

**UNION NATIONALE DES CAISSES NATIONALES**  
**D'ASSURANCE MALADIE**  
**CONSEIL**

**Réunion du 21 janvier 2016**

**Objet : Projet d'orientations pour la négociation de la nouvelle convention médicale**

## **1. BILAN DE LA CONVENTION DE 2011**

### **1.1 Rappels sur la convention de 2011**

Cette convention faisait suite au règlement arbitral de 2010 (JO du 5 mai 2010) qui avait prévu notamment la revalorisation de la C à 23€ au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Avec la convention de 2011 (parue au JO du 26/09/2011) signée par 4 syndicats, CSMF, MG France, SML et FMF, les partenaires conventionnels ont souhaité mettre en place un nouveau partenariat pour consolider l'attractivité de la médecine libérale et se sont attachés à renforcer l'accès aux soins sur tout le territoire, valoriser la qualité des pratiques, diversifier les modes de rémunération et simplifier les échanges entre les médecins et l'assurance maladie.

En effet, la stratégie conventionnelle a fortement évolué depuis quelques années avec le développement d'une dimension organisationnelle et des objectifs de qualité des soins et de santé publique.

En outre, la vie conventionnelle a été particulièrement dynamique : 11 avenants ont été signés entre septembre 2011 et octobre 2013, dont 4 plus particulièrement importants (ROSP de certaines spécialités, contrat d'accès aux soins et régulation des pratiques tarifaires excessives, révision des tarifs d'imagerie et de cardiologie).

Ainsi, avec la convention de 2011 et ses avenants, les partenaires conventionnels ont mis en œuvre des mesures visant à :

- Renforcer l'accès aux soins sur tout le territoire
  - ✓ En faveur d'une meilleure répartition de l'offre de soins avec deux nouvelles options démographie,
  - ✓ En faveur de l'accessibilité financière aux soins :
    - le tiers payant sur la part obligatoire pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) dès 2011,

mesure renforcée par le législateur en 2015 avec la mise en place du tiers payant intégral pour ces patients.

- l'accès à des soins aux tarifs opposables (sans dépassement d'honoraires) pour les patients ACS quel que soit le secteur d'exercice des médecins consultés.
- la mise en place du contrat d'accès aux soins en faveur de la maîtrise des dépassements d'honoraires et du dispositif de régulation des pratiques tarifaires excessives.

➤ Valoriser la qualité des pratiques médicales

Ont été ainsi valorisés :

- ✓ les fonctions de médecin traitant et de médecin correspondant pour le suivi au long cours des patients avec la mise en place de forfaits.
- ✓ la qualité des pratiques médicales, la prise en charge des pathologies chroniques, la prévention et l'efficacité avec la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique.
- ✓ certains actes cliniques pour lesquels l'utilité est particulièrement avérée au regard de la situation médicale des patients.

➤ Améliorer l'organisation du cabinet et la simplification des échanges

- ✓ accompagnement de l'informatisation des cabinets médicaux, de manière à favoriser la tenue du dossier médical avec notamment l'élaboration du volet de synthèse par le médecin traitant et les échanges dématérialisés entre professionnels.
- ✓ développement des téléservices pour faciliter les échanges avec l'assurance maladie.

Le coût financier estimé à partir de la dernière année connue, en année pleine de l'effet final des mesures s'est élevé à 663,6 M€ en honoraires remboursables<sup>1</sup>.

Le lancement des négociations d'une nouvelle convention médicale implique de dresser un bilan de la convention en vigueur depuis près de 5 ans.

## 1.2 Bilan des principales mesures de la convention de 2011

---

<sup>1</sup>Prise en compte des montants versés au titre de la ROSP 2014, du forfait FMT (suivi patients hors ALD par le Médecin traitant 2015, MPA (majoration forfaitaire pour les consultations personnes âgées) sur une année glissante personnes âgées de 80 ans et plus

### **1.2.1 Les mesures en faveur d'une accessibilité géographique et d'une meilleure répartition de l'offre de soins**

Deux options conventionnelles ont été mises en place avec la convention de 2011 : l'option démographie et l'option santé solidarité territoriale.

L'option démographie a été proposée aux médecins s'installant ou installés dans les zones fragiles (zonage ARS) ou à proximité immédiate (médecins de secteur 1 ou médecins de secteur 2 ayant adhéré au contrat d'accès aux soins ou s'engageant à pratiquer les tarifs opposables dans la zone) exerçant leur activité en groupe ou en pôle de santé.

Les avantages consistent en deux types d'aides : une aide forfaitaire à l'investissement encourageant le regroupement de 5 000 € /an pour les médecins en groupe, 2 500 €/an pour les médecins membres d'un pôle de santé, et une aide à l'activité : 10% des honoraires annuels (consultations et visites), plafonnée à 20 000 €/an, pour les médecins en groupe, 5% des honoraires annuels (C et V) plafonnée à 10 000 €/an, pour les médecins en pôle de santé.

On dénombre 2 075 adhérents (soit 54 % des médecins installés en zone fragile) à fin 2014 dont 1 866 (90 %) ont atteint le critère d'activité et peuvent bénéficier d'un paiement. Le montant moyen de l'aide forfaitaire est de 4 847 €, auquel s'ajoute le montant moyen de l'aide à l'activité de 10 337 €, soit en moyenne 15 184 € au total par médecin adhérent respectant les engagements.

Le montant total tous régimes de ces aides s'élève à 28,3 M € par an.

Le bilan du dispositif est globalement positif dans la mesure où il se traduit par une augmentation notable du nombre d'adhésions par rapport au précédent dispositif avec 2 075 adhérents à l'option démographie contre 800 au maximum pour l'avenant 20 de la convention de 2005 et une part d'installations en zone fragile parmi les nouveaux installés positive depuis la mise en œuvre du dispositif (+0,7 pts), ainsi qu'une limitation de la baisse du ratio installation/cessation d'activité en zone fragile. A compter de la mise en place des options démographiques, le taux de cessation continue d'augmenter mais de façon légèrement moins soutenue en zone fragile. Parallèlement, le taux d'installation y est un peu plus élevé.

Néanmoins, un certain nombre de limites ont été identifiées. En effet, seuls 54 % des médecins exerçant en zone fragile ont adhéré à l'option (notamment en raison de la condition d'exercice en groupe ou un pôle). Le choix d'une aide en partie proportionnelle à l'activité peut être discuté alors que les médecins exerçant dans ces zones ont justement une activité plus importante que les autres (honoraires supérieurs de 16,5% à la moyenne).

En outre, seulement 10% des adhérents éligibles à l'aide sont des nouveaux installés (soit 185 médecins en 2013 et 2014). Leurs honoraires étant plus faibles que ceux de leurs confrères, ils ont perçu moins de 11 400 € d'aides démographiques contre 15 600 € pour les praticiens déjà installés. Une autre limite tient à ce que l'aide à l'investissement arrive tardivement par rapport à l'installation.

Un dispositif complémentaire à l'option démographie a été également mis en place, l'option santé solidarité territoriale. Elle visait à répondre à l'une des principales difficultés des médecins installés en zone déficitaire, à savoir la possibilité de se faire remplacer, et devait favoriser une solidarité territoriale entre praticiens.

Les médecins éligibles sont les médecins libéraux, généralistes ou spécialistes, non installés en zone fragile, s'engageant à exercer au minimum 28 jours par an dans une zone déficitaire pendant 3 ans sous la forme de vacations.

En contrepartie, les avantages sont une aide à l'activité correspondant à 10% des honoraires annuels (consultations et visites) dans la limite de 20 000 €/an et une prise en charge des frais de déplacement pour se rendre en zone fragile.

Le bilan du dispositif dénombre 28 adhérents à fin 2014 dont seulement 12 ayant rempli les engagements, pour un montant moyen d'aide à l'activité de 2 055 €, soit au total pour les aides à l'activité un coût financier limité à 24 665 €.

Ce dispositif n'a pas rencontré l'adhésion des médecins pour différentes raisons. D'une part, l'organisation peut apparaître lourde pour le médecin (avis de l'Ordre requis pour pratiquer cette activité de renfort auprès d'un confrère, organisation de la gestion des vacations,...) au regard de l'aide accordée. D'autre part, le nombre de vacations nécessaires pour être éligible à l'aide (28 vacations dans l'année) est apparu parfois trop élevé compte tenu de l'organisation à mettre en place par le médecin pour son propre cabinet (gestion de remplaçants, etc.). En outre, il n'y a pas toujours de besoin à hauteur de 28 vacations dans la zone fragile. Enfin l'aide à l'activité calculée sur les consultations et visites n'est pas adaptée à l'ensemble des spécialités (la non prise en compte des actes techniques peut être pénalisante pour certaines spécialités).

### **1.2.2 Accessibilité financière – bilan de l'avenant 8**

Le constat dressé en 2012, sur la base des chiffres de 2011, à l'occasion des orientations pour les négociations de l'avenant 8, était le suivant :

- 1 médecin sur 4 pratique des dépassements d'honoraires et plus de 40% des médecins spécialistes sont en secteur 2,
- La dynamique des installations renforce le poids du secteur 2 : en 2011, 6 médecins spécialistes sur 10 s'installaient en secteur 2,
- Le dépassement moyen facturé (par rapport au tarif opposable) est passé de 38% en 2000 à 56% en 2011 soit une progression en moyenne de 8 à 10 points de taux de dépassement en plus tous les 5 ans ; sans réforme, le taux de dépassement moyen serait ainsi passé, pour les spécialistes de secteur 2, de 56% en 2011 à 65% en 2016.

Dans ce contexte, l'objectif de l'avenant 8 à la convention, signé le 25 octobre 2012 entre l'UNCAM, l'UNOCAM, la CSMF, le SML et MG France était de répondre de façon structurelle aux difficultés rencontrées par les assurés en matière d'accès aux soins, en tenant compte d'une situation initiale particulièrement contrastée.

Les 4 volets de l'avenant 8 sont :

- L'opposabilité des tarifs pour les patients bénéficiant de l'ACS, interdisant ainsi à tous les médecins, quel que soit leur secteur d'exercice, la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires à leur égard ;
- Un contrat d'accès aux soins pour les médecins de secteur 2<sup>2</sup> permettant de maîtriser l'évolution des dépassements d'honoraires et qui permet aux patients de ces médecins d'être mieux remboursés grâce à l'alignement des tarifs de remboursement des médecins signataires sur ceux du secteur 1 ;
- Une revalorisation des tarifs opposables ;
- Une régulation des pratiques tarifaires excessives.

Trois ans après l'entrée en vigueur de cet avenant, le bilan est positif pour les patients et leur reste à charge, tant en termes de baisse des dépassements d'honoraires qu'en ce qui concerne l'augmentation des actes à tarif opposable.

Alors que les dépassements d'honoraires progressaient de presque 2 points par an à la fin des années 2000, ils baissent de 1 point par an en moyenne depuis 2012.

Chez les médecins spécialistes nouvellement installés le choix du secteur 2 CAS représente d'ores et déjà 17% en 2014 (et devrait dépasser les 20% en 2015) avec une nette diminution des installations en secteur 2 hors CAS et une stabilisation des installations en secteur 1.

Les mesures contre les pratiques tarifaires excessives ont induit une baisse de 36 points (soit - 18,9%) du taux de dépassement moyen chez les médecins ciblés grâce aux actions menées en 2012 et à la campagne de régulation qui se poursuit.

De même, on constate une diminution de plus de 65% des pratiques de dépassements pour des bénéficiaires de la CMU-C (817 médecins en 2012 contre 261 médecins en 2014).

Après 20 ans de hausse ininterrompue, le taux de dépassement des médecins de secteur 2 s'est ainsi stabilisé en 2012 et amorce une baisse depuis 2013, qui s'est accélérée en 2014 et au 1er semestre 2015.

Pour l'ensemble des médecins de secteur 2 (y compris adhérents CAS) :

- le taux de dépassement passe de 55,4% en 2012 à 54,1% en 2014 et à 53,2% à fin septembre 2015.
- le taux d'actes à tarif opposable passe de 32,9% en 2012 à 34,7% en 2014 et à 35,5% à fin septembre 2015.

---

<sup>2</sup> Et pour certains médecins de secteur 1, ancien chef de clinique

Pour les médecins de secteur 2 adhérents au CAS :

- le taux de dépassement est passé de 28,4% en 2012, à 24,3% en 2014 et à 22,6% à fin septembre 2015 et pour les seuls spécialistes de 27,7% en 2012, à 23,0% en 2014 et à 21,2% à fin septembre 2015.
- le taux d'actes à tarif opposable est passé de 46,2% en 2012 à 51,6% en 2014 et 54,4% à fin septembre 2015 et pour les seuls spécialistes de 51,9% en 2012 à 56,4% en 2014 et 58,9% à fin septembre 2015.

Au 25/12/2015, 11 359 médecins disposent d'un CAS dont 7 984 par des médecins de secteur 2 (70,3%) et 3 375 médecins de secteur 1 (29,7%) installés avant 2013 et disposant des titres permettant l'accès au secteur 2 .

Pour l'ensemble des spécialistes, la part des installations en secteur 1 reste stable (41% en 2011 et 40% en 2014). Les installations en secteur 2 hors CAS baissent de 59% en 2011 à 43% en 2014 et 17% ont choisi le secteur 2 avec CAS, ce qui constitue un résultat très positif.

Pour l'exercice 2013 (pour le seul mois de décembre, le CAS étant entré en vigueur le 01/12/13), près de 8 800 médecins ont respecté leurs engagements sur 2013 (83%) et 1 740 n'ont pas respecté leurs engagements (17%).

Pour 2014, première année complète du CAS, on obtient un taux analogue avec environ 80% de médecins (plus de 8 900) ayant respecté leurs engagements. En fonction des situations, les premières procédures de résiliation du CAS pour non respect des engagements ont débuté.

Le versement de la participation aux cotisations sociales au titre de 2013 pour les adhérents CAS de secteur 2 a débuté en avril 2015. Le montant de la participation aux cotisations sociales versée aux adhérents CAS de secteur 2 au titre de l'année 2013 s'élèvent environ à 29 M€, avec un montant moyen versé pour l'ensemble des médecins de 5 500 € (6 950 € pour les seuls spécialistes).

L'un des autres volets de l'avenant 8 était constitué de la mise en place d'une procédure conventionnelle visant à sanctionner les pratiques tarifaires excessives susceptibles de remettre en cause l'accès aux soins des patients. Là aussi le bilan des actions menées est globalement positif puisque les médecins dont les pratiques tarifaires étaient ciblées comme excessives en 2012 ont modifié leur pratique : leur taux de dépassement moyen a diminué de 36 points passant de 189% à 153% en 2014, soit 18,9% de baisse (envoi de courriers d'avertissement à plus de 1000 médecins et plus de 700 entretiens menés par les directeurs de caisses). A la suite des courriers et échanges avec les Caisses, beaucoup de médecins ont entamé une modification substantielle de leur pratique tarifaire ou ont accepté de s'engager formellement à diminuer leur taux de dépassement. L'Assurance Maladie n'a donc poursuivi la procédure qu'à l'encontre des médecins refusant toute modification de leur pratique tarifaire, par la saisine des Commissions paritaires régionales. A ce jour, 14 sanctions ont été prononcées (déconventionnements ou 12 suspensions temporaires du droit à dépassement),

certaines faisant l'objet d'un appel et d'autres sanctions devraient être prochainement notifiées à la suite d'avis des Commissions paritaires régionales.

On observe depuis une baisse du taux de dépassement moyen des médecins ciblés, en particulier chez les médecins dont les dépassements étaient les plus élevés.

L'aspect dissuasif du dispositif de régulation domine donc, permettant ainsi à l'Assurance Maladie de prononcer pour le moment un nombre limité de sanctions.

### **1.2.3 Amélioration de la qualité des pratiques- bilan de la ROSP**

La convention médicale du 26 juillet 2011 a instauré une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour tous les médecins libéraux.

Les objectifs étaient de :

- ✓ favoriser l'amélioration de la qualité de la pratique en l'appréciant au travers d'indicateurs calculés sur l'ensemble de la patientèle, et non par individu, en tirant les enseignements du CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles) ;
- ✓ donner au médecin les moyens d'évaluer à l'échelle de sa patientèle sa pratique professionnelle globale et de valoriser ses efforts pour la faire évoluer vers des objectifs de santé publique, définis à partir des objectifs des plans de santé publique ou des recommandations de la Haute Autorité de Santé ;
- ✓ compléter la rémunération du paiement à l'acte, qui reste le socle de la rémunération de la médecine libérale.

Les indicateurs utilisés sont :

- relatifs à l'organisation du cabinet (5 indicateurs)

Ils concernent l'ensemble des médecins libéraux et valorisent notamment l'équipement en logiciels métier, l'usage des téléservices et des logiciels d'aide à la prescription.

- relatifs à la qualité de la pratique médicale (24 indicateurs pour les médecins traitants; 9 pour les cardiologues et 8 pour les gastro-entérologues et hépatologues)

Ils portent sur la prévention, la prise en charge des pathologies chroniques et l'efficacité des prescriptions. Ces indicateurs sont, pour la plupart, calculés à partir des bases de remboursement de l'Assurance maladie.

Le mode de calcul des rémunérations valorise l'atteinte des objectifs mais également la progression observée.

La progression au service de la qualité et de l'efficacité du système de soins observée en 2012 et 2013 se poursuit en 2014 :

- taux général d'atteinte des objectifs à 65,1% pour les omnipraticiens contre 61,5% en 2013 (+ 3,6 points) ;

- 68% des médecins éligibles ont progressé dans l'atteinte de leurs objectifs ;
- les 20% de médecins les plus performants atteignent au moins 75,8% des objectifs.

L'analyse des résultats par volets montre une progression pour le suivi des maladies chroniques, l'optimisation des prescriptions et l'organisation du cabinet et une tendance à la stabilisation pour le volet prévention

- 51% des omnipraticiens continuent de faire évoluer leurs pratiques en matière d'organisation du cabinet malgré un taux d'atteinte moyen déjà très élevé ;
- 56% obtiennent de meilleurs résultats sur les indicateurs de suivi des pathologies chroniques ;
- 76% ont continué à améliorer leurs pratiques sur le champ de la prescription.

La progression est confirmée sur l'ensemble des départements mais des disparités persistent

En 2014, 89 111 médecins ont été rémunérés au titre de la ROSP, dont 51 526 MG :

- rémunération moyenne (ensemble des médecins rémunérés) : 4 215 €
- rémunération moyenne pour les omnipraticiens rémunérés : 5 935 €
- rémunération moyenne des médecins généralistes rémunérés : 6 264 €
- rémunération moyenne pour les médecins spécialistes rémunérés: 1 129 € (y compris gastroentérologues et cardiologues)
- rémunération moyenne pour les cardiologues rémunérés : 2 112 €
- rémunération moyenne pour les gastro-entérologues : 2 123 €

La dépense brute pour la ROSP en 2014 est de 381 M€ (352 M€ en 2013)

La ROSP est aujourd'hui totalement intégrée par les médecins qui souhaitent la maintenir. Elle représente une rémunération complémentaire importante pour les médecins traitants.

La ROSP a contribué à favoriser les bonnes pratiques, néanmoins, des évolutions du dispositif doivent être envisagées pour poursuivre et renforcer l'action en faveur de l'amélioration des pratiques et de l'efficacité.

#### **1.2.4 Valorisation de la qualité des pratiques – mise en place de forfaits pour le suivi au long cours et de consultations spécifiques**

Le rôle de médecin traitant est reconnu et conforté au travers :

- de la réalisation d'une synthèse annuelle du dossier médical pour ses patients dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) ;
- des indicateurs de santé publique mesurés en tenant compte de la patientèle l'ayant choisi comme médecin traitant ;
- de sa participation au programme sophia ;



- du suivi des patients en ALD (en suivi post ALD) et hors ALD (création du forfait FMT de 5 euros valorisant le rôle du MT dans la coordination des soins et le suivi des patients, pour les médecins de secteur 1 et adhérents au CAS) ;
- du suivi des patients en sortie d'hospitalisation : MIC (majoration de 23 € soit 1C) pour les consultations et visites de suivi de sortie d'hospitalisation pour décompensation pour les malades insuffisants cardiaques, MSH (majoration de 23 € soit 1C) pour les consultations de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité, pour les médecins de secteur 1 et adhérents au CAS.

De même le rôle de correspondant a été valorisé. L'avis ponctuel de consultant (C2) a été modifié à la nomenclature afin de rendre possible, dans certaines conditions, la cotation d'une consultation (CS) par le médecin correspondant lorsqu'il est nécessaire de revoir le patient pour donner son avis, définir les modalités de cotation du C2 par les médecins spécialistes qualifiés en médecine générale, ramener le délai de consultation autour de l'avis ponctuel de consultant de 6 mois à 4 mois.

L'activité clinique a été valorisée avec la mise en place de plusieurs consultations à haute valeur ajoutée telles que la visite longue et complexe (VL) d'une valeur de 2V pour les patients atteints de maladies neuro dégénératives ou la consultation de dermatologie (valeur 2C) pour favoriser le dépistage des cancers cutanés.

Enfin, pour favoriser la prise en charge des personnes âgées, une rémunération forfaitaire (MPA) a été instaurée, calculée par acte, sur la base de 5 € par consultation et visite, pour les patients âgés de 85 ans et plus (à compter du 1er juillet 2013) et 80 ans et plus (depuis le 1er juillet 2014) pour tenir compte de leurs comorbidités et de la complexité du suivi des traitements en veillant notamment à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse.

Pour l'activité technique, un certain nombre d'actes ont été portés aux tarifs cibles. Les médecins de secteur 1 et les médecins de secteur 2 ayant signé un contrat d'accès aux soins ont bénéficié de la convergence vers les tarifs cibles de la CCAM de 2005 en trois étapes : 1<sup>er</sup> juillet 2013, 1<sup>er</sup> mars 2014 et 1<sup>er</sup> janvier 2015, pour les spécialités suivantes : cardiologie non interventionnelle, chirurgie, dermatologie, endocrinologie, gynécologie et obstétrique, hématologie, neurologie, omnipraticiens, ORL, pédiatres, pneumologie, psychiatrie, médecine physique et de réadaptation, rhumatologie.

Les tarifs à la CCAM pour un même acte ont été différenciés, selon que le médecin exerce en secteur 1 ou secteur 2 adhérent au contrat d'accès aux soins ou en secteur 2.

### **1.3 Données économiques et démographiques**

Cette politique conventionnelle s'est accompagnée d'une dynamique de rémunération visant à conserver un secteur ambulatoire attractif, efficient et favorable au transfert de la prise en charge des patients de l'hôpital vers la ville.

Sur le long terme (2002 – 2014), les honoraires totaux (y compris forfaits) ont connu une progression plus soutenue pour les spécialistes (+2,8%) que pour les généralistes (+1,9%), cette évolution étant liée à l'augmentation du volume des actes.

Les honoraires remboursables (y compris forfaits) ont évolué en moyenne annuelle de façon identique entre généralistes (+2,4%) et spécialistes (+2,4%).

Sur le moyen terme (2010 – 2014), en secteur 1, les honoraires des généralistes progressent plus que ceux des spécialistes (honoraires remboursables des médecins généralistes de secteur 1 : + 2,6% en taux de croissance annuelle moyen, versus : +0,6% pour les spécialistes de secteur 1).

Les honoraires remboursables des spécialistes de secteur 2 continuent de progresser à un rythme soutenu par les volumes (honoraires remboursables : +4,3% en TCAM).

La part des rémunérations forfaitaires s'est fortement accrue tout particulièrement pour les médecins généralistes. Entre 2010 et 2014, cette part est passée de 5% à 12% en pourcentage des honoraires remboursables pour les médecins généralistes hors MEP grâce à la création des forfaits RMT (pour le suivi des patients en ALD), FMT (pour le suivi des patients sans ALD), MPA (pour le suivi des personnes âgées de plus de 80 ans), et la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique(ROSP).

La mise en place de la ROSP en 2012 a correspondu à terme à l'équivalent d'une revalorisation de 1,5 € de la consultation, et la MPA et le FMT représentent l'équivalent de 1,4 € de supplément de rémunération par consultation

Par ailleurs, la prise en charge des cotisations sociales représente, en montant, 9,5% des HSD des généralistes.

Parallèlement, par rapport à 2002, les effectifs des généralistes ont diminué de 2 100 (effectifs 2002 : 55 130 généralistes versus 53 240 en 2014). Mais, les effectifs du secteur 1 restent assez stables alors que ceux du secteur 2 diminuent. Depuis 2010, on observe une baisse de 1 100 généralistes dont 350 en secteur 1. Cette baisse est assez forte dans certains départements, notamment en Ile de France.

Pour les spécialistes, les effectifs étaient en hausse depuis 2002 avec une baisse des effectifs du secteur 1 et une hausse du secteur 2. Toutefois, depuis 2010 on note une baisse des effectifs globaux de spécialistes (mais toujours une hausse du secteur 2 sauf 2014 à la suite de l'entrée en vigueur du CAS). Cette baisse est très variable selon les spécialités.

## 2. CONTEXTE DE LA NÉGOCIATION ET CALENDRIER

### 2.1 Procédure et calendrier

La convention signée le 26 juillet 2011 arrive à échéance le 26 septembre 2016. La date butoir pour conclure une nouvelle convention est donc fixée au 26 août 2016 (article R.162-54-5 CSS). A défaut, l'échec des négociations devra être constaté et l'arbitre, désigné au début des négociations, saisi.

Par ailleurs, les résultats aux élections URPS sont intervenus le 12 octobre 2015 et s'établissent comme suit :

#### RÉSULTATS DES ÉLECTIONS URPS OCTOBRE 2015

Généralistes	Suffrages exprimés	CSMF		FMF (dont UG)		MG-France		SML	
National	23 384	4 734	20,25%	6 458	27,62%	7 317	31,29%	3 857	16,49%

Chirurgiens, Anesthésistes, Obstétriciens	Suffrages exprimés	CSMF		FMF		SML		Le BLOC	
National	6 094	754	12,37%	350	5,74%	789	12,95%	4 070	66,79%

Autres spécialistes	Suffrages exprimés	CSMF		FMF		SML		Le BLOC	
National	13 094	5 323	40,65%	2 850	21,77%	3 790	28,94%	577	4,41%

Total spécialistes	Suffrages exprimés	CSMF		FMF		SML		Le BLOC	
National	19 188	6 077	31,67%	3 200	16,68%	4 579	23,86%	4 647	24,22%

L'enquête de représentativité pour déterminer les syndicats habilités à participer aux négociations conventionnelles a donc pu être lancée le 22 novembre 2015.

Pour mémoire la représentativité des syndicats est déterminée sur la base de différents critères cumulatifs (art.R.162-54-1CSS) :

- L'indépendance, notamment financière,
- Les effectifs d'adhérents à jour de leur cotisation,
- L'ancienneté minimale de deux ans,

- L'audience établie en fonction des résultats aux dernières élections URPS (seules les organisations ayant recueilli au moins 10% des suffrages exprimés aux élections URPS peuvent être considérées comme représentatives).

Les organisations ayant recueilli au moins 10% des suffrages exprimés aux élections URPS d'octobre 2015 (10% des SU, R.162-54-2 CSS) sont :

Pour les Généralistes : MG /FMF/CSMF /SML

Pour les Spécialistes : CSMF/ Le Bloc/SML/ /FMF

Une fois les résultats de l'enquête de représentativité publiés, les négociations pourront s'ouvrir.

## **2.2 Cadre législatif**

Les lois de modernisation de notre système de santé et de financement de la sécurité sociale pour 2016 comportent des mesures qui vont avoir un impact direct sur la future convention médicale et notamment :

- ✓ la mise en place du médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans ;
- ✓ la généralisation progressive de la pratique du tiers payant intégral avec engagement en contrepartie sur la garantie et les délais de paiement ;
- ✓ la reprise par l'assurance maladie du DMP et sa participation avec l'ASIP au déploiement de la messagerie sécurisée ;
- ✓ la création de contrats types nationaux définissant les modalités d'adaptation régionale des dispositifs sur la démographie ; la possibilité de modulation régionale d'autres mesures conventionnelles (ex : ROSP) à l'exception de celles relatives aux tarifs et aux rémunérations de nature forfaitaire ;
- ✓ la mise en place d'un contrat type de coopération à destination des médecins ophtalmologistes afin de développer le travail aidé ;
- ✓ l'alignement du taux de cotisations du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) sur celui du RSI ;
- ✓ la fusion des résultats aux URPS des deux collèges de spécialistes pour la détermination de la capacité des organisations syndicales à signer les accords conventionnels.

### 3. LIGNES DIRECTRICES DE LA MINISTRE

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-5 CSS dans sa rédaction issue de la Loi de modernisation de notre système de santé, la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a adressé à l'UNCAM, le 23 décembre dernier, un courrier fixant ses lignes directrices pour la future négociation de la convention médicale en rappelant que celle-ci constitue un des leviers majeurs pour la mise en place des réformes essentielles à la préservation de notre système de santé.

Ces lignes directrices indiquent que la nouvelle convention doit, donner plus de poids à la prévention, permettre de réaliser le virage ambulatoire, faire plus de place à l'innovation et corriger les inégalités d'accès aux soins, sociales et territoriales, et ce en cohérence avec le projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé, le pacte territoire santé et l'évolution des formations, des métiers et des modes d'exercice, préoccupations qui seront au centre de la grande conférence de la santé du 11 février 2016.

Trois objectifs sont fixés aux partenaires conventionnels par la Ministre:

- Veiller à une meilleure valorisation de la pratique et de l'expertise médicale et le soutien à la modernisation de l'organisation des soins de ville. Les modes de rémunération des médecins doivent également continuer à accompagner l'exigence d'une meilleure structuration de la médecine de parcours coordonnée.
- Renforcer la prévention et le rôle des médecins dans les actions de promotion de la santé, de dépistage et de sensibilisation de leurs patients à la bonne gestion de leur santé, afin de réduire en particulier les inégalités de santé, directement liées aux inégalités sociales. La mise en place du médecin traitant de l'enfant, instauré par le projet de loi de modernisation du système de santé, va faciliter le suivi du parcours de soins de l'enfant.
- Garantir l'accès aux soins pour tous les Français sur l'ensemble du territoire, en modernisant les aides démographiques, en les simplifiant et en permettant leur adaptation aux besoins d'un territoire, mais également par la mise en place d'actions permettant de réduire les délais d'attente et d'augmenter le nombre de nouveaux patients reçus, notamment pour les spécialités médicales de premier recours. Il convient par ailleurs de poursuivre la dynamique de maîtrise des dépassements d'honoraires liée à la mise en place de l'avenant n° 8 à la convention.

Ces lignes directrices sont jointes en annexe.

## **4. LES PROPOSITIONS D'ORIENTATIONS**

Notre système de santé est confronté à d'importants défis parmi lesquels le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et les inégalités de santé. Pour y faire face, des mesures structurantes doivent être mises en œuvre.

Au regard du bilan des différentes mesures mises en place par la convention de 2011 qui apparaît globalement très positif, la stratégie conventionnelle mise en œuvre depuis 5 ans doit donc être poursuivie et renforcée pour répondre à 4 enjeux majeurs :

- accompagner les médecins dans la mise en place d'organisations nouvelles, diverses et plus ou moins intégrées, garantissant la cohérence des interventions des différents acteurs de la prise en charge des patients, le renforcement de la coordination constituant un élément essentiel pour accompagner le virage ambulatoire. Cette coopération des différents acteurs intervenant dans la prise en charge des patients doit bien évidemment s'étendre aux structures et services sanitaires et médico sociaux ;
- favoriser la qualité des pratiques médicales notamment en poursuivant le développement de dispositifs comme la rémunération sur objectifs de santé publique et en valorisant à leur juste niveau les actes particulièrement utiles pour une bonne prise en charge des patients, notamment pour les spécialités pour lesquelles est observée une tension démographique. Ces mesures doivent conforter le rôle pivot du médecin traitant dans le suivi au long cours des patients, y compris des enfants, et renforcer son articulation avec les interventions des spécialistes de second recours ;
- renforcer les actions de prévention et de dépistage mais également de promotion de la santé, permettant aux patients de mieux s'approprier leur santé en adoptant de meilleures habitudes de vie, dès le plus jeune âge, car c'est dès ce stade que se créent les inégalités de santé. La mise en place du médecin traitant de l'enfant va faciliter le suivi au long cours du parcours de soins de l'enfant ;
- faciliter l'accès aux soins, avec l'amélioration des mesures visant à équilibrer la répartition géographique des médecins sur le territoire et la consolidation des dispositifs de maîtrise des dépassements d'honoraires, l'objectif majeur étant que tous les assurés sociaux, quelles que soient leurs ressources financières, puissent accéder aux soins de premier recours et spécialisés.

Afin de répondre à ces enjeux majeurs, quatre principaux axes sont proposés.

### **4.1 Accompagner les médecins dans la mise en place d'organisations nouvelles permettant une meilleure structuration de l'offre de soins**

#### **4.1.1 Soutenir les évolutions de l'organisation des soins pour développer une médecine de parcours et de proximité**

La convention devra accompagner l'innovation dans l'organisation des soins, en passant d'un système encore trop cloisonné à une médecine de parcours et de proximité, organisée autour du patient et coordonnée par le médecin traitant en lien avec les différents spécialistes correspondants. Cette évolution est nécessaire pour prendre en charge des patients en moyenne plus âgés et atteints d'affections plus longues. Elle doit aussi permettre d'améliorer les conditions d'exercice des médecins et répondre au besoin de garantir une plus grande attractivité de l'exercice libéral, notamment auprès des jeunes médecins.

Cette structuration des soins de proximité répond à plusieurs finalités : assurer la continuité et l'efficacité des parcours de soins, améliorer la prise en charge des pathologies chroniques, renforcer la prévention et améliorer l'articulation des soins entre la ville et l'hôpital en évitant notamment des hospitalisations en assurant une meilleure continuité des soins en amont et en aval de ces dernières.

A cet égard, le contexte est favorable avec une tendance au regroupement pour la pratique de la médecine libérale. En effet, 55 % des médecins généralistes déclarent désormais exercer en groupe avec un attrait encore plus net chez les moins de 40 ans qui déclarent 8 fois sur 10 exercer en groupe (source IRDES 2010).

La convention médicale devra d'ailleurs s'articuler avec les dispositions du règlement arbitral de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), paru en février 2015, sur la rémunération des structures pluri-professionnelles qui s'engagent en faveur de l'accès aux soins, le travail en équipe et le développement des systèmes d'information partagés.

Elle devrait comporter, par souci de cohérence, des dispositions incitant à la coopération des médecins avec l'ensemble des autres professionnels de santé pour organiser une médecine de parcours et de proximité autour du patient et ce, tout en évitant les redondances avec les engagements et rémunérations mis en place pour les structures pluri-professionnelles.

Ces mesures en faveur du travail en équipe, gage d'une meilleure prise en charge des patients, trouveront leur prolongement dans la négociation à venir d'avenants à l'ACIP (accord cadre interprofessionnel).

#### **4.1.2 Favoriser les outils en faveur de la coordination**

Le déploiement d'outils facilitant l'échange d'information entre les professionnels de santé autour du suivi des patients et le travail coordonné doit être favorisé.

A cet égard, le développement du recours aux outils tels que le dossier médical partagé (DMP) et la messagerie sécurisée doit être encouragé. Les partenaires conventionnels devront définir leur place et leur utilisation, dans l'objectif de favoriser plus largement une amélioration de la coordination du parcours de soins des patients, entre les différents professionnels de santé en ville, mais également avec l'hôpital et le secteur médico-social.

Ainsi, la future convention doit accompagner et renforcer les mesures et les instruments dédiés à la coordination des actions des professionnels et concourant à la structuration des

parcours de santé à l'initiative des professionnels eux-mêmes ou des pouvoirs publics, comme par exemple les plateformes territoriales d'appui.

#### **4.1.3 Faire évoluer les modes de rémunération pour accompagner cette meilleure structuration de l'offre de soins**

Les modes de rémunération des professionnels de santé et notamment des médecins doivent continuer à évoluer et se diversifier pour accompagner cette meilleure structuration de l'offre de soins ambulatoire.

La refonte des forfaits existants permettant de prendre en compte dans toute sa dimension l'action des médecins dans le suivi des patients et de la patientèle et la coordination autour du patient peut être envisagée. Ces forfaits pourraient, le cas échéant, comporter des modulations en fonction des zones d'installation des médecins et des inégalités sociales de santé.

Les modes de rémunération retenus pourraient également prendre en compte les nouvelles organisations et les nouvelles modalités de prise en charge des patients afin d'accompagner le développement de nouveaux services aux patients.

Les partenaires conventionnels devront s'attacher à donner une plus grande lisibilité aux différentes composantes de la rémunération dans une logique de transparence et de simplification.

#### **4.1.4 Encourager les services et les organisations permettant de libérer du temps médical**

Les médecins doivent pouvoir mettre en place une organisation qui les libère des tâches administratives pour leur permettre de se concentrer sur leur pratique médicale.

Les démarches menées ces dernières années pour accompagner la modernisation des cabinets médicaux doivent donc se poursuivre et une priorité doit également être donnée à la simplification des échanges avec l'assurance maladie : développement de téléservices, simplification et fiabilisation des données mises à disposition des médecins pour la facturation des prestations, garantie de paiement et optimisation de la gestion du suivi des paiements effectués, etc.

Des échanges plus personnalisés avec des correspondants de l'assurance maladie mieux identifiés doivent également être favorisés.

### **4.2 Valoriser la qualité des pratiques médicales**

La convention doit permettre de garantir l'accès aux soins de qualité pour tous.

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels doivent poursuivre le développement de dispositifs s'attachant à promouvoir et à valoriser l'amélioration de la qualité des soins et



favorisant le juste soin dans toutes ses composantes : efficacité et réduction des actes inutiles ou redondants.

#### **4.2.1 L'évolution de la rémunération sur objectifs de santé publique**

La rémunération sur objectifs de santé publique, instaurée en 2011, a permis de valoriser notamment la fonction de médecin traitant dans toute la dimension de son exercice médical centré sur le service rendu au patient, à la patientèle et à la santé publique (valorisation de la réalisation d'une synthèse médicale, valorisation de la marge de progression et de l'atteinte des objectifs de santé publique dans le domaine du suivi des pathologies chroniques, des vaccinations, de la prévention). L'engagement des médecins dans l'efficacité pour favoriser le juste soin dans toutes ses composantes a été également encouragé.

Dans le cadre de la nouvelle convention médicale, cette dynamique doit donc se poursuivre. Des évolutions du dispositif doivent néanmoins être envisagées notamment pour adapter les indicateurs à l'évolution des données de la science, pour poursuivre et renforcer son action en faveur de l'amélioration des pratiques et de l'efficacité. Une meilleure réactivité globale du dispositif pour s'adapter aux évolutions des données de la science devra également être recherchée.

#### **4.2.2 La juste valorisation des actes utiles pour la bonne prise en charge des patients en ville**

Les partenaires conventionnels doivent également s'attacher à valoriser les actes particulièrement utiles pour une bonne prise en charge des patients et notamment des patients atteints de pathologies chroniques qui souvent nécessitent des temps d'échanges et de coordination importants entre l'ensemble des intervenants.

Ces mesures doivent permettre de mieux reconnaître et de conforter le rôle pivot du médecin traitant dans le suivi au long cours des patients y compris des enfants et renforcer son articulation avec les interventions des spécialistes de second recours.

Les évolutions technologiques doivent également être prises en compte dans la fixation des tarifs des actes spécialisés.

Les partenaires s'attacheront ici encore à retenir des modes de rémunération simples et lisibles pour les médecins et les assurés sociaux.

### **4.3 Renforcer les actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé**

La convention médicale doit renforcer le rôle des professionnels de santé dans la prévention (prévention des pratiques addictives, prévention de l'obésité notamment chez les enfants) et l'accès au dépistage (notamment les dépistages du cancer colorectal, du cancer du sein, du

cancer du col de l'utérus, etc.). L'importance de l'éducation à la santé doit également être réaffirmée.

Nombre de maladies pourraient être évitées par de meilleures habitudes, de meilleurs comportements (nutrition, lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool, etc.). Il faut les promouvoir dès le plus jeune âge et lutter contre les inégalités de santé. La mise en place du médecin traitant de l'enfant (généraliste ou pédiatre) va faciliter le suivi au long cours du parcours de soins de l'enfant.

#### **4.4 Améliorer l'accès aux soins de premier recours et spécialisés**

La nouvelle convention doit poursuivre et renforcer les mesures d'ores et déjà mises en place pour améliorer l'accès aux soins de tous les assurés sociaux sur l'ensemble du territoire et quelles que soient leurs ressources financières.

##### **4.4.1 Garantir l'accès aux soins sur tout le territoire**

L'accès aux soins de qualité doit être garanti sur l'ensemble du territoire y compris dans les zones déficitaires en offre médicale et dans les zones à fortes inégalités sociales et de santé. Les partenaires conventionnels devront donc s'attacher à réfléchir aux différentes mesures organisationnelles et incitatives pour rendre attractifs l'installation et le maintien dans ces territoires.

Les spécificités territoriales doivent être mieux prises en compte en définissant dans la convention les modulations et déclinaisons régionales nécessaires à une meilleure efficacité des dispositifs mis en place. Pour contribuer à réduire ces disparités démographiques, certains éléments de rémunération, notamment forfaitaires, pourront ainsi être modulés selon les zones d'installation.

Les partenaires conventionnels veilleront à assurer la cohérence des mesures mises en place avec les autres dispositifs existants en faveur de l'amélioration de l'offre de soins. En effet, la multiplicité des acteurs et des mesures concourant à une meilleure répartition de l'offre de soins a rendu l'ensemble particulièrement complexe et manquant de lisibilité.

L'encouragement au développement des regroupements professionnels et aux échanges entre professionnels notamment avec le déploiement de la télémédecine (téléexpertise et téléconsultation) participe à cet enjeu majeur de l'accès aux soins pour tous. Les partenaires conventionnels devront tenir compte de l'expérimentation actuellement menée dans le cadre de l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 sur certains territoires.

Au-delà de la démographie médicale, l'accessibilité en termes de délai de rendez-vous doit être prise en compte. Les spécialités en forte tension démographique comme l'ophtalmologie devront faire l'objet d'une attention toute particulière. Le contrat de coopération pour les soins visuels prévu à l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 devrait répondre à cette préoccupation. Il doit être négocié dans le cadre de la convention

médicale et vise à inciter la collaboration avec les orthoptistes de manière à augmenter le nombre de patients reçus en consultations, lesquels seront garantis de bénéficier de tarifs opposables. Les partenaires conventionnels pourront examiner la pertinence d'étendre ce type de dispositif à d'autres spécialités.

#### **4.4.2 Garantir l'accessibilité financière**

L'accès aux soins de tous les assurés sociaux quelles que soient leurs ressources financières doit constituer une priorité des partenaires conventionnels.

La généralisation progressive du tiers payant devrait favoriser la réduction des cas de renoncement aux soins pour raisons financières.

Au-delà, il faut poursuivre la dynamique de baisse des dépassements d'honoraires engagée avec la mise en place du contrat d'accès aux soins et les actions conventionnelles sanctionnant les pratiques tarifaires excessives, conformément à l'engagement de modération tarifaire fixé par l'avenant 8 (article 1) Au regard des résultats obtenus, après 20 ans de hausse ininterrompue des dépassements, tant en termes de baisse des dépassements d'honoraires qu'en ce qui concerne l'augmentation des actes à tarif opposable, ces dispositifs doivent être pérennisés. L'accent devra être porté sur des actions visant à augmenter encore le taux d'adhésion des médecins de secteur 2 au contrat d'accès aux soins, notamment auprès des médecins qui s'installent.

Une réflexion devra être également menée pour améliorer la lisibilité pour les médecins du suivi de leurs engagements et raccourcir le délai de rémunération en cas d'atteinte des engagements du contrat.

D'autres pistes de réflexion en faveur du développement de la pratique des tarifs opposables peuvent également être explorées par les partenaires conventionnels notamment l'amélioration de la protection sociale des médecins ayant une activité à tarif opposable, en envisageant les modalités d'extension des avantages maladie et maternité mis en place récemment dans les dispositifs des contrats de praticiens territoriaux de médecine générale ou ambulatoire.

Traiter le problème des dépassements d'honoraires implique, par ailleurs, de travailler dans la durée la politique de rémunération des soins médicaux. Conformément aux orientations qui sont ici proposées, celle-ci doit se fonder sur les objectifs de mieux valoriser les soins de proximité et la coordination des interventions, renforcer la lisibilité des différentes modalités de rémunération des médecins et tenir compte des évolutions des soins spécialisés.

Il est souhaitable que la négociation soit menée en étroite collaboration avec les représentants des complémentaires santé au travers de l'UNOCAM. Les organismes complémentaires ont en effet un rôle important à jouer notamment dans le cadre des mesures mises en œuvre pour

maîtriser les dépassements d'honoraires et favoriser l'accessibilité de tous aux soins de qualité.