématiques principales couvertes par la convention :

<http://convention2016.ameli.fr>

Sources :

Dupeyroux J.M., Borgetto M. et al. (2005). *Droit de la sécurité sociale*. Paris : Dalloz.

Daligand L. (2001). *Sécurité sociale*. Paris : Masson.

Evin C. (2002). *Rapport sur la proposition de Jean Le Garrec portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie*. Rapport 3524. Paris : Assemblée Nationale.
<http://www.assemblee-nationale.fr/rapports/r3524.asp>

Euzet J.C. (1997). *Les conventions signées entre les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie en France*. Rouen : Centre Normand de Formation et de Perfectionnement.

Chaperon J. (1996). La convention médicale de 1946 à nos jours. *La Revue Prescrire*, 16 (164) : 550-555

Chaudat P. (1993). Les médecins : la crise du système conventionnel. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. 34 (3) : 191-196

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Direction de la Nomenclature. (1995). *Une histoire de la nomenclature générale des actes professionnels*. Les cahiers de la Nomenclature ; 1. Paris : CNAMTS

Mignon J., Mignon M. (1991). Assurance maladie... Dix ans de convention. *Le Concours Médical*, 113 (39/40) : 3555-3557

Références bibliographiques complémentaires :

(2017). Convention médicale 2016/2021 : Quoi de neuf pour les patients ?, Paris : Cnamts
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Convention-Presses_GP-27042017-patients.pdf

La nouvelle convention médicale signée entre les syndicats de médecins et l'Assurance Maladie en août 2016 prévoit de nombreuses dispositions qui répondent à deux objectifs clés : Renforcer l'accès aux soins et améliorer la prise en charge médicale.

(2017). La rémunération sur objectifs de santé publique. Bilan à 5 ans et présentation du nouveau dispositif. Paris : Cnamts
www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_bilan_ROSP_2016_du_21_avril_def.pdf

Après 5 années de mise en oeuvre, le bilan de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) est globalement positif et témoigne de son intérêt comme levier d'évolution des pratiques des médecins libéraux. Malgré un ralentissement observé en 2016, la progression des pratiques se poursuit et montre que cette rémunération complémentaire encourage globalement une meilleure prise en charge des malades chroniques et une prescription plus pertinente et efficace au service de la qualité et de la maîtrise des dépenses. Elle n'aura cependant pas réussi à inverser la tendance à la baisse des pratiques de dépistage et de vaccination, qui connaissent

depuis plusieurs années un contexte de défiance et qui impliquent des efforts de tous les acteurs au-delà des médecins. Fort de ces résultats encourageants, le dispositif a été reconduit dans le cadre de la nouvelle convention médicale signée en 2016. Un dispositif renouvelé, recentré sur la seule pratique clinique et intégrant de nouveaux indicateurs s'appliquera à partir de cette année.

(2016). La rémunération sur objectifs de santé publique. Une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence de soins. Bilan à 4 ans, Paris : Cnamts
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/10042014_DP_Bilan_ROSP_2_ans_2013.pdf

Après 4 ans de mise en œuvre, le bilan de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) témoigne de l'intérêt du dispositif comme levier d'évolution des pratiques chez les plus de 110 000 médecins libéraux éligibles. Entre 2011 et 2015, celle-ci a encouragé une prise en charge améliorée des malades chroniques et une prescription plus pertinente et efficiente au service de la maîtrise des dépenses de santé ; de plus, elle a agi comme levier de modernisation du cabinet médical, pour le bénéfice des patients. Le taux d'atteinte global pour les médecins généralistes et les médecins à expertise particulière¹ est passé de 52,9% à 68,3%² entre 2012 et 2015. Seul bémol, les indicateurs du volet prévention ne progressent pas.

Coutant, D. et Tuffreau, F. (2016). La médecine générale, une spécialité d'avenir : Des premières conventions médicales aux maisons de santé. Rennes : Presses de l'EHESP

Aujourd'hui en France, si globalement les effectifs de médecins augmentent, le nombre de généralistes est inférieur à son niveau de 1996, alors que la population française s'est accrue de plus de 6 millions d'habitants. Mais la crise actuelle n'est pas seulement démographique ; la question de la place de la médecine générale au sein du système de soins a été interrogée dès les années 1970. En l'absence de reconnaissance universitaire (intervenue en 2004), la construction identitaire de la médecine générale s'est faite, pour une large part, dans le cadre des conventions signées entre les syndicats médicaux et l'assurance maladie. Un espace de négociations porteur d'enjeux considérables... Pourtant, ces dernières années, une image nouvelle se dessine, celle du généraliste « responsable » d'équipe de soins primaires et véritable acteur de santé publique de son territoire, dans une approche pluriprofessionnelle, au sein des maisons de santé, héritières des centres et des réseaux de santé.

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (2015). La rémunération sur objectifs de santé publique : une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence de soins. Bilan à 3 ans. Paris : Cnamts
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_2014-150427.pdf

Bouton, R. (2015). "Médecine générale : la rupture des années 1990." Sève : Les Tribunes de La Santé(48): 39-47.
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2015-3.htm>

Le mouvement des médecins généralistes du début des années 1980 qui a abouti à la création de MG France aura été l'élément majeur des évolutions du secteur des soins ambulatoires et de sa représentation de ces trente dernières années. Si les différents épisodes de cette saga professionnelle sont connus, les événements qui ont motivé la poignée de médecins généralistes initiateurs de ce phénomène syndical le sont moins. Ils ont considéré que la sauvegarde de la médecine générale constituait une urgence sanitaire et sociale, et ce sentiment d'urgence les a amenés

à formuler leurs choix stratégiques dans la plateforme d'appel à la création d'un syndicat autonome de généralistes qui fut perçue comme une provocation par les syndicats médicaux établis et l'ordre des médecins. Retour sur ces années décisives de l'histoire récente des généralistes... (résumé de l'éditeur)

Bras, P. L. (2015). "La liberté des tarifs médicaux : la victoire des médecins spécialistes." Sève : Les Tribunes de La Santé(48): 73-92
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2015-3.htm>

Depuis plus d'un siècle, la liberté tarifaire est l'enjeu d'un conflit entre les médecins et les représentants des assurés. Cet article est consacré au dernier épisode de ce conflit, la négociation engagée sur cette question en 2012 suite à l'engagement pris par le président de la République d'encadrer les dépassements d'honoraires. Il montre que, malgré cet engagement, la négociation s'est conclue par un accord globalement favorable aux médecins spécialistes qui devrait aboutir à un développement des dépassements. Malgré une publicisation de cette question des dépassements, les soutiens limités et diffus dont auraient pu bénéficier les pouvoirs publics ont conduit à privilégier une stratégie visant à éviter un affrontement ouvert avec une fraction du corps médical fortement mobilisée autour de la défense de la liberté tarifaire.

Grass, E. (2015). "Les chemins escarpés de la négociation conventionnelle 2016." Sève : Les Tribunes de La Santé(48): 49-56.
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2015-3.htm>

Dans son sens premier, négocier signifie « faire du commerce » (du latin *negotiari*). Le mot s'est enrichi avec le temps d'origines anglo-saxonnes. Il signifie également « venir à bout d'un obstacle ». La négociation de la convention médicale illustre ces deux sémantiques. On négocie la convention médicale comme on troque un tapis. On la négocie aussi comme on franchit un virage difficile. Négocier suppose un partenaire, un calendrier, la volonté réciproque de parvenir à un accord et souvent une mise en scène qui permet de justifier que chacun s'éloigne peu à peu des positions qu'il avait initialement dessinées. Tout cela fait encore défaut alors que la négociation devrait s'ouvrir.

Hassenteufel, P. (2015). "La défense de la médecine libérale." *La vie des idées* 10.
http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/me_decinslibe_raux16062015.pdf

Les médecins libéraux ont été de virulents opposants à la loi de santé 2015. Cette mobilisation s'inscrit dans une tradition séculaire de défense des principes de la médecine libérale par des syndicats influents qui entretiennent une vision corporative de la profession. Le mouvement d'opposition à la loi de santé ne peut donc se comprendre qu'en référence aux mobilisations qui l'ont précédé depuis 35 ans. Cette mise en perspective historique nous conduira à souligner le fait que les médecins libéraux ont réussi dans une large mesure à préserver, dans la durée, les principes de la « médecine libérale » par leurs mobilisations. Elle nous permettra, pour finir, d'apporter des éléments de réponse nuancés à la question suivante : la généralisation du tiers-payant dans le cadre de la loi de santé pourrait-elle marquer un tournant majeur dans la place et le rôle des médecins libéraux dans le système de soins français ? (d'après l'auteur).

Marie, R. (2015). "Une régionalisation des conventions de santé profitable aux ARS." Sève : Les Tribunes de La Santé(48): 99-105.
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2015-3.htm>

Les rapports entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux sont régis par des conventions nationales qui avaient initialement pour objectif de fixer le tarif des actes avant de voir, au fil des années, leur champ d'application matériel s'accroître. Bien que l'édifice conventionnel se soit construit nationalement et par profession, il va connaître une inflexion régionale, déjà prévue par les textes mais rarement mise en œuvre, permettant d'adapter localement des mesures nationales. Cette régionalisation servira de base à la contractualisation avec les professionnels intéressés.

(2014). Dépassements d'honoraires 2013 : Observatoire des pratiques tarifaires. SI : Annuaire sécu

<http://www.annuaire-secu.com/pdf/observatoire-pratiques-tarifaires12mars2014-V6.pdf>

L'Observatoire initié par l'accord conventionnel relatif aux pratiques tarifaires des médecins installés en secteur 2 de la convention médicale (en ville comme en établissements publics et privés) s'est réuni, pour la troisième fois depuis son installation, le 12 mars 2014. La présidence de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) a mis en ligne le document étudié à cette occasion par les membres de l'observatoire représentant les caisses nationales d'assurance maladie obligatoire, les syndicats de médecins libéraux, le conseil de l'ordre, les organismes complémentaires d'assurance maladie et les associations de patients. La baisse du taux moyen de dépassement constatée en 2013 vient confirmer l'inflexion constatée en 2012, avec un écrêtement de certains des gros dépassements. Toutefois, cette modération du niveau des honoraires pratiqués, prévue par l'accord, reste à confirmer sur la base de données consolidées, affinées en montant et par spécialité, ce qui nécessite quelques mois de délai. Le premier rapport annuel de l'Observatoire présentant notamment les comparaisons exhaustives de l'exercice 2013 avec les années précédentes ainsi que les premières données significatives de l'évolution des honoraires des praticiens de secteur 1 titrés qui ont pu accéder au contrat d'accès aux soins est attendu à l'automne 2014. Il est également prévu qu'un bilan des procédures pour dépassement abusif et pour dépassements non autorisés (CMUC) sera réalisé par le conseil de l'Uncam

(2014). La rémunération sur objectifs de santé publique, deux ans après : des progrès significatifs en faveur de la qualité et de la pertinence de soins. Paris : Cnamts

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/10042014_DP_Bilan_ROSP_2_ans_2013.pdf

Dans le cadre de la convention médicale, l'Assurance Maladie et les syndicats de médecins ont mis en place une nouvelle rémunération des médecins fondée sur l'atteinte d'objectifs de santé publique. Cette rémunération comporte pour les médecins traitants, les cardiologues et les gastroentérologues, quatre volets relatifs à la prévention, au suivi des pathologies chroniques, à la prescription de médicaments et à l'organisation du cabinet. Pour les autres médecins, elle comprend un volet unique relatif à l'organisation du cabinet. Deux ans après sa mise en place, le dispositif de Rémunération sur objectifs de santé publique confirme la progression observée en 2012 qui se poursuit en 2013, au service de la qualité et de l'efficacité du système de soins. Le taux général d'atteinte des objectifs s'améliore, en effet, significativement : il passe en un an de 51,1% à 59,7% pour l'ensemble des omnipraticiens¹, soit 8,6 points de plus. Cette évolution s'inscrit dans un contexte d'opinion de plus en plus favorable : selon une enquête conduite fin 2013, 7 Français sur 10 considèrent désormais que le système de rémunération sur objectifs de santé publique est une bonne chose. Quant aux médecins, s'ils étaient plutôt réservés vis-à-vis de la mise en place de la relation contractuelle individualisée, en 2011, ils sont aujourd'hui 57% (dont 71% pour les médecins ayant signé un CAPI) à considérer que

l'Assurance Maladie les aide par cette évolution à atteindre leurs objectifs de santé publique. De surcroît, pour l'ensemble des objectifs fixés par la convention médicale de 2011, plus de 80% des médecins généralistes interrogés déclarent avoir fait évoluer leurs pratiques ou prévoient de le faire dans l'année qui vient. Ces perceptions positives trouvent une traduction concrète dans les indicateurs de suivi de la ROSP.

(2014). Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense. In : Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Paris : Cour des Comptes

https://www.ccomptes.fr/content/download/73463/1911709/version/1/file/rapport_securite_sociale_2014_conventions_professions_liberales_sante.pdf

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 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. 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.. 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

Andriantsehoanarinala, L. (2014). Les médecins ayant refusé la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)/paiement à la performance (P4P): une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus, Montpellier : Université de Montpellier 1 S;Thèse de médecine.

<http://www.atoute.org/images/2014/these%20refus%20ROSP%20-%20ANDRIAN.pdf>

La convention nationale entre médecins généralistes et assurance maladie signée le 26 juillet 2011 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012 consacre un nouveau dispositif, la « rémunération sur objectifs de santé publique » (ROSP), qui fait partie des paiements à la performance (P4P, pay for performance). Un espace est ménagé pour les généralistes souhaitant rester conventionnés, mais refusant cette rémunération. Pourquoi ces généralistes refusent-ils, alors que la majorité de leurs confrères ont accepté, qu'il s'agit d'augmenter leurs revenus et que le dispositif parle de santé publique et de qualité des soins ? OBJECTIFS : Décrire, analyser, comparer les raisons exprimées du refus. Etude qualitative avec un questionnaire à but descriptif, administré à 42 médecins, permettant ensuite de choisir n=13 généralistes. Puis étude qualitative par entretiens téléphoniques semi-dirigés de ces 13 médecins et analyse thématique. Les médecins réfutent les résultats attendus : il n'y aura ni amélioration des pratiques, ni amélioration de la santé individuelle ou de la santé publique, ni d'économies sur les dépenses de santé. D'une part parce que les indicateurs sont incapables de juger de la qualité des soins, de la santé des

populations et surtout sont incapables de manifester du « travail invisible ». Egalement à cause des enjeux éthiques, moraux et déontologiques : le conflit d'intérêt, comme la transformation du contrat moral de moyens en résultats, sont au cœur de leurs griefs et à la source des effets pervers du dispositif. D'autre part, les médecins réfutent la légitimité du dispositif, dénoncent l'illusion de volonté d'améliorer les pratiques par les tutelles, leur politique d'empêchement de la qualité et leurs propres conflits d'intérêt industriels ainsi que leur stratégie de pouvoir

Daudigny, Y. (2014). L'enquête de la Cour des comptes sur les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé : rapport d'information.

<http://www.senat.fr/rap/r13-699/r13-6991.pdf>

La commission des Affaires sociales du Sénat a demandé en décembre 2013 à la Cour des comptes de réaliser une enquête portant sur les relations entre Assurance maladie et professions libérales de santé dans le cadre de la politique conventionnelle. Cette enquête a été présentée à la commission le 8 juillet 2014 sous la forme d'une table ronde réunissant les magistrats de la 6^e chambre, le directeur général de la CNAMTS et le directeur de la sécurité sociale. Un rapport du Sénat rend compte des débats intervenus lors de cette table ronde avec la présentation du travail de la Cour par Antoine Durrleman, président de la sixième chambre. En annexe de ce rapport les trouve l'enquête remise par la Cour des comptes. Quatre thèmes ont été abordés : le cadre des politiques conventionnelles, leurs caractéristiques et leurs évolutions depuis la réforme de 2004 ; l'impact des politiques conventionnelles sur les politiques de revenus des professions de santé ; les questions liées à l'accès aux soins de ville ; la place des politiques conventionnelles dans la régulation globale du système de santé. La cour des comptes souligne que le modèle conventionnel s'est essoufflé au cours de la décennie écoulée. Il n'a pas été suffisamment mis au service d'une organisation plus intégrée du système de soins à même de répondre à l'évolution des besoins de santé dans un contexte de développement des pathologies chroniques et à la nécessité de gains d'efficacité structurels pour l'assurance maladie. Les modalités des politiques conventionnelles et leur place dans la régulation globale du système de soins doivent en conséquence être réexaminées. Cette révision passe par des négociations moins éclatées et moins diffuses, recentrées sur les enjeux essentiels : pilotage des rémunérations, accès aux soins, maîtrise médicalisée des dépenses. Le cadre conventionnel doit en outre être bâti sur un socle interprofessionnel beaucoup plus développé, permettant de mieux structurer et coordonner les soins de ville de premier recours. L'enquête évoque également le besoin d'associer plus étroitement les organismes complémentaires au système conventionnel, et met en garde la CNAMTS sur son manque de volontarisme afin que les avantages accordés aux professionnels de santé (rémunérations supplémentaires, primes ou prise en charge de cotisations), soient assortis de contreparties suffisantes permettant de mettre plus franchement les outils conventionnels au service d'un accès à des soins de qualité, dans des conditions financières lisibles et satisfaisantes pour les patients. La coordination doit également être renforcée au niveau territorial, entre les ARS et les CPAM. La Cour mise sur la future loi de santé publique pour imprimer les évolutions nécessaires

Marie, R. (2014). "La généralisation du tiers payant : entre amélioration de l'accès aux soins et défiance des médecins." *Droit Social* (10). 847-853

Le paiement direct des honoraires au médecin libéral et plus largement à l'ensemble des professionnels de santé reste la règle de facturation. Malgré la multiplication des exceptions légales et conventionnelles qui couvrent aujourd'hui 33 % des consultations de ville et l'amélioration constante des délais de remboursement, la généralisation du tiers payant est devenue un chantier prioritaire et un axe de la

stratégie nationale de santé. Si le projet semble séduisant, sa mise en place se heurte à de nombreux problèmes techniques et soulève en filigrane la délicate question de l'indépendance des médecins libéraux

Marty, J. (2014). "Les dépassements d'honoraires, l'assurance maladie et le projet de loi relatif à la santé." Droit Social (10). : 839-846

Le projet de loi sur la santé prétend lutter contre les barrières financières de l'accès aux soins. En réalité, il crée une rupture caractérisée de l'égalité entre les établissements publics et privés de santé car il prévoit que les cliniques privées ne pourront participer au service public hospitalier qu'à condition que leurs praticiens ne recourent jamais à des dépassements d'honoraires pour toute leur activité libérale, alors que les praticiens hospitaliers pourront continuer à demander de tels dépassements dans l'activité privée qu'ils exercent au sein des hôpitaux. La réforme envisagée est d'autant plus injuste que l'activité chirurgicale des établissements privés de santé s'avère aujourd'hui moins chère, dépassements d'honoraires compris, que celle des établissements publics. Et ces hôpitaux sont directement intéressés à l'augmentation des revenus privés de leurs médecins

(2013). "Les liens P4P font-ils conflit ?" Revue Prescrire **33**(359).

Maintenant, les médecins libéraux français sont rémunérés, en partie, à la performance. Mais cette partie est amenée à croître, et en échange de cette rémunération, le montant du paiement à l'acte n'évolue plus. Cet article analyse les critères de performance proposés par l'Assurance maladie dans le cadre de la convention médicale et se demande si la performance est un critère pertinent d'évaluation des médecins et de leur rémunération, car le soignant peut-il accepter d'être récompensé

(2013). "Non merci ! je ne veux pas être payé sur résultats par la Sécurité sociale." Revue Prescrire /**33**(359).

Cet article rapporte la position d'un médecin qui ne souhaite pas être payé à la performance, car ce mode de rémunération dénature, selon lui, la relation médecin malade

(2013). "Rémunération sur résultats : étendue à l'ensemble des médecins libéraux en France." Revue Prescrire **33**(351).

(2013). "Rémunération sur résultats : objectifs de soins et de coûts (n° 1 à n° 5)." Revue Prescrire **33**(352). 147-149

En France, la convention 2011 signée entre l'assureur maladie obligatoire et les représentants des médecins libéraux a introduit une rémunération sur objectifs, généralisée à l'ensemble des médecins libéraux conventionnés. Il remplace le Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) introduit en 2009. Un premier article de Prescrire présentait l'organisation globale de cette rémunération, ainsi que les 5 objectifs concernant l'équipement et l'organisation des cabinets. Ce deuxième article poursuit avec l'analyse des 5 premiers objectifs de pratiques de soins et de réduction des coûts concernant les médecins traitants

(2013). "Rémunération sur résultats : objectifs soins et de coûts (n° 6 à n° 11)." Revue Prescrire(353). 222-226

(2013). "Rémunération sur résultats : objectifs soins et de coûts (n° 12 à n° 13)." Revue Prescrire (355) : 384-385

(2013). "Rémunération sur résultats : objectifs de soins et de coûts (n° 14 à n° 24)." Revue Prescrire(356). 456-463

En France, la convention 2011 signée entre l'assureur maladie obligatoire et les représentants des médecins libéraux a introduit une rémunération sur objectifs, généralisée à l'ensemble des médecins libéraux conventionnés. Il remplace le Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) introduit en 2009. Un premier article de Prescrire présentait l'organisation globale de cette rémunération, ainsi que les 5 objectifs concernant l'équipement et l'organisation des cabinets. Ce cinquième article poursuit l'analyse pour les objectifs de soins de 14 à 24

(2012). Rapport d'activité 2011 de la Cnamts. La santé progresse avec vous.
http://www.lassurance-maladie-recrute.com/fileadmin/mediatheque/rapport_d_activite_2011.pdf

L'assurance maladie publie son rapport d'activité 2011 qui propose un point complet des actions menées par l'Assurance maladie : les faits marquants 2011 et les résultats obtenus, mais également les projets en cours et les perspectives 2012. L'assurance maladie revient sur les Contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), lancés en juin 2009, qui ont ouvert la voie à la rémunération sur objectifs de santé publique inscrite dans la convention médicale. L'assurance maladie souligne une évolution positive des pratiques chez les médecins signataires de ce contrat par rapport aux non signataires. Ainsi, la prescription de statines génériques a progressé de 0,7 point chez les signataires à fin mars 2012, contre une baisse de 6 points chez les non signataires. L'assurance maladie souligne également les efforts qui ont été faits en matière de maîtrise médicalisée. Les actions menées auprès des professionnels de santé et des assurés pour favoriser le respect des référentiels et optimiser les dépenses de médicaments ont permis d'économiser 612 millions d'euros, soit 61 millions d'euros de plus que prévus. Sur ces économies, 12 millions ont été faits sur les antibiotiques, 65 millions sur les statines, 7 millions sur les IPP, 32 millions sur les IEC et les sartans, 36 millions sur les antiagrégants plaquettaires et 47 millions sur les anti-ostéoporotiques

Clausener, M. (2012). "Une convention pour quoi faire ?" Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires (Le) (2923/2924 - Cahier 1).

La seconde convention pharmaceutique marquera un tournant pour la profession, en raison notamment des volets rémunération et nouvelles missions. Elle devrait être signée fin mars 2012 avec l'Assurance maladie pour une durée de cinq ans. Cet article en décrit les objectifs, les avantages ainsi que les limites

Krucien, N., et al. (2012). "La relation patients médecins." Lettre du Collège (La) **23**(1).
http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Lettre_du_CES_Mars_2012.pdf

Cette Lettre du Collège des économistes de la santé porte sur le thème de la relation patients-médecins. L'article de Yann Videau (Erudite, Upec) s'intéresse à la nature des motivations des médecins dans un contexte où le mode de rémunération devient mixte et où le P4P introduit une incitation financière. Cette dernière peut naturellement changer les comportements des médecins animés par une motivation extrinsèque à l'activité elle-même forte. L'auteur souligne aussi les possibles effets pervers de ce mode de rémunération lorsque les médecins sont avant tout sensibles

aux motivations intrinsèques de l'exercice médical (intérêt pour le soin en soi, la prévention, la santé publique)

Marie, R. (2012). "Les évolutions à l'œuvre en matière de rémunération des médecins libéraux." Droit Social (5). 517-523

La question de la rémunération des médecins libéraux est depuis plusieurs années au cœur des préoccupations des pouvoirs publics. La persistance des déficits, les progrès technologiques, l'évolution des techniques de prise en charge de certaines pathologies comme les pathologies chroniques remettent en cause le système de paiement à l'acte. D'autres modes de rémunération sont ainsi à l'étude, depuis la convention médicale du 26 juillet 2011. Cet article analyse l'évolution de ces modes de rémunération

Rousset G. (2012). « La lutte contre les « déserts médicaux » depuis la loi HPST : entre désillusions et espoirs nouveaux. » *Revue de droit sanitaire et sociale* (6)

La lutte contre les « déserts médicaux » a été marquée par la loi HPST. Pourtant, plus de trois ans après son entrée en vigueur, un rapide bilan montre une efficacité plus que limitée des principaux dispositifs qu'elle a adopté en la matière : le contrat d'engagement de service public est encore peu appliqué, tandis que le contrat santé solidarité a été vidé de sa substance. Dans ce contexte, il se révèle opportun d'analyser les conventions signées entre l'Assurance maladie et les syndicats de multiples professions de santé, lesquelles ont recours de manière variable à des dispositifs d'incitation mais aussi de coercition.

Van Roekeghem F. (2012). Pour une nouvelle dynamique collective de santé publique. Sève : Les Tribunes de La Santé (35): 21-27.

Près de trois ans après l'instauration du contrat d'amélioration des pratiques individuelles, la mise en oeuvre d'un complément de rémunération sur objectifs des médecins traitants a démontré son intérêt en santé publique, tout particulièrement pour la prise en charge des maladies chroniques. La généralisation de cette approche dans le cadre de la convention médicale ouvre la voie à une nouvelle dynamique, fondée sur la modernisation des cabinets de médecine de ville et la diversification des modes de rémunération des médecins traitants, qui tend à favoriser la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et les programmes de prévention. Son extension aux pratiques pluridisciplinaires et à certaines spécialités médicales est d'ores et déjà engagée (résumé de l'éditeur)

(2011). Commentaires sur la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/convention_2011.pdf

La convention nationale signée le 26 juillet 2011 reprend en grande partie la convention signée en 2005 et ses avenants. Elle comporte aussi quelques nouveautés. Dans le premier cas, le Conseil national de l'Ordre des Médecins a repris de manière succincte, les avis précédemment émis. Dans le second cas, après avoir décrit sommairement les dispositions nouvelles, le Conseil national a mis en exergue les difficultés qu'elles pouvaient susciter en termes de déontologie et d'exercice médical. Sauf exception, les dispositions nouvelles n'ont pas été reprises si elles ne justifiaient pas d'observations particulières. Les paragraphes en gras correspondent à la position du CNOM

(2011). La convention médecins - Assurance maladie : un nouveau partenariat en faveur de la qualité des soins, Paris : CNAMTS

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Convention_medicale_2011_vdef.pdf

Ce dossier de presse présente la nouvelle convention signée entre l'assurance Maladie et les 3 principaux syndicats représentatifs des médecins (CSMF, SML, MG France) et qui va régir leurs relations pendant les cinq prochaines années. Cette convention médicale réforme le mode de rémunération des médecins libéraux en généralisant la rémunération sur objectifs de santé publique. Ce nouveau dispositif tend à développer la prévention, à améliorer la prise en charge des maladies chroniques et à favoriser l'efficacité et l'organisation du système de soins. D'autres mesures concernant le parcours de soins coordonnés, l'aide à l'installation dans les zones sous dotées et la modernisation des pratiques médicales ont été actées

Abecassis, P. et Domin, J. P. (2011). Les médecins généralistes face à la contractualisation de leur rémunération. Des motivations contrastées. Journal d'Economie Médicale (29) : 231-246

Considérée comme un instrument efficace de régulation économique, l'offre de contractualisation des rémunérations des médecins se multiplie. Longtemps déclinée, cette forme de rémunération semble maintenant séduire individuellement de nombreux praticiens alors que collectivement, l'Ordre des médecins et les syndicats n'y sont pas favorables. Pour expliquer ce dilemme, cet article émet l'hypothèse selon laquelle ce paradoxe repose sur un quiproquo sur les motivations des médecins à adopter ou s'opposer aux contrats. En s'appuyant sur l'analyse statistique d'un questionnaire réalisé auprès de 596 médecins, cet article montre que cette hypothèse de quiproquo est plausible.

Bellamy, V. et Samson, A. L. (2011). Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins. Série Statistiques - Document de Travail – Drees (161)

http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat161_dossier-choix.pdf

Cette étude analyse pour la première fois les comportements des médecins en matière de dépassements d'honoraires en France métropolitaine. La pratique des dépassements constitue aujourd'hui un enjeu de santé publique : depuis les 10 dernières années, la part des médecins en secteur 2 (autorisés à pratiquer des dépassements) ne cesse de croître, et la part des dépassements dans les honoraires totaux de ces médecins progresse constamment. Si les généralistes s'installent actuellement presque exclusivement en secteur 1, ce n'est pas le cas des spécialistes, et certaines spécialités ont une proportion de médecins en secteur 2 très élevée et en forte croissance (chirurgiens, gynécologues, ORL ou ophtalmologistes). Les dépassements sont par ailleurs concentrés dans certains départements, pour certains modes d'exercice spécifiques et sur certains types d'actes. La pratique des dépassements d'honoraires a donc des conséquences majeures pour l'accès aux soins des assurés, qu'il soit géographique ou financier. Nous décrivons dans un premier temps les pratiques de l'ensemble des médecins en matière de dépassements d'honoraires. Puis nous nous concentrons sur quatre spécialités (chirurgiens, psychiatres, ophtalmologues et gynécologues) pour mener une analyse économétrique qui vise à étudier les déterminants de l'accès au secteur 2 et le montant moyen des dépassements d'honoraires de ces quatre spécialités. Notre étude montre que la solvabilité de la demande locale influence positivement la probabilité de s'installer en secteur 2 ainsi que le niveau des dépassements

pratiqués. De même, plus la densité médicale dans le département est importante, plus la probabilité de s'installer en secteur 2 est forte et plus les médecins pratiquent des dépassements élevés. On observe par ailleurs que les dépassements sont en moyenne plus élevés sur les actes cliniques et que les médecins ont un comportement mimétique en matière de dépassements : les montants de dépassements sont d'autant plus élevés que ceux des confrères exerçant dans le même département le sont. C'est pourquoi la régulation de la répartition des médecins et celle des dépassements sont ainsi étroitement liées

Festy, F. (2011). La nouvelle convention médicale récompensera aussi bien les médecins les plus efficaces que ceux qui ont la main lourde sur l'ordonnance
<http://www.puppem.com/Pages/default.aspx>

Cette étude démontre que l'Assurance maladie a été un peu vite en besogne pour fixer ses indicateurs d'efficacité de la prescription dans le cadre de la nouvelle convention médicale. Après avoir dressé le tableau comparatif des indicateurs d'efficacité de la prescription médicamenteuse entre la nouvelle convention médicale et l'ancien CAPI, François Pesty se lance dans une étude, qui a certainement nécessité énormément de calcul, sur le coût des prescriptions de deux médecins généralistes, dénommés EFFICIUS et PICSOU, qui obtiendront chacun en 2012 la prime maximale d'efficacité, malgré des pratiques plutôt divergentes sur l'efficacité. Et de conclure que les objectifs d'efficacité de la prescription tels qu'ils ont été fixés dans la nouvelle convention ne favorisent que très peu la juste prescription

Ginon, A. S. (2011). "Prix, marché et liberté tarifaire en médecine." Journal d' Economie Médicale **29**(5): 204-215.

Le développement d'un vaste espace de liberté tarifaire, à partir de la création du double secteur tarifaire en 1980, a réhabilité le rôle du prix dans l'échange médical. Cette évolution significative fait levier aux valeurs libérales de la médecine et modifie la hiérarchie des valeurs à l'œuvre dans l'éthique médicale. Elle conduit à accélérer les inégalités d'accès aux soins tout en activant des dépenses publiques nouvelles.

Laxalt, J. M. (2011). L'Unocam et la négociation avec les professionnels de santé. Sève : les Tribunes de la Santé (31) : 55-61

La loi de 2004 relative à l'assurance maladie a voulu associer les organismes complémentaires aux négociations avec les professionnels de santé pour une régulation tripartite du système de soins. Dans un premier temps, les syndicats pouvaient s'y opposer (les dentistes l'ont fait) ; le Parlement a renforcé la participation de l'Unocam aux négociations. Un accord tripartite Unocam-Unocam-syndicats de médecins est intervenu dans le « secteur optionnel » pour les honoraires chirurgicaux. Sans mise en œuvre. La négociation de la convention médicale en 2011 est un nouveau rendez-vous décisif

Pouzaud, F. (2011). "Médecins : la course à la performance." Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires (Le) (2898).

La nouvelle convention des médecins instaure la généralisation de la rémunération à la performance, valorise certains actes et met en place un nouveau secteur optionnel pour porter un coup d'arrêt à l'inflation des dépassements d'honoraires. Les dépassements d'honoraires étaient multipliés par deux depuis 1990 selon une étude de la Caisse nationale d'assurance maladie parue en 2010. Cet article fait le point sur la question

(2010). Maîtrise médicalisée des dépenses de santé : des mesures diverses depuis les années 1990 en France. *Revue Prescrire*, 30 (325)

Depuis 1993, des mesures de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie se sont succédé en France, au fil des discussions conventionnelles avec les médecins libéraux. Ces mesures ont été tantôt incitatives comme les visites des délégués de l'assurance maladie ou les échanges confraternels avec ses praticiens conseils, tantôt normatives, comme les Références médicales opposables (Rmo) ou les soumissions à accord préalable, tantôt contractuelles, comme les accords de bon usage de soins. L'évaluation de ces mesures est peu développée. D'après des évaluations globales provenant de l'assureur maladie obligatoire (Sécurité sociale) et du ministère en charge de la santé, l'efficacité de ces mesures de maîtrise médicalisée semble modeste en termes d'économie réalisées.

(2010). Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) : une dynamique au bénéfice des patients, Paris : Cnamts
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dp_capi_16_09_2010_vdef.pdf

Depuis juin 2009, l'Assurance Maladie propose aux médecins traitants qui le souhaitent de s'engager dans une action de santé publique à l'échelle de leur patientèle avec le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles, le CAPI, dont l'objectif est de valoriser la qualité et l'efficacité des soins. Ce dossier fait un bilan des CAPI à sa date d'anniversaire : le 1er juillet 2010

(2010). La Sécurité sociale : rapport annuel au Parlement. Paris : Cour des Comptes
<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Securite-sociale-2010>

Dans son traditionnel rapport annuel sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, la Cour des comptes appelle le gouvernement à accélérer le mouvement de redressement des comptes de la Sécurité sociale. De 2008 à 2010, le déficit de l'ensemble des régimes a triplé, atteignant une trentaine de milliards d'euros. Bien que la crise économique explique en partie ce passif historique, les dépenses continuent de progresser rapidement. Dans ce contexte, les magistrats de la Cour préconisent une réduction de 15 milliards d'euros au sein des niches sociales qui minorent les cotisations sociales, la CSG et la CRDS. 178 niches sociales sont recensées, dont le coût pour les organismes de protection sociale s'élève à 66,7 milliards d'euros. Ces niches se révèlent être une piste d'économies d'autant plus fructueuse que le manque à gagner pour le budget de la Sécurité sociale avait été jusqu'à présent sérieusement sous-évalué - le gouvernement ayant chiffré le coût total de ces niches sociales à 42 milliards d'euros

Gimbert, V. et Lemoine, S. (2010). "Médecine de ville : quelles nouvelles pratiques pour quels gains d'efficacité ?" Note D'Analyse (La)(204).
<http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/note-d%E2%80%99analyse-204-medecine-de-ville-quelles-nouvelles-pratiques-pour-quel-gains-d%E2%80%99efficacite.html>

Dans un contexte marqué par l'importance croissante des maladies chroniques, par la modification des attentes des patients et des nouvelles générations de médecins, et par des tensions accrues sur les finances sociales, la régulation des dépenses en médecine de ville est au cœur des enjeux. Elle implique avant tout un encadrement équilibré des pratiques des professionnels de santé. Par ailleurs, on constate que l'assurance maladie se positionne de plus en plus comme un accompagnateur pour le professionnel de santé, mais aussi pour le patient. Cela pose la question des modalités de coopération optimales entre assureurs (public et privé) et

professionnels. Enfin, la réorganisation de l'offre de soins elle-même peut permettre d'accroître l'efficacité globale des dépenses de santé, comme en témoignent plusieurs expérimentations à l'étranger. Il conviendrait alors d'examiner dans quelle mesure elles peuvent nourrir les réflexions sur l'avenir du système français en matière de médecine de ville

Hartmann, L. (2010). "Les conventions médicales." Lettre du Collège (La) 21(3).
http://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_3-2010.pdf

L'histoire des conventions médicales est avant tout celle des tarifs des actes médicaux depuis cinquante ans. Fruits d'une négociation entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins, ces tarifs conventionnels supposent des engagements réciproques susceptibles de concilier exercice libéral de la médecine et assurance maladie obligatoire. La première convention nationale de 1971 est ainsi née d'un accord où les médecins se voyaient confier une mission de service public dans la délivrance des soins ambulatoires tandis que l'assurance maladie y trouvait une forme de garantie d'égal accès aux soins pour les assurés

Mahyaoui, Y. (2010). Portage des réformes par les Délégués de l'Assurance Maladie : mécanisme de surveillance versus mécanisme incitatif au sens moral, sl : Annuaire sécu
<http://www.annuaire-secu.com/pdf/DAM-y-mahyaoui.pdf>

Les dépenses de santé ont conduit les pouvoirs publics français à mettre en place différentes réformes. Ainsi, l'une des plus récentes, la loi du 13 août 2004 comporte un dispositif novateur portant notamment sur des actions ayant pour but la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Parmi ces actions figure la promotion des bonnes pratiques médicales à travers des « thèmes de maîtrise médicalisée des dépenses de santé », qui sont intégrées dans la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. Ce dispositif permet aux caisses d'assurance maladie d'intervenir directement sur les comportements des médecins. Cette mission est confiée aux « Délégués de l'Assurance maladie » (DAM). L'objet de cet article est d'appréhender ce nouveau métier comme mode de coordination, à travers la relation assurance maladie/médecins en mobilisant les théories des contrats complets et incomplets. Il s'agit de vérifier si les caisses d'assurance maladie peuvent influencer sur les comportements des médecins par l'intermédiaire des DAM et quel est leur degré d'influence. Une analyse de la relation assurance maladie/médecin nous conduit à défendre l'idée selon laquelle les réformes relatives à la maîtrise des dépenses de santé devraient prendre en compte les caractéristiques intrinsèques à la décision médicale et aux institutions d'arbitrage. L'efficacité des DAM, qui génèrent des coûts de transaction importants, en tant qu'outil incitatif au sens moral est difficilement démontrable à cause des effets externes qui interfèrent dans la relation DAM/médecins. Toutefois, ces agents permettent aux caisses de maintenir avec les médecins une relation stable dont la portée est positive notamment dans la perspective de futures réformes. Ce travail s'inscrit dans le prolongement de ceux engagés par l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires (IGAS) et ouvre la voie à de nouvelles recherches sur les modes de coordination entre les médecins et les caisses d'assurance maladie

Polton, D. et Aubert, J. M. (2010). "Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles, aboutissement ou nouveau départ pour la gestion des soins ? (CAPI)." Lettre du Collège (La) 21(3).
http://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_3-2010.pdf

Depuis plusieurs années, l'assurance maladie mène une politique active pour accroître la qualité et l'efficacité de notre système de santé. Cette politique dite « de

maîtrise médicalisée » passe notamment par une sensibilisation du corps médical aux objectifs de santé publique et aux objectifs d'économies. Une étape importante a été le développement de l'accompagnement des professionnels à travers les visites des délégués de l'assurance maladie et les entretiens confraternels. Ainsi en 2010, plus de 450 000 entretiens individuels ont eu lieu entre des professionnels de santé et des représentants de l'assurance maladie sur la prévention, la prise en charge des malades ou la bonne utilisation des ressources. Une nouvelle étape de cette stratégie est la mise en place d'une composante de rémunération à la performance pour les médecins généralistes, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles. Ce contrat est inspiré d'expériences étrangères. Après les premières initiatives développées aux Etats-Unis à la fin des années 1990, une expérience européenne à grande échelle a été mise en place en 2004 dans le cadre de la convention entre les médecins généralistes anglais et le National Health Service. La particularité du contrat français est la combinaison d'objectifs de santé publique et de qualité des soins et d'objectifs d'efficience des pratiques. Dans d'autres pays, ce deuxième volet est abordé au travers d'autres outils de responsabilisation, qui n'existent pas en France

Tabuteau, D. (2010). "Pouvoirs publics et professions de santé." Sève : les Tribunes de la Santé/(26) : 103-121

L'histoire du système de santé a été marquée par une série de rendez-vous manqués entre les professions de santé et les pouvoirs publics. L'identité du corps médical s'est largement construite depuis le XIX^{ème} siècle sur son antagonisme envers l'Etat et la crainte de voir son indépendance professionnelle rognée par le développement de la santé publique puis par l'institution de l'assurance maladie. Les déséquilibres actuels de l'organisation sanitaire en France, comme les difficultés de sa gouvernance, témoignent des compromis implicites et des projets inachevés qui ont jalonné sa constitution. Un nouveau pacte médical est indispensable pour préparer le système de santé aux défis qui l'attendent (résumé de l'éditeur)

(2009). 12 600 médecins traitants ont adhéré au CAPI en 6 mois. Paris : CNAMTS
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_capi.vdef.pdf

Depuis juin 2009, l'Assurance Maladie propose aux médecins traitants qui le souhaitent de s'engager dans une action de santé publique à l'échelle de leur patientèle avec le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles, le CAPI, dont l'objectif est de valoriser la qualité et l'efficience des soins

(2009). Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2009. Paris : HCAAM
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport2009.pdf

Dans son rapport 2009, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie analyse l'état des comptes de la sécurité sociale, la prise en charge des dépenses de soins par les différents financeurs, porte son attention sur les concepts qui fondent la maîtrise médicalisée et consacre une place importante à l'analyse des dépassements d'honoraires

Abecassis, P. et Domin, J. P. (2009). L'évolution des conventions médicales à travers leur discours. Les maux de la politique économique de santé. In : Emploi et politiques sociales : tome 1. Défis et avenir de la protection sociale, Paris : L'Harmattan

Ce travail propose, à partir d'une analyse linguistique des conventions médicales menées grâce au logiciel Prospero, d'identifier les évolutions du discours porté par

les acteurs, d'en dessiner les grands traits et d'en mesurer leur influence sur les différentes conventions

Arcega, G. (2009). "L'organisation du système de soins : Comment responsabiliser ? L'organisation du système de soins : Comment responsabiliser ?". sl
<http://www.annuaire-secu.com/pdf/3-organisation-du-systeme-de-soins.pdf>

Cet article propose une réflexion approfondie sur l'organisation du système de soins, essentiellement pour ce qui concerne la médecine de ville. Comment sortir des impasses et de la complexité de la situation dans laquelle on se trouve ? Faut-il décider qu'il y a des grands et des petits risques, quel partage envisager avec la complémentarité, faut-il des médecins référents ou des médecins traitants ? Comment responsabiliser, en faisant payer, en déremboursant les risques considérés comme mineurs, en instaurant des parcours de soins ? Pour toutes ces questions, une analyse et un diagnostic sont proposés, des solutions sont mises en débat, notamment celle d'un conventionnement à plusieurs options

Bras, P. L. et Tabuteau, D. (2009). "Santé 2010, un rapport de référence pour les politiques de santé." Sève : les Tribunes de la Santé (25).

Le rapport "Santé 2010", élaboré au début des années 1990 sous l'égide du Commissariat général du plan a influencé l'évolution des politiques de santé. Il a mis en lumière avec clairvoyance certaines transformations épidémiologiques, thérapeutiques ou organisationnelles. Il témoigne également, par les mutations du système de santé qui n'ont pas été perçues lors de son élaboration, de l'importance des ruptures qu'a connues ce secteur. Enfin, le rapport apparaît comme annonciateur des réformes de la gouvernance du système réalisées depuis quinze ans, il permet, en particulier, de mesurer la portée de la création des agences régionales de santé par la loi HPST en 2009.

Bras P.L. (2008). Organisation des soins et régulation des dépenses ambulatoires : le rôle des syndicats médicaux. *Sève : les Tribunes de la Santé* (18)

Marqué par une tradition de relations conflictuelles avec les organismes de sécurité sociale, le syndicalisme syndical est émietté. La concurrence entre les organisations est renforcée par l'attitude des médecins qui sanctionnent régulièrement les syndicats passant des compromis avec les pouvoirs publics. La faiblesse de ces derniers permet aux syndicats médicaux de jouer un rôle majeur dans la définition de la politique de soins ambulatoires, tant au travers des négociations conventionnelles que de la mobilisation politique. Ils sont ainsi parvenus à améliorer sur le long terme le statut économique relatif de leurs mandants et à contrôler la nature des réformes engagées dans le domaine des soins de ville.

Hassenteufel P. (2008). Régulation étatique de l'assurance maladie et affirmation d'une élite programmatique, *Qui gouverne le social ?* Paris : Dalloz

Ce chapitre analyse les évolutions du cadre institutionnel du système d'assurance maladie français en s'appuyant sur la notion d'"Etat régulateur". Cette dernière renvoie à deux évolutions interdépendantes des politiques publiques en général et de la protection maladie en particulier. La première est le passage progressif du faire au faire-faire : l'Etat régulateur est un Etat qui agit plus directement, qui est plus en interaction qu'en action, qui délègue plus qu'il n'intervient directement, qui pilote et qui oriente plus qu'il ne met en œuvre. La deuxième évolution est le renforcement des capacités de contrôle étatique à travers le développement de l'audit, de l'évaluation, du benchmarking etc..., en particulier dans le cadre d'agences qui se sont

développées dans le domaine sanitaire comme dans d'autres domaines de l'action publique. L'évolution du système d'assurance maladie va plus dans le sens d'un Etat régulateur que dans celui de la gouvernance. Cette évolution peut notamment s'expliquer par l'affirmation d'une élite administrative dans ce domaine de la protection sociale depuis les années 80. Ce groupe de hauts fonctionnaires peut être défini davantage comme une élite programmatique que comme une élite technocratique. Un éclairage comparatif avec l'Allemagne et le Royaume Uni est proposé.

Ginon, A. S. (2009). "Le jeu du conventionnement : effets paradoxaux et difficultés juridiques." Journal d'économie Médicale **27**(4): 211-221

Le législateur tente aujourd'hui d'utiliser les conventions nationales, conclues entre les syndicats représentatifs des professionnels de santé et l'UNCAM, pour organiser l'offre de soins sur le territoire français. Des mécanismes incitatifs pour influencer les décisions d'installation des professionnels de santé faisant le choix d'un exercice conventionné à titre libéral ont ainsi été créés. Des débats ont également lieu sur la possibilité de mettre en place des mesures plus coercitives pour lier accès au conventionnement et lieux d'installation des professionnels. A l'examen, il apparaît pourtant que ces projets ne vont pas de soi : les mesures incitatives font produire à la convention un effet paradoxal engendrant de nouvelles dépenses pour l'assurance maladie alors que jusque-là les conventions étaient utilisées pour mettre en œuvre des politiques de maîtrise des dépenses de santé. Quant aux mesures coercitives, elles font douter de la pertinence même de l'utilisation de l'outil conventionnel pour restreindre une liberté fondamentale, au sens de l'article de la Constitution, à savoir la liberté de conventionnement dont dispose l'ensemble des professionnels de santé exerçant à titre libéral.

Pretot, X. (2009). "D'une convention nationale des médecins à l'autre : le sort du médecin référent." Droit Social (3).

Cet article rend compte d'un litige entre un médecin généraliste et une caisse de mutualité sociale agricole lié au remplacement de la formule de médecin-référent adopté par la convention nationale des médecins de 1998 par la formule dite de médecin traitant par la nouvelle convention de 2005

Van, Roekgheim. F. (2009). "L'assurance maladie : sortie de crise ?" Sève : les Tribunes de la Santé(22).

Notre système de protection sociale est confronté à de réelles difficultés, tenant notamment à l'importance des pathologies lourdes et à la crise financière. Dégradation sensible de la situation de l'assurance maladie au début des années 2000, évolution défavorable de la conjoncture économique, croissance rapide des dépenses de santé ont conduit, en 2003, le Haut Conseil pour l'assurance maladie à dresser un constat alarmiste. Depuis 2004, de nombreux points ont évolué positivement. Toutefois, la soutenabilité de notre système n'est pas complètement acquise. Une politique de soins efficiente, mobilisant toujours plus les marges de manœuvres qui existent, permet de rendre plus soutenable notre système de protection sociale à l'avenir. Il est de notre devoir de ne pas léguer à nos enfants un système surendetté

Bras, P. L. (2008). "Organisation des soins et régulation des dépenses ambulatoires : le rôle des syndicats médicaux." Sève : les Tribunes de la Santé 18).

Marqué par une tradition de relations conflictuelles avec les organismes de sécurité sociale, le syndicalisme syndical est émietté. La concurrence entre les organisations est renforcée par l'attitude des médecins qui sanctionnent régulièrement les syndicats passant des compromis avec les pouvoirs publics. La faiblesse de ces derniers permet aux syndicats médicaux de jouer un rôle majeur dans la définition de la politique de soins ambulatoires, tant au travers des négociations conventionnelles que de la mobilisation politique. Ils sont ainsi parvenus à améliorer sur le long terme le statut économique relatif de leurs mandants et à contrôler la nature des réformes engagées dans le domaine des soins de ville

Hassenteufel, P. (2008). Régulation étatique de l'assurance maladie et affirmation d'une élite programmatique. Qui gouverne le social ?, Paris : Dalloz

Ce chapitre analyse les évolutions du cadre institutionnel du système d'assurance maladie français en s'appuyant sur la notion d'"Etat régulateur". Cette dernière renvoie à deux évolutions interdépendantes des politiques publiques en général et de la protection maladie en particulier. La première est le passage progressif du faire au faire-faire : l'Etat régulateur est un Etat qui agit plus directement, qui est plus en interaction qu'en action, qui délègue plus qu'il n'intervient directement, qui pilote et qui oriente plus qu'il ne met en œuvre. La deuxième évolution est le renforcement des capacités de contrôle étatique à travers le développement de l'audit, de l'évaluation, du benchmarking etc..., en particulier dans le cadre d'agences qui se sont développées dans le domaine sanitaire comme dans d'autres domaines de l'action publique. L'évolution du système d'assurance maladie va plus dans le sens d'un Etat régulateur que dans celui de la gouvernance. Cette évolution peut notamment s'expliquer par l'affirmation d'une élite administrative dans ce domaine de la protection sociale depuis les années 80. Ce groupe de hauts fonctionnaires peut être défini davantage comme une élite programmatique que comme une élite technocratique. Un éclairage comparatif avec l'Allemagne et le Royaume Uni est proposé

(2007). La Sécurité sociale : rapport annuel au Parlement. Paris : Cour des comptes
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000560/>

Chaque année, la Cour des comptes établit un rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Ce rapport présente une analyse de l'ensemble des comptes des organismes de Sécurité sociale soumis à son contrôle et fait une synthèse des rapports et avis émis par les organismes de contrôle placés sous sa surveillance. Ce rapport est remis au Parlement sitôt arrêté par la Cour des comptes (article LO 132-3 du code des juridictions financières). La première partie du présent rapport examine la situation des comptes sociaux en 2006. La deuxième partie, consacrée à l'examen de divers aspects de la gestion des régimes de Sécurité sociale, comprend douze chapitres consacrés respectivement à la fiabilité des comptes des hôpitaux, aux contrôles des Corec, à l'assiette des prélèvements sociaux finançant le régime général, à la nouvelle gouvernance nationale de l'assurance maladie, aux médecins libéraux, à la dépense de médicaments, au partage de données entre les systèmes d'information en santé, aux aides publiques des familles et à l'avenir du régime agricole

(2007). Note et avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux adopté par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_240507.pdf
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_note_240507.pdf
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_annexe_240507.pdf

Le médecin fait partie de notre environnement quotidien et occupe une place privilégiée dans notre vie. Il est celui qui nous accompagne tout au long de notre existence, le témoin de nos troubles et de nos douleurs, le confident de nos angoisses les plus intimes. La population est très attachée à son médecin de ville, son médecin de famille. C'est une évidence et une constante sociologique jamais démentie. Et ces praticiens si proches de nous sont essentiellement des praticiens libéraux. Le médecin, quel que soit son statut (libéral, salarié) participe à une mission d'intérêt général. La médecine libérale apparaît ainsi, à côté de l'hôpital, comme l'un des piliers de notre système de santé. La politique à conduire en matière de médecine sous statut libéral consiste à équilibrer les attentes plus ou moins compatibles des trois acteurs en présence : les malades, les médecins et les régulateurs. Comment se recomposent les exigences de ces trois acteurs ? Sont-elles cohérentes ? Comment s'arbitrent les éventuelles contradictions ? Cette note tente de répondre à ces questions

(2006). Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en janvier 2006. Paris : Ordre des médecins
<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pdsquestionnaire06.pdf>

Pour la troisième année consécutive, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a entrepris une enquête nationale sur la permanence des soins assurée par les médecins généralistes et les modalités de son organisation. L'année 2005 a été marquée par la parution du décret du 7 avril 2005 permettant notamment de moduler les horaires de la permanence des soins et de définir une sur-sectorisation. L'avenant n° 4 à la Convention nationale des médecins libéraux a mis en place des modalités de rémunérations spécifiques pour les médecins régulateurs et effecteurs sur lesquelles le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'est également prononcé (le 2 juin et le 22 septembre 2005). Ce rapport dresse un état des lieux en mettant en lumière l'impact de ces textes

(2006). Rapport d'activité 2005 : la dynamique de la gestion du risque. Paris : Cnamts

Le rapport d'activité 2005 de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) intitulé "La dynamique de la gestion du risque" retrace l'engagement de toutes les directions pour le lancement de grands chantiers : de la mise en œuvre du dispositif du médecin référent, à la conduite des négociations avec les professionnelles de santé pour une nouvelle convention, et à la montée en charge des activités liées à la gestion du risque. Ce rapport présente également les missions, les structures de chaque direction ainsi que les données économiques et financières.

Blanchard, P., et al. (2006). Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Paris : La Documentation française
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000321/index.shtml#>

L'inspection générale de l'administration (IGA) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) ont été chargées d'une mission visant à évaluer le nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire issu des dispositions des décrets des 15 septembre 2003 et 7 avril 2005 et des stipulations de l'avenant n° 4 à la convention nationale des médecins. La première partie du rapport propose une évaluation de la permanence des soins à travers la mise en œuvre des règles issues des décrets et de l'avenant. Les auteurs s'interrogent, dans une seconde partie, sur les mesures qui peuvent être envisagées aux fins de consolidation et d'amélioration du dispositif

Tabuteau, D. (2006). Les contes de Ségur : les coulisses de la politique de santé (1988-2006). Paris : Editions Ophrys

Comment s'élaborent les politiques de santé ? Comment l'Etat s'organise-t-il pour lutter contre les risques qui menacent notre santé, des médicaments dangereux aux nouveaux virus, du bioterrorisme à l'alcoolisme et au tabagisme ? Comment s'est forgée la notion de sécurité sanitaire ? Comment se construisent les plans de maîtrise des dépenses de santé ? Comment les professions de santé et les laboratoires pharmaceutiques défendent-ils leurs positions ? Comment l'hôpital s'adapte-t-il aux rigueurs budgétaires et à la transformation de ses métiers ? L'auteur propose, à travers une visite guidée des coulisses du Ministère de la Santé, implanté avenue de Ségur à Paris, et des bureaux des agences de sécurité sanitaire, de parcourir l'histoire des politiques de santé et d'assurance maladie depuis la fin des années 1980, de la coordination infirmière de 1988 à la création de l'agence du médicament, de la négociation des conventions médicales à la mise en place de la couverture maladie universelle et à la loi Kouchner. Radioscopie d'un système de santé, plus que jamais confronté aux déficits de la Sécurité sociale et à la résurgence des épidémies (Résumé d'auteur)

(2005). "La réforme de l'assurance maladie." Actualité et Dossier en Santé Publique (53-54). <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=95>

Dossier consacré à la réforme de l'assurance maladie : une réforme, pour quoi faire ? ; La réforme et ses outils institutionnels ; l'engagement et la responsabilité des acteurs ; la qualité des pratiques médicales ; Le rôle des caisses d'assurance maladie ; La réforme et l'hôpital ; La réforme et la politique du médicament

(2005). La Sécurité sociale : rapport annuel au Parlement. Paris : Cour des comptes <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000581.pdf>

Présenté lors d'une conférence de presse le 14 septembre 2005, ce huitième rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale comprend trois parties. La Cour examine d'abord, comme chaque année, les comptes de la sécurité sociale et l'application de la loi de financement de la sécurité sociale. Cette partie rend aussi compte de l'activité des comités régionaux d'examen des comptes de sécurité sociale (COREC). En matière de gestion des risques, elle analyse les dispositifs mis en place par les pouvoirs publics et l'assurance maladie pour agir sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux. Elle examine aussi les retraites du monde agricole et l'avantage social vieillesse (ASV) des professions de santé conventionnées. La Cour traite enfin la certification des comptes de la sécurité sociale, dans la perspective de la nouvelle mission qui lui a été confiée, en la matière, par la loi organique du 2 août 2005. Le rapport, en ligne sur le site de la Cour des Comptes, est accompagné d'une synthèse en français et en anglais

Delattre, E. et Dormont, B. (2005). La régulation de la médecine ambulatoire en France : quel effet sur le comportement des médecins libéraux ? Dossiers Solidarité et Santé (Drees) <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/343602/>

Il s'agit d'examiner dans quelle mesure la régulation de la médecine libérale en France, où les rémunérations sont définies selon le système de paiement à l'acte avec des tarifs conventionnels, contribue au développement éventuel de comportements de demande induite

Hassenteufel, P., et al. (2005). Les métamorphoses des politiques de santé." Revue Française d'Administration Publique (113).

Crises de santé publique, engrenage du déficit, malaise des professions de santé, le débat public s'est emparé des questions de santé. Pendant les deux dernières décennies où les crises sociales et financières ont monopolisé l'attention, le secteur de la santé a été soumis à des transformations structurelles profondes. Apparition de nouveaux acteurs, émergence du concept de sécurité sanitaire, perspectives insoupçonnées ouvertes par les progrès de la médecine, reconnaissance des droits des malades, autant de défis qui frappent de plein fouet le système de santé lui-même. Les enjeux de ces bouleversements, d'ordre politique, économique, mais également éthique, touchent les équilibres et les valeurs de la société dans son ensemble. Face à la perspective d'une explosion des dépenses, la question récurrente de la régulation et de la " gouvernance " du système de santé doit être réexaminée à la lumière notamment des expériences européennes et des pays de l'OCDE. Quelles réponses apporter aux inégalités territoriales en matière d'accès aux soins ? Comment appréhender le vieillissement de la population ? Quel est le sens de la révolution silencieuse des professions de santé ? Les développements d'une médecine préventive voire " prédictive " laissent-ils craindre une hypocondrie collective ? Enfin il faut s'interroger sur l'impact de la compétence reconnue à l'Union européenne depuis le traité d'Amsterdam et du thème de la libre circulation des patients. Les contributions réunies dans ce numéro de la Revue française d'administration publique se proposent d'éclairer les différentes faces de ces métamorphoses

Routhier, P. (2005). "Le fait régional dans les relations contractuelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie ». Notes et Documents(37).
<http://docplayer.fr/22946194-E-fait-regional-dans-les-relations-contractuelles-entre-les-professionnels-de-sante-et-l-assurance-maladie.html>

Vasselle, A. (2005). Réforme de l'assurance maladie : les nouveaux outils de la régulation. Paris : Sénat
<http://www.senat.fr/rap/r05-011/r05-0111.pdf>

Le présent rapport a pour ambition de mettre en exergue les éléments de la réforme qui, sans appartenir au domaine de loi, constituent des éléments déterminants de la configuration du système d'assurance maladie. Il a pour objectif de donner un éclairage sur trois pans de la réforme qui distinguent la loi du 13 août 2004 des multiples plans de sauvetage de la sécurité sociale adoptés au cours des vingt dernières années : le parcours de soins et les modalités d'association des professionnels de santé à la réforme, la coordination entre les interventions du régime obligatoire et celles des régimes complémentaires, la régionalisation du système de santé. Il s'attache à l'analyse des dispositifs mis en œuvre dans ces domaines et examine les conditions nécessaires au bon fonctionnement de ces nouveaux outils de régulation

Destais N. (2004). . Le système de santé : organisation et régulation. . Paris : Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence

Cet ouvrage vise à la fois à décrire le système de santé français - les acteurs en présence et leurs logiques, les règles qui le régissent, les résultats - et à tracer les grandes lignes des débats présents ou futurs relatifs à son fonctionnement et à son financement. Sans aucun esprit polémique et sans dissimuler les facteurs

d'incertitude, il fournit quelques repères rigoureux pour comprendre les tensions qui traversent le système de soins et les enjeux des évolutions entrevues.

Coudreau D. (2004). Les partenaires sociaux, l'État et la régulation de l'assurance maladie (1967-2003). Chronique d'un échec. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (4) :39-49
<http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2004-3-page-39.htm>

La loi de réforme de l'assurance maladie votée en août 2004 se propose de retrouver l'équilibre financier en 2007 par la mise en place de mécanismes de régulation nouveaux. Depuis plus de trente ans, toutes les tentatives pour créer ces mécanismes ont échoué, ce qui donne la mesure des difficultés à surmonter. Ces échecs successifs, malgré l'ingéniosité des mécanismes techniques mis en place, soulignent les limites de la politique contractuelle appliquée au secteur de la santé. Le *modus operandi* des partenaires sociaux dans leur relation avec les médecins est la négociation. Mais, dans les soins de ville, les partenaires sociaux négocient avec des représentants de professions libérales aux pouvoirs restreints. Ces obstacles à l'efficacité des outils de régulation perdurent. Il va revenir aux innovations de la nouvelle loi de les surmonter.

(2003). Rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2002. Paris : Cnamts
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000407.pdf>

Ce premier rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2002 publié par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) contribue à l'analyse de l'évolution des dépenses de soins et notamment des dépenses de soins de ville. Le rapport propose un inventaire de l'ensemble de l'année 2002 destiné à identifier les causes du dérapage, une évaluation des objectifs et de l'efficacité des principales mesures prises par la CNAMTS en 2002 dans le cadre de sa gestion des soins de ville (le nouveau dispositif des visites, le bon usage des antibiotiques, la prise en charge de l'excès de cholestérol, la prise en charge du cancer du sein, le bilan bucco-dentaire), ainsi qu'une réflexion portant sur les principales questions qui seront posées à l'Assurance maladie dans les prochaines années et sur les axes de travail qui pourraient en découler. Une annexe propose la chronologie des accords conventionnels intervenus en 2002

Bouet, P., et al. (2003). Liberté d'installation, liberté d'exercice : quelle médecine pour quels médecins ? Paris : Ordre des médecins
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/liberte-d-installation-liberte-d-exercice-quelle-medecine-pour-quels-medecins-660>

Ce rapport de la Commission nationale permanente a été adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 14 juin 2003. Les auteurs se sont interrogés sur l'évolution de l'installation des médecins, notamment des problèmes à venir et des possibilités d'y remédier. En premier lieu, le document fait le point sur l'installation professionnelle actuelle des jeunes médecins : qui sont les nouveaux installés, où vont-ils, quelles sont leurs aspirations. Celui-ci analyse ensuite les facteurs influençant la future installation professionnelle des étudiants durant la période des études médicales, puis décrit les caractéristiques des médecins installés. Il aborde également la question de la migration des médecins dans les pays européens. La réflexion se poursuit sur les besoins de la population et les priorités de santé publique, pour se demander s'il est possible de déterminer les besoins en médecins. Après avoir exposé le bilan de la situation, les difficultés actuelles et à venir, les outils à la disposition des pouvoirs publics, et élabore des propositions

d'orientation du métier de médecin en termes de compétence et de mode d'organisation des soins et des professionnels

De Kervasdoue, J. (2003). La crise des professions de santé, Paris : Dunod

L'insatisfaction grandissante des professions de santé s'accroît à l'évidence depuis trois ans. Pourtant la France ne dispose-t-elle pas, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, du meilleur système de santé du monde ? Cette crise constitue-t-elle l'expression habituelle d'un mouvement social ? Le revenu des professionnels a-t-il ou non baissé durant ces dernières années, et si oui, la composante financière suffit-elle, à elle seule, à expliquer le désarroi ? Pourquoi la crise perdure-t-elle alors que le gouvernement vient d'accorder d'importantes révolutions de tarifs ? Autant de problématiques que traitent dans cet ouvrage économistes, juristes, politologues, sociologues soucieux d'analyser en profondeur les modifications des caractéristiques fondamentales du système de santé français. Mais cet ouvrage ne se limite pas à une mise à plat des symptômes et de leurs causes récentes et anciennes. Il constitue aussi un outil de réflexion dessinant la vision d'un nouveau système de santé

Mahyaoui, Y. (2003). Etude juridico-économique de la contractualisation dans le système de soins, Paris : Université Paris VII. S;Thèse de santé publique : Université Paris VII - UFR Lariboisière Saint-Louis.

Ces travaux ont pour objet d'étudier les relations qui existent entre les différents acteurs du système de soins : établissements d'offre de soins, professionnels de santé libéraux, institutions (organismes de tutelle, caisses de Sécurité sociale), Etat et autres organisations. La coordination est au cœur des différentes réformes, qui ont pour objet d'instaurer une maîtrise des coûts de production et d'organisation. Ainsi la rationalisation de l'offre de soins occupe une place centrale dans les débats politiques depuis les années 80 dans un contexte marqué par une forte augmentation des dépenses de santé et une baisse des ressources. La première partie de ce diplôme porte sur la nature du bien et du service de santé et la nécessaire intervention de l'Etat. La deuxième partie aborde le problème de la généralisation du contrat comme mode de régulation du système de soins

Matillon, Y. (2003). Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé : rapport de mission. Paris : Ministère de la santé
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000682/index.shtml>

Ce rapport présente les résultats de la mission d'étude confiée en novembre 2002 au Professeur Yves Matillon sur les mécanismes d'évaluation de la compétence professionnelle des différents métiers de la santé. Considéré comme le " père " de l'évaluation médicale en France, ce professeur en santé publique plaide pour une expérimentation rapide par l'Etat de l'évaluation des compétences professionnelles et ouvre la voie à la création de passerelles entre les professions paramédicales et médicales par la validation des acquis de l'expérience (VAE). Il propose d'abord une définition de la compétence qui " peut être validée par l'obtention d'un diplôme initial, la mise en œuvre d'une formation continue, une activité professionnelle effective, et un mécanisme de mise en œuvre de revue par les pairs réguliers, s'ils existent ". La compétence, dès lors qu'elle est évaluée, peut jouer un rôle déterminant dans au moins trois domaines : l'amélioration de la qualité du service rendu et de l'information des usagers ; la certification et le développement d'outils d'amélioration de leur pratique comme la FMC et l'évaluation des pratiques ; la régulation de la démographie médicale. Il ajoute à cette liste l'idée de partage et de redistribution des tâches entre les différents métiers de la santé : les fameux "transferts de compétences". De l'examen des expériences étrangères et des initiatives françaises,

il tire un certain nombre de leçons : le caractère " volontaire " des démarches d'évaluation des compétences, la " pluralité " des acteurs intervenant dans ces démarches, la nécessité de construire des dispositifs " simples "

Ruellan, R. (2003). "Vers une réconciliation de la politique de santé et de l'assurance maladie." Droit Social(4).

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000002/index.shtml>

Cet article fait une synthèse du rapport de la Mission réalisée, à la demande de Monsieur Mattei, par le Groupe de travail de la Commission des Comptes de la Sécurité sociale, sur les relations entre l'Etat et l'assurance maladie. Il dresse un état des lieux partagé des relations entre l'Etat et l'assurance maladie et étudie les missions des différents acteurs du système de santé français. L'objectif est de faire apparaître les " axes d'une nouvelle gouvernance de l'assurance maladie "

Spaeth, J. M., et al. (2003). Accord de transition conventionnelle, Paris : CNAMTS

Cette brochure présente les dispositions conventionnelles de l'accord de transition conventionnelle signé entre les trois caisses nationales d'assurance maladie et quatre syndicats de médecins, dans le cadre de l'accord conclu le 10 janvier 2003. Cet accord a permis d'acter un certain nombre de mesures de revalorisation des médecins libéraux, généralistes et spécialistes. Les signataires entendent rendre ces mesures opérationnelles, dans les meilleurs délais. Ces mesures participent à leur volonté de développer une régulation médicalisée des dépenses de santé, qui permet de concilier l'amélioration de l'efficacité du système et de la reconnaissance de la diversité des aspirations des médecins et notamment leur aspiration à de meilleures conditions de travail

Evin C. (2002). Rapport sur la proposition de Jean Le Garrec portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie. Paris : Assemblée Nationale

<http://www.assemblee-nationale.fr/rapports/r3524.asp>

Abstract: Ce rapport a été réalisé par la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale suite à la proposition du député Jean Le Garrec sur la rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie. Il dresse, en premier lieu, un historique du système conventionnel français depuis la première convention de 1971 à la réforme inaboutie de 1999, et démontre la paralysie du système. Il analyse, dans un deuxième temps, les différents projets de rénovation : recommandations de la mission de concertation (été 2001), article 18 de la loi de financement Sécurité sociale pour 2002, et enfin le projet de loi de Jean Le Garrec. Ce dernier projet propose un cadre conventionnel à trois étages et une modification du suivi des objectifs de dépenses.

Bejean, S. et Peyron, C. (2002). Santé, règles et rationalités, Paris : Economica

En prenant appui sur des recherches actuelles, cet ouvrage fait état du renouvellement survenu en économie de la santé, en offrant un cadre de réflexion, de confrontation et de dialogue autour des questions essentielles pour le système de santé : quelles sont les motivations et les procédures de décision des acteurs ? Quelles sont les règles de coordination de leurs comportements ? Quels rôles jouent les prix dans un système fortement administré ? Quelles sont les logiques des politiques publiques de régulation ?

Ruellan, R. (2002). Rapport sur les relations entre l'Etat et l'assurance maladie. Paris : La Documentation française
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000002/index.shtml>

Ce rapport présente les résultats d'une mission réalisée, à la demande de Monsieur Mattei, par le Groupe de travail de la Commission des Comptes de la Sécurité sociale, sur les relations entre l'Etat et l'assurance maladie. Il dresse un état des lieux partagé des relations entre l'Etat et l'assurance maladie et étudie les missions des différents acteurs du système de santé français. L'objectif est de faire apparaître les " axes d'une nouvelle gouvernance de l'assurance maladie"

(2000). "Convention : changer les fondements juridiques." Concours Médical **122**(30).

Dans son troisième rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes analyse les limites juridiques du système conventionnel et pose une série de recommandations, piste de réflexions pour une rénovation en profondeur du dispositif. Ce constat a fait l'objet d'un commentaire de la part des ministères concernés et des caisses nationales

Amar, L., et al. (2000). Les acteurs de la santé publique et les réformes. Paris : Elsevier

A l'instar des autres pays occidentaux, et pour des raisons similaires, la France accélère aujourd'hui un effort de rationalisation de son système de santé publique. Le projet de ce numéro de Sociologie du travail est de se demander pourquoi et comment ces transformations sont à l'œuvre, et d'en évaluer les conséquences. Les éléments d'information et d'analyse qu'il fournit tentent de rendre compte de la recherche disponible à l'articulation de la sociologie de la santé et de l'analyse des politiques publiques, en traitant d'une part des transformations du système de santé, d'autre part des enjeux scientifiques que recouvre la question de santé publique. Ces articles ne prétendent pas à l'exhaustivité, mais permettent cependant d'éclairer la reconversion des politiques de santé publique, qui touche simultanément les modalités de répartition des ressources, le mode de fonctionnement des dispositifs de soins, les valeurs et les pratiques des multiples acteurs qui interagissent dans ce domaine : professions médicales et paramédicales, organisations hospitalières, instances de régulation, patients ou associations porte-parole des malades, mondes de la recherche privée et publique, industrie..

Bergogne, A. (2000). "L'échec du médecin référent." Concours Medical //122(30).

Dispositif instable, complexe, resté inachevé, l'option conventionnelle est loin d'avoir rempli ses objectifs. Selon le dernier rapport de la Cour des Comptes sur le financement de la Sécurité sociale, le système du médecin référent a obtenu des résultats plus que médiocres

Evin, C. (2000). Financement de la Sécurité sociale pour 2001 : assurance maladie et accidents du travail : première lecture. Tome 2. Les documents législatifs de l'Assemblée Nationale ; 2633.

Pour la cinquième année consécutive, un projet de loi de financement de la Sécurité sociale est soumis à l'Assemblée Nationale, appelée à l'examiner en application de la loi constitutionnelle du 22 février 1996. Comme l'an dernier, c'est au député Claude Evin (PS), au nom de la Commission des Affaires Sociales, qu'a été confié le soin de rédiger le rapport accompagnant le projet de loi. Après avoir examiné de manière approfondie les dépenses de l'assurance maladie en 1999 et 2000, poste par poste,

les relations conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, puis la politique hospitalière, qualifiée « d'ambitieuse », Claude Evin a accordé une large place au médicament et à la poursuite des réformes structurelles engagées

Truchet, D. (1999). "Conventions médicales : une nouvelle jurisprudence du Conseil d'Etat : Conseil d'Etat du 14 avril 1999." Droit Social (6).

L'article analyse la décision rendue le 14 avril 1999 par le Conseil d'Etat en section du contentieux, annulant partiellement l'arrêté interministériel du 4 décembre 1998 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes (annulation à laquelle échappe notamment le « médecin référent »). Ce commentaire s'attache à l'approche contentieuse des conventions et néglige les questions de recevabilité et de procédure. Il porte ensuite sur le rappel par le juge des exigences de légalité qui s'imposent aux conventions. Il souligne enfin la permanence des défauts du système conventionnel. Extraits de l'arrêt en annexe

Almeras, J. P. (1998). "L'annulation des conventions médicales." Concours Médical **120**(33).

Bejean, S. et Peyron, C. (1998). Formes de régulation en médecine ambulatoire : logique contractuelle ou conventionnaliste ? Approche théorique et empirique. Paris : MIRE

Ce rapport répond à un appel d'offre de la MIRE dans le cadre du projet « Economie et décision dans le secteur de la santé ». La première et deuxième partie de ce rapport présentent respectivement les fondements épistémologiques des approches théoriques en économie de la santé, en particulier des approches contractuelle et conventionnaliste, et une analyse originale du fonctionnement et de la régulation du système de santé qui s'appuie sur les apports et limites respectifs des approches contractuelle et conventionnaliste. La troisième partie présente les objectifs et les ambitions d'une analyse empirique, une recherche des données adaptées à ces objectifs, le fichier obtenu ainsi que les tests réalisés au terme de cette étude de faisabilité

Bejean, S. et Peyron, C. (1998). Nature et évolution des conventions en médecine ambulatoire. Cahiers du Gratice (Les). (15)
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1999/rap1254.pdf>

Les mesures récentes de maîtrise des dépenses en médecine ambulatoire introduisent un changement de logique dans la régulation en médecine ambulatoire. Des politiques de maîtrise « par la demande » qui font porter la responsabilité des déviances et de l'augmentation des dépenses au patient, à travers l'instauration de mesures telles que l'augmentation du ticket modérateur et le déremboursement des médicaments, on passe à une maîtrise globale qui fait porter la responsabilité à la fois au médecin et au patient. En cela, la liberté d'activité et de prescription des médecins se trouve contestée. Cette évolution des politiques de régulation en médecine ambulatoire est analysée dans une perspective conventionnaliste (au sens de l'économie des conventions), sur la base d'une typologie originale des règles de coordination entre les acteurs. Sont en particulier mises en évidence l'articulation entre les différentes mesures de régulation, l'évolution des règles qui régissent la médecine ambulatoire et les conditions qui peuvent favoriser l'émergence de conventions

Ogien, A. (1998). Les conditions de la mesure de l'efficacité en matière de santé : une analyse de la mise en œuvre des références médicales opposables.

Après un historique de la mise en place des références médicales opposables en France, ce document analyse en profondeur l'efficacité du système, en tant qu'outil de maîtrise des dépenses de santé. Il aborde le rôle des médecins-conseils, des systèmes d'information médicalisés comme le codage des actes et le codage des pathologies. Constatant l'échec des références médicales opposables, il termine sur l'incohérence de la gestion du système de soins français, qui ne veut pas heurter la profession médicale en remettant en cause les principes de la médecine libérale

Poindron, P. (1998). "Convention des généralistes : Mode d'emploi du médecin référent." Espace Social Européen (442).

Pretot, X. (1998). "L'annulation de la convention nationale des médecins généralistes." Droit Social(9-10).

Hassenteufel, P. (1997). Les médecins face à l'Etat : une comparaison européenne, Paris : Presses de Sciences Po

Patrick Hassenteufel compare les rapports entre les médecins et l'Etat dans plusieurs pays d'Europe. Il met en évidence le rôle important de la représentation organisée des médecins, en particulier sous la forme syndicale et il en souligne la grande diversité. Il étudie aussi si la maîtrise des dépenses de santé et les réformes des systèmes de santé, en aiguissant les conflits internes à la profession et en provoquant une « crise de la représentation », remettent en cause les rapports entre les médecins et l'Etat et si celles-ci traduisent un certain déclin du pouvoir médical

Joing, J. (1997). "Chronique : Mort prématurée ou reconnaissance des conventions collectives du secteur sanitaire et social." Revue de Droit Sanitaire et Social (4).

Les conventions collectives du secteur sanitaire et social sont en danger. Du fait de logiques contradictoires et inconciliables, c'est toute la politique contractuelle qui meurt peu à peu. La solution pourrait être dans la clarification des rôles... On ne peut continuer à raisonner "comme avant" alors que toutes les règles changent. (R.A.)

Kerschen N., Sopenac P.H.. (1997). Le grand tournant de la médecine générale. *Droit Social* (5) : 471-475

Postel-Vinay, D. (1997). "La rémunération des médecins libéraux." Regards(13).

Suivant que l'on se place du point de vue du médecin, du malade, de la santé publique ou de la gestion des fonds publics, les éclairages sont différents et pas nécessairement conciliables. L'auteur constate qu'il n'existe pas de mode de rémunération idéal dans l'absolu. Il étudie les principales tendances qui gouvernent l'évolution de la rémunération des médecins libéraux, l'évolution du revenu moyen par praticien, le cas particulier des médecins de secteur 2, la différence d'honoraires moyens entre hommes et femmes. L'auteur s'intéresse à l'évolution de la proportion relative de médecins généralistes et spécialistes. Enfin, abordant le sujet des honoraires, il s'interroge sur le sens de l'évolution historique de moyens d'action sur les prix et les quantités, puis sur la mise en jeu de la responsabilité financière des médecins. Il évoque les textes de loi, conventions, liés à la maîtrise des dépenses de santé

Durand, P., et al. (1996). "Les normes dans la politique de maîtrise des dépenses de santé en France : contrats ou conventions ?" Journal d'Economie Médicale // 14(7-8).

Gadreau, M. et Bejean, S. (1996). "Le "marché" des soins ambulatoires, la régulation des dépenses et l'éthique professionnelle : entre contrat, contrainte et convention." Journal d'Economie Médicale **14**(7-8).

Maugue, C. (1995). "La fixation des honoraires médicaux après l'annulation de la convention médicale du 9 mars 1990." Revue de Droit Sanitaire et Social **1**.

L'arrêté du 11 juillet 1992 a été pris pour pallier le vide causé par l'annulation par le Conseil d'Etat de la convention nationale, le 9 mars 1990. Il est resté en vigueur jusqu'à la nouvelle convention nationale approuvée par arrêté du 25 novembre 1993. La requête en annulation formée contre cet arrêté du 11 juillet 1992 est repoussée par le Conseil d'Etat qui relève en particulier qu'aucune atteinte n'était établie au principe d'égalité entre les médecins (résumé d'auteur)

Noiry J.P. (1995). Références médicales conventionnelles applicables en 1995. Actualisation des références conventionnelles publiées en 1994. *Revue Prescrire*,(151) : 372-382

Brocas, A. M. (1994). "La convention médicale de 1993." Droit Social //(4).

Les lois du 4 janvier 1993 et du 18 janvier 1994, ainsi que la convention médicale signée le 21 octobre 1993 complètent le système de régulation progressivement mis en place en France. Cet article étudie les principaux aspects de la convention de 1993

Dubouis, L. (1994). "La sixième convention nationale médicale : la mise en chantier de la maîtrise médicalisée des dépenses médicales." Revue de Droit Sanitaire et Social **1**.

La sixième convention constitue le premier acte de la mise en chantier de la maîtrise médicalisée des dépenses médicales reposant largement sur le respect des références médicales opposables aux praticiens

Ruet, L. (1993). "La nature juridique de la convention dite de tiers payant." Semaine Juridique (La) (3).

Batifoulier P. (1992). Le rôle des conventions dans le système de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 10 (1) : 5-44

Petit, G. (1991). "Un nouveau suivi des prix des actes médicaux." Courrier des Statistiques (58-59).

Synthèse sur le suivi des prix des actes médicaux réalisé en France entre 1971 et 1990. La couverture des prestations médicales dans l'indice des prix à la consommation, auparavant réduite aux tarifs de la Convention, a été largement étendue en avril 1990. La mise en œuvre du nouvel indice du poste "Médecins" a été rendue possible par l'exploitation d'une enquête par sondage sur les honoraires de près de 6 000 praticiens lancée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en 1988, en collaboration avec l'INSEE

Catrice, L. A. (1985). "Le généraliste, la société et la sécurité sociale." Prospective et Sante (34).

Chabrun, R. C. (1985). "La cinquième convention nationale." Concours Médical //(34).

Pretot, X. (1985). "La quatrième convention nationale entre les organismes d'assurance maladie et le corps médical." Droit Social (11).

Hannequin J.-R., Chaumont A.-J., Mangin P. (1984). Les tableaux statistiques d'activité du praticien et la convention médicale nationale du 29 mai 1980. *Journal d'économie Médicale*, (1) :

Blaise, H. (1981). Les rapports entre le corps médical et la sécurité sociale. Analyse de la convention nationale du 29 mai 1980, Paris : Economica

Marty, J. (1980). "Le médecin conseil dans la convention." Revue Médicale de L'Assurance Maladie (3).

Mignon, J. (1980). "Convention ou règlement ? Le sens d'une signature." Concours Médical **103**(8).

Mignon, J. (1980). "La convention en acte : participation des syndicats médicaux aux instances paritaires locales." Concours Médical **102**(38).

Studler, F. (1977). "Médecine libérale et conventionnement." Sociologie du Travail (2).

Cayla, J. S. (1976). Le conventionnement des honoraires médicaux. Revue Trimestrielle de Droit Sanitaire et Social

Prieur, C. (1976). L'évolution historique de l'organisation des relations entre la médecine libérale et les régimes d'assurance maladie : 1930-1976. Revue Trimestrielle de Droit Sanitaire et Social

Studler, F. (1973). "L'évolution de la profession médicale : essai d'analyse sociologique." Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales (2).

Cet article examine les transformations profondes qu'a connu la profession médicale. L'évolution socio-économique et les mutations qui en résultent, les bouleversements de la technique et des sciences médicales, entraînent une modification de la pratique médicale et conduisent la profession, dont le pouvoir et l'autorité changent et se retrouvent remises en question, à se définir de plus en plus par rapport aux organismes de financement comme la Sécurité sociale et à l'Etat dont l'emprise et le contrôle se font croissants.

Hatzfeld, H. (1963). Le grand tournant de la médecine libérale Paris : Les Editions ouvrières

Ce livre reprend pour l'essentiel la thèse de troisième cycle présentée en 1962 par Henri Hatzfeld à la Faculté des Lettres et des Sciences humaines de l'Université de Strasbourg. Après un aperçu sur la sociologie et la Sécurité sociale, il analyse l'émergence de la profession médicale libérale, ses relations avec les malades et avec l'Etat

