



HAL
open science

Quelles sont les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis des procédures et des sanctions applicables à leur rencontre par l'assurance maladie?

Céline Magin

► **To cite this version:**

Céline Magin. Quelles sont les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis des procédures et des sanctions applicables à leur rencontre par l'assurance maladie?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02114294

HAL Id: dumas-02114294

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02114294>

Submitted on 29 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN



ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

**THESE POUR LE DOCTORAT EN
MEDECINE**

Diplôme d'Etat

par

Céline MAGIN

Née le 17 novembre 1989 à Saint-Denis (93)

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 25 avril 2019

**Quelles sont les connaissances des médecins généralistes
vis-à-vis des procédures et des sanctions applicables à leur
encontre par l'Assurance Maladie ?**

Président du jury : Monsieur le Professeur Guillaume SAVOYE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Michel BUNEL

Membre du jury : Monsieur le Docteur Xavier ODOUX

Membre du jury : Monsieur le Docteur Joël LADNER

Membre du jury : Madame le Docteur Marianne LAINE

DOYEN: **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS: **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
M. Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE (détachement)	HCN	Médecine interne (gériatrie) - Détachement
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW (surnombre)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
M. Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire

M. Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
M. Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
M. Jean-François MUIR (surnombre)	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
M. Jean-Christophe RICHARD (détachement)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ (surnombre)	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
M. Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER (surnombre)	HCN	Pédiatrie génétique
M Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie - Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
M. Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
M. Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEURS AGREGES OU CERTIFIES

M. Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie

Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
M. Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie CHAMPY	Pharmacognosie
M. Jonathan HEDOUIN	Chimie Organique
Mme Barbara LAMY-PELLETER	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
M. Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

III. MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

M. Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE EN MEDECINE GENERALE

M. Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS - MEDECINS GENERALISTES

M. Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie-Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS - MEDECINS GENERALISTES

M. Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

M. Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

M. Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
M. Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
M. Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

Chef des services administratifs : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération du jury en date du 03 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Guillaume SAVOYE,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse, vous qui m'avez accueillie dans votre service dans les débuts de ma formation médicale. Veuillez trouver en ces mots l'expression de mon respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Joël LADNER,

Merci d'avoir accepté d'évaluer mon travail. C'est un grand honneur de vous compter parmi les membres de mon jury. Je tiens à vous exprimer ma gratitude et mon profond respect.

A Madame le Docteur Marianne LAINE,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Je vous en suis profondément reconnaissante et en suis très honorée.

A Messieurs les Docteurs Jean-Michel BUNEL et Xavier ODOUX,

Je vous remercie de m'avoir proposé ce travail et de l'avoir dirigé durant ces deux dernières années. Merci pour vos connaissances, votre temps d'écoute et de partage malgré un planning bien chargé. Je vous sais gré également pour tout ce que vous avez pu m'apporter dans le cadre de l'enseignement dirigé du DUMG. Vous m'avez fait découvrir un univers que je ne connaissais pas qui n'est pourtant pas à ignorer dans notre exercice quotidien.

A tous ceux qui m'ont aidé au cours de ces deux années de recherche

Au Docteur Claude BRONNER,

Je vous remercie pour vos précieux conseils concernant la conception de mon questionnaire et pour vous être chargé de sa diffusion auprès de nos confrères.

Aux Docteurs Richard TALBOT et Marcel GARRIGOU-GRANDCHAMP,

J'ai été ravie de vous rencontrer et vous remercie pour toute l'aide que vous avez pu m'apporter dans le cadre de ce travail.

Un grand merci aux membres de la FMF pour leur accueil chaleureux et les clarifications sur la réglementation de la Sécurité sociale.

Je remercie sincèrement tous les médecins qui ont pris sur leur temps pour répondre au questionnaire.

Merci également aux praticiens qui ont témoigné de leur expérience personnelle avec la Sécurité sociale. Ce n'était pas une tâche aisée pour vous mais vos commentaires nous ont permis d'enrichir notre travail.

A mes maîtres de stage,

A tous les services du CHU de Rouen qui m'ont accueillie durant mon externat, merci. J'ai pu découvrir un panel de spécialités médicales qui m'ont toutes intéressé. C'est grâce à cette diversité professionnelle que je me suis orientée vers la médecine générale, qui me permet, aujourd'hui, de réutiliser tout ce que vous m'avez enseigné durant ces nombreuses années.

Au personnel médical et paramédical du service des urgences de Fécamp, je vous remercie de m'avoir rendue autonome si vite et de m'avoir transmis autant de connaissances.

Aux médecins de l'hôpital de Darnetal, merci de m'avoir donné les bases de la médecine gériatrique.

Au service de gynécologie-obstétrique de Dieppe, je vous suis très reconnaissante pour la formation technique que vous m'avez dispensée et que j'utilise dans mon quotidien de généraliste. Je remercie tout particulièrement les Docteurs Ionut POP et Sylvie TIFREA qui, en plus de m'avoir enseigné, m'ont aidé à donner la vie.

Aux Docteurs Laurence DUPIN-JAMES, Philippe LEDOUX et Alain BERTHELOT qui m'ont accueillie dans leurs cabinets et qui m'ont ouvert les portes de leurs maisons. Vous avez été les premiers à m'initier à la médecine de ville et vous en remercie.

A l'équipe médicale du CH de Barentin, dont l'enseignement et l'encadrement ont été exemplaires, j'ai passé de très bons moments avec vous et vous en remercie.

Aux docteurs Jean TISCA et Didier BLONDEL, mes derniers maîtres de stages et futurs collaborateurs. Vous m'avez donné le goût à la médecine de ville et vous en suis très reconnaissante. Je suis ravie de vous rejoindre à Saint-Valéry-en-Caux.

Aux Docteurs Aurélie DUFOUR, Bruno DELAMARE, Wilfried BOSSON, à mes chères secrétaires Valérie et Hélène, et au personnel de l'hôpital de Saint-Valéry-en-Caux, merci de m'avoir si bien accueillie. Nous aurons bientôt la joie de travailler au sein du même cabinet !

A mes amis,

Priscilla, merci de m'avoir soutenue et encouragée ces dernières semaines. La vie est drôle ; nous avons débuté nos études à Bobigny sans même se connaître, il a fallu attendre l'internat à Rouen pour se rencontrer. Avec Mickaël et les filles, vous formez une famille exceptionnelle. Nous espérons que la vie ne nous éloignera pas trop.

Anaïs et Laure, nous avons formé une très bonne équipe à Darnétal, heureusement que vous étiez là. Nos activités professionnelles nous ont éloigné mais je pense régulièrement à vous.

Gaëlle, nous nous sommes rencontrées en gynécologie à Dieppe et avons passé de très bons moments ! J'espère que ta thèse avance et que tu pourras bientôt t'installer.

Erwan, Gaëlle et les enfants, nous ne nous voyons plus si souvent depuis que vous avez déménagé à la Réunion mais vos retours en métropoles nous font très plaisir.

Les Olivance et Antoine, toujours là pour les moments festifs.

A ma belle famille,

A Renée, ou Dame Dumont, merci pour le soutien, sous toutes ses formes, que vous nous apportez fréquemment. Merci d'avoir assumé mon repassage afin que je me consacre pleinement à mon travail de recherche. Et surtout, merci de m'avoir offert le plus merveilleux des hommes sans qui ma vie ne serait pas ce qu'elle est.

A François, ou Monsieur Dumont pour les intimes, merci pour toute l'aide que vous nous apportez. Sans vous, Gueures ne serait pas Gueures. Je vous félicite pour tout l'enseignement que vous avez transmis à Julien, grâce à vous, nos projets sont envisageables.

A Mimine et Marcou, je vous remercie de m'avoir dégagé de votre temps, si précieux, pour corriger ma thèse. Mimine, je suis fière de t'avoir fait découvrir l'histoire de la Sécurité sociale ! Je croise les doigts pour que vos projets aboutissent et espère que vous vous épanouirez autant que nous.

Aux Capinouche, bien que ce surnom risque de changer prochainement, je suis très heureuse que vous fassiez partie de nos vies. Merci beaucoup boudin pour cette magnifique mise en page, je sais maintenant vers qui me tourner si j'ai de nouveau besoin (j'espère pas tout de suite !). Tu vas pouvoir reprendre ton activité professionnelle qui a pris du retard ! Mais bon ce n'est pas grave, le retard c'est l'hymne de la SNCF.

A ma famille,

Maman, tu as fait de moi ce que je suis aujourd'hui et tu peux en être fière. Tu m'as suivie, non sans quelques doutes, dans ma formation de médecin et j'y suis enfin arrivée. Je te suis infiniment reconnaissante pour tout ce que tu as fait pour moi et j'espère en faire autant pour mes enfants.

A papa, qui nous a quitté il y a bien longtemps maintenant, j'espère que de là où tu es tu me vois et que tu es satisfait de ce que je suis devenue.

A mamie et Guy, merci d'avoir été présents à mes côtés lorsque j'étais plus jeune. Vous m'avez vu grandir et nous avons passé tant de moments de bonheur ensemble.

A Sébastien, mon frère que je ne vois pas très souvent. Nos professions nous ont éloignées mais je pense quand même à toi.

A Elia, ma petite petite sœur, nous n'avons pas grandi ensemble mais je peux t'assurer que tu nous faisais bien rire quand tu étais bébé. J'espère que tes projets scolaires et professionnels te mèneront à la réussite.

Et enfin...

Un grand merci à mon mari, Julien, qui a pris sur lui ces trois derniers mois pour ne pas me froisser. Tu m'offres une vie plus belle que dans mes rêves ! Tu m'as vu passé du stade de bébé docteur à celui de Docteur ; nous nous sommes connus lorsque j'entamais mes études de médecine, nous nous sommes mariés lorsque je commençais mon internat et nous avons eu notre premier enfant à la fin de mes années universitaires. Ce diplôme vient clôturer dix ans de vie studieuse. Nous pouvons maintenant nous consacrer pleinement à notre famille qui va bientôt de nouveau s'agrandir. Aujourd'hui, c'est à toi de construire ton avenir professionnel et je t'épaulerai autant que nécessaire. Je t'aime passionnément mon cœur, même si je ne te le dis pas assez...

A Héloïse, mon petit bébé d'amour ! Tu as embelli nos vies et je t'en remercie infiniment. C'est en croyant à tes rêves que tu t'épanouiras. Je t'en prie, ne grandis pas trop vite. Je t'aime plus que tout...

A mon petit bonhomme à naître qui a rythmé mes journées par ses petits coups de pieds...

Table des matières

ABREVIATIONS	22
INTRODUCTION	25
PREMIERE PARTIE : LA COHESION DES MEDECINS - SECURITE SOCIALE	27
A. Histoire de la Sécurité sociale	27
1. Les prémices du système de santé français.....	27
2. La création de la Sécurité sociale	30
3. Les problématiques actuelles du système de Sécurité sociale	32
B. Historique de la convention médicale	34
1. La première convention de 1971 à 1975.....	34
2. La deuxième convention de 1976 à 1980	35
3. La troisième convention de 1980 à 1985	35
4. La quatrième convention de 1985 à 1989.....	36
5. La cinquième convention de 1990 à 1992	36
6. La convention de 1993 à 1997	37
7. La convention de 2005.....	38
8. Le règlement arbitral de 2010.....	41
9. La convention médicale de 2011	42
10. La convention médicale actuelle de 2016	42
C. Les commissions conventionnelles et réglementaires	45
1. Les commissions conventionnelles	45
a. Commission Paritaire Nationale	45
b. Commissions Paritaires Régionales	48
c. Commissions Paritaires Locales	49
2. Les procédures conventionnelles.....	51

a.	Les motifs pouvant conduire à un contrôle d'activité du professionnel de santé ⁵¹	
b.	Qui contrôle l'activité des professionnels de santé ?.....	52
c.	Comment se déroule une procédure ?.....	53
d.	Les sanctions encourues.....	54
e.	Focus sur la Mise Sous Objectifs et Mise Sous Accord Préalable.....	55
f.	Les recours possibles après une commission conventionnelle.....	56
g.	Synthèse.....	57
3.	La Commission des Pénalités.....	58
a.	Sa composition.....	58
b.	Ses missions.....	58
c.	Son fonctionnement.....	59
d.	Les sanctions.....	60
e.	Les recours.....	60
D.	L'évolution de l'exercice médical libéral.....	60
1.	De la création de la Sécurité sociale à nos jours.....	60
2.	Quel avenir pour l'exercice libéral ?.....	62
A.	Matériel et méthode.....	65
1.	Protocole d'étude.....	65
a.	Présentation de l'étude.....	65
b.	Elaboration du questionnaire.....	65
c.	Présentation de l'échantillon.....	67
2.	Recueil de données.....	67
B.	Résultats.....	67
1.	Population étudiée.....	68
a.	Sexe, âge et répartition géographique.....	68
b.	Mode d'exercice.....	69

c.	Implication dans la formation des étudiants	71
d.	Exercice d'un mandat électif	71
2.	Ce que les médecins pensent savoir de la convention médicale	73
3.	Les connaissances réelles des médecins généralistes	74
4.	Les connaissances globales des médecins généralistes.....	82
5.	Profil des médecins généralistes selon leur score au quizz.....	83
6.	Médecins concernés de près ou de loin par une procédure	84
1.	Caractéristiques de l'échantillon	85
a.	Les points de comparaison à l'échelle nationale	85
b.	Les divergences à l'échelle nationale.....	85
c.	Les critères non exploitables	86
2.	Forces et faiblesses de l'enquête	86
a.	Les forces	86
b.	Les faiblesses.....	87
3.	Les éléments essentiels de l'enquête.....	88
a.	Objectif primaire	88
b.	Objectifs secondaires.....	92
TROISIEME PARTIE : TEMOIGNAGES DE MEDECINS ET AVIS DE LA DIRECTION DE LA CPAM.....		96
A.	Témoignages de médecins.....	96
B.	Avis de la direction de la CPAM	103
CONCLUSION.....		104
ANNEXES.....		106
BIBLIOGRAPHIE		131
RESUME		139

ABREVIATIONS

- ACS** : Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé
- ALD** : Affection de Longue Durée
- AM** : Assurance Maladie
- AME** : Aide Médicale de l'Etat
- AMG** : Aide Médicale Gratuite
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CALD** : Consultation Approfondie
- CAPI** : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
- CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux
- CMU** : Couverture Maladie Universelle
- CMU-C** : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
- CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- CNAMTS** : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CPL** : Commission Paritaire Locale
- CPN** : Commission Paritaire Nationale
- CPR** : Commission Paritaire Régionale
- CSG** : Contribution Sociale Généralisée
- CSMF** : Confédération des Syndicats Médicaux Français
- CRDS** : Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale
- DA** : Dépassements autorisés plafonnés
- DAM** : Délégués de l'Assurance Maladie
- DCI** : Dénomination Commune Internationale
- DE** : Dépassement pour Exigence particulière
- DMP** : Dossier Médical Partagé
- EHPAD** : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes
- FAC** : Fonds d'Actions Conventiionnelles
- FMC** : Formation Médicale Continue

FMF : Fédération des Médecins de France
FSE : Feuille de Soins Electronique
HAS : Haute Autorité de Santé
MG : Médecins Généralistes France
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MSAP : Mise Sous Accord Préalable
MSO : Mise Sous Objectifs
MSU : Maître de Stage Universitaire
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
Ondam : Objectif national de dépenses de l'assurance maladie
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
PLFSS : Projet de Loi Financement de la Sécurité Sociale
PSLA : Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires
RMO : Références Médicales nationales Opposables
RMT : Rémunération Médecin Traitant
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
RSI : Régime Social des Indépendants
SML : Syndicat des Médecins Libéraux
SS : Sécurité Sociale
TSA : Taxe de Solidarité Additionnelle
TSAP : Tableaux Statistiques d'Activité des Praticiens
UG : Union Généraliste
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UNOCAM : Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire
URML : Union Régionale de Médecins Libéraux
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
URSSAF : Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

Convention médicale Titre 3 - Sous-titre 3

« Les signataires réaffirment en premier lieu leur engagement dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, qui s'inscrit dans un double objectif d'amélioration des pratiques et d'optimisation des dépenses dans le cadre fixé par la loi de financement de la Sécurité sociale. L'atteinte des objectifs fixés dans chacun des engagements de maîtrise médicalisée ne peut s'envisager sans une implication forte des instances conventionnelles. Chacune dans leur domaine de compétences, les commissions conventionnelles nationale, régionales et locales sont les principaux acteurs de la mise en œuvre et du suivi des engagements de maîtrise médicalisée. [...]»

INTRODUCTION

La médecine est une science indispensable à la population. Son exercice nécessite le recours à des professionnels de santé, du matériel spécifique ainsi que la réalisation d'examens et de soins. Les français bénéficient d'un système de santé unique au monde : le remboursement par la Sécurité sociale d'une partie des frais engendrés par la maladie, la maternité/paternité, l'invalidité et la vieillesse. Le financement de cette protection sociale repose sur la solidarité nationale par le biais de cotisations sociales des travailleurs et de certaines taxes.

Avec les progrès de la médecine et l'allongement de l'espérance de vie, les dépenses liées à la santé ne cessent de croître et la Sécurité sociale doit trouver des solutions afin de pallier à son hémorragie financière. Les recettes étant difficiles à majorer, le contrôle des dépenses est alors prioritaire. Pour encadrer ces dernières, la Sécurité sociale, ou Assurance Maladie, est réglementée par le Code de sécurité sociale ainsi que par la convention médicale dans le but de régir l'exercice des médecins, qui contribuent, en partie, à ces dépenses.

De nos jours, la signature de la convention médicale est pratiquement devenue une obligation si les praticiens souhaitent prodiguer leurs soins à l'ensemble de la population et assurer leur survie professionnelle. Cependant, les réglementations de l'Assurance Maladie n'ont cessé d'évoluer au fil du temps dans l'intention de maîtriser l'économie sociale. Ces modifications ont transformé les pratiques des médecins libéraux, parfois à leurs dépens, qui ne sont pas toujours informés des conséquences sur leur exercice professionnel. En effet, face à des patients de mieux en mieux informés sur leurs droits et de plus en plus demandeurs, les médecins généralistes s'exposent à des contrôles en cas de manquements aux réglementations imposées par les textes officiels.

C'est ainsi, qu'aux noms de la maîtrise des dépenses de santé et de la délivrance de soins de qualité, ces instances administratives, initialement faites pour dissuader les professionnels de santé qui fraudent, concernent aujourd'hui tous types de médecins qui se trouvent en dehors des moyennes statistiques établies de façon imprécise par la Sécurité sociale.

Notre travail a ainsi pour objectif principal de définir les connaissances des médecins généralistes français vis-à-vis des procédures et des sanctions applicables à leur rencontre par l'Assurance Maladie. A l'aide d'un questionnaire à visées quantitative et qualitative, nous pouvons mettre en évidence certains critères majorant les connaissances des praticiens à ce sujet. Certaines notions sont bien connues de la majorité de notre échantillon tandis que d'autres données mettent l'accent sur des lacunes dans les pratiques médicales ainsi que des limites dans les réglementations qui posent question.

Grâce aux témoignages de médecins généralistes ayant été concernés par un contrôle d'activité, nous avons pu enrichir nos recherches et déterminer les répercussions que pouvaient avoir ces procédures et sanctions sur les professionnels de santé.

Pour finir, après avoir retracé l'histoire de la Sécurité sociale et de la convention médicale, une question s'impose à nous : quel avenir pouvons-nous envisager pour la médecine de ville libérale ?

PREMIERE PARTIE : LA COHESION MEDECINS - SECURITE SOCIALE

A. Histoire de la Sécurité sociale

1. Les prémices du système de santé français

Le système de soins en France a évolué lentement à travers les siècles depuis le Moyen Age. Cette époque a, en effet, initié l'ouverture d'hôpitaux gérés par des religieux pour y accueillir les indigents. La protection sociale n'est pas encore institutionnalisée et les individus ne peuvent alors compter que sur leurs familles et sur les œuvres caritatives des institutions religieuses pour se soigner. La réponse est donc du domaine de la charité et de l'assistance, sauf dans certaines corporations où la notion de solidarité commence à apparaître. Ainsi, jusqu'à la Révolution française, la gestion du risque sanitaire est aléatoire et de faible qualité.

Dans la mouvance de la Révolution française de 1789, l'idée du devoir d'assistance de la société germe dans les esprits. Dès 1791, des sociétés de secours mutuel¹, fondées sur la prévoyance collective volontaire et limitées à quelques activités professionnelles, sont créées puis légalement reconnues en 1835. Les premiers textes officiels mentionnant les sociétés de secours mutuel n'apparaissent cependant qu'en 1850 dans la loi du 15 juillet ^[1]. Cette reconnaissance légale fut tardive car ces sociétés ont longtemps été surveillées par l'Etat puisque leurs fonds pouvaient servir à financer des grèves. Les sociétés de secours mutuel, initialement libérales, ont initié les débuts des mutuelles actuelles.

Un système d'aide sociale est également mis en place pour les plus démunis. Ce principe d'assistance est relayé dès le début du XIX^e siècle par le courant hygiéniste qui fait le lien entre santé et conditions sociales. Sous la II^e République (1848-1852), des écoles hygiénistes voient le jour faisant évoluer la politique, notamment avec le vote de la loi du 13 avril 1850 sur les logements insalubres ^[2]. Malgré ces tentatives d'avancées sociales, le gouvernement français ne parvient pas à imposer une politique de santé publique cohérente. La III^e République (1870-1940) échoue, elle aussi, dans cette

¹ Organisations ayant succédé aux corporations et qui pratiquent l'entraide entre les adhérents afin de réduire l'impact des problèmes sociaux comme la maladie, l'infirmité, les accidents, le chômage, le décès ou, plus marginalement, la retraite. Organisés par branche ou par métier, les ouvriers doivent s'acquitter d'un droit d'entrée et d'une cotisation mensuelle.

entreprise, déléguant ainsi et de façon informelle, l'organisation des soins aux médecins eux-mêmes.

De la période révolutionnaire a émané l'idée que les citoyens naissent libres et égaux en droits et maîtres de leur sort. C'est avec cette pensée que finalement, le miséreux est responsable de sa misère et que le malade est responsable de sa maladie. Ainsi, le concept du droit à l'assistance ne constitue pas une priorité gouvernementale sous la III^e République. Le discours de Léon GAMBETTA, membre du Gouvernement de la Défense nationale, tenu au Havre en 1872, le souligne bien : « *croyez qu'il n'y a pas de remède social, parce qu'il n'y a pas une question sociale. Il y a une série de problèmes à résoudre, de difficultés à vaincre, variant avec les lieux, les climats, les habitudes, l'état sanitaire, problèmes économiques qui changent dans l'intérieur d'un même pays ; eh bien ! Ces problèmes doivent être résolus un à un et non par une formule unique.* » [3]

La notion du devoir d'assistance ne revient qu'à l'extrême fin du XIX^e siècle avec l'arrivée des républicains au gouvernement. A l'échelle locale, Louis RICARD¹, homme politique rouennais, relance la question de l'assistance sociale. Après de nombreuses épidémies ayant entraîné une majoration des dépenses liées aux nouvelles procédures de désinfections des locaux et des linges ainsi qu'une augmentation du nombre de journées d'hospitalisation, les finances des hôpitaux de Rouen sont fortement fragilisées. Le principe d'assistance hospitalière éclate et les responsables hospitaliers réclament des fonds municipaux pour combler les déficits à la fin des années 1870. Louis RICARD et Maurice LEBON² se préoccupent alors sérieusement des questions sociales et mettent en place un système expérimental d'organisation [4] qui vise à coordonner les actions des hospices civils et du bureau de bienfaisance³. Ce système a pour objectif de donner priorité aux soins à domicile par le biais de dispensaires modernisés et de secours médicaux à domicile limitant ainsi les hospitalisations. Ce dispositif apparaît, à cette époque, comme un modèle communal de protection sociale qui a participé à l'amélioration de la couverture médicosociale de l'ensemble de la population rouennaise

¹ Maire de Rouen de 1881 à 1886 puis député de Seine-Inférieure de 1885 à 1902.

² Maire de Rouen de 1886 à 1888, conseiller général du canton de Duclair de 1892 à 1898 puis député de la Seine-Inférieure de 1891 à 1898.

³ Organisme caritatif à l'origine religieux devenu municipal en 1796. Les communes ne sont pas obligées d'en avoir un. Les bureaux de bienfaisance sont chargés de recevoir, gérer et répartir les droits des indigents. A partir du 15 juillet 1893, ils deviennent des "bureaux d'assistance" dont le rôle est d'apporter une aide médicale aux miséreux.

entre 1886 et 1927. Ce système deviendra un exemple pour de nombreuses communes avant de s'étendre à l'échelle nationale.

Si l'on excepte la loi autorisant les syndicats professionnels en 1884, les principales lois sociales datent de la dernière décennie du XIX^e siècle. On peut ainsi évoquer la loi du 15 juillet 1893 instituant l'Assistance Médicale Gratuite (AMG): « *Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat selon son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier. Les femmes en couches sont assimilées à des malades. Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine.* » ^[5] ; ainsi que celle du 27 juin 1904 instaurant le service départemental d'aide sociale à l'enfance ^[6] et la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables ^[7]. Ces mesures ne concernent néanmoins qu'une faible partie de la population française. Un plan social de santé tente de se faire une place sans succès.

Le 09 avril 1898, une loi concernant les accidents de travail ^[8] voit le jour et stipule que les frais liés aux accidents du travail sont à la charge de l'employeur. La loi du 05 avril 1910 instaure un régime d'assurance obligatoire vieillesse pour les salariés du commerce et de l'industrie ^[9].

La question de la création d'un ministère de la santé se pose à partir de 1913 dans un contexte de natalité en déclin et de mortalité supérieure aux pays voisins. Il faut cependant attendre cinq ans, après l'épidémie de grippe espagnole de 1918, pour que les services de santé publique énoncent leurs ambitions : « *Favoriser l'augmentation de la natalité, diminuer et supprimer le plus possible les chances de maladie et de mort prématurée ; combattre l'insalubrité sous toutes ses formes et dans tous les domaines, public et privé ; tel a été de tout temps le programme des défenseurs de la santé publique. Ce programme s'impose plus que jamais à l'attention des pouvoirs publics à qui incombe l'obligation d'assurer le relèvement démographique et social de la nation.*» ^[10]. Le premier ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale se constitue alors. Cette institution disparaît en 1924 faute de moyens pour renaître en 1930 sous le nom de Ministère de la Santé Publique. Cependant, cette administration n'a jamais été autonome et a toujours été ballottée entre les différents services gouvernementaux car elle n'a pas eu les moyens financiers nécessaires pour exercer ses missions.

Le 05 avril 1928 et le 30 avril 1930 ^[11], sont votées, sous la pression des syndicats des ouvriers, des lois créant l'Assurance Maladie (AM). Ces textes instituent, pour les salariés titulaires d'un contrat de travail, une assurance pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès.

Ces lois protègent les travailleurs des secteurs industriels et commerciaux dont les salaires sont inférieurs à un certain revenu dit « plafond d'affiliation ». L'Assurance Maladie (AM) fait ainsi son apparition, avec un revenu de remplacement égal au demi-salaire moyen (après cinq jours de carence et pour une période de six mois maximum). Les frais médicaux sont couverts à 80 %. L'assurance-maternité couvre six semaines après l'accouchement. Quant à l'assurance-vieillesse, elle prévoit des retraites pouvant aller jusqu'à 40 % du salaire à 65 ans. En outre, est prévue une assurance invalidité au-delà des six mois de la maladie et qui peut aller jusqu'à une rente maximale de 40 %. Ces assurances sociales ne sont, à cette période, pas obligatoires puisqu'il s'agit d'un acte volontaire, collectif et solidaire : l'affiliation se fait via les entreprises. En effet, elles sont financées par un prélèvement de 5 % auprès des patrons et une cotisation ouvrière équivalente. Les fonds de l'Assurance Maladie sont répartis, tandis que ceux de la vieillesse fonctionnent par capitalisation.

A noter que, certaines corporations, comme les mineurs à la fin du XIX^e siècle ou les cheminots dans les années 1910, ont déjà des caisses de secours professionnelles en relation directe avec leur action militante.

Une ébauche de système de santé tel qu'on le connaît aujourd'hui commence ainsi à se profiler avant la seconde guerre mondiale.

En outre, et ce n'est pas un détail, le système est organisé en caisses départementales ou régionales. Il s'agit, à cette époque, d'un bouleversement incontestable pour des millions de familles ouvrières que la maladie et la maternité condamnaient à la misère.

2. La création de la Sécurité sociale

La Sécurité sociale (SS) est finalement créée en 1945 à la libération de la France face à une population affaiblie, appauvrie, sans retraite et avec une forte mortalité infantile. Dans une dynamique de reconstruction du pays, la volonté du gouvernement est d'assurer la protection sociale des individus concernant les conséquences relatives à la

maladie, la maternité, l'invalidité, le décès, l'accident du travail, la maladie professionnelle, la vieillesse.

La Sécurité sociale reprend les principes de l'Assurance Maladie qu'elle diffuse peu à peu à l'ensemble de la population française. Sa création est initiée par Pierre LAROQUE¹, sous le gouvernement provisoire de la République française du Général de GAULLE. Il avait déjà participé à la mise en place des lois sur les assurances sociales dans les années 1930. En tant que directeur général de la Sécurité sociale entre 1944 et 1951, il participe ainsi à l'élaboration des ordonnances du 04^[12] et 19^[13] octobre 1945 organisant la Sécurité sociale à l'image des modèles bismarckien² et bévéridgien³. Ces ordonnances permettent de désigner les bénéficiaires, d'agencer les administrations (nationale, régionales et locales) et de planifier le financement de cette organisation par le biais de cotisations sociales. Par conséquent, le système de Sécurité sociale, que l'on peut appeler également Assurance Maladie, est organisé en plusieurs Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) affectées dans chaque département. C'est dans ces ordonnances que sont également mentionnés les contrôles et pénalités dispensables par les CPAM en cas de fraudes par les bénéficiaires.

Le Code de sécurité sociale, recueil de textes juridiques et réglementaires, est créé en même temps que le système de protection sociale afin de régir les différentes dispositions concernant la maladie, les accidents du travail, les maladies professionnelles et la retraite. Ce code définit le montant et la nature des droits ainsi que les conditions pour en bénéficier, les taux et barèmes en vigueur, les procédures de réclamation mais également sur la juridiction compétente pour chaque litige.

Le modèle de protection sociale évolue en incluant, au fil du temps, les différentes catégories socioprofessionnelles (agricoles, artisans, professions libérales, industrielles, commerciales, etc.) pour se généraliser à l'ensemble de la population dans les années 1970. Depuis 1967, la Sécurité sociale se divise en trois branches distinctes : santé, vieillesse et famille.

¹ Directeur général des assurances sociales, puis de la Sécurité sociale d'octobre 1944 à octobre 1951.

² En référence au chancelier allemand Otto Von BISMARCK qui a mis en place en Allemagne à la fin du XIX^e siècle, un système de protection sociale obligatoire reposant sur une participation financière des ouvriers et des employeurs prenant la forme de cotisations sociales proportionnelles aux salaires et non aux risques.

³ En référence à William Henry BEVERIDGE, qui a mis en place en Angleterre en 1942, un système de protection sociale qui garantit un revenu forfaitaire identique pour tous les assurés couvrant les besoins primaires de santé, chômage et vieillesse, financé par un impôt unique et non selon les revenus.

Le 27 juillet 1999 ^[14], la Couverture Maladie Universelle (CMU) est créée permettant aux personnes de nationalité française ou étrangère, avec ou sans domicile fixe, d'accéder aux soins si leurs revenus sont inférieurs au plafond en cours et les dispensant de toute avance de frais. Dans le même temps, l'Aide Médicale d'Etat (AME) ^[15], évolution de l'AMG de 1893, apparaît afin de rendre les soins accessibles gratuitement aux personnes étrangères en situation irrégulière résidant en France. En 2004, l'Aide d'acquisition à la Complémentaire Santé (ACS) est créée. Elle consiste à aider financièrement les personnes qui souhaiteraient bénéficier d'une complémentaire santé et dont les ressources n'excèdent pas plus de 35 % le plafond d'attribution de la CMU complémentaire (CMU-C¹).

La protection santé garantie par la Sécurité sociale s'appuie sur la solidarité puisqu'elle fonctionne grâce aux cotisations des actifs et de leurs employeurs.

Depuis la création de la Sécurité sociale il y a plus de soixante-dix ans, la majorité des retraités est sortie de la pauvreté, la mortalité infantile a fortement diminué et l'espérance de vie a augmenté de quinze ans. Ces constatations démontrent bien l'importance de notre système de santé et la nécessité de maintenir un accès pour tous à ce système de soins.

3. Les problématiques actuelles du système de Sécurité sociale

Avec l'évolution de la médecine et l'augmentation de l'espérance de vie, les dépenses devenues plus importantes que les recettes impliquent :

- de trouver de nouveaux moyens de financement :
 - la Contribution Sociale Généralisée² (CSG), créée en 1991, est un impôt indexé sur l'ensemble des revenus, qui contribue au financement de la Sécurité sociale et depuis 2018 au chômage,
 - la création en 1996 de la Contribution de la Réduction de la Dette Sociale (CRDS), qui est également un impôt sur les revenus, est consacrée uniquement à la résorption du déficit de la dette sociale de la Sécurité sociale,

¹ La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) est une protection complémentaire santé gratuite. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

² La CSG est un impôt, distinct des cotisations sociales car son paiement n'ouvre pas droit à affiliation aux régimes sociaux ni aux prestations sociales. Elle est prélevée à la source par les URSSAF pour les revenus d'activités et par l'administration fiscale pour les revenus du patrimoine.

- l'apparition en 1999 de la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) ^[16], taxe initialement financée par les organismes d'assurance complémentaire puis par les assurés bénéficiant d'une complémentaire santé depuis 2010¹,
 - l'augmentation régulière au cours des dernières années des cotisations salariales et patronales,
 - le forfait d'un euro par acte à la charge des assurés de plus de 18 ans est instauré depuis 2005.
- de réduire les frais de la CPAM :
 - instauration du ticket modérateur² qui est une partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré,
 - application du forfait médical depuis 2008 comprenant une participation de 0,50 € prélevés par l'Assurance Maladie pour chaque boîte de médicament délivrée sur ordonnance ou par acte paramédical, de 1 € par consultation et de 2 € pour un transport sanitaire, plafonnés à 50 € annuels pour l'ensemble des prestations,
 - mise en place de la réforme du médecin traitant³ conduisant à un remboursement des frais moindres lorsque le patient consulte un médecin spécialiste en dehors du parcours de soins coordonnés⁴,
 - promotion des médicaments génériques,
 - contrôles des prescriptions médicales, de plus en plus fréquents.

L'Assurance Maladie veille à faciliter et à égaliser l'accès aux droits et aux soins des assurés tout en essayant de maîtriser ses dépenses. Ces dispositions se font parfois au détriment de la médecine de ville, qui représente moins de la moitié des frais de santé, mais qui peut être plus facilement régentée que la médecine hospitalière. En effet, cette

¹ Depuis 2017, les fonds de la CMU complémentaire sont issus exclusivement de la TSA.

² Partie des dépenses de santé qui restent à la charge du patient après le remboursement de l'Assurance Maladie, avant déduction des participations forfaitaires, franchises médicales ou forfait hospitalier à la charge de l'assuré.

³ Les assurés doivent désigner un médecin traitant dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Les remboursements sont minorés lorsque les patients ne désignent pas de médecin traitant ou qu'ils consultent un médecin spécialiste sans avoir consulté leur médecin traitant avant. Le patient peut changer à tout moment de médecin traitant et inversement, le médecin traitant peut refuser un patient. Cette réforme du médecin traitant remplace celle du médecin référent.

⁴ Le dispositif du parcours de soins coordonnés incite les patients à consulter leur médecin traitant avant de prendre rendez-vous avec un autre généraliste ou un médecin spécialiste. Il concerne l'ensemble des assurés de la Sécurité sociale, âgés de 16 ans ou plus, et leur permet de bénéficier du meilleur taux de remboursement par l'Assurance Maladie et les complémentaires santé responsables.

dernière constitue une part plus importante de l'hémorragie financière de la Sécurité sociale et reste, du fait de son système de fonctionnement et de financement, incontrôlable.

Pour remplir ces objectifs, la convention médicale a été mise en place dans le but de réglementer les rapports entre les professionnels de santé et la Sécurité sociale en encourageant et en encadrant la médecine de ville dite libérale.

B. Historique de la convention médicale

Dès le 19 octobre 1945 ^[17], une ordonnance donne la possibilité aux professionnels de santé d'adhérer volontairement à une « convention départementale » leur permettant d'appliquer des « tarifs négociés ». Ainsi, les patients sont libres de choisir leur médecin, ils règlent les honoraires à ce dernier puis se font rembourser par l'Assurance Maladie dans un second temps. Le 12 mai 1960 ^[18] un décret vient compléter cette ordonnance en offrant la possibilité aux médecins exerçant dans des départements non conventionnés de s'y rattacher. De plus, un arrêté ministériel fixe des plafonds aux tarifs médicaux. La création des commissions paritaires des caisses apparaissent également à cette période.

1. La première convention de 1971 à 1975

La première convention médicale nationale a été signée le 29 octobre 1971 ^[19] par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (l'UNCAM)¹ et la CSMF². Depuis 1971, la convention doit être obligatoirement signée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et le ou les syndicats médicaux les plus représentatifs ^[20]. Elle a pour principe de respecter les bases de la médecine libérale à savoir, le libre choix du médecin, la liberté de prescription, le respect du secret professionnel, le paiement direct à l'acte et une démarche médicale raisonnée en termes de coûts. Elle permet d'encadrer les professionnels de santé dont les prescriptions ont un impact direct sur les

¹ Regroupe les trois principaux régimes d'Assurance Maladie (régime général, agricole et indépendant).

² Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) qui est une alliance de syndicats pluricatégoriels et départementaux regroupant les médecins libéraux généralistes et spécialistes.

dépenses de santé en limitant, entre autres, les dépassements d'honoraires et en déterminant une base de remboursement pour les assurés.

Cette première convention lie, de façon automatique, les médecins à cette dernière hormis refus de leur part. Les médecins signataires s'engagent à appliquer la nomenclature des tarifs conventionnels¹. En contrepartie, ils bénéficient d'une prise en charge de leurs assurances maladie et vieillesse. Dans le même temps, des outils statistiques appelés « Tableaux Statistiques d'Activité des Praticiens (TSAP)² » voient le jour.

2. La deuxième convention de 1976 à 1980

La deuxième convention est signée par l'UNCAM, la CSMF et la FMF³ en mars 1976 [21]. L'arrêté du 30 mars institue la dispense de l'avance des frais de santé pour les actes onéreux d'hospitalisation dans les établissements privés. La convention précise que les dépassements des tarifs conventionnels ne sont pas remboursés et restent à la charge des patients. Ainsi, le 29 juin 1976 [22] sont fixés les tarifs d'honoraires des soins dispensés aux assurés.

3. La troisième convention de 1980 à 1985

La troisième convention est signée le 29 mai 1980 [23] par l'UNCAM et la FMF. Elle s'attache à garantir l'accès à des soins de qualité à tous les assurés, de maintenir la forme libérale de la médecine en respectant le libre choix du patient et la liberté de prescription. L'arrêté du 05 juin 1980 [24] crée deux secteurs conventionnels : « le secteur 1 » qui oblige les médecins à appliquer les tarifs conventionnels en échange d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales et « le secteur 2 » qui laisse les médecins fixer eux-mêmes leurs propres honoraires, avec tact et mesure selon la déontologie, en contre-partie du renoncement à ces avantages sociaux. Cette troisième

¹ Le tarif de convention détermine ainsi pour chaque acte le montant sur lequel s'appliquera le remboursement de la Sécurité sociale.

² Ces tableaux ont été institués entre les praticiens de ville et la caisse nationale de l'assurance maladie. Ils font apparaître le nombre et la nature des actes réalisés par chaque praticien ainsi que le coût du remboursement de leurs prescriptions. Ces tableaux sont adressés deux fois par an à chaque praticien, dont l'activité est ainsi comparée à l'activité moyenne par la Caisse. En cas d'abus, les praticiens reçoivent des avertissements et peuvent être déconventionnés s'ils n'en tiennent pas compte.

³ Fédération des Médecins de France, syndicat représentatif des médecins généralistes et spécialistes.

convention annonce déjà des difficultés financières rencontrées par les CPAM. Face à l'accroissement important des dépenses de santé, la maîtrise des dépenses portent sur les honoraires et les prescriptions. En effet, le médecin conseil, constituant le service médical de l'AM, a un rôle d'épidémiologiste et doit participer au bon usage des soins dans une démarche de maîtrise médicalisée des dépenses¹.

Cette convention initie également le financement de la Formation Médicale Continue (FMC)² par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

4. La quatrième convention de 1985 à 1989

La principale nouveauté de cette nouvelle convention signée en juin 1985 ^[25], est l'apparition en 1986 de la cotation des actes par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ^[26] : les honoraires sont fixés selon le type d'acte. Les tarifs sont ainsi revalorisés.

5. La cinquième convention de 1990 à 1992

Le 09 mars 1990 la cinquième convention entre en vigueur. Le « secteur 2 », devant son succès, est gelé limitant ainsi son accès. Le « contrat de santé » est créé le 12 avril 1991 par l'avenant n°1 ^[27] et permet aux assurés de « s'abonner » au médecin de leur choix ce qui leur offre la possibilité de bénéficier d'un système de tiers-payant intégral.

Cette convention est finalement annulée le 10 juillet 1992 en raison de l'illégalité de l'arrêté ministériel d'approbation. En effet, depuis 1990, le Code de la Sécurité sociale ^[28] mentionne que la convention doit être signée séparément pour les généralistes et les spécialistes, ce qui n'avait pas été le cas lors de la dernière signature.

¹ La maîtrise médicalisée des dépenses s'appuie sur des référentiels scientifiques permettant d'appliquer les bonnes pratiques les moins coûteuses et de limiter ainsi les examens et prescriptions inutiles.

² La FMC a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances. Il s'agit d'une obligation déontologique qui incombe à tout médecin.

6. La convention de 1993 à 1997

Par la suite, les modifications de la convention ont toujours pour principal objectif de maîtriser les dépenses de santé. La loi Teulade du 04 janvier 1993 ^[29] met en place des objectifs quantifiés nationaux avec risques de sanctions s'ils ne sont pas respectés. L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam)¹ est ainsi créé en 1996 afin d'avoir une estimation prévisionnelle des dépenses de santé annuelles. L'objectif prévisionnel des dépenses est adapté par zone géographique.

La convention s'attache aussi à garantir la qualité des soins. Les Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML)² se développent alors afin d'améliorer la gestion du système de santé et de promouvoir la qualité des soins. Les Références Médicales nationales Opposables (RMO)³ sont également appliquées à chaque médecin. La notion de dossier médical⁴ apparaît à cette même période.

Le tarif de la consultation des médecins généralistes est revalorisé par les arrêtés conventionnels.

A partir de 1996, les précédentes règles conventionnelles deviennent caduques suite à l'impossibilité d'atteindre les objectifs fixés. Elles sont remplacées par deux nouvelles conventions médicales distinctes (généraliste/spécialiste) le 28 mars 1997.

Une option conventionnelle, pour assurer la coordination des soins dans le cadre de filières de soins, apparaît sous le terme de « médecin référent » ^[30]. Cette option implique au médecin d'appliquer le tarif conventionnel sans dépassement, de tenir à jour le dossier médical du patient, d'assurer la continuité des soins, de promouvoir la prévention et les dépistages, de suivre les recommandations et de prescrire des

¹ Objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics. Il est fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale. Il s'agit d'un indicateur et non d'un plafond à valeur limitative, afin d'avoir une estimation prévisionnelle des dépenses de santé.

² Les URML travaillent à la préparation et à la mise en œuvre des projets régionaux de santé, analysent les besoins de santé et l'offre de soins et agissent pour la prévention, la veille sanitaire et la gestion des crises sanitaires. Elles participent également à la mise en œuvre des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires (PSLA) et au déploiement des systèmes de communication et d'information partagés.

³ Aides aux bonnes pratiques imposées à chaque médecin prescripteur sur des thèmes et pratiques médicales courantes permettant de définir, d'une part, les soins et prescriptions médicalement inutiles et, d'autre part, des fréquences d'utilisation par patient de certains soins et prescriptions.

⁴ La tenue d'un dossier pour chaque patient suivi en médecine ambulatoire a été rendue obligatoire par le Code de Déontologie en 1995.

médicaments génériques. Le patient quant à lui, s'engage à consulter ce médecin pour tout acte médical, en dehors de circonstances particulières.

En juin 1998, les deux conventions distinctes sont annulées.

Une convention spécifique pour les médecins généralistes est signée en décembre 1998^[31] par l'UNCAM et MG France¹. Elle y intègre la télétransmission des feuilles de soins entre la CPAM et les mutuelles afin de permettre la dispense totale d'avance des frais aux assurés.

L'avenant 8 du 1^{er} février 2002^[32] refixe le tarif de la consultation, dans le contexte du passage du franc à l'euro, et crée une nouvelle cotation « CALD » qui est une consultation annuelle majorée pour tout patient bénéficiant d'une Affection de Longue Durée (ALD)².

De nombreux avenants voient le jour jusqu'en 2005 sous forme de « règlement minimal applicable aux médecins »^[33] pour les médecins spécialistes qui n'ont pas trouvé d'accord avec l'Assurance Maladie, afin de pallier à l'absence de convention médicale spécifique aux spécialistes.

7. La convention de 2005

La convention est rééditée en 2005 et vise principalement à améliorer la coordination des soins. Elle reprend des éléments de la précédente convention et est complétée chaque année par de nombreux avenants dont les principaux sont :

- **26 mai 2005**^[34] :
 - **Avenant n° 1** : concerne les mesures tarifaires
 - rémunération spécifique annuelle pour les médecins ayant des patients en affection de longue durée (ALD),
 - participation des différents organismes aux avantages sociaux des professionnels,

¹ Fédération française des Médecins Généralistes (syndicat français de médecins généralistes).

² Il s'agit de pathologies dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé. Les patients sont donc pris en charge à 100 % pour tous les frais de santé entrant dans le cadre de la ou les maladie(s) concernée(s). Les pathologies concernées sont établies sur une liste définie par l'Assurance Maladie.

- tarifs plafonnés des accès aux soins non coordonnés¹.
- **Avenant n° 3** : concerne le fonctionnement des instances conventionnelles.
- **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.
- **21 mars 2005** ^[35] :
 - **Avenant n°2** : porte sur la mise en œuvre de la Classification Commune des Actes Médicaux (C.C.A.M.)².
- **23 mars 2006** ^[36] :
 - **Avenant n°12** : porte notamment sur :
 - le rôle du médecin traitant en matière de prévention,
 - la maîtrise médicalisée des dépenses de santé,
 - des mesures tarifaires telles que la Rémunération Médecin Traitant (RMT)³,
 - la notion de médecin traitant⁴ qui apparaît et s'applique à tous les médecins généralistes.
- **19 avril 2007** ^[37] :
 - **Avenant n° 17 bis** : concerne la formation professionnelle conventionnelle⁵.
 - **Avenant n° 18** : porte sur la convergence du dispositif du médecin traitant et de l'option médecin référent.

¹ Le parcours de soins coordonnés impose aux patients de consulter son médecin traitant avant de consulter un autre spécialiste, pour bénéficier d'un remboursement à taux plein.

² Nomenclature française destinée à coder les gestes pratiqués par les médecins, gestes techniques dans un premier temps puis, par la suite, les actes intellectuels cliniques. Elle a succédé à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) en secteur libéral.

³ Concerne les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Le montant est de 40 € par an et par patient. Elle vise notamment à valoriser le rôle de coordination assurée par le médecin dans le cadre du suivi de la pathologie concernée.

⁴ Le médecin traitant assure les soins et la prévention de premier niveau, coordonne les soins, oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés, centralise toutes les informations dans le dossier médical du patient, établit le protocole de soins pour les patients atteints d'une ALD. Les remboursements de l'AM sont minorés lorsque le patient ne consulte pas son médecin traitant avant de consulter un spécialiste ou lorsqu'il consulte un médecin qui n'est pas son médecin déclaré.

⁵ Au titre de leur participation à une formation agréée Formation Professionnelle Continue (FPC), les médecins peuvent prétendre au versement d'une indemnité quotidienne pour perte de ressources, sous réserve de remplir certaines conditions.

- **23 mars 2007^[38]** :
 - **Avenant n°20** : porte sur :
 - l'amélioration de la répartition des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire national, notamment avec 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.

- **02 mai 2007 ^[39]** :
 - **Avenant n°23** :
 - renforcement des missions du médecin traitant dans le champ de la prévention,
 - renforcement de la dynamique engagée en matière de maîtrise médicalisée des dépenses sur les thèmes retenus en 2006 et 2007¹ en s'orientant vers la déclinaison et le retour d'information individuels auprès de chaque médecin au regard des objectifs collectifs,
 - consolidation du rôle du médecin consultant dans le cadre du parcours de soins coordonnés,
 - mise en œuvre d'une deuxième étape de la CCAM, création de majorations pour certains médecins spécialistes, revalorisation de la médecine générale.

En juillet 2009, une nouvelle forme de rémunération des médecins généralistes conventionnés est accessible sous forme d'option. En effet, le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) ^[40] a pour objectif d'améliorer les pratiques médicales en demandant aux médecins d'adapter leurs prescriptions aux référentiels sanitaires. Ce dispositif s'applique aussi à réduire les dépenses de santé.

¹ Le dépistage du cancer du sein, la vaccination antigrippale chez les personnes âgées, la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées et la prévention des risques cardio-vasculaires en particulier le diabète.

8. Le règlement arbitral de 2010

En l'absence d'accord entre les syndicats représentatifs¹ des médecins et le gouvernement sur la nouvelle convention médicale, le règlement arbitral du 05 mai 2010 [41] organise les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie jusqu'à ce que les négociations entre les deux parties aboutissent. Quelques notions de la précédente convention sont reprises, notamment :

- la reconduction de la convention de 2005,
- le maintien du bénéfice de la dispense d'avance des frais pour les assurés et leurs ayants droits qui ont choisi leur médecin référent comme médecin traitant,
- le maintien de la dispense d'avance des frais accordée aux personnes bénéficiaires de l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)²,
- le développement d'un tiers payant social pour les bénéficiaires de l'ACS,
- l'augmentation du tarif de la consultation du médecin généraliste en 2011,
- la fixation d'objectifs de maîtrise médicalisée pour 2010.

Trois nouvelles mesures voient le jour avec ce règlement arbitral :

- dispositif d'incitation financière à la télétransmission des Feuilles de Soins Electroniques (FSE)³,
- dispositif d'incitation financière à l'utilisation des services en ligne de l'assurance maladie,
- revalorisation de la consultation et de la visite des omnipraticiens.

¹ Les syndicats sont des groupes de personnes qui exercent la même profession ou similaire. Ils ont pour objet l'étude et la défense des droits ainsi que des intérêts matériels et moraux, individuels et collectifs des personnes visées par leurs statuts. Seuls les syndicats représentatifs peuvent défendre les intérêts de l'ensemble de la profession et ont le monopole de la négociation des conventions. Pour être représentatif, un syndicat doit avoir un nombre suffisant d'adhérents, leur indépendance, leur expérience et leur ancienneté, avoir un montant significatif de cotisations et une audience électorale.

² Aide financière permettant de financer une complémentaire santé (mutuelle). Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources et ouvre droit à d'autres avantages comme le tiers-payant.

³ Formulaire qui sert de preuve à un acte médical accompli en vue d'un remboursement par la Sécurité sociale. Dans le cadre des FSE, le formulaire est numérique et transmis par le médecin par voie électronique à la CPAM.

9. La convention médicale de 2011

Elle est signée le 26 juillet 2011. Cette convention introduit une nouvelle forme de rémunération non optionnelle pour tous les médecins généralistes, en plus du paiement à l'acte : la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique ^[42] (ROSP)¹ qui n'est autre que l'évolution du CAPI.

L'Assurance Maladie dématématise de plus en plus les procédures en développant les téléservices afin de faciliter ses relations avec les professionnels de santé.

Cette convention tend également à généraliser le tiers-payant à tous les patients, sur acceptation du médecin.

Dans le même temps, les mesures visant à lutter contre les déserts médicaux sont poursuivies et la politique de maîtrise médicalisée des dépenses s'intensifie.

10. La convention médicale actuelle de 2016

La convention médicale que l'on connaît aujourd'hui a été signée le 25 août 2016 ^[43] sur accord des deux parties à savoir la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et les syndicats représentatifs des médecins (FMF, MG France et Le Bloc). Elle s'articule autour de quatre axes principaux : l'amélioration de l'accès aux soins, le renforcement de la qualité des soins, la valorisation de l'activité médicale et la modernisation des relations entre les médecins et l'Assurance Maladie.

Améliorer l'accès aux soins

- En garantissant l'accès aux soins pour tous avec :
 - la valorisation de la permanence des soins². Le prix des consultations des médecins de ville y participant ^[44] est majoré dans le cadre de cette permanence de soins,

¹ Rémunération supplémentaire aux médecins acceptant de faire évoluer leurs pratiques sur certains critères pour atteindre les objectifs de santé définis par la convention. Les indicateurs, conformes aux recommandations médicales, ont été revus à plusieurs reprises depuis sa création.

² Accès aux soins garanti aux assurés en dehors des heures ouvrables ou lors des jours fériés, en ville comme en établissements de santé.

- la poursuite des mesures dispensant de l'avance des frais pour les patients bénéficiant de la CMU et de l'ACS, les patients en ALD et les patientes enceintes, entre autres ^[45],
 - l'accès facilité au médecin traitant pour les patients présentant des difficultés à en consulter un. Ceci par l'intermédiaire d'un conciliateur¹, qui réalise les démarches pour le compte du patient auprès des praticiens de la zone géographique ^[46],
 - l'instauration de la téléconsultation² permettant aux patients, résidant en zone médicale désertifiée ou ayant des pathologies les empêchant de venir au cabinet, d'avoir un avis médical. Les consultations sont rémunérées de la même façon qu'une consultation dite « classique » au cabinet ^[47].
- En luttant contre les déserts médicaux ^[48] : des aides sont accordées aux médecins s'installant dans des zones médicales « fragilisées » et aux médecins déjà installés en zones déficitaires œuvrant dans une démarche d'exercice coordonné³.
 - En maîtrisant les dépassements avec la création de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ^[49] pouvant être souscrite par les médecins conventionnés en « secteur 2 »⁴.

Renforcer la qualité des soins

- En favorisant la prévention :
 - poursuite des campagnes de dépistages (cancer colorectal, du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus), de prévention des maladies infectieuses

¹ Le conciliateur a la mission d'assurer une meilleure relation entre les assurés et les médecins, dans le cadre du parcours de soins lorsque l'assuré ne parvient pas à désigner un médecin traitant ou s'il n'obtient pas de rendez-vous chez un spécialiste dans des délais jugés compatibles avec ses besoins.

² Consultation médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Pour le moment la télé médecine est réservée aux patients en ALD, souffrant de pathologies rares, résidant dans une zone médicalement sous dotée, résidant en EHPAD ou incarcérés.

³ Exercice en groupe ou appartenance à une communauté professionnelle territoriale de santé ou à une équipe de soins primaires.

⁴ Les médecins adhérant à l'option sont encouragés à stabiliser leurs tarifs et à facturer davantage aux tarifs conventionnés en s'engageant à respecter un taux moyen de dépassement et la réalisation d'une partie de leur activité au tarif opposable.

aiguës par le biais des vaccinations, de la prévention des complications des maladies chroniques, etc.

- extension des programmes d'accompagnement avec notamment les thèmes de sevrage tabagique, prise en charge de l'obésité infantile, etc.
- En assurant la coordination des soins :
 - valorisation tarifaire des actes de coordination avec d'autres médecins correspondants,
 - mise en place du Dossier Médical Partagé ^[50] (DMP),
 - poursuite du développement des téléservices de la CPAM ^[51].
- En modernisant les cabinets médicaux avec des incitations financières pour l'acquisition d'outils informatiques permettant la télétransmission, l'aide aux prescriptions, l'accès au DMP¹.

Valoriser l'activité

- En diversifiant les rémunérations des médecins : paiement à l'acte, au forfait pour certains patients et via les ROSP.
- En créant des majorations selon le type d'acte réalisé ou selon le type de consultation.
- En maintenant l'option OPTAM.
- En développant la téléexpertise ^[47] qui permet aux médecins d'échanger entre eux concernant un patient via télécommunication. Ces pratiques existaient déjà mais avec la téléexpertise les médecins sont tracés et rémunérés à ce titre.

Moderniser les relations entre les médecins et l'Assurance Maladie

- En simplifiant la facturation des actes :
 - garantie des paiements des FSE même si la carte vitale n'est pas à jour,
 - limitation des rejets de FSE liés aux droits des patients ou au parcours de soins,

¹ Carnet de santé numérique qui conserve et sécurise les informations de santé des patients (traitements, résultats d'examen, allergies, etc.). Il est visible par les professionnels de santé sur accord des patients.

- En développant les téléservices pour les démarches quotidiennes des médecins envers leurs patients et pour leurs démarches personnelles (messageries et numéro de téléphone pour communiquer directement avec les membres de la CPAM).
- En maintenant les différents secteurs conventionnels.

La convention médicale a donc évolué au fil des décennies en s'enrichissant et en se complexifiant. Les garanties qu'elle apporte ont, pour contrepartie, un surplus de travail administratif pour les médecins. Bien que les honoraires aient été revalorisés ces dernières années, l'un des principaux objectifs de la convention est de maîtriser les coûts de santé engendrés, en partie, par les prescripteurs. En effet, les prescriptions médicales représentent un poste de dépenses important puisqu'elles regroupent, entre autres, indemnités journalières, transports sanitaires, examens et soins médicaux. Des commissions paritaires ont été constituées par l'Assurance Maladie en même temps que la convention afin de créer un lieu d'échange entre les professionnels de santé et la Sécurité sociale.

C. Les commissions conventionnelles et réglementaires

1. Les commissions conventionnelles

a. Commission Paritaire Nationale

Sa composition

La Commission Paritaire Nationale (CPN) ^[52] est composée de deux sections :

- **Section sociale¹**: 12 représentants titulaires de l'UNCAM,
- **Section professionnelle²**: 12 médecins titulaires des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux. Ces médecins doivent être libéraux,

¹ Avant août 2018, la section sociale était composée de huit représentants titulaires du régime général de l'Assurance Maladie, deux représentants titulaires de l'Assurance Maladie du régime agricole (MSA) et deux représentants titulaires de l'Assurance Maladie du régime indépendant (RSI).

² Avant août 2018, la section professionnelle était composée de six médecins généralistes et six médecins spécialistes titulaires des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux.

conventionnés et n'avoir jamais fait l'objet d'une sanction définitive de mise hors convention.

En formation plénière, la section sociale est réduite à quatre médecins conseil ayant chacun trois voix. La formation plénière existe lorsque sont mentionnées des données sous secret médical.

Un représentant du Conseil de l'Ordre des Médecins participe également à titre consultatif.

Son rôle

La Commission Paritaire Nationale a deux formations :

- **La formation orientation** qui délibère sur les orientations de la politique conventionnelle :
 - suivi et évaluation du dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés,
 - suivi et évaluation des résultats des options de pratique tarifaire maîtrisée des engagements des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents, des médecins titulaires d'un droit de dépassement permanent,
 - suivi de la mise en œuvre des dispositifs de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) et de l'éventuelle modification de ses indicateurs,
 - suivi de la mise en place du dispositif incitatif pour améliorer la répartition de l'offre de soins,
 - bilan des rémunérations versées au titre de forfait patientèle médecin traitant et structure afin d'examiner les conditions d'évolution de ces forfaits.
- **La formation exécutive** qui est chargée des missions suivantes :
 - veiller au respect des dispositions conventionnelles par les médecins et les Caisses au niveau local,
 - déterminer le nombre de commissions paritaires locales et leur répartition territoriale dans les départements comportant plusieurs caisses primaires,
 - prendre toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances régionales et locales,
 - préparer les avenants et annexes de la convention médicale,

- suivre les résultats d'accompagnement mis en place dans le cadre de la maîtrise médicalisée,
- se tenir informée des résultats d'accompagnement mis en place au service des patients,
- délibérer sur les activités médicales à soumettre à la Haute Autorité de Santé (HAS)¹ en vue de l'établissement des références médicales,
- proposer des orientations prioritaires pour le développement professionnel continu. Par exemple, s'attacher à promouvoir et à valoriser l'amélioration de la qualité de soins, favoriser la prévention et le dépistage, le suivi des pathologies chroniques, l'efficacité des prescriptions et la réduction des actes inutiles et redondants,
- contribuer à la mise en œuvre du dispositif d'accompagnement des priorités de santé publique et des objectifs de maîtrise médicalisée dès lors que le cadre juridique le permet,
- contribuer à l'élaboration du budget du Fonds d'Actions Conventionnelles (FAC) pour la section des médecins, dans la limite fixée par la convention, d'objectifs et de gestion en équilibre des recettes et des dépenses,
- assurer l'installation et le suivi du comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives,
- émettre un avis sur le recours consultatif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction a été décidée par les caisses,
- assurer le suivi et examiner le bilan des Commissions des Pénalités sur la base d'un bilan d'activité annuel communiqué par la CNAMTS,
- se tenir informée des critères de ciblage pour les dispositifs de Mise Sous Accord Préalable (MSAP) et de Mise Sous Objectifs (MSO) de réduction des prescriptions et examiner le bilan annuel de leur mise en œuvre.

¹ Organisme administratif qui agit au nom de l'État et dispose d'un réel pouvoir, sans pour autant relever de l'autorité du gouvernement. Sa vocation est scientifique et sa gouvernance est organisée autour d'un collège. Elle participe principalement à l'adoption des recommandations de bonne pratique et de santé publique et la création des guides ALD.

b. Commissions Paritaires Régionales

Leur composition

Il existe une commission par région ^[53]. Elles sont constituées de deux sections :

- **Section sociale**¹ : 12 représentants titulaires de l'UNCAM,
- **Section professionnelle**² : 12 médecins titulaires des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux. Ces médecins doivent être libéraux, conventionnés et n'avoir jamais fait l'objet d'une sanction définitive de mise hors convention.

En formation plénière, la section sociale est réduite à quatre médecins-conseils ayant chacun trois voix.

Un représentant du Conseil de l'Ordre des Médecins participe également à titre consultatif.

Leur rôle

La Commission Paritaire Régionale a également deux formations :

- **Une formation orientation** qui délibère sur les orientations de la politique conventionnelle au niveau régional.
- **Une formation exécutive** chargée des missions suivantes :
 - assurer le suivi des contrats incitatifs en matière de démographie et être destinataire dans ce cadre des contrats types régionaux arrêtés par l'Agence Régionale de Santé (ARS),
 - suivre les résultats des campagnes d'accompagnement mises en place dans le cadre de la maîtrise médicalisée,
 - se tenir informée des programmes d'accompagnement mis en place au service des patients,
 - assurer un suivi des dépenses de santé au niveau régional,

¹ Avant août 2018, la section sociale était composée de trois administratifs, trois conseillers et deux médecins-conseils tous représentants titulaires du régime général de l'Assurance Maladie, deux représentants, dont un médecin-conseil, titulaires de la MSA et deux représentants, dont un médecin-conseil, titulaires du RSI.

² Avant août 2018, la section professionnelle était composée de six médecins généralistes et six médecins spécialistes titulaires des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux.

- émettre un avis sur le recours suspensif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction a été décidée par les caisses,
- émettre un avis sur les situations de pratiques tarifaires excessives que lui soumet le directeur de la CPAM du lieu d'implantation d'exercice principal du médecin. Cet avis porte sur le caractère sanctionnable de la pratique tarifaire soumise puis sur la nature et le quantum de la sanction,
- se tenir informée des travaux des instances locales de la région,
- informer la CPN de ses travaux.

c. Commissions Paritaires Locales

Leur composition

Une Commission Paritaire Locale siège dans chaque département ^[54]. Elles sont composées de deux sections :

- o **Section sociale**¹ : 12 représentants titulaires de l'UNCAM
- o **Section professionnelle**² : 12 médecins titulaires des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux. Ces médecins doivent être libéraux, conventionnés et n'avoir jamais fait l'objet d'une sanction définitive de mise hors convention.

En formation plénière, la section sociale est réduite à quatre médecins-conseils qui ont chacun trois voix. La formation plénière existe lorsque sont mentionnées des données sous secret médical.

Un représentant du Conseil de l'Ordre des Médecins participe également à titre consultatif.

¹ Avant août 2018, la section sociale était composée de trois administratifs, trois conseillers et deux médecins-conseils tous représentants titulaires du régime général de l'Assurance Maladie, deux représentants, dont un médecin-conseil, titulaires du régime agricole de l'Assurance Maladie et deux représentants, dont un médecin-conseil, titulaires du régime indépendant de l'Assurance Maladie.

² Avant août 2018, la section professionnelle était composée de six médecins généralistes et six médecins spécialistes titulaires des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux

Leur rôle

Tout comme les deux précédentes commissions, il y a deux formations dans la CPL :

- **Une formation orientation** qui délibère sur les orientations de politique conventionnelle au niveau régional.
- **Une formation exécutive** dont les missions sont les suivantes :
 - veiller au respect des obligations respectives des parties et se réunir pour étudier toute question soulevée par l'application de la convention au niveau local,
 - assurer le bon fonctionnement des dispositifs mis en place dans le cadre de la convention,
 - suivre les résultats des actions d'accompagnement mis en place dans le cadre de la maîtrise médicalisée,
 - se tenir informée des programmes d'accompagnement mis en place au service des patients,
 - assurer le suivi des mesures sur l'accès facilité au médecin traitant,
 - examiner les éventuels litiges entre un médecin et sa Caisse de rattachement après saisine du médecin et dès lors que le Président et Vice-Président de la CPL ont accepté la mise à l'ordre du jour du dossier,
 - se tenir informée des critères de ciblage, fixés par la CNAM, pour les dispositifs de MSAP et MSO et examiner le bilan annuel de leur mise en œuvre,
 - établir un relevé de décision à chaque réunion et le communiquer au secrétariat de la CPN,
 - se réunir avant toute décision susceptible d'être prise à l'encontre d'un médecin pour émettre un avis dans les conditions fixées,
 - informer régulièrement la CPR et la CPN de ses travaux.

2. Les procédures conventionnelles

a. Les motifs pouvant conduire à un contrôle d'activité du professionnel de santé

En cas de non-respect des règles organisant les rapports entre l'AM et les médecins, une procédure conventionnelle d'examen est engagée sur initiative d'une Caisse.

Le non-respect de ces règles conventionnelles ^[55] et réglementaires ^[56] peut porter sur :

- L'application de façon répétée de tarifs supérieurs aux tarifs opposables.
- L'utilisation abusive du Dépassement pour Exigence particulière (DE)¹.
- La facturation d'actes fictifs.
- Une pratique tarifaire excessive des médecins exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent.
- La non-inscription de façon répétée du montant des honoraires perçus.
- Le non-respect du droit à la dispense d'avance des frais ou des tarifs opposables au profit des bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMU-C) et de l'ACS.
- Le non-respect de façon systématique de l'obligation de télétransmission des FSE à l'AM.
- Un nombre ou une durée moyenne d'arrêts de travail significativement supérieur aux données moyennes constatées dans un même secteur.
- Un nombre de prescriptions de transports significativement supérieur aux données moyennes constatées dans une même région.
- Un taux de transports en ambulance rapporté à l'ensemble des prescriptions de transports significativement supérieur aux données moyennes constatées dans une même région.
- Un nombre de réalisations ou de prescriptions d'un acte, produit ou prestation significativement supérieur aux données moyennes constatées dans une même région.

¹ Le praticien peut facturer un montant supérieur au tarif opposable lorsque le patient souhaite consulter en dehors des horaires d'ouverture du cabinet et/ou lorsqu'il demande au médecin d'être consulté en dehors du cabinet pour un motif qui n'est pas médical.

Ces derniers motifs de contrôles sont particuliers car ils tiennent compte de la fréquence des actes par patient, du profil et du volume global de l'activité du professionnel de santé ainsi que du lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité.

Les médecins généralistes contrôlés sont donc sélectionnés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) lorsqu'ils dépassent les statistiques par rapport à leurs confrères d'une même région pour une thématique de contrôle donnée.

b. Qui contrôle l'activité des professionnels de santé ?

Les contrôles d'activité du médecin généraliste ^[57] sont réalisés par des agents agréés et assermentés placés sous la responsabilité du directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie compétente et/ou le service du contrôle médical. Ces deux entités œuvrent ensemble dans le souci du respect du secret médical et d'une expertise médicale.

En effet, le contrôle de l'activité effectué par la Caisse consiste à vérifier que la facturation ou la demande de remboursement est conforme à l'activité du professionnel de santé, aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, que l'ensemble des conditions administratives auxquelles est subordonnée la prise en charge est rempli et que les dépenses présentées au remboursement (y compris les dépassements d'honoraires) ne méconnaissent pas la réglementation en vigueur et les engagements conventionnels.

Le contrôle de l'activité des professionnels, effectué par le service du contrôle médical, permet quant à lui d'apprécier les éléments médicaux qui conditionnent le bénéfice des prestations sociales tout en respectant le secret médical. Il a le pouvoir de constater les activités abusives en matière de prescriptions, de tarifications d'actes/prestations sanitaires et la capacité de relever le respect ou le non-respect des règles législatives, réglementaires ou conventionnelles, des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou des références professionnelles en matière de dispensation des soins à des bénéficiaires de l'AM.

c. Comment se déroule une procédure ?

Procédure de contrôle d'activité

Une procédure de contrôle d'activité ^[58] peut être déclenchée lorsque le directeur de la CPAM est informé par la CNAM que le médecin dépasse les statistiques locales, présente des pratiques incompatibles avec la réglementation ou suite à un signalement d'un tiers. Il peut aussi bien s'agir de faits s'étant produits avant un remboursement ou à postériori. Les contrôles concernent très souvent des affaires remontant à quelques mois voire quelques années.

Le directeur de la Caisse adresse alors un avertissement, mentionnant l'ensemble des anomalies reprochées et la pénalité encourue, par lettre recommandée avec accusé de réception au médecin concerné. Le professionnel de santé dispose alors de trente jours pour modifier ses pratiques. Si le professionnel change ses pratiques, il n'y a pas de suites données. En revanche, s'il ne modifie pas son exercice, la Caisse informe le médecin des sanctions encourues, des délais de réponses (un mois) et de la possibilité de se justifier par écrit ou en entretien à sa demande ainsi que la CPL. Il peut être accompagné d'un confrère et/ou avocat. Passé le délai, le directeur de la Caisse a deux possibilités :

- décider de ne pas poursuivre la procédure,
- saisir dans un délai de 60 jours la commission paritaire locale.

Procédure conventionnelle

Si à l'issue d'une procédure de contrôle la CPL est saisie, une procédure conventionnelle s'en suit. Les membres de la CPL doivent se réunir dans les soixante jours suivants sa saisie. La commission paritaire se prononce sur pièces, cependant, le médecin peut demander à être entendu par la commission, accompagné ou non d'un confrère et/ou d'un avocat. En cas de divulgation d'informations médicales, nécessaire à la justification du médecin, la commission se réunit en « formation plénière ». La commission doit rendre son avis, dont la décision est arrêtée par le directeur de la Caisse, dans les quinze jours suivant la réunion.

A l'issue de l'entretien, la CPL établit un compte rendu. Il y a alors trois possibilités :

- La CPAM met fin à la procédure engagée car le médecin n'est finalement pas reconnu fautif ou parce qu'il a accepté un accord amiable avec la caisse d'une Mise Sous Objectif (MSO).
- Une sanction est prononcée pour manquements à la réglementation.
- La Commission des Pénalités est saisie pour un avis consultatif

Si la sanction prononcée concerne une mise hors convention pour une durée égale ou inférieure à un mois ou une suspension de la prise en charge des cotisations sociales pendant une durée égale ou inférieure à six mois, le praticien dispose d'un délai de deux mois pour saisir la CPR à titre de commission d'appel. La saisie de la CPR suspend alors la sanction prononcée par la CPL.

La CPR dispose de soixante jours pour se réunir et entendre les justifications du médecin. La commission doit rendre sa décision dans les trente jours qui suivent la réunion. Dans le cadre de cette « commission d'appel », la CPR fait des propositions de sanctions au directeur de la CPAM qui est libre de choisir s'il suit la proposition de la CPR ou s'il maintient la première sanction de la CPL.

d. Les sanctions encourues

A l'issue d'une commission, les sanctions conventionnelles ^[59] applicables à un médecin pour manquement conventionnel sont :

- mise sous accord préalable (MSAP) d'une durée maximale de six mois après avis de la Commission des Pénalités ^[60],
- suspension du droit permanent à dépassement, du droit de pratiquer des honoraires différents pour une durée maximale de douze mois,
- suspension du droit à pratiquer des Dépassements Autorisés plafonnés (DA),
- suspension des participations des caisses à la prise en charge des avantages sociaux pour une durée maximale de douze mois,
- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de la convention avec ou sans sursis.

Cependant, si l'on prend en compte les sanctions applicables dans le cadre du Code de sécurité sociale, le contrôle d'activité peut également aboutir :

- à l'engagement d'une action de récupération d'indus accompagnée de recommandations et susceptible de se cumuler avec les actions contentieuses listées ci-dessous,
- à l'information du Conseil de l'Ordre des Médecins pour des faits susceptibles de constituer un manquement à la déontologie (dépassements d'honoraires ne respectant pas le tact et la mesure, dépassements d'honoraires avec omission de l'information écrite préalable, refus de soins illégitimes, etc.),
- à l'engagement des actions contentieuses suivantes avec des règles exclusives de cumul propres à chacune :
 - saisine de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire des conseils de l'ordre des professionnels de santé (cumul possible avec la récupération des indus),
 - procédure contentieuse conventionnelle en cas de non-respect des dispositions conventionnelles (cumul possible avec la récupération des indus),
 - pénalité financière avec information du Conseil de l'Ordre (cumul possible avec la récupération des indus),
 - transmission du dossier au parquet en vue d'une procédure pénale en cas de fraude pénalement répréhensible (cumul possible avec la récupération d'indus et le déconventionnement d'urgence).

e. Focus sur la Mise Sous Objectifs et Mise Sous Accord Préalable

Ces sanctions concernent des « délits statistiques », c'est-à-dire les excès de prescriptions d'arrêts de travail, de transports, de transports en ambulance ou de réalisations/prescriptions d'actes supérieurs aux moyennes régionales des médecins généralistes.

La MSAP ^[61] ne peut excéder six mois. Durant cette période, le médecin sanctionné doit diminuer le poste de prescriptions concerné par les reproches de la Caisse (il peut prétendre se faire « aider » par le service médical) et justifier toutes ses prescriptions auprès du service de contrôle médical concernant la couverture d'actes, produits,

prestations, transports et arrêts de travail. Il n'y a pas de sanction à l'issue de cette procédure sauf s'il s'agit d'une deuxième récidive.

Initialement, seule la MSAP existait. Cependant, elle nécessite d'avoir l'avis de la Commission des Pénalités ce qui augmente les délais de procédures et mobilise beaucoup de personnels du service de contrôle médical.

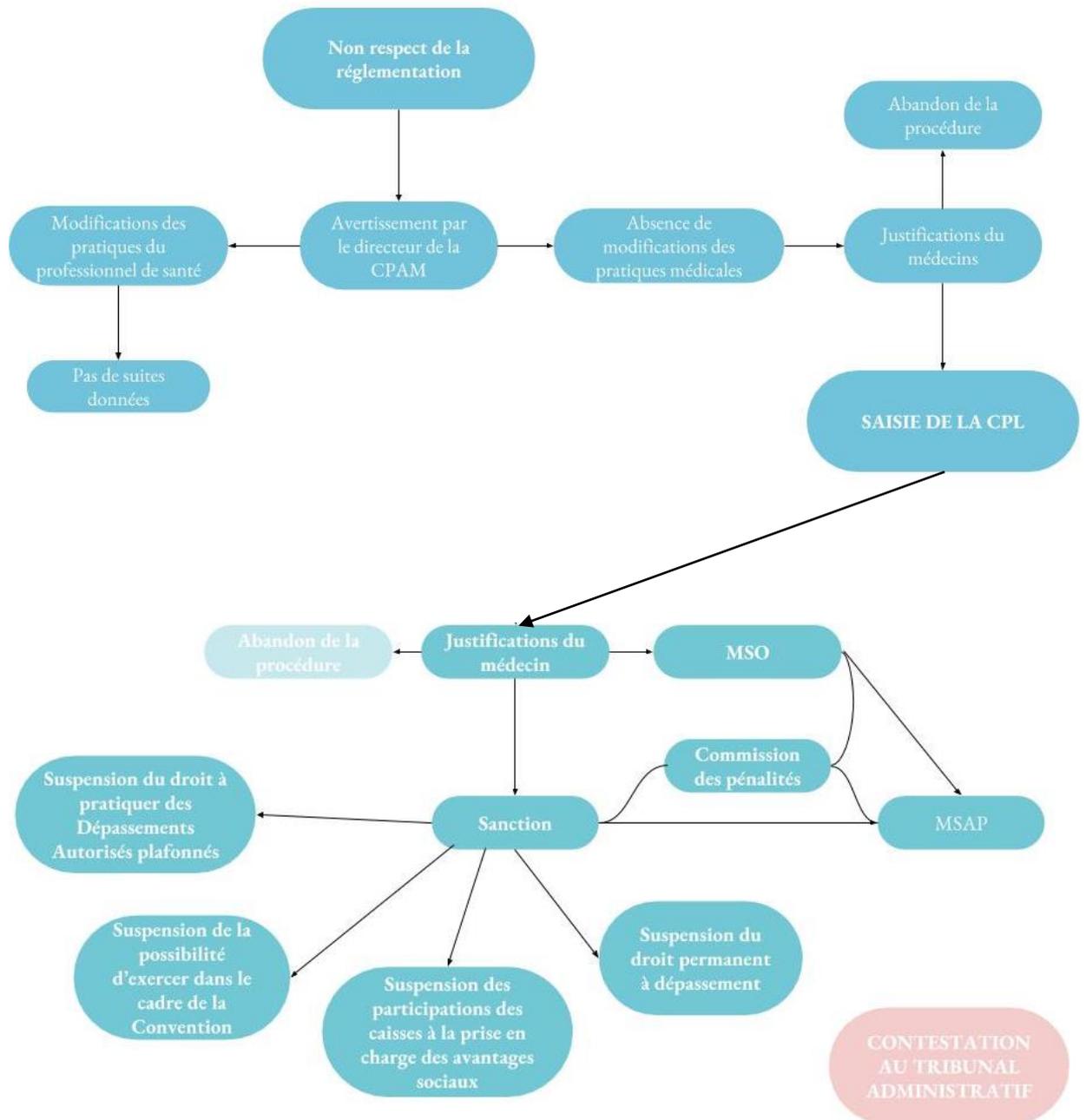
La Mise Sous Objectifs (MSO) ^[62] est alors apparue en 2010 afin de simplifier les tâches administratives. Il s'agit plus d'un accord amiable entre la Caisse et le médecin qu'une sanction, cependant, les répercussions peuvent être contraignantes. Au cours de la MSO, la Caisse fixe au médecin concerné des objectifs à atteindre dans un temps imparti ; à titre d'exemple, cela peut être une diminution de 30 % des prescriptions d'arrêts de travail en six mois. En cas d'objectifs non atteints dans le délai imparti, la procédure se poursuit en Commission des Pénalités.

A noter qu'un médecin peut refuser une MSO ce qui conduit à une Commission des Pénalités qui se prononce sur une éventuelle MSAP, qui elle, ne peut être déclinée.

f. Les recours possibles après une commission conventionnelle

Les recours possibles dont le médecin dispose suite à une décision de commission conventionnelle sont les mêmes que pour contester un avis de Commission des Pénalités (qui n'est qu'un avis consultatif et non décisionnel) à savoir le dépôt du dossier devant le tribunal administratif ^[63]. Ce dernier rend un jugement qu'il sera possible de contester en faisant appel.

g. Synthèse



3. La Commission des Pénalités

a. Sa composition

Il existe une Commission des Pénalités par région. Elle siège dans la Caisse Régionale. La Commission des Pénalités est composée de deux formations :

- **Une formation dite « de base »** composée de cinq membres issus du conseil de la Caisse Primaire, réunis lorsque les faits soumis concernent des assurés sociaux ou des employeurs.
- **Une formation « professionnelle »** constituée de la formation dite « de base » et de cinq représentants de la profession concernée, réunis lorsque les faits reprochés concernent un professionnel de santé, un établissement de santé, un EHPAD, un laboratoire de biologie médicale, les fournisseurs ou prestataires de services. Les représentants des professions de santé sont nommés par le conseil de la CPAM sur proposition de leur instance conventionnelle paritaire locale ou régionale ou à défaut sur proposition de leurs organisations syndicales représentatives.

b. Ses missions

Ses compétences concernent les faits litigieux pouvant être :

- Les remboursements à 100 % injustifiés ne rentrant pas dans le cadre de l'ALD.
- Les prescriptions d'arrêts de travail dont les indemnités journalières sont considérées comme fortement supérieures à celles de leurs confrères du même secteur à activité comparable local.
- Le non-respect avéré des conditions de prise en charge des frais de santé des assurés.
- Le non-respect de l'obligation de transmettre au service du contrôle médical les éléments médicaux justifiant une prescription d'arrêt de travail ou de transport.
- Les prescriptions jugées abusives d'arrêts de travail ou de transports.
- La cotation d'actes fictifs ou le non-respect de la nomenclature.
- Le non-respect avéré de l'obligation de mentionner le caractère non remboursable des actes ou produits prescrits.

- Une récidive après deux périodes de Mise Sous Accord Préalable (MSAP) ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu dans le cadre d'une MSO.

Les faits reprochés varient en fonction des années selon les politiques de ciblage de l'AM. Ils concernent surtout les prescriptions d'arrêts de travail, de transports sanitaires et d'actes, produits ou prestations. Ces prescriptions sont calculées en moyennes constatées entre les médecins généralistes d'activité comparable dépendant de la même ARS et du même organisme local d'AM ^[64].

c. Son fonctionnement

La Commission des Pénalités n'est pas une juridiction ; elle n'officie pas dans un tribunal et ne juge pas. Elle intervient sur demande du directeur de la Caisse en vue d'un avis consultatif. Le directeur de la CPAM n'est donc pas obligé de suivre la décision de la Commission des Pénalités.

Elle se réunit avec la formation concernée (de base ou professionnelle) et entend les observations du directeur de la CPAM ainsi que celles du professionnel mis en cause. Le professionnel doit être averti par courrier recommandé avec accusé de réception au préalable. Il a le droit de se faire accompagner par la personne de son choix.

La commission se prononce sur la gravité des faits reprochés et sur la responsabilité du professionnel. Le directeur de la Caisse ne participe pas au vote de la commission.

Lorsque cette dernière considère qu'il y a eu un manquement aux obligations et aux règles du Code de sécurité sociale, elle peut décider de la mise en place d'un régime de MSAP ou du montant de la pénalité financière appliquée dans la limite de 50 % du « préjudice » estimé.

Un verdict de « carence » peut être prononcé à l'issue de la réunion de la commission en cas de difficultés répétées à organiser la réunion ou en cas d'absence d'accord sur le vote. Dans ce cas, c'est au directeur de la Caisse de poursuivre lui-même la procédure sans avis de la Commission des Pénalités.

La formation compétente a deux mois, après sa saisine, pour donner ses conclusions. En cas de non réponse dans le délai imparti, son avis est considéré rendu. Le directeur de la Caisse est également informé du verdict.

d. Les sanctions

Les sanctions rendues par la Commission des Pénalités sont financières ou portent sur l'application d'une MSAP du service du contrôle médical de la Caisse.

e. Les recours

La sanction peut être contestée devant le tribunal administratif. Le médecin dispose de deux mois à compter de la réception des conclusions de la Commission des Pénalités pour déposer sa requête au tribunal en se faisant accompagner d'un avocat.

Dans les suites de l'audience, le tribunal administratif rend son jugement par une lettre recommandée et mentionne les voies de recours possibles ainsi que les délais dans lesquels un appel ou un pourvoi en cour administrative d'appel, puis en cassation doit être formé.

D. L'évolution de l'exercice médical libéral

1. De la création de la Sécurité sociale à nos jours

La médecine libérale d'avant-guerre était une médecine libre dans le sens où les médecins fixaient leurs propres tarifs et exerçaient dans les conditions qu'ils souhaitaient. Cette pratique était plus ou moins avantageuse pour les médecins mais pas forcément pour les patients qui ne pouvaient accéder aux soins que si leurs revenus le leur permettaient.

Depuis les années cinquante, avec le renouveau de l'après-guerre et malgré une lutte des médecins contre la création de l'Assurance Maladie, cette dernière a vu le jour et n'a cessé d'évoluer dans le but de rendre les soins accessibles à tous, y compris aux plus démunis. Dans un objectif premier de bienveillance envers les patients, la Sécurité sociale s'est vite vue dépasser par les dépenses de santé et a axé ses ambitions sur la maîtrise de ses finances, ce qui a radicalement changé la profession médicale libérale.

En effet, c'est en majorant ses recettes et en diminuant ses dépenses que, l'Assurance Maladie, fondée sur la solidarité des travailleurs et des employeurs, peut perdurer dans le temps.

La convention médicale, dont l'adhésion est devenue incontournable pour les médecins, régit, en partie, les règles permettant à l'AM de maîtriser son équilibre budgétaire. De fait, les patients étant mieux remboursés lorsque les médecins sont conventionnés, ils consultent donc plus facilement ces praticiens. Le tarif de consultation est limité à celui fixé par la Caisse et les remboursements d'actes sont plus efficaces. En adhérant à la convention, les médecins attirent donc plus de patients et sécurisent leur activité.

Les principes de base de la médecine libérale, à savoir, le libre choix du médecin, la liberté de prescription, le respect du secret professionnel, le paiement direct à l'acte et une démarche médicale raisonnée en termes de coûts sont déjà bousculés depuis ces trente dernières années.

De fait, nous pouvons constater que la maîtrise médicalisée des dépenses empiète sur le principe de la liberté de prescription. Cette indépendance s'est, en effet, amoindrie avec les incitations aux prescriptions de médicaments génériques et les démarches contraignantes comme la mention manuscrite obligatoire « non substituable » si les praticiens souhaitent prescrire un médicament princeps¹.

Le paiement à l'acte est, quant à lui, toujours effectif et prédominant. Cependant, l'arrivée de nouvelles formes de rémunération des médecins, en vue de valoriser la médecine de ville selon la convention, représente peut-être une menace à plus ou moins long terme.

Ainsi, la médecine libérale française a sérieusement changé au cours de ce siècle. Les médecins libéraux exercent en pensant en premier lieu à leurs patients, tout en s'exposant aux réprimandes de la Sécurité sociale, qui cherche à maîtriser coûte que coûte, avec difficultés, son budget colossal et ceci, en sanctionnant les médecins qui pourraient être considérés comme un peu trop charitables.

¹ Médicament d'origine qui sert de modèle aux médicaments génériques.

2. Quel avenir pour l'exercice libéral ?

Avec cette première partie, nous pouvons nous interroger sur plusieurs points. Le principe de « médecine libérale », que souhaitait préserver les premières conventions médicales, peut-il perdurer encore longtemps ?

En effet, ces dernières années ont vu apparaître de nouvelles formes de rémunérations des médecins généralistes rendant le paiement à l'acte de moins en moins prédominant. La question de la rémunération au forfait selon le volume de la patientèle est également en cours de réflexion. Devons-nous craindre la suppression du paiement à l'acte ? Ce moyen de rémunération étant l'un des principes de la médecine libérale, sa disparition remettrait le fonctionnement actuel de notre médecine de ville en question. En s'appuyant sur des hypothèses, nous pourrions imaginer que, selon la conjoncture politique, l'AM serait amenée à modifier les taux des forfaits au gré de ses objectifs, principalement financiers. C'est déjà le cas avec la ROSP, dont les objectifs et les barèmes sont modifiés par la convention et revus à la baisse selon les années.

L'instauration du tiers-payant généralisé va dans le même sens. C'est la SS qui se charge des règlements des honoraires aux médecins lorsque les assurés bénéficient du tiers-payant. Nous pouvons facilement envisager que, la SS, ayant la main mise sur les honoraires, décide pour des motifs financiers ou même réglementaires, de ne pas honorer les praticiens.

En ce qui concerne la liberté d'installation des médecins libéraux, elle est menacée depuis plusieurs années. Les pouvoirs publics tentent par différents moyens, d'améliorer la démographie médicale sur le territoire. En effet, les multiples incitations financières d'installation des jeunes médecins dans les zones médicales fragiles associées aux créations de plus en plus nombreuses de maisons pluridisciplinaires (ou pôles de santé) ne sont-elles pas le début d'une contrainte d'installation ? Pour le moment les offres paraissent attrayantes, mais plus tard, si le paiement à l'acte n'est plus la rémunération principale des médecins et que l'exercice de ville est limité aux maisons de santé, la libre installation existera-t-elle toujours ? Les médecins de ville ne se verront-ils pas imposer leur lieu d'exercice s'ils veulent être rémunérés ? A terme, ne deviendront-ils pas, par le biais de toutes ces mesures, les « salariés » de l'Assurance Maladie ?

L'arrivée de la télémédecine commence à révolutionner l'activité médicale dans certaines régions. Le principe de la téléexpertise, qui existe déjà de façon non reconnue par la Sécurité sociale, permet d'améliorer la coordination des soins entre généralistes et spécialistes. Les avis spécialisés demandés par les généralistes seront rémunérés, ce qui représente une reconnaissance du temps qu'ils consacrent pour une prise en charge optimale de leurs patients. La téléconsultation pose, quant à elle, plus de questions. Il faut très certainement rester prudent avec ces consultations et les réserver aux patients présentant des problèmes ponctuels et ne nécessitant pas une grande clinique. Pour le moment, la téléconsultation est restreinte aux patients souffrant de pathologies chroniques et aux résidents des EHPAD. Il est évident que ce type de consultations limitera fortement les transports sanitaires de ces patients et participera ainsi à la diminution des dépenses de la CPAM. Cependant, il est difficile de croire que la prise en charge globale du patient est respectée. Ne risquons-nous pas d'ignorer involontairement certains éléments indispensables à notre diagnostic ?

Nous pouvons également nous attarder sur les « délits statistiques » évoqués précédemment, concernant des « déviations de prescriptions » définies selon des dépassements de moyennes d'activités comparables de médecins généralistes d'une même région. La notion d'activité comparable reste floue et abusive dans les textes. Nous pouvons nous demander si ce n'est pas plutôt un objectif que cherche à atteindre la Sécurité sociale. Finalement, n'y a-t-il pas la volonté politique d'uniformiser la médecine de ville par la création de pôles de santé, régents pour la plupart par l'ARS, et la création à venir d'un nouveau métier, les assistants médicaux¹. Leur mission sera de seconder les médecins afin de leur dégager du temps médical en vue de consulter plus de patients. L'arrivée de ce corps de métier risque de modifier totalement la médecine générale française qui, sur un modèle anglophone, ressemblera probablement aux consultations que l'on retrouve dans les dispensaires et les services d'urgences, dénuée d'empathie et sans connaissance des patients. Un modèle, en définitive, à l'opposé de la notion de « médecin traitant ».

¹ Professionnels de santé qui s'occuperont du premier accueil du patient (motif de consultation, interrogatoire, déshabillage, mesures du poids, de la tension, de la température, etc.) et de la fin de la consultation en s'occupant de la facturation, du suivi du dossier et des tâches administratives.

Comme nous venons de l'aborder, la convention, de par son évolution, devient de plus en plus exigeante et contraignante envers les médecins libéraux qui sont obligés d'accepter les fréquentes modifications réglementaires.

Cependant, les signataires de la convention sont-ils informés et sensibilisés à ces réglementations, qui prévoient des procédures et sanctions en cas de manquements ? Nous ne pouvons pas nier qu'il existe des professionnels qui détournent le système de santé à leur avantage. Néanmoins, les procédures et sanctions réglementaires ne sont pas si rares. Il faut donc se demander s'il n'y a pas un excès de procédures à l'encontre des médecins. Il y a bien sûr, des visites de Délégués de l'Assurance Maladie (DAM)¹ aux cabinets médicaux pour faire le point sur les prescriptions qui ne sont pas en accord avec les bonnes pratiques mais les « délits statistiques » et les sanctions encourues sont-elles évoquées ? Par quels moyens les médecins libéraux sont-ils informés de ces règlements ou même des modifications de la convention ? Ces procédures concernent-elles beaucoup de médecins ?

Nous tenterons de répondre à ces questions à travers l'enquête qui suit.

¹ Interlocuteurs privilégiés des professionnels et des établissements de santé. Leur rôle est de favoriser la maîtrise médicalisée des dépenses par le partage d'informations utiles et l'accompagnement de leur application. Ils vont régulièrement à la rencontre des professionnels de santé au cabinet ou par téléphone.

DEUXIEME PARTIE : L'ENQUETE

A. Matériel et méthode

1. Protocole d'étude

a. Présentation de l'étude

Ce travail a pour objectif d'évaluer les connaissances des médecins généralistes français sur les procédures et sanctions susceptibles de leur être imposées par la CPAM en cas de manquements à la réglementation, en particulier vis-à-vis de la convention médicale et du Code de sécurité sociale.

Nous avons donc réalisé une étude transversale à but descriptif, à l'aide d'un questionnaire diffusé auprès des médecins généralistes de France. Notre étude qualitative s'appuie sur une composante quantitative.

b. Elaboration du questionnaire

L'élaboration du questionnaire s'est appuyée sur des recherches dans la littérature, les textes de lois ainsi que quelques témoignages de médecins généralistes ayant subi une procédure réglementaire.

Le questionnaire se compose de trois parties (*annexe 1*) :

- Le profil des médecins interrogés

Cette section est constituée de questions à choix simple ou à choix multiples qui portent sur l'âge, le sexe, le département d'exercice, le mode d'exercice, le type de conventionnement, leur participation à la formation des étudiants, leur adhésion à un syndicat et leur implication dans un mandat électif.

- Les connaissances que les médecins pensent avoir sur la convention

Les questions concernent le degré de connaissances que pensent avoir les médecins sur la convention, les moyens utilisés pour s'en informer ainsi que les motifs pouvant conduire à une convocation par l'Assurance Maladie. Une question ouverte y est proposée en vue d'obtenir l'avis des praticiens concernant l'information sur la convention médicale.

○ Un quiz

Cette troisième partie concerne des questions plus pointues afin d'évaluer objectivement les connaissances des médecins généralistes au sujet des procédures et sanctions réglementaires. Les questions revêtent plusieurs formes (à choix unique, à choix multiples et ouvertes) afin d'éliminer une part de hasard aux réponses. Un cadre de commentaires libres est à disposition des médecins pour qu'ils puissent donner leur avis sur le sujet mais aussi qu'ils apportent des éléments non évoqués afin d'étayer notre travail de recherche. Les commentaires recueillis sont retranscrits dans l'*annexe 3*, sans modification, afin de ne pas faire de faute d'interprétation. Mon adresse email apparaît dans cette section pour que les volontaires témoignent de leurs expériences personnelles.

Chaque item a une note explicative sur le fonctionnement du questionnaire. Les réponses aux questions ne sont pas obligatoires pour passer aux suivantes.

A la fin de l'enquête, les réponses au quiz sont dévoilées. Leur validité est confortée par des liens hypertextes vers les sources dans le souci d'apporter des informations supplémentaires aux médecins participants (*annexe 3*).

Avant sa diffusion, le questionnaire a été soumis à des médecins portant assistance à leurs confrères sous procédure afin de le valider. Il a été mis en forme avec l'aide du Docteur Claude BRONNER, médecin à Strasbourg, président d'UG¹ et vice-président de la FMF². Monsieur Meher TRABELSI, informaticien de l'Espace Généraliste de Strasbourg, l'a ensuite diffusé par courriel via « la newsletter UG Zapping³ n°133 » du 21 avril 2018. Le lien hypertexte du questionnaire était hébergé sur le site internet de la Fédération des Médecins de France (FMF). L'enquête a été clôturée six mois plus tard soit le 19 octobre 2018.

¹ Union Généraliste, branche syndicale des médecins généralistes de la FMF.

² Fédération des Médecins de France, syndicat représentatif regroupant l'Union Généraliste (branche des médecins généralistes), FMF-US (branche des spécialistes), UMEP (branche des médecins à exercice particulier) et FMF-PTL (branche des médecins exerçant en établissements et/ou en cabinets).

³ Newsletter officielle du syndicat Union Généraliste.

Une déclaration auprès de la CNIL¹ a été réalisée avant le recueil de données. Les réponses au questionnaire ont été collectées par l'informaticien puis restituées sous forme de tableau Excel et de données statistiques.

c. Présentation de l'échantillon

Initialement, ce travail de recherche ne devait concerner que les médecins généralistes de Haute-Normandie. Le sujet n'étant pas habituel, nous avons choisi de diffuser le questionnaire aux médecins de tout l'hexagone afin d'obtenir un nombre de réponses maximal.

La newsletter d'UG Zapping envoyée le 21 avril 2018, contenant le lien vers le questionnaire, a été diffusée à toute la base email d'UG soit 48 668 destinataires (médecins généralistes, spécialistes et des non médecins). En tout, 46 595 envois ont aboutis. La newsletter a généré 4 090 clics vers le site. A noter que dans la newsletter concernée, un autre questionnaire de thèse sur un sujet différent était proposé. Parallèlement, le questionnaire a également été envoyé par nos soins à nos connaissances médecins généralistes qui l'ont eux-mêmes diffusé à leurs confrères.

2. Recueil de données

L'informaticien a collecté et retranscrit les données analysables sur un tableau Excel. L'ensemble des réponses a été indexé dans un tableau avec une ligne par médecin interrogé contenant toutes les réponses et commentaires. Les données statistiques par question ont été établies manuellement via ce tableur.

B. Résultats

A la clôture de l'enquête, nous comptabilisons 282 réponses. Trois réponses ont dû être retirées : deux lignes vides et un interrogé non médecin. Nous avons donc obtenu **279 réponses exploitables** soit 0,6 % de réponses sur la totalité des mails envoyés. En se basant sur le nombre de clics engendrés par la newsletter, le taux de réponses analysables est de 6,8 %.

¹ Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

1. Population étudiée

a. Sexe, âge et répartition géographique

Sexe

Femmes	Hommes	N/R	Total
120	157	2	279

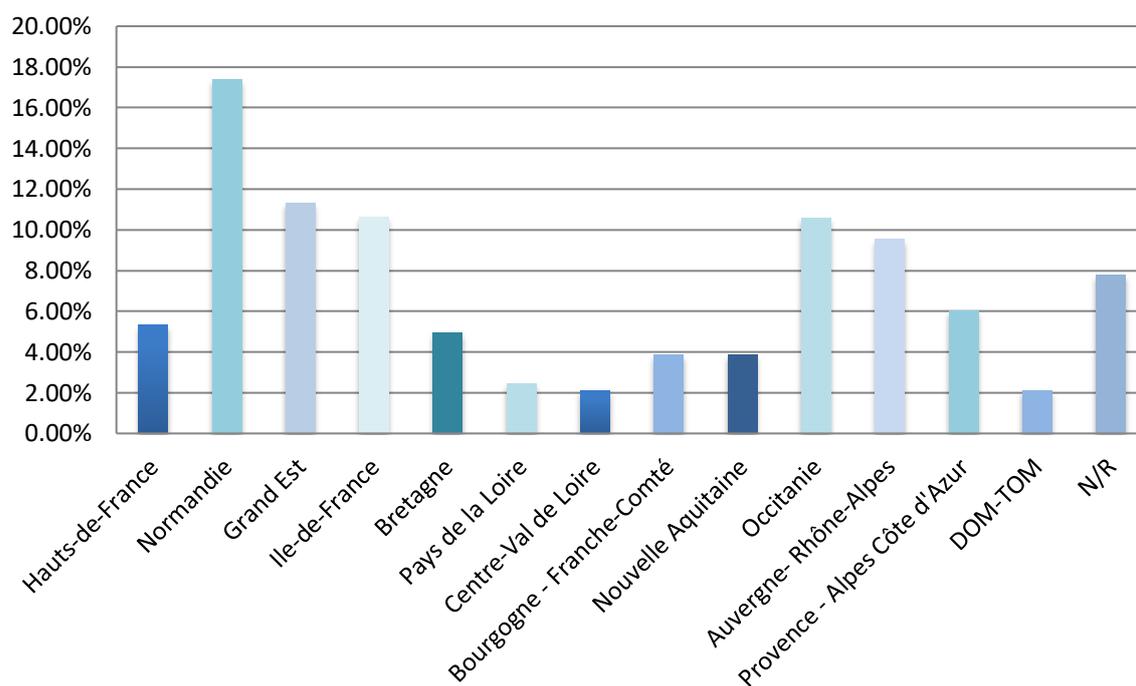
L'échantillon est composé de 43,01 % de femmes et de 56,27 % d'hommes avec un taux d'abstention de 0,72 %.

Age

Quel est votre âge ?	
25 - 30 ans	6
31 - 35 ans	14
36 - 40 ans	16
41 - 45 ans	25
46 - 50 ans	39
51 - 55 ans	42
56 - 60 ans	61
61 ans et plus	76
N/R	0
Total	279

La grande majorité des médecins, soit 63,47 % de notre échantillon, a plus de 50 ans.

Distribution géographique



b. Mode d'exercice

Ancienneté

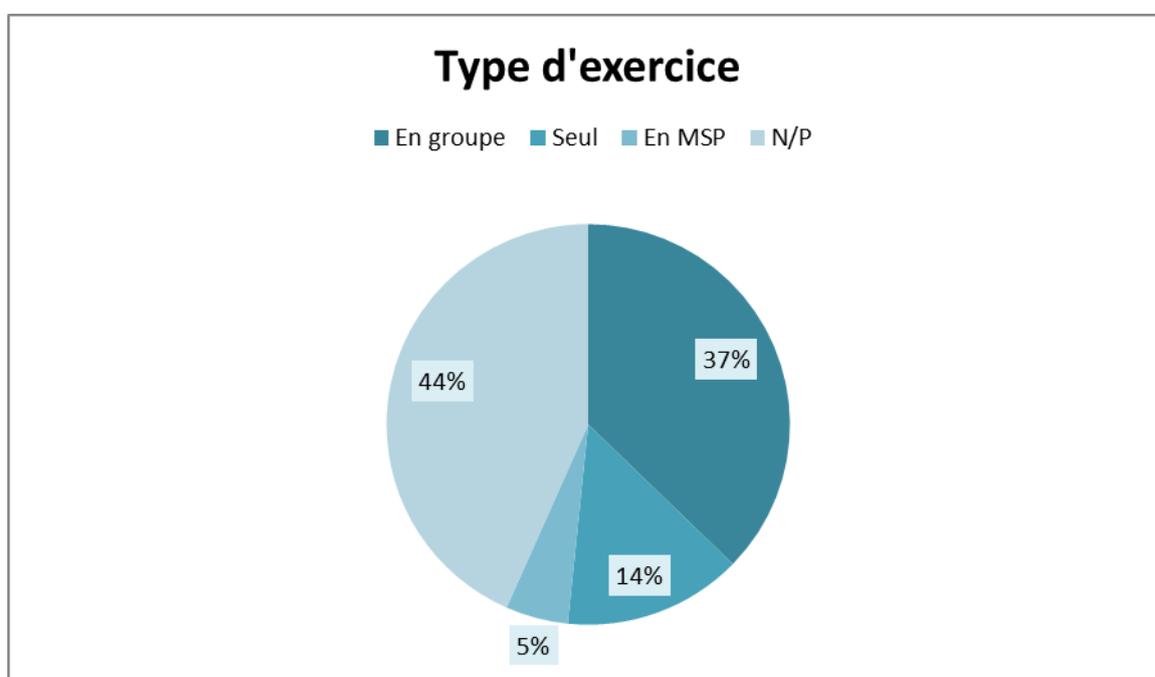
Depuis combien d'années exercez-vous en libéral ?		
Moins de 5 ans	17	6,09 %
Entre 5 et 10 ans	21	7,53 %
Entre 10 et 15 ans	22	7,89 %
Entre 15 et 20 ans	42	15,05 %
Entre 20 et 30 ans	81	29,03 %
Entre 30 et 40 ans	66	23,66 %
Plus de 40 ans	14	5,02 %
N/R	16	5,73 %
Total	279	100 %

Les médecins interrogés ont pour la majorité plus de 20 ans d'exercice libéral. Les praticiens déclarant être exclusivement salariés n'ont pas renseigné cette question.

Statut d'activité

Quel est votre mode d'exercice ? (plusieurs réponses possibles)		
Libéral	218	78,14 %
Salarié	4	1,43 %
Mixte	18	6,45 %
N/R	39	13,98 %
Total	279	100 %

Type d'exercice



Secteur conventionnel

Quel est votre secteur conventionnel ?		
Secteur 1	251	89,96 %
Secteur 2	13	4,66 %
OPTAM	8	2,87 %
Non conventionné	2	0,72 %
N/R	5	1,79 %
Total	279	100 %

c. Implication dans la formation des étudiants

Etes-vous maître de stage universitaire ? (MSU ¹)	Oui	Non	N/R	Total
	109	170	0	279
	39,07 %	60,93 %	0 %	100 %

d. Exercice d'un mandat électif

Exercez-vous un mandat électif ? (plusieurs réponses possibles)	
Au Conseil de l'Ordre des Médecins	18
A l'URPS	9
En commission conventionnelle	23
En commission des pénalités	9
Aucune de ces propositions	208
N/R	33

¹ Etre Maître de Stage Universitaire (MSU) implique d'accueillir des étudiants en médecine (externes et internes) dans son cabinet afin de les former à la médecine de ville. Cette formation est bénéfique pour les deux parties puisqu'elle s'appuie sur un partage des connaissances et des pratiques.

Etant donné que certains médecins cumulent les mandats électifs et ont, à ce titre, coché plusieurs cases, le taux de réponses à cette question est plus élevé que le nombre de participants.

Soulignons que 74,55 % des médecins n'ont pas de mandat électif.

38 médecins ont au moins un mandat électif en cours, soit 13,62 % des participants. Cependant, 11,83 % se sont abstenus de répondre à cette question.

e. Adhésion à un syndicat représentatif de médecins

Vous et les syndicats de médecins représentatifs (Bloc, CSMF, FMF, MG-France, SML)		
Je n'ai jamais adhéré à un syndicat représentatif	124	44,44 %
J'ai cotisé au moins une fois à un syndicat représentatif au cours des 3 dernières années	90	32,26 %
J'ai déjà adhéré à un syndicat représentatif il y a plus de 3 ans	57	20,43 %
N/P	8	2,87 %
Total	279	100 %

2. Ce que les médecins pensent savoir de la convention médicale

Taux de connaissance sur la convention médicale

A quel pourcentage pensez-vous être informé sur la convention médicale ?		
Moins de 20 %	115	41,22 %
Entre 20 et 40 %	72	25,80 %
Entre 40 et 60 %	57	20,43 %
Entre 60 et 80 %	21	7,53 %
Entre 80 et 100 %	12	4,30 %
N/R	2	0,72 %
Total	279	100 %

Les moyens d'information des médecins généralistes

Par quels moyens ? (plusieurs réponses possibles)	
Les syndicats	40,07 %
Le bouche à oreille	16,67 %
Lors de réunions de groupe de pairs	7,80 %
Les médias	22,70 %
Le journal officiel	2,48 %
Le site AmeliPro	15,96 %
Lors des visites des Délégués de l'Assurance Maladie (DAM)	40,07 %
Par le biais d'entretiens confraternels avec un médecin conseil	4,61 %
Autre	4,96 %
N/R	4,26 %

3. Les connaissances réelles des médecins généralistes

Précisons que dans cette partie quiz, les bonnes réponses données par les médecins sont comptabilisées afin d'établir un score permettant de séparer les médecins en deux catégories. Les médecins considérés comme ayant des connaissances suffisantes sont ceux qui ont obtenu au moins 50 % de réponses correctes. Ceux ayant moins de la moitié de bonnes réponses sont perçus comme ayant des connaissances insuffisantes.

Les réponses exactes apparaissent en vert sur les tableaux qui suivent.

Les médecins qui ont tout coché ne sont pas intégrés au groupe ayant plus de la moitié de réponses correctes en raison d'une possible stratégie qui viserait à pointer toutes les cases afin d'avoir le maximum de réponses exactes. Les réponses incorrectes cochées ne sont pas calculées en points négatifs.

Question 13 :

Selon vous, par quels moyens la CPAM juge-t-elle que vos prescriptions soient exagérées ? (plusieurs réponses possibles)	
Dépassements de plafonds définis par la CPAM	17
Dépassements des moyennes par rapport aux autres médecins généralistes de la même région	198
Autre	2

62 médecins ont coché plusieurs réponses qui n'ont donc pas été comptabilisées. Les cinq médecins ayant validé la case « autre » n'ont pas mis de commentaires pertinents pour l'enquête.

Question 14 :

Quelles sont les raisons qui peuvent vous amener à passé en CPL ? (plusieurs réponses possibles)		
Refus de recevoir les DAM (Délégués de l'Assurance Maladie)	17	6,09 %
Une durée moyenne d'arrêts de travail significativement supérieure aux données moyennes constatées	168	60,22 %
Un nombre d'arrêts de travail significativement supérieur aux données moyennes constatées	167	59,86 %
Un nombre de prescriptions de transports significativement supérieur aux données moyennes constatées	137	49,10 %
Un taux de prescriptions de transports en ambulance rapporté à l'ensemble des prescriptions de transports constaté significativement supérieur aux données moyennes constatées	107	38,35 %
Un nombre de réalisations ou de prescriptions d'un acte, produit ou prestation significativement supérieur aux données moyennes constatées	96	34,41 %
Un nombre de consultations journalières très au-dessus de la moyenne constatée	95	34,05 %
L'application de tarifs supérieurs aux tarifs opposables	136	48,75 %
L'utilisation abusive du DE (Dépassement pour Exigences particulières)	115	41,22 %
La facturation d'actes fictifs	147	52,69 %
Le non-respect du droit à la dispense des frais des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS	78	27,96 %
Le non-respect de l'obligation de télétransmission des FSE (Feuilles de Soins Electroniques) à l'Assurance Maladie	39	13,98 %
« L'abus » selon la CPAM de la mention « non substituable »	97	34,77 %
Autre	14	5,02 %
N/R	9	3,23 %

Il y avait dix bonnes réponses à cocher sur un total de 13 propositions.

Nous avons pu classer les médecins en trois catégories :

- Ceux n'ayant eu aucune bonne réponse : 23 médecins soit 8,24 %
- Ceux ayant moins de cinq bonnes réponses: 132 médecins soit 47,31 %
- Ceux ayant cinq bonnes réponses ou plus : 112 médecins soit 40,14 %

Parmi les médecins ayant eu plus de cinq réponses correctes à cette question, 12 ont fait un sans-faute soit 4,30 %. Cependant, ils avaient coché toutes les propositions, y compris les fausses, et n'ont donc pas été comptabilisés.

Question 15

Avant d'être convoqué par la Caisse, y a-t-il des avertissements ou conseils qui vous sont adressés ?		
Non	29	10,39 %
Oui	125	44,80 %
Pas toujours	44	15,77 %
Je ne sais pas	66	23,66 %
N/R	15	5,38 %
Total	279	100 %

Question 16 :

Si oui, sous quelle forme ? (plusieurs réponses possibles)	
Visite des DAM	81
Courrier	183
Mail	23
Visite d'un médecin conseil	103
Autre	7
N/R	61

18 médecins ont coché les deux bonnes réponses.

La case « autre » révèle :

- les entretiens téléphoniques
- l'entretien en commission
- l'absence d'avertissement

Question 17 :

Les Commissions Paritaires Locales/Régionales/Nationale ont pour rôle de veiller au respect des obligations respectives des parties de la convention médicale. Lorsque des anomalies sont détectées dans les pratiques des médecins, les Commissions Paritaires peuvent être amenées à auditionner les médecins (y compris en formation professionnelle c'est-à-dire entre médecins), examiner et émettre un avis. Selon vous, de quels membres est constituée la Commission ? (plusieurs réponses possibles)		
Des médecins généralistes	59	21,15 %
Des médecins généralistes mandatés par un syndicat de médecins	146	52,33 %
Des médecins spécialistes	33	11,83 %
Des médecins spécialistes mandatés par un syndicat de médecins	32	11,47 %
Des représentants de la Caisse	189	67,74 %
Des membres du Conseil de l'Ordre des médecins	96	34,41 %
Un juge	10	3,58 %
Des médecins conseil de la Caisse	174	62,37 %
Des avocats	3	1,08 %
Des DAM	3	1,08 %
N/R	10	3,58 %

129 médecins soit 46,24 % de l'échantillon ont au moins trois réponses correctes sur cinq. Parmi eux, 26 ont fait un sans-faute soit 9,32 % et ont cochés uniquement les cinq bonnes réponses.

Question 18 : « Selon-vous, en quoi les décisions prises par la CPAM à l'issue d'une procédure réglementaire à l'encontre d'un médecin diffèrent-elles d'un jugement en droit civil ? »

Les réponses libres figurent en annexe 4. Il s'agit de citations qui n'ont pas été corrigées afin de ne pas transformer leur sens originel.

Question 19 :

Savez-vous en quoi consiste une MSO ?		
Déclarent savoir ce qu'est une MSO sans en donner la définition	39	13,98 %
Déclarent ne pas savoir ce qu'est une MSO	84	30,11 %
Donnent la bonne définition de la MSO	70	25,09 %
Donnent une mauvaise définition de la MSO	35	12,54 %
Réponses non exploitables	18	6,45 %
N/R	33	11,83 %
Total	279	100 %

D'après les résultats, 144 médecins soit 51,61 % de l'échantillon, pensent connaître la réponse. Pourtant, nous pouvons affirmer avec certitude que seulement 70 réponses, représentant 25,09 % de l'échantillon, sont correctes.

Nous déplorons une perte de 13,98 % de réponses dont il nous est impossible de connaître la nature étant donné que la définition n'a pas été communiquée. Les réponses non exploitables incluent des commentaires, jugements ou avis personnels n'apportant aucune réponse à la question.

Question 20 :

Savez-vous ce qu'est une MSAP ?		
Déclarent savoir ce qu'est une MSAP sans en donner la définition	46	16,49 %
Déclarent ne pas savoir ce qu'est une MSAP	99	35,48 %
Donnent la bonne définition de la MSAP	81	29,03 %
Donnent une mauvaise définition de la MSAP	14	5,02 %
Réponses non exploitables	6	2,15 %
N/R	33	11,83 %
Total	279	100 %

Le principe de l'analyse est le même que pour la question précédente. 141 praticiens, soit 50,54 % de l'échantillon, pensent connaître la réponse. Dans les faits, seulement 29,03 % sont correctes avec une perte de 16,49 % des réponses incomplètes.

Question 21 :

Etes-vous obligé d'accepter une MSO ?		
Non	112	40,14 %
Oui	47	16,85 %
Je ne sais pas	116	41,58 %
N/R	4	1,43 %
Total	279	100 %

Question 22 :

Etes-vous obligé d'accepter une MSAP ?		
Non	54	19,36 %
Oui	90	32,26 %
Je ne sais pas	131	46,95 %
N/R	4	1,43 %
Total	279	100 %

Question 23 :

Pouvez-vous contester une sanction prononcée par une commission paritaire ?		
Non	18	6,45 %
Oui	166	59,50 %
Je ne sais pas	90	32,26 %
N/R	5	1,79 %
Total	279	100 %

Question 24 :

Pour quelles raisons pouvez-vous passer en Commission des Pénalités ? (plusieurs réponses possibles)		
Refus de MSAP	73	26,16 %
Refus de MSO	84	30,11 %
Récidive après plusieurs MSAP	124	44,44 %
MSO non atteint	87	31,18 %
Constat d'abus concernant les prescriptions de transports	65	23,30 %
Constat d'abus concernant les prescriptions d'ambulance par rapport au ratio des prescriptions de transports	56	20,07 %
Constat d'abus concernant la prescription d'arrêts de travail	85	30,47 %
Constat d'abus concernant la prescription de médicaments	55	19,71 %
Constat d'abus concernant la prescription d'actes	70	25,09 %
Anomalies de tarification	77	27,60 %
Refus de remplir le DMP (Dossier Médical Partagé)	5	1,79 %
N/R	37	13,26 %

Sur l'ensemble de l'échantillon, 56 médecins ont au moins cinq bonnes réponses soit 20,07 %. Parmi eux, seulement cinq ont fait un sans-faute ce qui représente 1,79 % de l'échantillon.

Question 25 :

Quelles sanctions peuvent être prononcées par la Commission des Pénalités ? (plusieurs réponses possibles)		
Suspension permanente du droit de dépassement	58	20,79 %
Suspension du droit à pratiquer des DA (Dépassements Autorisés plafonnés)	63	22,58 %
Suspension des participations à la prise en charge des avantages sociaux (cotisations maladie et URSSAF)	153	54,84 %
Suspension d'exercer dans le cadre de la convention	175	62,72 %
Sanction financière	212	75,99 %
Prison	6	2,15 %
Radiation de l'Ordre des Médecins	20	7,17 %
N/R	20	7,17 %

4. Les connaissances globales des médecins généralistes

Afin d'évaluer de façon globale les connaissances des médecins généralistes concernant les procédures et sanctions de la CPAM, nous avons comptabilisé les bonnes réponses de toutes les questions du quiz. Il y avait en tout 12 questions qui testaient les connaissances des médecins interrogés avec un total de 35 réponses valides à cocher ou à écrire. Les médecins ayant eu au moins 18 réponses correctes sur l'ensemble du quiz sont considérés comme étant bien informés sur les procédures et sanctions réglementaires.

La question 18 n'a pas été incluse car il s'agit d'une question ouverte.

Les connaissances globales des médecins généralistes		
$\geq 18/35$	69	24,73 %
$< 18/35$	210	75,27 %
Sans faute	0	0 %

Moins d'un quart des médecins ont des connaissances jugées suffisantes sur notre sujet.

5. Profil des médecins généralistes selon leur score au quizz

Médecins ayant plus de 18 réponses correctes (69 médecins concernés)		
MSU	30	43,48 %
Mandatés	23	33,33 %
Syndiqués	44	63,77 %
Ayant subi une procédure	16	23,19 %
Ayant une connaissance qui a subi une procédure	44	63,77 %
Moins de 5 ans d'exercice	9	13,04 %
Plus de 20 ans d'exercice	34	49,28 %
Exercent en groupe	26	37,68 %
Exercent seuls	11	15,94 %
Ont une activité libérale ou mixte	63	91,30 %
Ont une activité salariée	2	2,90 %

Médecins ayant eu moins de 18 réponses correctes (210 médecins concernés)		
MSU	76	36,19 %
Mandatés	17	8,10 %
Syndiqués	103	49,05 %
Ayant subi une procédure	33	15,71 %
Ayant une connaissance qui a subi une procédure	107	50,95 %
Moins de 5 ans d'exercice	9	4,29 %
Plus de 20 ans d'exercice	124	59,05 %
Exercent en groupe	78	37,14 %
Exercent seuls	27	12,86 %
Ont une activité libérale ou mixte	176	83,81 %
Ont une activité salariée	4	1,90 %

6. Médecins concernés de près ou de loin par une procédure

Connaissez-vous un médecin qui a déjà été convoqué par la Sécurité sociale ?		
Non	115	41,22 %
Oui	150	53,76 %
Ne se prononce pas	11	3,94 %
N/R	3	1,08 %
Total	279	100 %

Avez-vous, vous-même, fait l'objet d'une telle procédure?		
Non	224	80,28 %
Oui	49	17,56 %
Ne se prononce pas	3	1,08 %
N/R	3	1,08 %
Total	279	100 %

C. Discussion

1. Caractéristiques de l'échantillon

a. Les points de comparaison à l'échelle nationale

Après avoir comparé les données recueillies lors de l'enquête avec celles du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), nous constatons que notre échantillon s'approche de la population médicale recensée au 1^{er} janvier 2018 en ce qui concerne l'âge et le sexe ^[64].

En effet, notre étude dénombre 43,01 % de femmes médecins généralistes pour 56,27 % d'hommes. Ces pourcentages sont comparables à ceux de la population des médecins généralistes français recensés par le CNOM, à savoir 48,21 % de femmes pour 51,79 % d'hommes. Toujours selon cette même source, 59,24 % des médecins généralistes ont plus de 50 ans contre 63,47 % de notre échantillon.

Les médecins généralistes sont issus de tout l'hexagone avec une prédominance des régions Normandie 17,38 %, Grand Est 11,34 %, Ile-de-France 10,63 %, Occitanie 10,61% et Auvergne-Rhône-Alpes 9,56 %, ce qui nous permet d'extrapoler nos résultats à l'ensemble de la population des médecins généralistes de France. La surreprésentation de la Normandie s'explique par le fait que nous ayons diffusé notre questionnaire aux confrères que nous connaissons.

La population étudiée a, pour la plus grande partie (57,71 %), une expérience professionnelle libérale supérieure à 20 ans.

L'exercice d'un mandat électif concerne peu de médecins sur le territoire français, ce qui se retrouve dans nos résultats puisque seulement 13,62 % des participants à l'enquête en exercent un.

b. Les divergences à l'échelle nationale

Il existe une certaine homogénéité au sein de notre échantillon concernant l'implication des médecins généralistes dans la formation des jeunes médecins. Avec 39,07 % de MSU, nous avons un échantillon mixte permettant d'impliquer ce critère dans notre analyse. Cependant, ces statistiques ne reflètent pas la population des médecins généralistes formateurs qui sont, en réalité, beaucoup moins nombreux. Si

L'on prend l'exemple de la Haute-Normandie qui compte 1 616 médecins généralistes en 2015, seulement 95 d'entre eux sont MSU¹, ce qui représente 5,88 % de la population totale des médecins généralistes haut-normands. Cette divergence s'explique par le fait que les MSU sont plus proches des étudiants et répondent donc plus volontiers aux questionnaires de thèse.

En ce qui concerne les syndicats représentatifs, 52,69 % des médecins interrogés y ont déjà adhéré au moins une fois. N'ayant pas les chiffres précis du nombre de médecins généralistes syndiqués en France, il nous est impossible de savoir si ce critère est transposable à la France entière. Néanmoins, ce pourcentage non négligeable nous permet de déterminer si ce critère joue un rôle prépondérant dans l'acquisition des connaissances des médecins généralistes concernant les procédures et sanctions applicables à leur rencontre par l'Assurance Maladie.

c. Les critères non exploitables

Du fait d'une trop faible proportion de certaines variables retrouvées dans notre échantillon, nous ne pouvons tenir compte de celles-ci :

- **Le statut d'activité** puisque l'on dénombre seulement 1,43 % de l'échantillon qui a une activité salariée exclusive.
- **Le secteur de conventionnement**, dont on pouvait supposer les résultats, car 94,62 % des interrogés sont conventionnés dont 89,96 % en secteur 1.
- **Le mode d'exercice**, à savoir seul ou en groupe, n'est pas analysable dans la mesure où près de la moitié de l'échantillon soit 44 % n'a pas répondu à cet item.

2. Forces et faiblesses de l'enquête

a. Les forces

Notre étude est multicentrique ce qui nous permet d'appliquer nos conclusions au reste des médecins généralistes de France.

Comme vu précédemment, notre échantillon présente quelques différences avec la population de médecins généralistes français. Cependant, les critères les plus importants

¹ D'après le Collège Haut Normand des Généralistes Enseignants.

tels que l'adhésion à un syndicat représentatif, l'exercice d'un mandat électif et la participation à la formation des étudiants sont présents et nous permettent de penser qu'il existe un lien de cause à effet entre ces critères et les connaissances des médecins généralistes sur les procédures et sanctions réglementaires.

La question concernant l'adhésion à un syndicat aurait pu être biaisée. En effet, le questionnaire a été diffusé par une organisation syndicale de médecins. Nous nous attendions donc à toucher une très grande majorité de médecins syndiqués. Or, notre échantillon est mixte avec 52,69 % des médecins interrogés ayant déjà adhéré à un syndicat représentatif et 44,44 % n'y ayant jamais adhéré. De plus, il s'agit d'une question que nous pouvons qualifier de « délicate » puisque les individus sont en principe réticents à donner leurs opinions politiques or le taux d'abstention est faible (2,87 %).

b. Les faiblesses

L'enquête par courriel représente un biais de sélection. La diffusion ne peut se faire que si les médecins ont un accès internet (ce qui représente tout de même la grande majorité aujourd'hui), ainsi qu'une adresse email valide et connue de la FMF. De plus, beaucoup de courriels se retrouvent dans les courriers indésirables et ne sont donc pas vus par les destinataires.

Il est à préciser qu'aucune question concernant l'exercice de la médecine générale ou spécialisée n'apparaît dans le questionnaire. En effet, initialement ce dernier devait être diffusé via une autre liste de courriels. Nous avons donc mentionné la population visée (les médecins généralistes) dans la partie introductive de notre enquête. Ainsi, certains médecins spécialistes y ont peut-être répondu. Néanmoins, d'après les réponses obtenues, nous estimons à moins de 3 % la proportion de médecins spécialistes ayant pu participer à l'étude.

Nous avons évalué les connaissances des médecins sur douze questions ce qui représente peu vis-à-vis de la multitude de règles conventionnelles régissant les pratiques des médecins conventionnés. Cependant, afin de ne pas perdre les lecteurs au cours du questionnaire nous étions obligés de limiter le nombre de questions.

Deux questions du quiz n'étaient pas formulées correctement, ce qui a conduit à un taux important de réponses imprécises. Les questions « Savez-vous en quoi consiste une MSO ? » et « Savez-vous ce qu'est une MSAP ? » ont, en effet, induit des réponses simples de type « oui » et « non » ce qui ne nous a pas permis de juger de l'exactitude de la réponse. Il aurait été plus précis de demander les définitions de la MSO et de la MSAP.

Les commentaires libres sont également un biais. Seuls les plus motivés et non pressés répondent aux questions ouvertes. De plus, le sujet étant faiblement connu des praticiens, la majorité des médecins ayant pris la peine de s'y attarder sont ceux se sentant concernés par le sujet.

3. Les éléments essentiels de l'enquête

a. Objectif primaire

Les données concernant ce que pensent savoir les médecins

Notre population étudiée compte 67,02 % des médecins pensant connaître moins de la moitié des mesures de la convention médicale. Comparé au taux de médecins ayant eu moins de la moitié de réponses correctes (75,27 %), nous pouvons conclure que la majorité des médecins généralistes ont des connaissances fragiles concernant la convention médicale à laquelle ils ont adhéré et en sont conscients.

Les critères majorant les connaissances des médecins généralistes

Les principales sources d'informations des médecins sur la réglementation ne sont pas la lecture de la convention elle-même, qui comporte de nombreux textes réglementaires retranscrits sur plus de 400 pages, mais principalement les informations syndicales, les visites des délégués de l'Assurance Maladie (DAM) aux cabinets ainsi que les médias.

Certains critères semblent enrichir les connaissances des médecins généralistes sur le sujet. Ainsi, être syndiqué permet d'être plus informé. En effet, 63,77 % des praticiens ayant plus de 18 bonnes réponses au quiz sont syndiqués contre 49,05 % dans la population ayant des connaissances insuffisantes. Cela s'explique aisément par le fait que les syndicats participent aux négociations avec l'Assurance Maladie et diffusent les informations actualisées aux adhérents.

Il en est de même pour l'exercice d'un mandat électif qui majore les acquis des médecins sur le sujet. De fait, 33,33 % des médecins ayant des connaissances suffisantes sont mandatés contre 8,10 % des médecins ayant eu moins de 18 réponses correctes au quiz. Ce critère n'est pas surprenant puisque les mandats électifs concernent les Conseils de l'Ordre des Médecins, les commissions paritaires, les URML, etc., organisations en lien direct avec les conflits qui peuvent s'opérer entre les professionnels de santé et la CPAM.

Les médecins ayant subi une procédure ou connaissant un confrère en ayant vécu une ont appris de leur expérience puisque l'enquête démontre des connaissances plus importantes au sein de cette population. Toutefois, nous remarquons que certains d'entre eux ont tout de même des notions limitées à ce sujet. Les médecins connaissant un confrère ayant subi une procédure réglementaire semblent mieux informés que ceux en ayant vécu une personnellement. Est-ce parce que les praticiens concernés de loin ont une crainte de subir la même épreuve ?

L'implication dans l'enseignement aux étudiants semble, dans une moindre mesure, améliorer également les connaissances des médecins généralistes en matière de procédures et de sanctions réglementaires. Effectivement, 43,48 % des médecins formateurs ont plus de la moitié des réponses exactes contre 36,19 % des médecins n'exerçant pas cette fonction, ayant eux bien répondu à la moitié des questions. Ce critère est difficile à expliquer car les étudiants sont peu formés aux formalités administratives durant leurs études de médecine.

L'ancienneté ne semble pas améliorer le niveau de connaissances sur le sujet puisque 49,28 % des médecins ayant plus de la moyenne au quiz ont plus de 20 ans d'exercice contre 59,05 % de ceux de même ancienneté ayant moins de 18 réponses correctes au quizz. Au contraire, les jeunes installés semblent avoir plus de notions que leurs aînés puisque nous retrouvons dans notre analyse 4,29 % de médecins qui ont moins de cinq ans d'exercice dans la population ayant moins de 18 bonnes réponses contre 13,04 % ayant plus de 18 réponses valides.

Les connaissances et méconnaissances des praticiens

Notre échantillon possède des connaissances relatives sur les motifs pouvant les conduire à une procédure réglementaire, cependant, celles portant sur les sanctions et les recours possibles restent très inégales.

Les médecins semblent plus avertis des risques de procédures concernant les prescriptions d'arrêts de travail et de transports sanitaires. Ceci est probablement dû aux conseils des DAM qui informent les médecins des principaux thèmes de surveillance par la Sécurité sociale. En revanche, les praticiens ignorent qu'ils prennent des risques s'ils ne pratiquent pas le tiers-payant pour les bénéficiaires de la CMU et de l'ACS. En effet, seulement 27,96 % d'entre eux sont informés de l'obligation de la dispense d'avance des frais pour les patients bénéficiant de la CMU. Cependant, avec les logiciels médicaux actuels, la facturation se fait automatiquement et la dispense d'avance des frais est appliquée. A l'inverse, une bonne partie des médecins interrogés pensent être sanctionnables en cas d'utilisation abusive de la mention « non substituable » sur leurs prescriptions or, ce n'est pas le cas selon les textes. Précisons que des mesures sont actuellement étudiées afin de majorer la substitution des médicaments princeps par des génériques et que la mention « non substituable » devra être médicalement justifiée.

La composition des commissions paritaires reste une notion imprécise pour les médecins. Ils semblent avoir intégré qu'il ne s'agit pas d'un procès puisque très peu d'entre eux incluent un juge et des avocats à ces commissions. Cependant, près des deux tiers de l'échantillon ignorent qu'un membre du Conseil de l'Ordre des Médecins y prend part. Ce dernier détail n'en est finalement pas un puisque, si un membre de Conseil de l'Ordre y assiste, cela signifie que la décision peut déboucher, en plus d'une sanction réglementaire, sur une instance disciplinaire en cas de non-respect du code de déontologie.

Concernant la Commission des Pénalités, la très grande majorité de l'échantillon (75,99 %) est avertie que les sanctions prononcées sont principalement financières. Néanmoins, les médecins interrogés confèrent plus de pouvoirs à cette commission qu'elle n'en a vraiment en lui donnant la possibilité de suspendre la participation aux avantages sociaux et de suspendre le conventionnement du médecin.

En plus de méconnaître les réglementations, les médecins ayant répondu au questionnaire ne semblent pas informés de leurs droits en termes de défense. En effet, moins de la moitié de l'échantillon sait qu'elle peut refuser d'accepter une MSO et 46,95 % d'entre eux ne savent pas quoi faire en cas de proposition de MSAP. En sachant cela, nous pouvons supposer que bon nombre de médecins convoqués par la Sécurité sociale sont moins aptes à se défendre seuls et ne prendraient probablement pas les décisions les plus judicieuses pour leur avenir professionnel. Par exemple, pour une MSO qui, rappelons le, peut être refusée, le praticien se verrait infliger des objectifs difficiles à atteindre et de plus en plus drastiques. Ajoutons à cela qu'accepter cette procédure équivaut à admettre une défaillance de ses pratiques et donc se reconnaître fautif.

Commentaires libres

Il y a dans le questionnaire trois questions qui enrichissent notre analyse qualitative.

Le 12^{ème} item concerne l'information des médecins sur la convention médicale. Il en ressort avant tout qu'il s'agit d'un texte compliqué, rebutant et à la lecture chronophage. Aucun médecin interrogé n'a lu le texte dans son intégralité.

Cela peut aussi s'expliquer par le fait que le document n'est pas fourni aux médecins lorsqu'ils signent ce contrat avec l'Assurance Maladie ; c'est à eux de se le procurer (*annexe 3*).

Concernant la 18^{ème} question qui visait à déterminer la différence entre une procédure réglementaire et une procédure juridique, nous imaginions une réponse précise à savoir qu'il s'agit d'une procédure arbitraire dans laquelle la CPAM est juge et partie, contrairement au droit civil où les deux parties se défendent devant un juge neutre qui tranche et donne sa décision finale. Cette question a finalement apporté d'autres éléments notamment : « l'absence de condamnation pénale », « des conséquences uniquement professionnelles », « l'absence de défense par un avocat », « l'impossibilité de se défendre », « l'impossibilité de faire appel » (*annexe 4*). Ainsi, les médecins ont bien compris qu'une procédure venant de la Caisse ne fonctionne pas comme le droit civil et que les sanctions sont d'ordre professionnel. Cependant, ils ignorent qu'ils peuvent se défendre en étant accompagné d'un confrère ou même d'un avocat.

La question 28 (*annexe 5*) qui était une case de commentaires libres n'a recueilli que 68 avis. Les remarques collectées sont des avis personnels ainsi que des coordonnées téléphoniques et courriel. Nous constatons qu'un certain nombre de praticiens ont des avis péjoratifs concernant les procédures et sanctions de la CPAM. Certains ont profité de cette case pour mentionner les déboires qu'ils ont pu avoir avec l'Assurance Maladie. Un sentiment de persécution se ressent chez certains d'entre eux qui tendent à penser que la Sécurité sociale agit principalement dans ses propres intérêts, desservant ainsi les médecins.

Certains admettent méconnaître le fonctionnement de cette juridiction administrative dont les notions sont complexes et dépassent le cadre de leur exercice. Pour finir, une partie des médecins ne sentent tout simplement pas concernés par ces procédures et sanctions.

b. Objectifs secondaires

Les limites des réglementations conventionnelles

Les procédures issues de dépassements de moyennes statistiques calculées par la Sécurité sociale en ce qui concerne les durées et nombres d'arrêts de travail, les nombres de prescriptions de transports sanitaires ainsi que les nombres de réalisations d'actes, produits ou prestations peuvent être assimilées à des « délits statistiques ». En effet, les moyennes mentionnées sont réalisées selon une activité comparable des médecins généralistes dépendant de la même ARS et du même organisme local d'Assurance Maladie comme décrit dans les textes réglementaires. Cependant, la notion « d'activité comparable » est indéfinissable. Aucune activité de médecine de ville n'est équivalente. Les médecins généralistes ont chacun une patientèle qui leur est propre avec des proportions différentes d'actifs, de patients en ALD, de patients retraités, de patients bénéficiant de la CMU, etc. dans un même département, un médecin exerçant près d'une zone ouvrière sera forcément plus exposé à prescrire des arrêts de travail qu'un confrère exerçant dans une station balnéaire avec une population vieillissante, qui lui, devra prescrire plus de transports médicalisés compte-tenu des multiples pathologies et ALD des patients âgés. En définitive, « l'activité comparable », décrite dans les textes de lois reste une notion abstraite qui pose question sur les données statistiques générées par l'Assurance Maladie puisqu'un écart des moyennes statistiques

n'est pas forcément un comportement délictueux. Nous pouvons alors nous demander si les médecins doivent sélectionner leurs patients selon les prescriptions qu'ils risquent de faire pour se protéger d'éventuelles sanctions.

Les conseils qu'un médecin peut recevoir de la CPAM concernant la compatibilité de son exercice médical avec les objectifs financiers de l'AM sont principalement donnés par les délégués de l'Assurance Maladie, les courriers n'étant adressés que lorsque des avertissements ou une convocation sont « nécessaires ». Cependant, les DAM ne sont pas des médecins. Nous pouvons alors nous interroger sur les objectifs de l'AM. Prennent-ils réellement en compte la dimension empathique de la profession ? L'aspect financier n'est-il pas prioritaire sur la démarche médicale ?

Certains motifs de convocation par la Caisse n'apparaissent pas dans la convention médicale puisqu'il s'agit de réglementations en lien avec le Code de Sécurité sociale ou le Code de santé publique. Nous pouvons notamment pointer du doigt, l'utilisation de la mention « non substituable ». Certains médecins se sont vus convoqués pour des abus d'utilisation de cette mention sur leurs ordonnances (précisons que la non substitution des princeps par des génériques représente une dépense supplémentaire pour la Sécurité sociale). D'après les textes de lois, cette mention doit être utilisée ponctuellement et les médicaments n'ayant pas la mention sur l'ordonnance peuvent être substitués par le pharmacien « *à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité, pour des raisons particulières tenant au patient* ». Cependant, cette formulation reste vague puisque la simple demande du patient de l'apposition de cette note sur l'ordonnance peut entrer dans le cadre de la loi. Ainsi, les médecins utilisant trop la mention « non substituable » selon la SS sont eux aussi victimes de « délits statistiques » par ailleurs non fondés. Pour remédier à cette confusion, la loi a été modifiée et va se durcir pour l'année 2020 avec le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PFLSS). En effet, elle vise à encadrer l'utilisation de la mention « non substituable » en imposant aux praticiens « *une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance* » qui devra être médicalement fondée sur des arguments prédéfinis par un arrêté.

Les lacunes dans les pratiques médicales

La question 14 permet de dégager un certain nombre d'éléments inquiétants concernant l'exercice médical. Les médecins sont plutôt alertes sur le fait qu'ils sont sanctionnables en cas de prescriptions de durée et de nombre d'arrêts de travail au-dessus des moyennes constatées. Il en est de même pour les prescriptions de transports. Par contre, un nombre important de praticiens ignorent qu'ils encourent des procédures pour des actes qu'ils effectuent quotidiennement. En effet, seulement 13,98 % sont informés qu'ils s'exposent à des sanctions s'ils ne transmettent pas les feuilles de soins par voie électronique. De telles sanctions pour ce motif restent cependant rares étant donné que des tolérances existent pour les incidents techniques tels que les problèmes de connexion internet ou d'indisponibilité du service de télétransmission.

Les motifs pouvant impliquer la Commission des Pénalités dans une procédure sont relativement méconnus. Par exemple, seulement 1,79 % pensent que le refus de remplir le Dossier Médical Partagé (DMP) peut entraîner la saisie de la Commission des Pénalités et donc déboucher sur une MSAP. Il s'agit d'un sujet d'actualité puisque le DMP est officiellement en ligne depuis le 1^{er} novembre 2018 et que son utilisation par les praticiens va donc croître progressivement. L'ensemble de la population médicale semble ignorer que si elle ne contribue pas à l'enrichissement du DMP, elle s'expose donc à une éventuelle sanction.

Nous pourrions, bien entendu, penser qu'il s'agit de médecins contestataires souhaitant volontairement ignorer la convention et la réglementation. Néanmoins, la proportion des médecins interrogés méconnaissant ces motifs de convocation auprès de la CPAM est tellement importante que cela ne peut pas être l'unique explication.

Le ressenti des médecins généralistes

Près d'un quart des médecins pense qu'une procédure à leur encontre peut débuter sans même avoir reçu d'avertissement préalable de l'Assurance Maladie. Ces médecins font certainement face à un sentiment de vulnérabilité vis-à-vis de la Caisse et imaginent probablement que l'Assurance Maladie détient tous les pouvoirs. Il se peut aussi qu'ils refusent tout simplement de recevoir les DAM à leur cabinet alors qu'ils ont pour mission de leur apporter quelques conseils sur leurs pratiques.

Les commentaires libres ont également permis de mettre en évidence un probable sentiment de supériorité de la part d'un médecin à l'égard de ses confrères. De fait, ce dernier révèle que ces procédures concernent surtout les médecins qui n'appliquent pas la réglementation et qui refusent de l'admettre.

D'autres professionnels de santé, qui n'ont pas forcément fait l'objet d'une procédure, sont particulièrement révoltés à la découverte des réponses du quiz. Cela est très certainement dû au fait que leurs pratiques médicales personnelles peuvent faire partie des motifs pouvant les conduire à une procédure.

Pour finir, la plupart des médecins interrogés se sentent dépassés par ce sujet et pensent être impuissants vis-à-vis de l'Assurance Maladie.

TROISIEME PARTIE : TEMOIGNAGES DE MEDECINS ET AVIS DE LA DIRECTION DE LA CPAM

A. Témoignages de médecins

Comme nous l'avons mis en évidence par l'enquête, très peu de médecins connaissent les procédures et sanctions qui peuvent leur être appliquées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et surtout, rares sont ceux qui se sentent concernés. L'idée couramment répandue veut qu'il s'agisse de procédures justifiées appliquées à des médecins malhonnêtes.

Devant une réglementation complexe et particulièrement floue, nous avons donc pris parti d'interroger des médecins ayant vécu une procédure de la CPAM afin d'exprimer leur ressenti sur les relations qu'ils entretiennent avec la Caisse.

Ces médecins ont été recrutés par le bouche-à-oreille et via un livre biographique d'un praticien généraliste ayant été confronté à une telle épreuve. Leurs témoignages ont été recueillis par entretien direct, entretien téléphonique et questionnaire ciblé (*annexe 6*) adressé par voie électronique.

Ces confessions, anonymes, relatent le vécu de ces médecins, leurs ressentis et leurs jugements d'après leurs souvenirs. Nous ne pouvons donc en aucun cas justifier de la véracité des faits énoncés, ni prendre parti.

Témoignage n°1

Le premier médecin que nous avons eu l'occasion de rencontrer dans ce contexte est une femme d'une cinquantaine d'années exerçant dans l'Eure depuis environ 20 ans. Elle est conventionnée en secteur 1, travaille dans un cabinet de groupe de six médecins généralistes et accueille des étudiants depuis trois ans.

Une procédure CPAM a été lancée à son encontre en 2014 concernant des faits datant de 2011 et 2012. Lors de l'entretien, elle ne se souvenait pas de tous les détails concernant les formalités de la procédure hormis qu'il s'agissait d'un entretien dit « confraternel ». Il lui était reproché un volume supérieur aux moyennes de Haute-

Normandie de ses prescriptions d'arrêt de travail ainsi que des indemnités journalières (IJ)¹. Ces chiffres concernaient cinq patients sur une patientèle de 1 200 et les arrêts de travail mentionnés avaient été validés, auparavant, par le contrôle médical de la Sécurité sociale.

La praticienne ne s'est pas fait accompagner lors de l'entretien. Elle a organisé sa défense seule en exposant les détails de ses consultations, qu'elle avait gardé dans ses dossiers médicaux. Il n'y a pas eu de suite après l'entretien. Toutefois, sur le plan psychologique ce médecin a douté de ses capacités professionnelles et a hésité à changer de profession.

Aujourd'hui, elle exerce toujours son activité professionnelle dans les mêmes conditions et n'a pas modifié ses pratiques. Cependant, elle conserve tous les documents qui lui sont adressés (papiers et courriels) et garde trace de toutes ses consultations dans les dossiers médicaux afin de pouvoir se justifier si une histoire similaire se reproduisait.

Témoignage n°2

Nous avons pu questionner par la suite un deuxième médecin via courriel. Il s'agit d'un homme ayant entre 60 et 65 ans et qui exerce dans les Bouches du Rhône depuis moins de dix ans. Il travaille seul et est conventionné en secteur 1.

Une procédure CPAM a été lancée à son encontre en 2015 pour un nombre de prescriptions d'arrêts de travail supérieur à la moyenne calculée sur toute la région Provence Alpes Côte-d'Azur. Il a tenu à nous préciser qu'il travaille dans une zone géographique riche en industries polluantes et que sa patientèle est principalement ouvrière. Ce praticien a été convoqué en commission paritaire régionale. Certains de ses patients ont également été sollicités et interrogés par la Caisse. Epaulé par un membre du syndicat, il a refusé la proposition de MSO faite par la CPAM qui lui imposait une diminution de 15 % de ses prescriptions d'arrêts de travail. Ne connaissant pas les possibilités qui s'offraient à lui dans cette situation, il a reconnu qu'avoir été accompagné par un confrère lui a permis de prendre les bonnes décisions.

¹ Les indemnités journalières sont versées par l'Assurance Maladie pour compenser le salaire pendant l'arrêt de travail. Elles sont calculées à partir des salaires bruts.

Aucune suite n'a finalement été donnée, après justification du médecin en commission. Néanmoins, ce médecin a également songé à changer de métier. De plus, son entourage familial a souffert de cette procédure qui lui a demandé beaucoup de temps et de sacrifices.

Témoignage n°3

Un troisième médecin nous a fait part de son expérience. Il a une cinquantaine d'années et exerce depuis 15 ans dans les Alpes Maritimes. Il pratique dans un cabinet de groupe et est conventionné en secteur 1.

Il ne considère pas avoir subi une procédure puisqu'il a été convoqué par la Caisse dans un contexte de « campagne de sensibilisation sur le thème des transports ». Il s'est tout de même fait accompagner d'un confrère membre d'un syndicat. En effet, d'après les dires de la CPAM, il était parfaitement dans les « bornes statistiques » cependant, ce médecin s'est méfié car selon lui une campagne de sensibilisation répond à « *une façon de faire générale que l'on veut voir changer* ». Finalement le but de cette « campagne » était d'aborder les « surcoûts » que représentaient les transports de trois de ses patients et la présence de ce médecin était nécessaire afin de les expliquer.

A la question de savoir si les prescriptions étaient réelles ou falsifiées, la CPAM a déclaré ne pas avoir cherché pour des raisons de travail administratif qu'il n'a pas très bien compris. A la question de savoir si les transports avaient été effectivement réalisés, il lui a été répondu que si la question était posée aux intéressés (patients ou transporteurs), cela devenait une procédure. Le médecin pense qu'il s'agissait finalement d'une fraude de la part des transporteurs puisqu'il n'a pas eu de nouvelles depuis son entretien.

Ce praticien pense qu'avant de le convoquer, il aurait fallu peu de temps pour vérifier ses prescriptions, mais la CPAM n'a pas jugé opportun de le faire. Il affirme que s'il lui avait été proposé une MSO, il l'aurait refusé au motif que le problème était ponctuel et ne le concernait pas (fraude jusqu'à preuve du contraire) et « *qu'au pire des cas, en ce qui concerne les transports, il existe un imprimé d'entente préalable qui permettrait à la caisse de prendre ses responsabilités et d'assumer toutes les prescriptions qu'elle jugerait bonnes ou à refuser* ». Cette mésaventure avec la Caisse n'a pas eu de conséquences sur le plan professionnel pour

ce médecin, mais a laissé quelques traces puisqu'aujourd'hui, il se sent plus surveillé par la CPAM et surtout plus vulnérable. En revanche il n'a absolument rien changé dans ses pratiques et habitudes professionnelles.

Les procédures que nous venons de vous présenter n'ont pas abouti sur une sanction.

Les deux prochains témoignages ont quant à eux, eu un impact plus sérieux sur le plan juridique.

Témoignage n°4

Le quatrième médecin qui a accepté de partager son expérience avec nous est toujours en conflit avec la CPAM. Il s'agit d'un homme de 55 ans exerçant en Seine-Maritime à la frontière de l'Eure. Il consulte en cabinet de groupe, est conventionné en secteur 1 et n'est pas maître de stage universitaire.

Une procédure CPAM a été initiée à son encontre en août 2015 pour excès d'indemnités journalières par rapport à la moyenne régionale (il en avait plus de 11 000 contre une moyenne à l'époque de 3 700). Il a assisté à un entretien sans être accompagné. Il lui a été proposé une MSO qu'il a refusé. Son dossier a alors été soumis à la Commission des Pénalités qui a rendu un avis d'abandon des charges.

Cependant, le directeur de la CPAM n'a pas suivi l'avis de la commission et a sanctionné ce médecin par une MSAP. Ce praticien, accompagné d'un avocat, a alors demandé un recours au tribunal administratif ; le premier jugement va dans le sens du directeur de la CPAM. A ce jour, une demande d'appel est en cours dont la date est toujours en attente.

Depuis le jugement, ce médecin continue à appliquer la MSAP, qui ne lui est plus imposée, dans le but de donner du travail administratif à la Caisse et de tracer toutes ses prescriptions. Il a radicalement changé ses pratiques médicales afin de rentrer dans les « clous » en ne faisant plus d'arrêts de longue durée, ni ceux qui devraient être faits par les spécialistes, en consultant le médecin du travail pour décider des arrêts de plus de trois mois, en refusant les nouveaux patients actifs, en diminuant son nombre de consultations par jour et en ayant changé progressivement sa patientèle puisqu'il privilégie les patients retraités parmi ses nouveaux patients. Il consigne toutes les

informations dans les dossiers médicaux et conserve tous ses documents si toutefois il devait se justifier. Aujourd'hui, il a réduit son nombre d'IJ à 6 000 contre une moyenne régionale à 4 200.

Sur le plan psychologique, ce médecin ne se sent pas spécialement affecté puisqu'il estime n'avoir rien à se reprocher. Il est prêt à continuer à se battre même si cela lui prend du temps.

Témoignage n°5

Quant à ce dernier exemple, il expose une procédure réglementaire qui a été beaucoup plus loin que les précédentes. Cette affaire a eu de nombreux impacts tant sur le plan professionnel que sur les plans financier et psychologique. Nous n'avons pas interrogé ce médecin contrairement aux précédents médecins. Son vécu est issu du livre « Médecine en danger » [65] dans lequel son épouse, qui s'occupait du secrétariat médical, décrit la procédure subit par ce généraliste qui exerce seul dans l'Aisne.

Tout a commencé en 2007 où il reçoit une lettre recommandée de la CPAM. Ne sachant pas de quoi il s'agit, il décide de contacter un syndicat de médecin. S'en suit un contrôle d'activité. Cette procédure oblige le praticien à justifier les 130 faits qui lui sont reprochés par la CPAM. Les deux médecins conseils chargés du dossier, convoquent certains de ses patients afin de les interroger sur ses pratiques et se présentent aux domiciles d'autres assurés, qui ne peuvent pas se déplacer, pour les questionner également.

A l'issue de ces contrôles, un entretien confraternel est organisé. La Caisse reproche au médecin un nombre de consultations journalières trop important, une proportion de patients CMU bien au-dessus de celui de ses confrères, des prescriptions d'arrêts de travail trop fréquentes ainsi que des prescriptions en dehors des recommandations Vidal. Tous ces actes sont jugés anormaux par la CPAM vis-à-vis de statistiques calculées sur la moyenne des médecins de la même région. L'entretien confraternel a duré six heures. Ce professionnel de santé a pu justifier certains reproches qui lui étaient faits comme par exemple des prescriptions hors recommandations qui étaient en fait des renouvellements de traitements initialement prescrits par des spécialistes. A

l'issue du dialogue, le médecin incriminé demande une conciliation avec le Conseil de l'Ordre des Médecins afin d'être soutenu par les membres de sa profession.

La conciliation avec l'Ordre des Médecins n'a pas abouti et le dossier a donné lieu à un procès au tribunal administratif. En effet, le Conseil de l'Ordre des Médecins constate des anomalies vis-à-vis du code de déontologie. Une enquête policière avec interrogatoire de certains patients et du médecin concerné est alors lancée. Le praticien organise sa défense avec l'aide d'un avocat car la procédure se dégrade au cours des mois, aboutissant à une garde à vue pour accusation d'escroquerie, de faux et usage de faux.

Par la suite, une saisie conservatoire¹ avec procès-verbal² de plusieurs dizaines de milliers d'euros est requise. L'affaire se poursuit au tribunal de grande instance suite à une demande d'appel. Le procureur réclame une peine de prison ainsi que le remboursement des sommes versées « à tort » au médecin. Lors du procès pénal, il est finalement relaxé des chefs d'accusation portés contre lui mais une amende de 1 000 euros avec sursis est retenue pour des faits qualifiés de fraude ou de fausses déclarations. Un euro symbolique, en dédommagement de la Caisse, est réclamé pour des renouvellements de traitements réalisés sans avoir vu les patients.

La CPAM a fait appel auprès de la chambre du Conseil de l'Ordre des Médecins qui a retenu neuf mois de suspension d'exercer la médecine.

Cette affaire n'a pas été sans conséquences puisqu'en plus de ces cinq années de procédures qui auraient pu être consacrées à ses patients, il y a eu pour ce médecin d'importantes répercussions psychologiques puisqu'il a souffert de dépression. Sa femme a également fait une tentative de suicide. Se sont ajoutés à cela des difficultés financières puisque, durant son interdiction d'exercer, les charges se sont accumulées. De plus, le médecin a dû réorienter ses patients vers des confrères déjà débordés durant ses neuf mois de suspension. Sa réputation a été bafouée, non seulement par les enquêtes, mais également par les journaux qui prennent parfois des raccourcis dans leurs récits. Ce praticien s'est senti humilié vis-à-vis de ses confrères et de ses patients.

¹ Saisie à caractère provisoire portant sur les biens mobiliers d'un débiteur. Elle apporte une garantie au créancier avant que ne soit prononcé le jugement condamnant son débiteur à payer sa créance.

² Acte juridique écrit qui retranscrit des constatations, des déclarations ou une situation.

Pour finir son épouse a démissionné pour ne plus avoir à subir les contrôles de la CPAM.

Cette dernière affaire a été très loin sur les plans conventionnel, ordinal et juridique. Le médecin concerné a très certainement fauté et n'est probablement pas si innocent que le récit le laisse penser. Nous ne ferons donc pas d'hypothèse concernant le déroulement de sa procédure. Cependant, il était important d'exposer ce témoignage permettant ainsi de visualiser les débouchés que peuvent avoir une procédure réglementaire.

Remarques

Bien que nous n'ayons aucun moyen de vérifier l'exactitude de ces déclarations, et que nous n'avons à juger ni ces médecins, ni la CPAM, nous constatons tout de même certaines incohérences entre le vécu des médecins ayant été convoqués par l'AM et les textes officiels.

Certains motifs de convocations sont ambigus, portant le nom « d'entretien confraternel » ou de « campagne de sensibilisation ». Serait-ce une stratégie pour que les médecins aillent à la CPAM sans accompagnement, les rendant plus vulnérables face à cette administration mieux armée qu'un particulier ?

Trois de ces procédures n'ont pas eu de suites après l'entretien avec la Caisse. Ces convocations étaient-elles alors réellement justifiées ? En effet, certaines prescriptions controversées avaient pourtant été validées par le service médical de la CPAM. D'autres n'ont pas été vérifiées pour des questions, à priori, de travail administratif chronophage. Malgré un contexte difficile et des médecins débordés de travail, il semble donc que la CPAM privilégie la convocation des praticiens libéraux plutôt que la vérification des faits reprochés par ses services administratifs.

Enfin, les échanges que nous avons pu avoir avec ces médecins ont mis en évidence l'importance des répercussions psychologiques quel que soit le type et l'issue des procédures réglementaires. Cela peut avoir des conséquences non négligeables sur les patients puisque leurs médecins, occupés à régler leurs défenses administratives, risquent de leur accorder moins de temps pour les consulter. Certains médecins en

arrivent même à modifier leur patientèle afin de rentrer dans les « clous » de la Caisse, aux dépens d'autres malades qui ont également besoin de soins.

B. Avis de la direction de la CPAM

Dans un souci de neutralité et de besoin d'informations complémentaires, l'avis de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie aurait été très intéressant. Cependant, nous n'avons pas réussi à obtenir d'entretien avec un interlocuteur de la CPAM de Rouen.

En effet, nous avons contacté un médecin-conseil de la CPAM de Rouen afin d'obtenir un rendez-vous. Après avoir consulté l'objet de notre travail ainsi que les thèmes précis abordés, le médecin-conseil a dû demander l'autorisation de sa direction avant de nous recevoir. Malgré quatre relances auprès du médecin-conseil et trois auprès de la direction de la CPAM, nous n'avons pas obtenu de réponse.

Durant nos deux années de recherches, nous avons eu contact avec une étudiante journaliste qui abordait le sujet des sanctions appliquées par la CPAM. Malheureusement, elle aussi a tenté d'obtenir un entretien avec un interlocuteur de l'Assurance Maladie d'Ile-de-France mais sans succès.

Parmi les points qui restent sans réponses et que la CPAM aurait pu nous éclaircir nous pouvons évoquer :

- Comment sont établies précisément les statistiques générées par l'Assurance Maladie pour les dépassements de moyennes ?
- Comment se fait-il que les procédures à l'encontre des médecins professionnels ne soient pas si rares ?
- Pourquoi les compositions des commissions paritaires ont récemment été simplifiées ?
- Pourquoi certains motifs de convocation de médecins n'apparaissent-ils pas dans les textes réglementaires et conventionnels ?

CONCLUSION

Notre système de santé, ayant pour ambitions de rendre l'accès aux soins à tous et d'en optimiser la qualité, doit fonctionner tout en préservant son équilibre budgétaire. Face à une situation financière de plus en plus préoccupante, la Sécurité sociale a dû mettre en place des moyens pour limiter ses dépenses. Une partie du gaspillage financier est ainsi attribuée aux médecins de ville qui, de par leurs prescriptions, dépensent indirectement les deniers publics.

L'activité des médecins généralistes conventionnés est donc contrôlée par l'administration sociale qui n'hésite pas à convoquer et à sanctionner les médecins jugés trop dépensiers à partir de critères statistiques flous et injustes. Malheureusement, les praticiens qui agissent avant tout dans l'intérêt de leurs patients, ne sont pas très bien informés de ces dispositifs. Ils ignorent même les motifs pouvant les conduire à une procédure réglementaire qui peut avoir des répercussions professionnelles, financières et psychologiques importantes. Certains d'entre eux ont des fonctions leur permettant d'être mieux renseignés, cependant, face à une Sécurité sociale qui exerce son pouvoir grandissant de façon inquisitoriale, leur défense reste inégale et limitée.

Ces constatations ne font que confirmer la disparition progressive de la médecine de ville dite libérale. En effet, le conventionnement des médecins libéraux est devenu un piège qui étrangle peu à peu la liberté des médecins qui n'ont d'autres choix que d'accepter, après négociations, les évolutions des réglementations. Ces évolutions se font, bien sûr, millimètre par millimètre déguisant ainsi les objectifs finaux du gouvernement aux yeux des professionnels de santé. De ce fait, durant les prochaines décennies, il est à craindre une médecine générale complètement remaniée par l'Etat, qui s'exercera sous le contrôle de la Sécurité sociale. Les médecins généralistes sont menacés de salariat masqué par de nouvelles dispositions conventionnelles à première vue attrayantes. La part de remboursement des frais de santé par la Sécurité sociale s'amointrissant, les coûts croissants sont laissés à la charge des usagers et donc aux mutuelles privées qui gagneront en pouvoirs et dirigeront la médecine de ville comme bon leur semble. De cette façon, nous pouvons redouter une pratique médicale devant être rentabilisée en termes de temps et de coûts et donc, déshumanisée.

Ce travail de recherche n'a pas pour ambition de prédire l'avenir de la médecine libérale mais de se poser des questions qui concernent tous les professionnels de santé de ville et leur exercice futur. Pouvons-nous arrêter ce processus déjà bien engagé ? Les médecins généralistes ont-ils conscience de cette évolution et sont-ils prêts à voir leur exercice professionnel transformé ? Enfin, vont-ils lutter contre cette prise de pouvoir et s'affirmer en tant que libéraux ?

ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire

Les sanctions en application du Code de la Sécurité Sociale et de la Convention médicale : un quizz pour tester vos connaissances

1ère partie

Quel est votre âge ?

- 25-30 ans
- 31-35 ans
- 36-40 ans
- 41-45 ans
- 46-50 ans
- 51-55 ans
- 56-60 ans
- 61 ans et plus

Quel est votre sexe ?

- Femme
- Homme

Où exercez-vous ?

Vous pouvez sélectionner le département en tapant son chiffre

Veuillez sélectionner un item

Depuis combien d'années exercez-vous en libéral ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 15 ans
- Entre 15 et 20 ans
- Entre 20 et 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Plus de 40 ans

Quel est votre mode d'exercice ?

Plusieurs réponses possibles

- Libéral
- Salarié
- Seul
- En groupe
- En maison pluridisciplinaire bénéficiant de financement par l'ARS/CPAM

Quel est votre secteur conventionnel ?

- Secteur 1
- Secteur 2
- OPTAM
- Non conventionné

Depuis combien d'années exercez-vous en libéral ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 15 ans
- Entre 15 et 20 ans
- Entre 20 et 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Plus de 40 ans

Quel est votre mode d'exercice ?

Plusieurs réponses possibles

- Libéral
- Salarié
- Seul
- En groupe
- En maison pluridisciplinaire bénéficiant de financement par l'ARS/CPAM

Quel est votre secteur conventionnel ?

- Secteur 1
- Secteur 2
- OPTAM
- Non conventionné

Vous et les syndicats de médecins (représentatifs : Bloc, CSMF, FMF, MG-France, SML)

- Je n'ai jamais adhéré à un syndicat représentatif
- J'ai cotisé au moins une fois à un syndicat représentatif au cours des 3 dernières années
- J'ai déjà adhéré à un syndicat représentatif il y a plus de 3 ans
- Ne se prononce pas

2ème partie

A quel pourcentage pensez-vous être informé sur la Convention médicale ?

Convention médicale initiale : [Convention](#)

Avenants de la dernière convention de 2016 :

- [Avenant 1](#)
- [Avenant 2](#)
- [Avenant 3](#)
- [Avenant 4](#)

- Moins de 20%
- Entre 20 et 40%
- Entre 40 et 60%
- Entre 60 et 80%
- Entre 80 et 100%

Par quels moyens ?

Veuillez sélectionner un ou des items

Avez-vous des commentaires concernant l'information sur la Convention médicale ?

Selon vous, par quels moyens la CPAM juge-t-elle que vos prescriptions soient exagérées ?

Plusieurs réponses possibles.

Vous aurez la possibilité de consulter les réponses correctes de ce quiz, ainsi que les sources et la documentation, une fois votre réponse au questionnaire validée.

- Dépassement de plafonds définis par la CPAM
- Dépassement des moyennes par rapport aux autres médecins généralistes dépendant de la même région
- Autre

Quelles sont les raisons qui peuvent vous amener à passer en CPL ?

Plusieurs réponses possibles.

Vous aurez la possibilité de consulter les réponses correctes de ce quiz, ainsi que les sources et la documentation, une fois votre réponse au questionnaire validée.

- Refus de recevoir les DAM (Délégués de l'Assurance Maladie) ✕
- Une durée moyenne d'arrêts de travail significativement supérieure aux données moyennes constatées ✕
- Un nombre de prescriptions de transports significativement supérieurs aux données moyennes constatées ✕
- Un taux de prescription de transports en ambulance rapporté à l'ensemble des prescriptions de transports constatées significativement supérieurs aux données moyennes constatées ✕
- Un nombre d'arrêts de travail significativement supérieur aux données moyennes constatées ✕
- Un nombre de réalisation ou de prescriptions d'un acte, produit ou prestations significativement supérieurs aux données moyennes constatées ✕
- Un nombre de consultations journalières très au dessus de la moyenne constatée ✕
- L'application de tarifs supérieurs aux tarifs opposables ✕
- L'utilisation abusive du DE ✕
- La facturation d'actes fictifs ✕
- Le non respect du droit à la dispense des frais des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS ✕
- Le non respect de l'obligation de télétransmission des feuilles de soins électroniques à l'Assurance Maladie ✕
- « L'abus » selon la CPAM de la mention « non substituable » ✕

Avant d'être convoqué par la Caisse, y a-t-il des avertissements ou conseils qui vous sont adressés ?

Vous aurez la possibilité de consulter les réponses correctes de ce quiz, ainsi que les sources et la documentation, une fois votre réponse au questionnaire validée.

- Non
- Oui
- Pas toujours
- Je ne sais pas

Si oui, sous quelle forme ?

Plusieurs réponses possibles.

Vous aurez la possibilité de consulter les réponses correctes de ce quiz, ainsi que les sources et la documentation, une fois votre réponse au questionnaire validée.

- Visite des DAM
- Courrier
- Mail
- Visite d'un médecin conseil
- Autre

3ème partie

Les médecins peuvent être amenés à s'expliquer devant deux types de commissions : les commissions paritaires qui jugent du non respect de la Convention et les commissions des pénalités qui donnent un avis consultatif au directeur de la CPAM quant aux procédures de MSAP pour abus de prescription

Les Commissions Paritaires Locales/Régionales/Nationale ont pour rôle de veiller au respect des obligations respectives des parties de la Convention médicale. Lorsque des anomalies sont détectées dans les pratiques des médecins, les Commissions Paritaires peuvent être amenées à auditionner les médecins (y compris en formation professionnelle c'est-à-dire entre médecins), examiner et émettre un avis. Selon vous, de quels membres est constituée la Commission ?

Plusieurs réponses possibles.
Vous aurez la possibilité de consulter les réponses correctes de ce quiz, ainsi que les sources et la documentation, une fois votre réponse au questionnaire validée.

- Des médecins généralistes Des médecins généralistes mandatés par un syndicat de médecins Des médecins spécialistes Des médecins spécialistes mandatés par un syndicat de médecins Des représentants de la Caisse Des membres du Conseil de l'Ordre des médecins Un juge Des médecins conseil de la Caisse Des avocats Des DAM

Selon vous, en quoi les décisions prises par la CPAM à l'issue d'une procédure réglementaire lancée à l'encontre d'un médecin, diffèrent-elle d'un jugement en droit civil ?

Savez-vous en quoi consiste une Mise Sous Objectif (MSO) ?

Vous aurez la possibilité de consulter les réponses correctes de ce quiz, ainsi que les sources et la documentation, une fois votre réponse au questionnaire validée.

Savez-vous ce qu'est une Mise Sous Accord Préalable (MSAP) ?

Vous aurez la possibilité de consulter les réponses correctes de ce quiz, ainsi que les sources et la documentation, une fois votre réponse au questionnaire validée.

Etes-vous obligé d'accepter une MSO ?

Vous aurez la possibilité de consulter les réponses correctes de ce quiz, ainsi que les sources et la documentation, une fois votre réponse au questionnaire validée.

- Non
 Oui
 Je ne sais pas

Etes-vous obligé d'accepter une MSAP ?

Vous aurez la possibilité de consulter les réponses correctes de ce quiz, ainsi que les sources et la documentation, une fois votre réponse au questionnaire validée.

- Non
 Oui
 Je ne sais pas

Pouvez-vous contester une sanction prononcée par une commission paritaire ?

Vous aurez la possibilité de consulter les réponses correctes de ce quiz, ainsi que les sources et la documentation, une fois votre réponse au questionnaire validée.

- Non
- Oui
- Je ne sais pas

Pour quelle raison pouvez-vous passer en Commission des Pénalités ?

Plusieurs réponses possibles.
Vous aurez la possibilité de consulter les réponses correctes de ce quiz, ainsi que les sources et la documentation, une fois votre réponse au questionnaire validée.

Refus de MSAP ✕	Refus de MSO ✕	Récidive après plusieurs MSAP ✕	MSO non atteint ✕
Constat d'abus concernant les prescriptions de transports ✕			
Constat d'abus concernant les prescriptions d'ambulance par rapport au ratio des prescriptions de transports ✕			
Constat d'abus concernant la prescription d'arrêts de travail ✕			
Constat d'abus concernant la prescription de médicaments ✕			
Constat d'abus concernant la prescription d'actes ✕		Anomalies de tarification ✕	
Refus de remplir le DMP ✕			

Quelles sanctions peuvent être prononcées par la Commission des pénalités ?

Plusieurs réponses possibles.
Vous aurez la possibilité de consulter les réponses correctes de ce quiz, ainsi que les sources et la documentation, une fois votre réponse au questionnaire validée.

- Suspension permanente du droit de dépassement
- Suspension du droit à pratiquer des dépassements autorisés plafonnés (DA)
- Suspension des participations à la prise en charge des avantages sociaux (cotisations maladie et URSSAF)
- Suspension d'exercer dans le cadre de la convention
- Sanction financière
- Prison
- Radiation de l'Ordre des médecins

Connaissez-vous un médecin qui a déjà été convoqué par la Sécurité Sociale ?

- Non
- Oui
- Ne se prononce pas

Avez-vous, vous-même, fait l'objet d'une telle procédure ?

- Non
- Oui
- Ne se prononce pas

Commentaires libres

Voici mon e-mail si vous souhaitez me faire part d'une procédure qui vous est arrivée avec la CPAM : mogin.celine@mail.com

Tout commentaire de votre part sur le sujet des contrôles de l'Assurance Maladie sont les bienvenus

Envoyer

Annexe 2 : Les réponses dévoilées à la fin du quiz aux médecins ayant participé à l'enquête

Les sanctions en application du Code de la Sécurité Sociale et de la Convention médicale : un quizz pour tester vos connaissances

Vos réponses ont été enregistrées

Merci pour votre participation

Réponses du quiz

Question :

Selon vous, par quels moyens la CPAM juge-t-elle que vos prescriptions sont exagérées ?

Votre réponse :

Vous n'avez pas répondu

Réponse correcte :

Dépassement des moyennes par rapport aux autres médecins généralistes dépendant de la même région

Sources :

[Code de la sécurité sociale - Article 85](#)
[Code de la sécurité sociale - Article L162-1-15](#)
[Convention médicale sans CCAM à jour des avenants](#)

Question :

Quelles sont les raisons qui peuvent vous amener à passer en CPL ?

Votre réponse :

Réponse correcte :

- Une durée d'arrêts de travail significativement supérieure aux données moyennes constatées
- Un nombre d'arrêts de travail significativement supérieur aux données moyennes constatées
- Un nombre de prescriptions de transports significativement supérieurs aux données moyennes constatées
- Un taux de prescription de transports en ambulance rapporté à l'ensemble des prescriptions de transports constatées significativement supérieurs aux données moyennes constatées
- Un nombre de réalisation ou de prescriptions d'un acte, produit ou prestations significativement supérieurs aux données moyennes constatées
- L'application de tarifs supérieurs aux tarifs opposables
- L'utilisation abusive du DE
- La facturation d'actes fictifs
- Le non respect du droit à la dispense des frais des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS
- Le non respect de l'obligation de transmission électronique à l'Assurance Maladie

Sources :

[Code de la sécurité sociale - Article 85](#)
[Code de la sécurité sociale - Article L162-1-15](#)
[Convention médicale sans CCAM à jour des avenants](#)

Question :

Avant d'être convoqué par la Caisse, y a-t-il des avertissements ou conseils qui vous sont adressés ?

Votre réponse :

Vous n'avez pas répondu

Réponse correcte :

Oui

Question :

Si oui, sous quelle forme ?

Votre réponse :

Vous n'avez pas répondu

Réponse correcte :

- Visite des DAM
- Courrier

Question :

Les Commissions Paritaires Locales/Régionales/Nationale ont pour rôle de veiller au respect des obligations respectives des parties de la Convention médicale. Lorsque des anomalies sont détectées dans les pratiques des médecins, les Commissions Paritaires peuvent être amenées à auditionner les médecins (y compris en formation professionnelle c'est-à-dire entre médecins), examiner et émettre un avis. Selon vous, de quels membres est constituée la Commission ?

Votre réponse :

Réponse correcte :

Médecins généralistes et spécialistes issus des syndicats signataires de la convention, des représentants de la Caisse, un membre du Conseil de l'Ordre des médecins, des médecins conseil de la Caisse

Sources :

[*Journal officiel de la République française - N° 248 du 23 octobre 2016*](#)

Question :

Savez-vous en quoi consiste une Mise Sous Objectif (MSO) ?

Votre réponse :

Vous n'avez pas répondu

Réponse correcte :

Accord amiable entre le médecin et la caisse. La caisse impose un objectif à atteindre au médecin qu'il doit atteindre en un certain temps qui peut se poursuivre par une commission des pénalités avec sanction financière si l'objectif n'est pas atteint

Sources :

[*Code de la sécurité sociale - Article L162-1-15*](#)

Question :

Savez-vous ce qu'est une Mise Sous Accord Préalable (MSAP) ?

Votre réponse :

Vous n'avez pas répondu

Réponse correcte :

Durant la MSAP, le MT doit justifier toutes ses prescriptions au service de contrôle médical concernant la couverture d'actes, produits, prestations, transports et arrêts de travail pendant maximum 6 mois. Il n'y a aucune sanction à l'issue de la MSAP sauf à partir de la 2^e récurrence soit la 3^e période de MSAP où le médecin passe devant la commission des pénalités avec une sanction limitée à 2 fois le montant mensuel du plafond de la sécurité sociale (soit 6 622€ en 2018)

Sources :

[Code de la sécurité sociale - Article L162-1-15](#)

Question :

Etes-vous obligé d'accepter une MSO ?

Votre réponse :

Vous n'avez pas répondu

Réponse correcte :

Non

Sources :

[Code de la sécurité sociale - Article L162-1-15](#)

Question :

Etes-vous obligé d'accepter une MSAP ?

Votre réponse :

Vous n'avez pas répondu

Réponse correcte :

Oui

Sources :

[Code de la sécurité sociale - Article L162-1-15](#)

Question :

Pouvez-vous contester une sanction prononcée par une commission paritaire ?

Votre réponse :

Vous n'avez pas répondu

Réponse correcte :

Oui

Sources :

[Journal officiel de la République française - N° 248 du 23 octobre 2016](#)

Question :

Pour quelle raison pouvez-vous passer en Commission des Pénalités ?

Votre réponse :

Réponse correcte :

Récidive après 2 MSAP, MSO non atteint, refus MSAP et MSO (le refus de MSAP est considéré comme une obstruction passible de la procédure réglementaire L114-17-1. Le refus de MSO envoi en commission des pénalités mais pour décider d'une MSAP), constat d'abus concernant les prescriptions de transports, d'ambulance, d'arrêt de travail, de produits ou actes, anomalies de tarification, refus de remplir le DMP

Sources :

[Code de la sécurité sociale - Article L114-17-1](#)

Question :

Quelles sanctions peuvent être prononcées par la Commission des pénalités ?

Votre réponse :

Vous n'avez pas répondu

Réponse correcte :

Sanction financière et MSAP

Sources :

[Décret n° 2009-982 du 20 août 2009 relatif aux pénalités financières prévues à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale et à diverses mesures intéressant la lutte contre la fraude](#)

Annexe 3 : « Avez-vous des commentaires concernant l'information sur la convention médicale ? »

1	Non
2	Que de complication et de l'enfumage
3	Non
4	Elle reste assez complexe pour etre lisible par tous
5	Non
6	Mauvaise
7	Pas synthétique, compliqué, references non suffisamment explicites
8	Insuffisant
9	Mal faites et peu intrusive
10	Non
11	Je ne suis pas du tout informé
12	Nous manquons clairement d'information de l'apart de la secu qui préfère nous informer sur ses objectifs
13	NEBULEUX, TRAQUENARD
14	Non
15	Non
16	Trop d'info a engranger
17	Non
18	<p>Les syndicats, comme l'Ordre, ont cru bon de signer des conventions avec l'Assurance Maladie. Ce n'était pas nécessaire. D'autres pays n'en ont pas signé afin de préserver les libertés des professions libérales. Il est toujours très risqué de donner à un assureur le droit de modifier à son gré les conventions et de sanctionner des médecins par des tribunaux administratifs. Les juges administratifs ne pensent qu'à défendre des administrations, jamais des administrés. Par exemple, l'AM écrit une Nomenclature en 1986 mettant de demeure les médecins de se mettre au niveau actuel de la science médicale. Et puis elle change de NOMENCLATURE en 1994. Elle punit ceux qui viennent en 1993 d'acquérir et gardé les appareils décrits dans le texte précédent. L'AM a obtenu contre moi six semaines d'interdiction d'exercice par les SAS. De plus je n'avais pas fini de payer mes appareils. Double peine : un déficit structurel s'était constitué qui a duré dix ans. Vous pouvez me demander les deux Nomenclatures dont je parle plus haut et les publier si vous le désirez à adresse email masquée. Merci de m'avoir lu.</p>
19	Non
20	Non
21	MAUVAISE INFO
22	Non
23	Non...
24	NON
25	Aucun
26	Non

27	Difficilement trouvable, surtout sur ameli, merci les syndicats
28	Non
29	Non
30	Parcellaire
31	Non
32	Prendre le temps de s'informer et de comprendre ce fatras de textes
33	nettement insuffisant mais tellement insipide et déconnecté de la réalité du terrain qu'il est difficile de s'y intéresser même pour des raisons pécuniaires
34	non
35	non
36	absente
37	Je suis salariée depuis 2 ans donc plus concernée je crois, et remplaçante avant. Donc je m'y suis très peu intéressée.
38	Non
39	Manque de temps
40	En fait je ne l'ai jamais vraiment lue
41	Non
42	Non
43	Succinct
44	Obscure..., on doit informer les patients du « délit statistique »
45	Texte très long et complexe, cdéchiffrables par des collègues pointus sur le sujet
46	Non
47	Non
48	Manque de temps pour s'informer
49	Les ROSEP ne me conviennent pas
50	Aucun
51	non
52	Non trop longue trop complexe
53	Nous n avons aucun compte rendu
54	Non
55	Elle devrait être donné par les médecins conseils cpam msa
56	Non
57	Non
58	Usine a gaz
59	Aucun mais on en parle lors des réunions syndicales
60	Convention peu claires
61	De plus en plus complexe à comprendre permettant d'être forcément hors jeu !
62	Non
63	Non
64	Npn
65	Information très partielle et très orientée

66	Peu visible
67	Nul
68	Je découvre la convention sur les grandes lignes, cela me rebute un peu de lire les 496 pages, à vrai dire, je ne suis pas avoate...
69	PAS DE TEMPS 0 CONSACRER
70	C'est très « rébarbatif » et parfois difficile à comprendre...
71	Non
72	Non
73	C'EST DE LA DAUBE
74	La limitation est due à mon manque de temps
75	Trop contrainte
76	NON
77	L'information étant trop complexe un synopsis sera le bien venu
78	Difficile d'être Informé sujet complexe
79	Non
80	Non
81	Parfois beaucoup d'informations à retenir
82	Médiocre
83	Absence de communication complète et loyale de la part de l'assurance maladie
84	JO un peu complexe (comme d'habitude)
85	Manque de synthèse
86	Cela change plus souvent que mon temps libre
87	Non
88	Non
89	Ce n'est pas l'information qui est un problème, c'est le contenu
90	Non
91	Informations insuffisantes
92	J AI LES INFOS MAIS J OUBLIE REGULIEREMENT
93	Trop complexe
94	Aucun
95	NON
96	NON
97	Trop d'infos sur un sujet artificiel
98	Insuffisance d'information
99	Indigeste
100	Peu lisible
101	Je pensais recevoir la convention, version papier, reliée cuir fine fleur. J'ai dû me contenter du site ameli en premier lieu, illustré comme si on s'adressait à un enfant de CM2. Je suis injuste, je crois qu'il y avait un lien vers legifrance pour le texte complet. J'aurais souhaité un entre deux, plus didactique que l'article de loi, mais n'insultant pas 9 ans d'études supérieures.
102	Non

103	Non
104	Non
105	Non
106	Non
107	Non
108	Non
109	Non
110	MANQUE D INFORMATION ET COMPLEXITE
111	Non

Annexe 4 : Les réponses libres à la question 18 du quiz (« Selon vous, en quoi les décisions prises par la CPAM à l'issue d'une procédure réglementaire lancée à l'encontre d'un médecin, diffèrent-elles d'un jugement en droit civil ? »)

1	« La caisse dépiste la "déviance", elle instruit, elle juge, elle condamne, elle bénéficie des pénalités. C'est exorbitant du droit. »	30	« ? »
2	« le directeur cpam instruit, juge et applique la sanction »	31	« ??? »
3	« je ne sais pas »	32	« Arbitraires »
4	« administratives »	33	« Je ne sais pas »
5	« Cpam est juge et partie. Idem si juge et proc était la même personne »	34	« Je ne sais pas »
6	« Le médecin a toujours tort »	35	« Aucune idée »
7	« Pas de juge, décision du Directeur de la Cpm »	36	« Aucune idée »
8	« Risque de d'interdiction d'exercer ? ? »	37	« ? »
9	« Pas d'appel possible La caisse est juge et parti »	38	« Oui »
10	« pas de contradictoire »	39	« La CPAM bafoue la justice dans ses pseudo tribunaux! »
11	« je ne sais pas »	40	« La CPAM est juge et partie »
12	« je ne sais pas »	41	« La CPAM est juge et partie »
13	« le manque de défense »	42	« Jugement sur la forme et pas sur le fond »
14	« NSP »	43	« il n'y a pas de juge "neutre" »
15	« elles ne sont pas publiques? »	44	« ? »
16	« Aucune idée »	45	« Sanction uniquement conventionnelle »
17	« Pas d'appel possible »	46	« ? »
18	« J'en sais rien »	47	« Ne sais pas »
19	« Je ne sais pas »	48	« ? »
20	« ? »	49	« ? »
21	« ? »	50	« les décisions modifient juste la possibilité d'exercer ou pas et d'être conventionné ou pas mais n'aboutissent pas à une condamnation pénale »
22	« ? »	51	« je ne sais pas »
23	« ? »	52	« pas d avocat pour le médecin incriminé »
24	« pas d'avocat, pas de recours »	53	« Le directeur de la CPAM a tous les pouvoirs, la CPL n'est que consultative »
25	« ?? »	54	« la CPAM est juge et partie »
26	« Aucune idée »	55	« aucun professionnel du droit n'intervient »
27	« Application immédiate »	56	« La Cpm n est pas une juridiction »
28	« Droit administratif »		
29	« Les parties en présence sont en situation inégalitaire. »		

57	« La CPAM est juge et partie La défense du prévenu n'est généralement pas facilité »
58	« pas de débat contradictoire ni d'appel »
59	« pas d'appel ? qu'est-ce qu'une DAM ? »
60	« nsp »
61	« ? »
62	« Je ne sais pas »
63	« ? »
64	« Je ne sais pas »
65	« Aucune »
66	« Décision unilatérale de la Caisse et non jugement en droit »
67	« Sanction réglementaire pas d incidence civile ou pénale »
68	« Sanction financière »
69	« Non »
70	« n'affecte pas l'inscription au conseil de ordre »
71	« ces décisions ne sont pas inscrites ds le casier judiciaire ? »
72	« délit statistique possible, amendes ou retrait conventionnel »
73	« idem »
74	« ? »
75	« Je ne sais pas »
76	« Non »
77	« Nsp »
78	« ? »
79	« ? »
80	« pas de recours possible. Jugement à charge »
81	« l'illégalité »
82	« uniquement conséquences professionnelles »
83	« ? »
84	« concerne l'activité professionnelle »
85	« non »
86	« je ne sais pas »
87	« ? »

88	« Je ne sais pas »
89	« Pas la même juridiction »
90	« Pas de possibilité d'appel »
91	« Aucune idée »
92	« relève du tribunal administratif »
93	« absence d'appel possible »
94	« Risque de faire perdre à un village son médecin qui refuse la MSO et part vers d'autres cieux »
95	« ? »
96	« Deconventionnement »
97	« Non contraignant »
98	« PAS DE RECOURS POSSIBLE »
99	« ADMINISTRATIVE »
100	« amendes, fermeture de cabinet »
101	« sanctions financières ou conventionnelles »
102	« droit s'appliquant aux médecins uniquement, déconventionnements, amendes »
103	« ne vous pas prononcés par de magistrats »
104	« Refus de remboursement des patients consultes par la cpam »
105	« Je ne sais pas »
106	« Pas d'informations presse systématique Sanction ne touchant que mon activité prof »
107	« Je ne sais pas »
108	« Je ne sais pas »
109	« La caisse est celle qui monte le dossier contre le médecin, elle est juge et partie, ce n'est qu'un tribunal d'exception qui n'a rien à voir avec la justice »
110	« aucune sauf p as d'a ppele »
111	« ?? »
112	« pas la même juridiction, doit répondre au code de la santé publique »
113	« Tout se passe d'abord au niveau CPAM »
114	« AUCUNE IDEE »

115	« décision réglementaire et non judiciaire : peut être cassée par un jugement. »	146	« mise sous objectif, sanctions financières (récupération d'indus) »
116	« ? »	147	« c'est un tribunal d'exception, sans assistance d'avocat »
117	« Je ne sais pas »	148	« ? »
118	« pas d'inscription dans le casier judiciaire Conséquences d'ordre professionnel : amende »	149	« Ne sais pas... »
119	« cela concerne la convention »	150	« Ne sais pas »
120	« la caisse est juge et partie: elle définit le délit elle instruit "l'affaire" puis juge en proposant à la cpl »	151	« Oui »
121	« La CPAM est juge et partie, le directeur de la caisse n'est pas obligé de suivre l'avis de la commission qui n'est que consultatif »	152	« Nsp »
122	« ?? »	153	« Le médecin est jugé uniquement par des personnes membres de la cpam, la partie «civile» n'intervient pas dans le jugement »
123	« Pas d'appel »	154	« Je ne sais pas »
124	« La CPAM est à la fois juge et partie »	155	« Je ne sais pas »
125	« ? »	156	« Aucune idée »
126	« ? »	157	« Je ne sais pas »
127	« La CPAM est à la fois juge et parti, absence de droits à la défense, sentence rendue par la caisse elle-même »	158	« Les décisions peuvent être revisables ou contestées »
128	« Aucune idée »	159	« Reste dans le cadre professionnel donc conséquences uniquement sur la pratique professionnelle »
129	« Ne sais pas »	160	« Je ne sais pas »
130	« En rien »	161	« Je ne sais pas »
131	« Oui »	162	« l'une s'applique sur l'exercice professionnel et les objectifs et l'autre sur la responsabilité civile ?? »
132	« Pas d'appel »	163	« ? »
133	« Je ne sais pas »	164	« Aucune idée »
134	« Aucune idée »	165	« Juridiction différente »
135	« ? »	166	« Non »
136	« Je ne sais pas »	167	« Possibilités de défense bafouées, non indépendance du directeur de la caisse (à la fois juge et partie) »
137	« ? »	168	« pas d'amende ni de condamnation »
138	« La CPAM est juge et partie. »	169	« je ne sais pas »
139	« pas d'appel, pas d'avocat »	170	« nsp »
140	« aucune idée »	171	« les droits à la défense sont plus faibles »
141	« ? »	172	« c'est un tribunal d'exception en qui je n'ai pas confiance »
142	« La cpam est juge et parti »	173	« en rien »
143	« Ne sais pas »	174	« le directeur n'est pas tenu de suivre les reco de la commission »
144	« Je ne sais pas »		
145	« elles n'engagent que la CPAM »		

175	« instruction à charge »
176	« Elles n'ont pas de valeur légale mais des conséquences sur l'exer »
177	« décision paritaire/décision par un juge »
178	« jugement selon le droit des affaires sanitaires et sociales »
179	« je ne sais pas »
180	« je ne sais pas »
181	« ? »
182	« Aucune idée »
183	« Aucune idée »
184	« Droit social »
185	« Pas de peine de prison! »
186	« Je ne sais pas »
187	« ?? »
188	« Je ne sais pas »
189	« Pas de possibilité d'être représenté par un conseil Doute sur la possibilité de faire appel d'une décision (au TAS ?) »
190	« ? »
191	« La mesure reste limitée aux échanges entre sécu et médecin »
192	« ? »
193	« Je ne sais pas »
194	« Non »
195	« Partialité »

196	« il n'y a pas de possibilité d'appel »
197	« Droit civil: indemnisation CPAM: Conseil voire amende »
198	« pas d'appel, pas de débat contradictoire »
199	« je ne sais pas »
200	« sanction administrative (non remboursement, interdiction de réalisation de certains actes comme la signature d'arrêtés de travail) »
201	« la décision n'a pas autorité de la chose jugée »
202	« JE NE SAIS PAS »
203	« Il n'y a pas de peine de prison ou d'amende mais des sanctions d'exercice. »
204	« NSP »

Annexe 5 : Commentaires libres à la fin du questionnaire

1	Il est temps de faire cesser cette justice d'exception
2	Non
3	très mauvaise connaissance des médecins sur ce dossier d'ou le grand intérêt de se faire accompagner par un syndicat devant cette procédure. Bcp ne le font pas... et y perdent !
4	Je suis contente d'arriver à la retraite
5	Default d'information sur Les litiges avec Les Cnam...
6	En 96 pour utilisation art115 plus C ou V. Blâme et remboursement du trop perçu de l'anne
7	La Commission des pénalités est à la Justice ce que le Journal de Mickey est aux Annales de l'ACADÉMIE DE MÉDECINE
8	C'est vrai qu'on n'a que très peu d'information à ce sujet
9	50% DE MEDECINE 10% D'INFORMATIQUE PURE 10% DE FISCALITE 10% DE JURIDIQUE 20% DE PAPERASSE AVEC UNE DEFICIT DE MEDECIN PROCHE DE 50%
10	critique sur dosage non optimal des hbaic des fo des microalbuminuries prescription trois mois consécutifs de 1 flacon de paroxe etc etc
11	Les syndicats, comme l'Ordre, ont cru bon de signer des conventions avec l'Assurance Maladie. Ce n'était pas nécessaire. D'autres pays n'en ont pas signé afin de préserver les libertés des professions libérales. Il est toujours très risqué de donner à un assureur le droit de modifier à son gré les conventions et de sanctionner des médecins par des tribunaux administratifs. Les juges administratifs ne pensent qu'à défendre des administrations, jamais des administrés. Par exemple, l'AM écrit une Nomenclature en 1986 mettant de demeure les médecins de se mettre au niveau actuel de la science médicale. Et puis elle change de NOMENCLATURE en 1994. Elle punit ceux qui viennent en 1993 d'acquiescer et gardé les appareils décrits dans le texte précédent. L'AM a obtenu contre moi six semaines d'interdiction d'exercice par les SAS. De plus je n'avais pas fini de payer mes appareils. Double peine : un déficit structurel s'était constitué qui a duré dix ans. Vous pouvez me demander les deux Nomenclatures dont je parle plus haut et les publier si vous le désirez à adresse email masquée. Merci de m'avoir lu.
12	Justice statistique
13	Je m'aperçois que c'est le brouillard le plus complet. Heureusement que je baisse le rideau en juillet 2018
14	essayant d'exercer en accord avec mon éthique si je subissais une procédure je dévisserai ma plaque
15	Déni de justice de la part de la CPAM
16	conventionSanction financièreNonNon
17	J'assume mes réponses. adresse email masquée
18	J'ai eu à subir une fois une visite d'un médecin conseil qui contestait ma répartition des prescriptions entre ALD et hors ALD: j'ai trouvé ça très traumatisant et infondé puisque je n'ai pas été sanctionnée!
19	thèse très "technique" peu en phase avec le quotidien des MG de bas dont je fais

	partie, mais bon courage
20	C'était il y a 33 ans, trop de prise de sang,
21	Quel thème de thèse intéressant, Bravo !
22	Ne pas se soumettre à la volonté des assureurs.restez libre et indépendante
23	délit statistique et impossible de se défendre feuilles de maladie en tiers payant volées puis retrouvées refusées car délai dépassé..
24	Hâte de voir les bonnes réponses
25	médecin généraliste encore hospitalier mes réponses sont biaisées . bravo pour ce travail, en espérant que vous aurez des réponses
26	Je suis actuellement sous une menace de MSO pour ne pas avoir modifié le médecin traitant des patients dont le médecin est en arrêt de longue durée. Je suis dispo pour en parler au tel au 00 00 00 00 00 ou par mail au adresse email masquée
27	c'est un chemin de croix.....
28	J'ai été contrôlé pour abus de "non substituable" j'avais 35% et la moyenne départementale était à 27%. J'ai amené des preuves sur certains antihypertenseurs et anti allergique et ai aussi dit que le délit statistique n'existait pas en droit français. Les médecins conseils n'ont rien voulu entendre et m'ont mis un blâme et ont dit de changer mes habitudes; je leur ai dit que non car motivé par le seul intérêt des malades/ et ai fait appel de la sanction. Plus de nouvelles depuis un an.
29	Il y a une véritable maltraitance de la part des caisses vis à vis des médecins et on s'étonne Que les jeunes ne veulent pas s'installre en libéral
30	En fait je suis passé devant la comission au tout début de la limitation annuelle du nombre d'actes.Mais en fait à cette époque je me suis vite rendu compte que surtout j'étais MG France et effectivement médecin rural 24h/24 6j/7 1dim/2
31	j ai gagné lors de a convocation par abandon des poursuites non ustifiées
32	Je suis admiratif avec quelle passion le médecin généraliste est surveillé !
33	QUESTIONNAIRE DIFFICILE A REMPLIR
34	aucun commentaire
35	Absence de réelle justice puisque les représentants des caisses et des patients sont systématiquement anti-médecins....
36	Convoquée en CMR en 1998 pour non respect du Bizone. En fait erreur de ma part qui consistait à ne pas demander une deuxième ALD quand une première était accordée. Ex : une SÉP connue et une cardiopathie secondairement apparue. Je croyais que l'Ald obtenue pouvait convenir vu que la cardiopathie ischémique chronique est aussi une ALD. J'ai régularisé mes 16 ALD et n'ai eu aucune sanction.
37	procédure de menace de MSO ou MSAP avec statistiques fausses de mes prescriptions d'IJ. Arrêt spontané de la procédure par la caisse après lettre de refus et de contestation de cette décision
38	en fait je ne connais rien à ce sujet !!!
39	merci pour cette petite place de liberté dans un monde où les lois sont imposées, et où les médecins libéraux ne se sentent plus respectés dans l'acte libéral
40	Je pense que tant qu'on ne s'y est pas frotté, on ignore beaucoup de toutes ces modalités: d'où l'intérêt d'être accompagné par notre syndicat pour conseils sur la marche à suivre pour être bien défendu.

41	les tribunaux d'exception ne sont représentatifs d'un état démocratique. Le droit à une défense est fondamental.
42	système kafkaïen et ne respectant pas les minimums juridiques d'une démocratie
43	J'ai été en commission pour arrêt de travail. Le directeur de la caisse n'a pas suivi l'avis de la commission,
44	j'ai été mis sous entente préalable .
45	Ces procédures sanctionnantes qui s'exécutent de manière croissante à partir de critères souvent sans lien avec la réalité quotidienne et individuelle de notre travail, sont l'un des repoussoirs qui dissuadent les plus jeunes d'exercer en libéral
46	raisonnement purement comptable avec des alertes de seuil évolutif fixé en pourcentage et non pondérées par l'étude des valeurs absolues, sans tenir compte de la patientelle (âge, ALD), ni du secteur géographique local mais rapporté à la région, incluant des modes d'exercices très différents. L'entretien "confraternel" ne l'est pas vraiment puisque ne tenant pas compte du contexte médical des patients, ni de l'évolution du secteur hospitalier (refus de transports, retour domicile limité, prescription de molécules onéreuses (ex: inspra versus spiro)
47	une consœur convoquée pour excès d'arrêt de travail; la commission a vu tout de suite qu'il y avait erreur et que le médecin ne dépassait pas le coût: le médecin a été très stressé de l'attente avant la convocation et de l'entretien inutile et perte de temps.
48	j'aimerais obtenir les conclusions de ta thèse merci et bon courage
49	abus de pouvoir de la Caisse, y compris contre l'avis du Service Médical
50	Assez tolérant si on suit les conseils des DAM
51	RAS
52	Sanctionner un médecin dans un désert médical, bonjour les dégâts!
53	actuellement en contrôle de la CPAM, en attente de la conclusion du contrôle
54	Peu de connaissance dans ce domaine!
55	Il est étonnant de constater que les médecins qui dérapent refusent souvent de l'admettre même devant l'évidence ! Les médecins connaissent mal les mécanismes de sanctions tant qu'ils ne sont pas eux-mêmes impliqués
56	En cas d'exercice pluriprofessionnel, avec une répartition inhomogène des patients au sein d'un cabinet du fait d'une "spécialisation" d'un ou plusieurs des associés, et si la typologie des patients consultant un médecin donné lui fait dépasser les objectifs fixés par l'AM alors même que l'ensemble du cabinet est en-deça des objectifs, la commission paritaire ignore totalement ces spécificités, reniant par là-même une des facettes d'un exercice de groupe pourtant largement encouragé par les autorités de tutelle. L'invitation à participer à votre travail arrive dans ma boîte mail en même temps que celui qui indique que l'ensemble des ordres professionnels de santé adopte le même numéro unique d'écoute, joignable 24/24 par les collègues en détresse. L'association d'idées est facile et il sera intéressant de savoir la part d'appels liée aux sollicitations de l'assurance maladie. Je tiens à préciser que j'ai pour ma part à peu près toujours eu des relations cordiales et intéressantes avec mes interlocuteurs de l'AM, y compris en cas de divergence d'opinion sur telle ou telle prise en charge.
57	votre thèse me paraît très intéressante

58	Convoquée car trop d'at Par rapport à mes confrères avec une activité comparable Mais en fait argument purement statistiques de la Caisse j'ai une clientèle active donc plus d'AT que d'autres médecins qui travaillent dans des zones défavorisées avec chômage ou CMU ou clientèle âgée à la retraite Pas moyen d'argumenter devant mon « jury » et devant des diagrammes ou des camemberts statistiques
59	des enculés j'vous dis !
60	Ras
61	bon courage pour la thèse que la lumière soit.
62	Adresse email masquée

Annexe 6 : Questionnaire ciblé posant la trame des entretiens de médecins ayant subi une procédure de la part de la CPAM.

Questionnaire ciblé

1. Quel âge avez-vous ?

2. Etes-vous ?

- Un homme
 Une femme

3. Dans quel département exercez-vous ?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01 - Ain | <input type="checkbox"/> 34 - Hérault | <input type="checkbox"/> 68 - Haut-Rhin |
| <input type="checkbox"/> 02 - Aisne | <input type="checkbox"/> 35 - Ile-et-Vilaine | <input type="checkbox"/> 69 - Rhône |
| <input type="checkbox"/> 03 - Allier | <input type="checkbox"/> 36 - Indre | <input type="checkbox"/> 70 - Haute Saône |
| <input type="checkbox"/> 04 - Alpes-de-Haute-Provence | <input type="checkbox"/> 37 - Indre-et-Loire | <input type="checkbox"/> 71 - Saône-et-Loire |
| <input type="checkbox"/> 05 - Hautes-Alpes | <input type="checkbox"/> 38 - Isère | <input type="checkbox"/> 72 - Sarthe |
| <input type="checkbox"/> 06 - Alpes Maritimes | <input type="checkbox"/> 39 - Jura | <input type="checkbox"/> 73 - Savoie |
| <input type="checkbox"/> 07 - Ardèche | <input type="checkbox"/> 40 - Landes | <input type="checkbox"/> 74 - Haute Savoie |
| <input type="checkbox"/> 08 - Ardennes | <input type="checkbox"/> 41 - Loir-et-Cher | <input type="checkbox"/> 75 - Paris |
| <input type="checkbox"/> 09 - Ariège | <input type="checkbox"/> 42 - Loire | <input type="checkbox"/> 76 - Seine Maritime |
| <input type="checkbox"/> 10 - Aube | <input type="checkbox"/> 43 - Haute Loire | <input type="checkbox"/> 77 - Seine-et-Marne |
| <input type="checkbox"/> 11 - Aude | <input type="checkbox"/> 44 - Loire Atlantique | <input type="checkbox"/> 78 - Yvelines |
| <input type="checkbox"/> 12 - Aveyron | <input type="checkbox"/> 45 - Loiret | <input type="checkbox"/> 79 - Deux-Sèvres |
| <input type="checkbox"/> 13 - Bouches-du-Rhône | <input type="checkbox"/> 46 - Lot | <input type="checkbox"/> 80 - Somme |
| <input type="checkbox"/> 14 - Calvados | <input type="checkbox"/> 47 - Lot-et-Garonne | <input type="checkbox"/> 81 - Tarn |
| <input type="checkbox"/> 15 - Cantal | <input type="checkbox"/> 48 - Lozère | <input type="checkbox"/> 82 - Tarn-et-Garonne |
| <input type="checkbox"/> 16 - Charente | <input type="checkbox"/> 49 - Maine-et-Loire | <input type="checkbox"/> 83 - Var |
| <input type="checkbox"/> 17 - Charente-Maritime | <input type="checkbox"/> 50 - Manche | <input type="checkbox"/> 84 - Vaucluse |
| <input type="checkbox"/> 18 - Cher | <input type="checkbox"/> 51 - Mame | <input type="checkbox"/> 85 - Vendée |
| <input type="checkbox"/> 19 - Corrèze | <input type="checkbox"/> 52 - Haute Marn | <input type="checkbox"/> 86 - Vienne |
| <input type="checkbox"/> 2A - Corse-du-Sud | <input type="checkbox"/> 53 - Mayenne | <input type="checkbox"/> 87 - Haute Vienne |
| <input type="checkbox"/> 2B - Haute Corse | <input type="checkbox"/> 54 - Meurthe-et-Moselle | <input type="checkbox"/> 88 - Vosges |
| <input type="checkbox"/> 21 - Côte-d'Or | <input type="checkbox"/> 55 - Meuse | <input type="checkbox"/> 89 - Yonne |
| <input type="checkbox"/> 22 - Côtes d'Armor | <input type="checkbox"/> 56 - Morbihan | <input type="checkbox"/> 90 - Territoire de Belfort |
| <input type="checkbox"/> 23 - Creuse | <input type="checkbox"/> 57 - Moselle | <input type="checkbox"/> 91 - Essonne |
| <input type="checkbox"/> 24 - Dordogne | <input type="checkbox"/> 58 - Nièvre | <input type="checkbox"/> 92 - Hauts-de-Seine |
| <input type="checkbox"/> 25 - Doubs | <input type="checkbox"/> 59 - Nord | <input type="checkbox"/> 93 - Seine-St-Denis |
| <input type="checkbox"/> 26 - Drôme | <input type="checkbox"/> 60 - Oise | <input type="checkbox"/> 94 - Val-de-Marne |
| <input type="checkbox"/> 27 - Eure | <input type="checkbox"/> 61 - Orne | <input type="checkbox"/> 95 - Val-D'Oise |
| <input type="checkbox"/> 28 - Eure-et-Loir | <input type="checkbox"/> 62 - Pas-de-Calais | <input type="checkbox"/> 971 - Guadeloupe |
| <input type="checkbox"/> 29 - Finistère | <input type="checkbox"/> 63 - Puy-de-Dôme | <input type="checkbox"/> 972 - Martinique |
| <input type="checkbox"/> 30 - Gard | <input type="checkbox"/> 64 - Pyrénées Atlantiques | <input type="checkbox"/> 973 - Guyane |
| <input type="checkbox"/> 31 - Haute Garonne | <input type="checkbox"/> 65 - Hautes Pyrénées | <input type="checkbox"/> 974 - La Réunion |
| <input type="checkbox"/> 32 - Gers | <input type="checkbox"/> 66 - Pyrénées Orientales | <input type="checkbox"/> 976 - Mayotte |
| <input type="checkbox"/> 33 - Gironde | <input type="checkbox"/> 67 - Bas-Rhin | |

4. Depuis combien d'années exercez-vous en libéral ?

5. Avez-vous un DU ? DES ? DESC ?

Oui, précisez :

Non

6. Êtes-vous conventionné ?

Secteur 1

Secteur 2

Hors convention

7. Quel mode d'exercice avez-vous ?

Seul

En groupe

En maison de santé pluridisciplinaire

8. En quelle année une procédure de la CPAM a été engagée à votre encontre ?

9. Combien de temps a duré cette procédure ?

10. Quels faits vous ont été reprochés ?

11. Quelles sanctions ont été prises à votre encontre ?

12. Certains de vos patients ont-ils été convoqués à la Caisse ?
- Oui
 - Non
13. Etes-vous passé devant une commission paritaire ?
- Oui
 - Non
14. Etes-vous passé devant la commission des pénalités ?
- Non
 - Oui
15. Vous êtes-vous fait accompagner ?
- Non
 - Oui
16. Qui vous a accompagné ?
- Un confrère
 - Un membre d'un syndicat
 - Un avocat
 - Autre : précisez
17. Vous a-t-on proposé une MSO (Mise Sous Objectifs) ?
- Non
 - Oui mais je l'ai refusé
 - Oui et je l'ai accepté
18. Avez-vous eu une MSAP (Mise Sous Accord Préalable) ?
- Oui
 - Non
19. Avez-vous eu recours au Tribunal Administratif ?
- Oui
 - Non
20. Est-ce que cette procédure a changé votre façon d'exercer la médecine ?
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
21. Etes-vous plus « surveillé » par la Caisse ?
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

22. Vous sentez-vous plus vulnérable face à la CPAM ?

- Oui
- Non

23. Avez-vous eu envie de changer de profession ?

- Oui
- Non

24. Avez-vous changé de profession ?

- Non
- Oui

BIBLIOGRAPHIE

[¹] Loi du 15 juillet 1850 concernant les sociétés de secours mutuel :

Annales des mines - 1894, série 9, volume 3, partie administrative - Sociétés de secours mutuel – page 472

<https://patrimoine.mines-paristech.fr/scripto/transcribe/340/93028>

[²] Loi du 13 avril 1930 sur les logements insalubres :

SANLAVILLE Ferdinand - Les logements insalubres et la loi du 13 avril 1930 - Edition 1897 - Berger-Levrault et Cie

<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k61051077/f7.item.texteImage.zoom>

[³] Discours de Léon Gambetta du 18 avril 1872 :

GAMBETTA Léon - Discours prononcé au Havre, le 18 avril 1872 - page 27

<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5758732x/f28.image.texteImage>

[⁴] Système rouennais :

MAREC Yannick - Vers une République sociale ? Un itinéraire d'historien - Publications des universités de Rouen et du Havre, 2009 - Epilogue

[⁵] Loi du 15 juillet 1893 portant sur l'AMG :

Journal Officiel de la République Française n°192 publié le 18 juillet 1893 - L'assistance médicale gratuite

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2011-2-page-109.htm>

[⁶] Loi du 27 juin 1904 sur le service des enfants assistés :

ALCINDOR Emile - Les enfants assistés - E. Paul - 1912

<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k2411846/f23.image.r=loi%201904%20pupilles>

[⁷] Loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards infirmes et incurables :

Journal de la société statistique de Paris, tome 52 de 1911 - pages 216-229

http://www.numdam.org/article/JSFS_1911__52__216_0.pdf

[⁸] Loi du 9 avril 1898 concernant les accidents du travail :

Bulletin de l'Inspection du travail n°2, 1898, page 97

https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/numerisations3/bull.insp.trav_1898.pdf

[⁹] Loi du 5 avril 1910 portant sur le régime obligatoire vieillesse :

Retraites ouvrières & paysannes : loi du 5 avril 1910, décrets des 24 et 25 mars 1911

<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5489715t/f8.image.texteImage>

[¹⁰] Les ambitions de santé publique :

Cité dans l'annexe n° 5131 du Rapport fait au nom de la commission de l'hygiène publique, chargée d'examiner la proposition de loi de M. Paul Constans (Allier) et plusieurs de ses collègues tendant à la création d'un ministère de la santé publique, par M. Navarre, député, session de 1918, séance du 31 octobre 1918.

TABUTEAU Didier, Le Parlement et la santé, Dans Les Tribunes de la santé 2012/1 n° 34 - page 95

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2012-1-page-95.htm>

[¹¹] Loi du 5 avril 1928 modifiée par la loi du 30 avril 1930 :

<https://www.gisti.org/IMG/pdf/loi-5-avril-1928.pdf>

[¹²] L'organisation de la Sécurité Sociale :

Ordonnance 45-2250 du 4 octobre 1945

https://www.legislation.cnav.fr/Pages/texte.aspx?Nom=ORD_4510_04101945

[¹³] L'organisation de la Sécurité Sociale :

Ordonnance 45-2456 du 19 octobre 1945

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000699044>

[¹⁴] Loi sur la CMU :

Loi 99-641 du 27 juillet 1999

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000198392>

[¹⁵] Loi sur l'AME :

Code de l'action sociale et des familles - Article L251-1

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006797148&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20080403&fastPos=1&fastReqId=1963041804&oldAction=rechCodeArticle>

[¹⁶] Taxe de Solidarité Additionnelle :

Code de la Sécurité Sociale - Article L862-4

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006745432&dateTexte=&categorieLien=cid>

[¹⁷] Première ordonnance avant la convention médicale :

Ordonnance n° 45/2454 du 19 octobre 1945

[¹⁸] Décret du 12 mai 1960 :

JORF du 13 mai 1960 - Décret n°60-451 du 12 mai 1960 - page 4356

[¹⁹] Première Convention Médicale du 29 octobre 1971 :

JORF du 31 octobre 1971 - Arrêté du 29 octobre 1971 - page 10758

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=19711031&numTexte=&pageDebut=10758&pageFin=

^[20] Les parties signataires de la convention médicale :

JORF du 6 juillet 1971 - Loi n°71-525 du 3 juillet 1971 - Article L261

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=19710706&numTexte=&pageDebut=06571&pageFin=

^[21] Deuxième Convention Médicale du 30 mars 1976 :

JORF du 1er avril 1976 - Arrêté du 30 mars 1976 – Annexes I et II

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=19760401&numTexte=&pageDebut=01978&pageFin=

^[22] Arrêté fixant les tarifs d'honoraires :

JORF du 6 août 1976 - Approbation de l'avenant 1 - Page 04763

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=19760806&numTexte=&pageDebut=04763&pageFin=

^[23] Troisième Convention Médicale du 29 mai 1980 :

JORF du 6 juin 1980 - Approbation de la convention nationale des médecins - Page 54938

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=19800606&numTexte=&pageDebut=54938&pageFin=

^[24] Les secteurs conventionnels :

JORF du 6 juin 1980, numéro complémentaire - Arrêté du 5 juin 1980 - Page 4938

^[25] Quatrième Convention Médicale signée en 1985 :

JO du 5 juillet 1985 - Page 07554

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000319422&pageCourante=07554

^[26] Instauration de la NGAP :

JO du 15 février 1986 - Page 02609

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000659816&pageCourante=02609

^[27] Le Contrat de Santé :

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

^[28] Signatures de la convention séparées pour les généralistes et spécialistes :

Code la sécurité sociale - Article L.162-5

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=365F994B04653B49E1341252A386AF62.tpdjo06v_3?idArticle=LEGIARTI000006740685&cidTexte=LEGI TEXT000006073189&categorieLien=id&dateTexte=19930104

[29] Loi Teulade :

JO N°3 du 5 janvier 1993 - Loi n°93-8 du 4 janvier 1993 dite « Teulade »

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000727115&categorieLien=id>

[30] Le « médecin référent » :

JORF n°243 du 18 octobre 1997 - Arrêté du 17 octobre 1997 - Chapitre 1^e - Page 15152

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000385647&categorieLien=id>

[31] Convention nationale des médecins généralistes :

JORF n°282 du 5 décembre 1998 - Arrêté du 4 décembre 1998 - Page 18329

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000574203&fastPos=1&fastReqId=678247779&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

[32] Cotation « CALD » :

JORF n°27 du 1 février 2002 - Arrêté du 31 janvier 2002 - Page 2143 - texte n° 12

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000399421&fastPos=4&fastReqId=1075544259&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

[33] Règlement minimal applicable aux médecins :

JORF n°264 du 14 novembre - Arrêté du 13 novembre 1998 - Page 17147

[34] Avenants 1, 3, 4 de la convention de 2005 :

JORF n°126 du 1 juin 2005 - Arrêté du 26 mai 2005 - Approbation des avenants n° 1, n° 3 et n° 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes - Page 9765 - Texte n° 29

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&cidTexte=JORFTEXT00000444722&fastPos=12&fastReqId=1828511825&oldAction=rechExpTexteJorf>

[35] Avenant 2 de la convention de 2005 :

JORF n°74 du 30 mars 2005 - Arrêté du 21 mars 2005 - Approbation de l'avenant n° 2 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes - Page 5231 - Texte n° 3

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&cidTexte=JORFTEXT00000806116&fastPos=2&fastReqId=309272679&oldAction=rechExpTexteJorf>

[36] Avenant 12 de la convention de 2005 :

JORF n°76 du 30 mars 2006 - Arrêté du 23 mars 2006 - Approbation de l'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes - Page 4768 - Texte n° 29

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&cidTexte=JORFTEXT00000638584&fastPos=17&fastReqId=408676596&oldAction=rechExpTexteJorf>

[37] Avenant 17bis et 18 de la convention de 2005 :

JORF n°92 du 19 avril 2007 - Avenants à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005 - Page 7011 - Texte n° 28

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&cidTexte=JORFTEXT00000796268&fastPos=1&fastReqId=583318697&oldAction=rechExpTexteJorf>

[38] Avenant 20 de la convention de 2005 :

JORF n°74 du 28 mars 2007 - Arrêté du 23 mars 2007 - Approbation de l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes - Page 5797 - Texte n° 59

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&cidTexte=JORFTEXT00000645861&fastPos=77&fastReqId=1471446210&oldAction=rechExpTexteJorf>

[39] Avenant 23 de la convention de 2005 :

JORF n°103 du 3 mai 2007 - Arrêté du 2 mai 2007 - Approbation de l'avenant n° 23 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes - Page 7826 - Texte n° 47

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000649670&dateTexte=>

[40] Le CAPI :

Décision du 9 mars 2009 de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020534299>

[41] Règlement arbitral de 2010 :

JORF n°0104 du 5 mai 2010 - Arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale - page 8110 - texte n° 25

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022164073>

[42] La ROSP :

Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes - Titre 3

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024803740>

[43] Convention médicale de 2016 :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033285608>

[44] Valorisation de la permanence des soins :

Convention Médicale 2016 - Sous-titre 3 – Article 10

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033285608#LEGISCTA000037347479>

[45] Dispense de l'avance des frais :

Convention Médicale 2016 - Sous-titre 4

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033285608#LEGIARTI000037347523>

[46] Le conciliateur :

Code de la sécurité sociale - Article L. 162-15-4

<https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-07/a0070038.htm>

[47] Télé médecine et télé-expertise :

JORF du 10 août 2018 - Avenant n°6 - Article 1^{er}

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/451403/document/avenant_6_-_texte.pdf

[48] Lutte contre les déserts médicaux :

Arrêté du 20 octobre - Sous-titre 1 - Articles 4, 5, 6, 7

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033285608#LEGIARTI000037439200>

[49] Option OPTAM :

Convention médicale 2016 - Titre 4 - Sous-titre 3

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033285608#LEGISCTA000037363340>

[50] Le Dossier Médical Partagé :

Décret n° 2016-1545 du 16 novembre 2016

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033415677>

[51] Les téléservices :

Convention médicale 2016 - Titre 5

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033285608#LEGISCTA000037363601>

[52] La Commission Paritaire Nationale :

Convention Médicale 2016 - Arrêté du 20 octobre 2016 - Article 80

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033285608#LEGIARTI000037365175>

[53] La Commission Paritaire Régionale :

Convention Médicale 2016 - Arrêté du 20 octobre 2016 - Article 83

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033285608#LEGIARTI000037439158>

[54] La Commission Paritaire Locale :

Convention Médicale 2016 - Arrêté du 20 octobre 2016 - Article 84

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033285608#LEGIARTI000037439158>

[55] Le non-respect des réglementations conventionnelles :

Arrêté du 20 octobre 2016 - Article 85

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033285608#LEGIARTI000037365160>

[56] Règlementation du Code de sécurité sociale :

Code de sécurité sociale - Article L162-1-15

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741329&dateTexte=29990101&categorieLien=cid>

[57] Le contrôle d'activité du médecin généraliste :

La charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'Assurance Maladie

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4896/document/charte-contrôle-activité_assurance-maladie.pdf

[58] Procédure de contrôle d'activité :

Convention médicale - Annexe 24

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033285608#LEGIARTI000037439145>

[59] Les sanctions conventionnelles :

Arrêté du 20 octobre 2016 - Article 86

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033285608#LEGIARTI000037365175>

[60] Les Commission des Pénalités :

Règlement intérieur de la Commission prévue aux articles L 114-17-1 et L 162-1-15 du Code de la Sécurité Sociale - Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Côte d'Opale

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Reglement_interieur_commission_des_penalites.pdf

[61] La MSAP :

Code de sécurité sociale - Article L162-1-15 - I

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741329&dateTexte=29990101&categorieLien=cid>

[62] La MSO :

Code de sécurité sociale - Article L162-1-15 - II

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741329&dateTexte=29990101&categorieLien=cid>

[63] Recours au tribunal administratif :

Loi n° 71-525 du 3 juillet 1971

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=52C6437D841FE1466F53A6B451B16303.tplgfr21s_1?idArticle=LEGIARTI000006755912&cidTexte=LEGITEXT000006068404&dateTexte=19870730

[64] L'activité comparable :

Code de sécurité sociale - Article L162-1-15

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741329&dateTexte=29990101&categorieLien=cid>

[65] Densité des médecins généralistes au premier janvier 2018 :

Dr BOUET Patrick - Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales - Situation au premier janvier 2018 – Page 191

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf

[66] Témoignage d'un médecin :

SEZNEC Jean-Christophe et ROHANT Stéphanie - Médecine en danger - Edition Broché - 22 septembre 2016 - Chapitre 6

RESUME

INTRODUCTION : la très grande majorité des médecins généralistes français ont un exercice libéral conventionné. La signature de la convention médicale est presque une obligation si ces praticiens souhaitent prodiguer leurs soins à l'ensemble de la population et assurer leur survie professionnelle. Cependant les médecins s'engagent-ils en connaissance de cause ? Sont-ils informés de ce qu'ils encourent s'ils dévient ou s'ils ignorent certaines règles ? L'objectif de ce travail est d'étudier les connaissances des médecins généralistes français vis-à-vis des procédures et sanctions applicables à leur rencontre par l'Assurance Maladie. **METHODE** : selon une étude transversale descriptive qualitative, par le biais d'un questionnaire permettant de s'appuyer sur une composante quantitative, nous avons pu mettre en évidence les connaissances des médecins généralistes français sur le sujet. Nous avons enrichi nos données à l'aide de témoignages de médecins ayant endurés une procédure de l'Assurance Maladie. **RESULTATS** : ce travail de recherche a permis de démontrer que peu de médecins libéraux sont suffisamment renseignés sur les règles imposées par la convention médicale et sur les risques auxquels ils s'exposent en cas de dérapage ou de méconnaissance. Les médecins généralistes ont certaines notions générales concernant surtout les arrêts de travail et les prescriptions de transports sanitaires. Certains profils de médecins semblent être plus avertis que d'autres ce que nous mettons en évidence dans ce document. **DISCUSSION** : les médecins généralistes français ont peu de connaissances sur le sujet en raison d'un manque d'intérêt pour la convention médicale qui énumère des règles complexes dont la lecture est chronophage. Notre étude a cependant pointé du doigt certaines limites rencontrées dans ces textes, qui régissent les relations entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé, qui pourraient être améliorées dans un souci d'impartialité entre les deux parties. Les médecins, mal informés, ont quant à eux, des pratiques pouvant les exposer à une instance administrative. L'évolution des réglementations au cours de ces dernières années pose également question de l'avenir de la profession libérale. **MOTS CLES** : Assurance Maladie, Sécurité sociale, convention médicale, médecins généralistes français, procédures, sanctions.