

HISTOIRE du SYNDICALISME et de la PROTECTION SOCIALE EN FRANCE

L'histoire du syndicat des pédiatres est intimement liée à celle de la pédiatrie, du syndicalisme et de la protection sociale.

Sur le plan social, dès l'Antiquité on a retrouvé le concept de la Sécurité Sociale: la Grèce antique a connu la Société de Secours Mutuels ; Rome, la Société Mutuelle. Dans le moyen âge et la renaissance, la protection sociale de l'individu reposait sur la notion d'assistance. Celle-ci s'exerçait au sein des corporations, compagnonnage, collectivités religieuses et de la famille. Tout reposait sur « la charité ». Seuls les cas les plus extrêmes en bénéficiaient : il s'agissait des orphelins, indigents et personnes isolées. Le pouvoir royal, pour des raisons économiques, crée les premiers systèmes de retraite en faveur des marins, des militaires et des mineurs. Saint-Louis crée les Quinze-Vingts pour ceux qui sont revenus aveugles des Croisades. Louis XIV crée les Invalides en 1670. Colbert crée le système des demi-soldes, en 1673, pour améliorer le recrutement des marins. Fin 18^e siècle, la médecine est organisée et enseignée.

La Révolution Française a mis bas à ces prémices ; en effet, le 10 janvier 1790, l'abbé Grégoire incite la Constituante à décréter « **qu'il ne sera plus nécessaire de justifier des moindres études pour exercer l'acte de guérir** ». La loi du 18 août 1790 a abrogé toutes les corporations enseignantes, supprimé faculté de médecine et enseignement médical, prévu la disparition des médecins. **La Loi Le Chapelier, du 17 juin 1791**, a prononcé "l'anéantissement de toutes les espèces de corporations des citoyens du même état et professions". En **interdisant les coalitions et les rassemblements professionnels**, cette loi a laissé l'individu encore plus isolé face à la misère. Les guerres révolutionnaires ont fait de nombreux blessés et des malades qui avaient besoin de praticiens compétents. La Constituante rétablit par décret du 4 décembre 1794 l'enseignement de la médecine à Paris, Strasbourg et Montpellier pour former des docteurs en médecine et surtout **des officiers de santé dirigés vers les armées après une formation courte**. "Leur science principale devra consister à reconnaître les cas où ils ne doivent pas agir" dira Michel Augustin Thouret, premier directeur-doyen de l'École-Faculté de médecine de Paris.

Début du 19^{ème} siècle, la loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI) réorganise l'exercice de la médecine et « sauvegarde les situations acquises par les officiers de santé en exercice ». Elle **créé deux classes de médecins**, les officiers de santé, destinés aux soins les plus simples dans les campagnes où habite la majorité de la population, **et les docteurs en médecine** destinés aux gens plus aisés, aux élites dans les villes. Ces derniers se verront ainsi concurrencés, d'une part par les pratiques illégales de la médecine : les charlatans, d'autre part par les **officiers de santé** issus des guerres et de l'urgence qui exerceront durant presque un siècle.

L'industrialisation voit le développement du prolétariat et on voit apparaître le développement des risques sociaux : accidents, chômage, licenciements. Les premières Sociétés de Secours Mutuels et les Mutuelles Ouvrières sont créées par le prolétariat qui s'organise par grandes branches d'activité : mines, chemins de fer... Ces Organismes Mutualistes prélèvent des cotisations sur leurs membres actifs et assurent le versement d'indemnités aux nécessiteux en cas de maladie, chômage, grève. Une partie du patronat était favorable à ces mesures à caractère social. En effet, face à une main d'œuvre rurale et instable, il va, dans son propre

intérêt, chercher à la stabiliser. C'est ainsi que les industriels des mines et des chemins de fer (Godin, Creusot, Schneider) ont institué des Caisses de Secours et des Régimes de retraite pour leurs salariés, mais aussi des dispensaires, des hôpitaux, des crèches, des écoles professionnelles, des logements et des jardins ouvriers. Certains employeurs ont même versé des compléments de salaires à leurs ouvriers chargés de famille. La pression de ces sociétés et mutuelles ouvrières devient de plus en plus forte amenant à la création de syndicats.

Le 21 mars 1884, la loi Waldeck-Rousseau autorise la création de syndicats en France. Elle vise tous les groupements professionnels « exerçant la même profession, des métiers similaires, ou des professions connexes » et non les seuls syndicats de salariés.

Le sénateur Antoine-Daniel Chevandier, médecin diplômé en 1846 à Montpellier veut combattre l'exercice illégal de la médecine et assurer la même qualité de soins dans les villes et dans les campagnes. La République ne peut plus accepter une médecine duale opposant des officiers de santé et des médecins. **Le 30 novembre 1892, la loi « Chevandier »** réforme la loi du 19 ventôse an XI et fixe des dispositions encore valables ce jour : monopole d'exercice de la médecine pour les médecins, enregistrement à la Préfecture, pénalités pour exercice illégal, déclaration des maladies épidémiques et surtout droit de se syndiquer. On y lit à l'article premier : "Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine...", et à l'article 13 « **l'autorisation à se constituer en associations syndicales** » pour la défense professionnelle.

Le syndicalisme médical français débute son histoire le 18 novembre 1893 avec la création de **l'USMF Union des Syndicats Médicaux de France**, elle regroupe plus de 122 syndicats départementaux dont le plus important est le Syndicat des médecins de la Seine (SMS).

Durant cette période on voit le **début de la socialisation de la médecine** avec la loi de 1893 qui met en place l'assistance médicale gratuite pour certaines populations, puis la loi sur la retraite des mineurs en 1894 et celle sur les accidents de travail de 1898 rendant responsable les patrons avec droit à indemnisation des victimes et création d'assurances patronales pour gérer le risque.

Pour la première fois on parle de tarifs médicaux avec la tarification dit du Dr Jeanne 1897 qui fixe quatre critères : notoriété, difficulté, exigence, fortune. En cette fin de siècle, il y a 16 000 médecins.

La loi des pensions du 2 avril 1919 **introduit le tiers payant** en offrant la gratuité des soins à tous ceux qui bénéficient d'une pension pour blessure ou maladie, les tarifs des soins étant établis par décret de l'administration, pris après entente avec les représentants des organisations et des syndicats professionnels autorisés, **c'est le début de la négociation tarifaire**. En 1921 sont instituées les commissions départementales chargées de contrôler l'inscription sur les listes et le libre choix. **Il faut être syndiqué pour bénéficier des tarifs négociés.**

Progressivement la représentativité de l'USMF baisse, les querelles internes et l'échec de la grève de 1927 à laquelle l'USMF a appelé vont créer une scission au sein de l'union qui se recomposera le 30 novembre 1927 sous le vocable de Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). **L'assemblée générale constitutive de la CSMF a lieu le 6 décembre 1928** à Paris. Le premier président sera Paul Cibrié, ancien secrétaire général de l'USMF et ex président du syndicat départemental des Médecins de la Seine (SMS). Il y a en France, à cette époque, 25 000 médecins, soit un médecin pour 1 600 individus ; **80% des médecins français sont alors syndiqués.**

La charte médicale élaborée en 1927 régit encore actuellement toute négociation concernant la médecine libérale en France. Le 27 juillet 1930, l'assemblée générale de la CSMF vote, par 13 001 voix contre 1 668, « la collaboration du corps médical organisé aux fonctionnements des assurances sociales ». **La charte médicale**, élaborée dès 1927 est approuvée, elle s'articule autour de sept points :

- le libre choix du médecin par le malade
- le droit à des honoraires pour tout malade soigné ;
- le paiement direct après entente directe sur les soins et les honoraires;
- la liberté thérapeutique, liberté de prescription ;
- le respect absolu du secret professionnel ;
- le contrôle des malades par les caisses ;
- le contrôle des médecins par les syndicats.

Cette charte est fondatrice de l'unité du corps médical et va constituer le cheval de bataille du syndicalisme médical **jusqu'à aujourd'hui**.

Les premières lois fortes sur l'assurance sociale sont : les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 qui **mettent en place une assurance pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès** pour les salariés titulaires d'un contrat de travail et la loi du 30 avril 1928 un régime spécial pour les agriculteurs.

La loi du 11 mars 1932 prévoit des **allocations couvrant les charges familiales** financées par des versements patronaux. Ainsi, à la veille de la Deuxième Guerre mondiale, la France a instauré les textes d'un système de protection sociale complet, mais trop fragile pour une application large. Le Décret-Loi du 29 juillet 1939 a étendu le bénéfice des Allocations Familiales à l'ensemble de la population active, salariée ou non, de même qu'aux personnes en inactivité forcée pour cause de maladie ou de chômage.

La fondation de la sécurité sociale en 1945. Au lendemain de la 2ème Guerre Mondiale, le préambule de la Constitution de la IVème République affirme, pour la première fois, au côté des Droits de l'Homme et du Citoyen, **le droit à la Sécurité Sociale**.

Les textes fondateurs de la Sécurité Sociale sont publiés **les 3 et 19 octobre 1945**. L'ordonnance du 3 octobre crée les Caisses qui regroupent les salariés de l'industrie et du commerce. Les trois principes fondamentaux de cette Ordonnance sont : la **généralisation progressive de la Sécurité Sociale à l'ensemble de la population**, celle-ci étant financée par une double cotisation à la charge des employeurs et des salariés ; **l'unité des Institutions** et **l'universalité des risques**, un régime unique doit être mis en place et des Caisses à compétence générale sont chargées d'appliquer les législations sociales ; **la démocratie sociale**, les Organismes de Sécurité Sociale étant des Organismes de droit privé dotés d'une autonomie de gestion et gérés par des Conseils d'Administration composés de représentants de salariés et d'employeurs. En contrepartie de l'autonomie accordée, l'Etat exerce une tutelle légitimant ainsi la mission de service public remplie par les Caisses. L'ordonnance du 19 octobre organise les rapports avec la médecine libérale. Elle prévoit que les tarifs des actes médicaux seront négociés dans le cadre de **conventions départementales conclues entre les caisses régionales et les syndicats départementaux**. Ces conventions deviendraient applicables après accord d'une commission tripartite nationale.

Le 27 octobre 1946 : Le Préambule de la Constitution de la IVème République reconnaît le **droit de tous à « la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs**. Tout être humain qui se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

Guy mollet, en 1956, instaure le remboursement sur la base du tarif d'autorité pour ceux qui n'adhèrent pas à la convention. Il s'applique encore de nos jours

Dans les départements qui s'inscrivent dans ce système, le gouvernement de Guy Mollet propose en 1956 que les assurés sociaux soient remboursés à 80% **des tarifs opposables**, tandis que, dans les autres, ils sont remboursés sur la base de **tarifs d'autorité**. Il veut aussi créer des dispensaires dans les départements dépourvus de convention. En 1950, les avatars conventionnels avaient amené 50 départements à la signature, en 1960, 60 ont signé, ce n'est pas la panacée! Le « décret Bacon » du 12 mai 1960 prévoit **l'adhésion individuelle à la convention** dans les départements non conventionnés et le droit au dépassement pour certains médecins autorisés. **La CSMF**, présidée par le Dr Monier, confrontée à la multiplication des adhésions individuelles et les risques encourus par chaque praticien d'une telle adhésion, signe **en juillet 1960** un accord avec la Fédération nationale des organismes de sécurité sociale **et entre dans le système conventionnel** pour « le faire évoluer de l'intérieur ». Une partie des adhérents de la CSMF manifeste son désaccord avec cette signature en formant, en 1961, l'Union nationale des syndicats de France avec certains syndicats départementaux non signataires (notamment Rhône et Seine). **En 1968**, cette union prend le nom **de FMF Fédération des médecins de France**.

Les lois du **21 janvier 1961** et du **12 juillet 1966** mettent en place respectivement le régime autonome d'assurance maladie-maternité-invalidité obligatoire des exploitants agricoles et pour les non-salariés non agricoles (professions indépendantes).

En 1963 on découvre le trou de la sécu. Le gouvernement de Georges Pompidou, inquiet de l'évolution des charges d'assurance maladie, installe une commission chargée de trouver des solutions. Pour rassurer le corps médical, il porte l'un des siens, le Dr Canivet, à la tête de cette mission qui prélude aux Ordonnances de 1967. C'est le début du feuilleton du « trou de la Sécu ».

Les **ordonnances Jeanneney de 1967** assurent la séparation financière des risques dans 3 branches distinctes, santé, vieillesse, famille, grâce à la **création de trois caisses nationales**, la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), et la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF). La gestion de la trésorerie des trois branches étant confiée à l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS).

En 1969 les accords de Grenelle ont revalorisé les salaires mais **le tarif de la consultation reste inchangé à 13 Francs**. (Ce qui représente 14.6 € en 2017 en pouvoir d'achat) « C'est peu ou prou le tarif du coiffeur de banlieue » dira la CSMF qui déclenche les hostilités en fixant un « tarif syndical ». Le « rapport Flamme » qui propose de substituer le paiement à l'acte à la capitation, sorte de rémunération au forfait, calme le jeu et fait comprendre aux médecins qu'il est temps de contracter avec la caisse.

Finalement de 1960 à 1971, cette ébauche de *système* conventionnel aura quand même bien fonctionné puisqu'en 1970 ; 80% des médecins libéraux sont conventionnés, soit à titre collectif, soit à titre individuel.

La loi du 3 juillet 1971 instaure le **principe d'une convention nationale avec la signature** d'une ou plusieurs des **organisations syndicales représentatives**. (C'est à-dire qu'une seule signature suffit). Ces conventions nationales sont renouvelées tous les quatre ans avec la possibilité d'avenants annuels.

Le 28 octobre 1971, s'en est fini des conventions départementales, le spectre des adhésions individuelles disparaît, la protection sociale renonce à créer des centres de soins en concurrence avec le système libéral. **La première convention nationale, unique, est signée par Jacques Mo-**

nier président de la CSMF. Elle lie de façon automatique tous les médecins à la convention, à l'exception de ceux qui manifestent individuellement leurs refus. La profession médicale a gagné le financement d'une partie de ses propres cotisations sociales par les caisses un avantage-retraite inédit : ASV l'Allocation Supplémentaire de Vieillesse. Elle introduit le TSAP, « **Tableaux Statistiques d'Activité des Praticiens** » qui est un outil statistique qu'on nous envoie tous les ans. Elle engage les partenaires conventionnels à revoir la nomenclature des actes servant à l'établissement des tarifs médicaux conventionnels. Elle crée un secteur particulier à droit à dépassement permanent DP remboursé, pour certains médecins conventionnés (titres, professeurs, etc.) Cette convention est annulée par le CE le 19/02/75 une convention nationale transitoire est approuvée le 13 juin 1975 (arrêté du 02 août 1975).

La loi du 4 juillet 1975 généralise à toute la population active l'**assurance vieillesse obligatoire**.

La deuxième convention nationale est signée le 03 février 1976 par la FMF et le 22 mars par la CSMF (arrêté du 30 mars 1976). Elle instaure la dispense d'avance de frais étendue aux actes coûteux effectués au cours d'une hospitalisation dans un établissement privé. Les organes de concertation auront un rôle économique avec la nécessité d'étudier les incidences de coût pour l'assurance maladie sur le système de soins.

Au 1er janvier 1978 : Tous les résidents sur le territoire français bénéficient des mêmes prestations familiales, **la branche famille du régime général est universelle** et concerne l'ensemble de la population (Loi du 12 juillet 1977).

En 1978 : L'enveloppe globale entre en scène... et met le feu aux poudres

Raymond Barre, Premier Ministre, à la tribune du 50ème anniversaire de la CSMF le 7 décembre 1978 déclare : « Si on souhaite rémunérer correctement chaque acte, il faut vite **atteindre une maîtrise des actes et du volume de prescription** ». L'enveloppe globale vient d'être « inventée ». On en parle toujours ...

En mai 1980 les médecins CSMF Manifestant à Paris contre la dite-enveloppe globale, ils sont 5000 au départ de la Domus Medica et se font matraquer sur le Pont Alexandre III.

La troisième convention nationale est signée le 29 mai 1980 par la FMF (arrêté du 5 juin 1980) sous la présidence de Valéry Giscard d'Estaing, Raymond Barre étant premier ministre, Elle comporte **un secteur à honoraires libres** et est destinée initialement à faire revenir dans le bercail, les nombreux médecins hors convention (ce qui fut réalisé) Les honoraires libres n'ont cessé de prendre de l'ampleur, parallèlement à la montée en charge de l'impératif de maîtrise des comptes par l'assurance maladie, dont les déficits structurels continuaient à croître. Avec les honoraires libres, naît l'enveloppe globale.

Cette convention règlemente la nomenclature et **met en place les secteurs d'exercice:**

Secteur 1 dans lequel les médecins s'engagent à respecter les tarifs conventionnels

Secteur 2 dans lequel les médecins peuvent fixer librement leurs honoraires. En contrepartie de leur liberté tarifaire, les médecins de secteur 2 renoncent aux avantages sociaux Elle met en place des instances locales conventionnelles chargées de la maîtrise des dépenses: objectifs de maîtrise sur les honoraires et prescriptions et définit le rôle du service médical (bon usage des soins).

Le 10 mai 1981, François Mitterrand est élu 21^e président de la république. Dans ses "110 propositions pour le changement", figure la **construction de centres de santé partout en France, et la suppression de l'Ordre des médecins.**

Au printemps 1982, 50 000 personnes manifestent dans les rues de Paris contre les projets de « centres de santé intégrés » proposés par le nouveau gouvernement de gauche.

De 1981 à 1985, le paysage du syndicalisme médical français libéral va éclater, de nouveaux syndicats appelés à négocier avec les caisses nationales vont se créer.

La convention à double secteur générera, **fin 1981, l'émergence du SML Syndicat des médecins libéraux** (reconnu représentatif en 1994 des 2002 des généralistes), construit pour défendre les intérêts spécifiques des praticiens libéraux de secteur 2 et spécialistes et en qui va se poser comme un concurrent de la FMF

D'intenses mouvements se mettront en place autour de la médecine générale, qui se cherche une représentation hors des centrales pluri catégorielles. Le Dr Nicole Renaud, lance le **MAG** Mouvement d'action des généralistes (après le congrès de médecine rurale de Rodez, l'appel des 10, le schisme avec la CSMF...). **En 1984, l'UNOF (Union nationale des omnipraticiens français) est créé** au sein de la CSMF, dont la présidente sera le Dr Antoinette Vienet (qui ensuite, rejoindra MG France).

Début 1985, se fonde le syndicat MG France, qui est, à la base, constitué d'un regroupement de membres du Syndicat de la médecine générale (créé en 1975 et transformé en 1979 en Union des syndicats médicaux), du Comité Vigilance et Action de la CSMF (créé en 1981 en réaction à la création du secteur 2) et du Mouvement d'action des généralistes. Il se donne la mission d'offrir toutes ses lettres de noblesse à la spécialité, en commençant par l'enseignement et la recherche. MG France sera reconnu représentatif en 1989 par Claude Evin, ministre des Affaires sociales.

Les spécialistes se sentant à l'étroit vont créer **en 1985 l'UMeSpe : Union des médecins spécialistes au sein de la CSMF.**

La quatrième convention nationale 1985- 1989 est signée par la CSMF (J. Beaupère) et MG France. Elle abandonne le principe de l'enveloppe globale et crée le concept de **maîtrise médicalisée** fondée sur les pratiques individuelles, renforce le **bon usage des soins** et met en place la **FMC**.

La cinquième convention nationale (1990-1992) est signée le 9 mars 1990 **par la FMF**. Elle gèle l'accès au secteur 2, sauf pour les anciens chefs de clinique qui se sont installés après le 01/12/1989. **Enfin la FMF aura créé puis gelé l'accès au secteur 2.**

Elle crée la « CALD » à 23 € puis 26 € en 2003 : consultation approfondie annuelle chez le généraliste pour les patients en ADL (avenant 8) et instaure le principe du « contrat santé » : système d'abonnement des assurés auprès du généraliste avec système de tiers payant (avenant 1 jamais mis en œuvre)

Le 10 juillet 1992 : la convention de mars 1990 est annulée par le Conseil d'Etat (règles de signature et d'agrément par le Ministre non respectées)

La loi du 29 décembre 1990 crée la Contribution sociale généralisée (CSG) dont le prélèvement est assis sur tous les revenus du capital et du travail.

En 1991, le conflit couve lorsque **Claude Evin**, ministre de la santé, impose un accord au syndicat des biologistes et introduit **pour la première fois une enveloppe globale avec tiers**

payant et variation de la rémunération des professionnels selon les résultats de la maîtrise. A cela se rajoute, « L'option conventionnelle de continuité de soins » demandée par MG France, prévoyant un abonnement de 1 an auprès du MG qui accepte le 1/3 payant qui ravive la crise. Le 11 juin 1991, 150 000 professionnels de santé sont dans les rues de Paris.

En 1992 est créé l'UCCSF (Union Collégiale des Chirurgiens et Spécialistes Français)

Le 14 octobre 1992 le Dr Beaupère (CSMF) signe la convention sous condition que la régulation des dépenses se fassent sur des objectifs nationaux déclinés sur le plan local et impliquant une sanction individuelle et collective des médecins. Il est désapprouvé par les syndiqués de la CSMF et doit démissionner. Claude Maffioli est élu président de la CSMF.

La loi dite « loi Teulade » du 4 janvier 1993 met en place les bases d'un dispositif de **maîtrise de l'évolution des dépenses de santé** avec fixation des objectifs prévisionnels annuels ou objectifs quantifiés nationaux avec sanction si non-respect et mise en œuvre de contrats locaux de maîtrise des dépenses, dans chaque circonscription de caisse. Elle instaure le codage des actes médicaux, des prescriptions et des pathologies et met en place la notion de « dossier médical ». Elle met en application les **Références médicales nationales opposables à chaque médecin**. Enfin, elle **créé les unions professionnelles (URML)** devant contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.

La sixième convention médicale est signée le 21 octobre 1993 par la CSMF (J Beaupère) et le SML (Arrêté du 25 novembre 1993) elle met en application la loi Teulade.

1995 : Le plan Juppé restaure la maîtrise comptable... et déclenche la colère des médecins Alain Juppé, premier ministre de Jacques Chirac pourtant « allié » du corps médical enterre la maîtrise médicalisée et, par voie d'ordonnance, **édicte les nouveaux principes de la maîtrise comptable** : vote d'un ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) par le Parlement et reversements autoritaires en cas de dépassements. La période de glaciation avec le corps médical durera 10 ans.

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

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

L'ordonnance du 24 janvier 1996 crée la contribution au remboursement de la dette sociale (**CRDS**) dont le produit est destiné à la caisse d'amortissement de la dette sociale (**CADES**) qui gère la gestion des déficits des régimes de Sécurité sociale.

La loi du 22 février 1996 réformant la constitution de la Ve République met à jour une nouvelle catégorie de loi, celle de **financement de la Sécurité sociale (LFSS)** afin d'associer la représentation nationale à la détermination de l'équilibre financier de la Sécurité sociale. La **loi organique du 22 juillet 1996** en précisera le contenu : prévision des recettes, des objectifs de dépenses par branche et de **l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM)**.

Le septième acte à lieu le 12 mars 1997 (2 Arrêtés du 28 mars 1997) : **adoption de 2 conventions distinctes** (généraliste/spécialiste), c'est **l'officialisation de la filière de soins** par le travers d'une option conventionnelle pour assurer la coordination des soins concrétisé le 02

juillet 1997 par l'avenant n°1 à la convention des généralistes qui met en place **le médecin référent**.

On définit les **recommandations et des références professionnelles** avec des sanctions applicables en cas de non-respect par les médecins On met en place des mécanismes d'adaptation par zone géographique de l'objectif prévisionnel des dépenses en fonction de plusieurs critères et on détaille les mécanismes de sanctions prévues en cas de non-respect de l'objectif des dépenses (versements collectifs) Pour la première fois on voit des baisses tarifaires pour 8 spécialités.

Ces conventions sont **annulées par le conseil d'Etat le 24 juin 1998** : annulation de la convention des spécialistes, le 3 juillet 1998 : annulation de la convention des généralistes.

Un règlement conventionnel est applicable aux médecins de juillet 1998 (arrêté du 10 juillet 1998) à décembre 1998

Mise en place de la **carte vitale en 1997**

La huitième convention n'est que pour les médecins généralistes signée par MG France (arrêté du 4 décembre 1998) elle met en place le **Médecin référent**, la Maîtrise médicalisée des dépenses et oblige à la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge.

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

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

La loi du 28 juillet 1999 instaure la couverture maladie universelle, soit la protection sur le seul critère de la résidence et la couverture complémentaire pour les plus démunis.

En juillet 2000 une baisse autoritaire des tarifs est annoncée pour certaines spécialités. En réponse **l'UMEPSE décore la tour Eiffel**.

Le 23 janvier 2001 réunion d'un grenelle de la santé avec E Guigou

Enfin entre 1998 et 2005 il n'y aura pas d'accord pour les spécialistes, ils seront soumis au **règlement conventionnel minimal**. Le seul petit avantage qu'ils obtiennent en **Septembre 2003 est une MPC** : majoration provisoire conventionnelle de 2 €.

Les généralistes s'engagent durant l'hiver 2001 dans le plus vaste mouvement de grève des gardes jamais organisé ; son ampleur impressionne En mars 2002, Michel Chassang succède à Claude Maffioli, à la présidence de la CSMF et négocie dans la foulée la consultation du médecin de famille à 20 €, la visite à 30 €.

Les pédiatres excédés, menés par leur nouveau président Dr Francis Rubel organisent une journée sans pédiatres, le lendemain de l'élection du président Chirac. Ils seront entendus, le 21 juin 2002 ils **obtiennent le FPE, majoration de 5€ pour les consultations de 0 à 2 ans** (soit 50% de leur activité). Ils signent un AcBUS accord de bonnes pratiques et de bon usage des soins et mettent en place le dépistage par strepto-test dans les cabinets de pédiatrie qui sera ensuite étendu à la médecine générale.

En 2002, La loi Kouchner relative au droit des malades est votée. **Elle instaure l'ONIAM**, l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, et fédère les associations de malades qui auront dorénavant voie au chapitre dans les instances officielles.

La loi de 2004, portant réforme de l'assurance maladie et du système de santé change radicalement la gouvernance de la CNAM, dont le directeur est désormais seul maître à bord face à son conseil constitué de représentants syndicaux et de personnes qualifiées. Elle met en place l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire, le Dossier médical partagé (DMP) et crée le concept de maîtrise médicalisée. Elle **instaure le parcours de soins pour les patients âgés de plus de 16 ans, identifiant le médecin traitant** et le médecin spécialiste correspondant. Elle responsabilise les assurés sociaux par la création du forfait d'un euro et met en place le DMP dossier médical personnel. **Grâce à l'action du SNPF le patient de moins de 16 ans reste hors parcours** ce qui permet le libre accès au pédiatre pour toutes les consultations sans pénalités financières.

Les spécialistes entrent à leur tour en contestation, revendiquant un « espace de liberté tarifaire » qui leur est contesté par la Caisse. Dans la nouvelle gouvernance des caisses Jean-Marie Spaeth perd sa présidence et son rôle d'interlocuteur des médecins au profit de Frédéric Van Roekeghem, nouveau directeur de la CNAMTS.

La 9^e convention est signée le 12 janvier 2005 par la CSMF et Alliance puis le SML (arrêté du 3 février 2005). C'est le Retour à une **Convention unique**, rendant cohérente la coordination entre tous les médecins : généralistes et spécialistes Elle met en place le **parcours de soins** : reconnaissance institutionnelle et financière **du généraliste comme médecin traitant** chargé de la coordination des soins et du suivi médical en liaison avec les médecins spécialistes.

L'expertise du médecin spécialiste est reconnue : en tant que consultant avec **la possibilité de coter C2 étendue aux titulaires d'un CES**, alors qu'elle était antérieurement limitée aux anciens internes de CHU. En tant que correspondant en liaison avec le médecin traitant par la création de la **majoration pour coordination des soins : MCS = 2 €** cumulable avec la MPC qui passe de 2 à 3 € au 1^{er} janvier 2006. L'ophtalmologie et la gynécologie gardent la possibilité d'un accès direct pour certains actes spécifiques.

L'accès direct au pédiatre est maintenu, mais les textes de la convention ne sont pas explicites pour les pédiatres. Après plusieurs interventions du SNPF **l'avenant 1 de la convention du 11 mars 2005** (arrêté du 26 mai 2005) apporte des précisions et met en place la **majoration MNP de 2€** cumulable avec le FPE amenant la consultation de 0- 2 ans à 30€ (23 +5 +2) et la majoration **MPJ de 4 €** (à la place du MPC des autres spécialités) pour la consultation de l'enfant de 2 à 6 ans qui passe à 27 €.

L'honoraire du médecin secteur 1 peut faire l'objet d'un **dépassement encadré : le DA : dépassement autorisé**. En pédiatrie celui-ci sera utilisé pour les patients de plus de 16 ans. La CS est arrondie à 23 €.

Elle **met en place la CCAM technique** et instaure un début de hiérarchisation des consultations. Les tarifs de la CCAM sont approuvés dans l'avenant 7 de la convention (Arrêté 16 août 2005)

Elle instaure l'ordonnancier ALD Bizone, demande des engagements forts de maîtrise médicalisée et d'accords de bon usage de soins (AcBUS)

Elle indemnise la PDS, fondée sur une organisation plus rationnelle : la régulation est à 3 C de l'heure (63 €/heure), l'astreinte de garde de 50 € entre 20 h et 24 h, 100 € entre 0 h et 8 h et

150 € pour 12 heures les dimanches et jours fériés pour la période de 8h à 20h. De plus elle met en place des majorations spécifiques pour les actes régulés. Enfin, elle crée une indemnisation des médecins pour perte de ressources dans le cadre de la Formation Professionnelle Conventionnelle.

Elle fixe les missions des commissions paritaires : CPN, CPR, CPL

La CCAM clinique devrait se mettre en place : « les parties reprennent les termes de l'accord du 10 janvier 2003 et s'entendent pour engager le processus d'entrée en vigueur avant la fin de l'année 2006 » Hélas, nous attendons toujours !

Après de nombreuses actions, les pédiatres obtiennent enfin le 22 avril 2005 la **majoration d'astreinte MA** de 150 € à l'article 9 de l'avenant 4 (arrêté du 26 mai 2005). Mais les mesures d'application sont floues, il n'y a pas de possibilité de cotation de la MA s'il n'y a pas de naissance durant la nuit d'astreinte. La menace de grève organisée par le SNPF amène aux précisions apportées dans l'article 4 de **l'avenant 9 du 17 janvier 2006** « « Quand un pédiatre est appelé la nuit à intervenir à la suite d'un accouchement ayant eu lieu au cours de cette nuit, il pourra bénéficier du montant de cette majoration, même si cette intervention se situe au cours de la matinée suivante. » la MA des pédiatres peut être perçue le lendemain de l'astreinte et facturée sur la première naissance qui suit la nuit d'astreinte.

Le 31 mars 2006 la négociation du SNPF aboutie, **l'avenant 12 valorise de 1 € les actes de l'enfant de moins de 6 ans, la MNP passe à 3€ la MPJ passe à 5 €** au 31 mars 2006. Ainsi la CS de 0- 2ans passe à 31 € celle du 2-16 ans passe à 28 €. L'acte ponctuel de consultant **(C2) passe de 40 à 42 euros** au 1^{er} août 2006 (avec la Hausse du C de 20 à 21 euros).

1er trimestre 2006 : Mise en place du Régime Social des Indépendants RSI, (ordonnance du 31 mars 2005) regroupant les régimes d'assurance maladie des professions libérales, des industriels, des artisans et des commerçants ainsi que les régimes d'assurance vieillesse des industriels, des artisans et des commerçants.

L'arrêté du 2 mai 2007 portant approbation de l'avenant n° 23 signé le 29 mars 2007 renforce les missions du **médecin traitant** dans le champ de la prévention et la dynamique engagée en matière de **maîtrise médicalisée** sur les thèmes retenus en 2006 et en 2007 en s'orientant vers la déclinaison et le retour d'information individuel auprès de chaque médecin au regard des objectifs collectifs. Il revalorise la médecine générale en deux temps. Il consolide le rôle du **médecin consultant** dans le cadre du parcours de soins coordonnés et crée des **majorations** pour certains médecins spécialistes dont la **MAS pour les pédiatres**, Majoration Annuelle de Synthèse réalisée par le pédiatre chez un enfant de moins de 16 ans bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ou plusieurs affections de longue durée. Enfin il met en œuvre la deuxième étape de la **C.C.A.M.** technique.

Le 3 mai 2007 Roselyne Bachelot prend un arrêté qui oblige à utiliser les tarifs de médecine générale pour les consultations externes pédiatriques dans nos hôpitaux.

Le 30 novembre 2007 R.Bachelot ouvre les **Etats généraux de la santé (EGOS)**, le SNPF demande d'augmenter la démographie des pédiatres et de revaloriser la profession.

L'avenant 27 du 21 décembre 2007 fixe les modalités et étend les plages horaires d'organisation de la permanence des soins en ambulatoire étendue samedis à partir de midi (100€), aux lundis ouvrés lorsqu'ils précèdent un jour férié, ainsi qu'aux vendredis et aux samedis lorsqu'ils suivent un jour férié (150€). Il ne s'applique qu'aux médecins inscrits au tableau de garde et privilégie la régulation libérale des appels (3C de l'heure).

En 2009, La Loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST), de Roselyne Bachelot, crée les ARS, intronise la **médecine de proximité** et **établit les maisons de santé** pour lutter contre la désertification médicale et tenter de rediriger les jeunes vers la médecine générale, délaissée. La loi Bachelot **met également en place le Développement personnel continu (DPC)**, les **URPS (Unions régionales des professions de santé)**, confie la permanence des soins aux ARS et instaure les **élections professionnelles en trois collèges** (médecins généralistes, spécialistes à plateaux techniques et autres spécialistes). Ses aspects les plus rejetés par la profession qui crie à l'étatisation du système de santé seront corrigés par **la loi Fourcade**. Le C reste bloqué. En avril 2010, un mouvement tarifaire se met en place.

Le Règlement arbitral du 3 mai 2010 (Arrêté du 3 mai 2010) applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale, reconduit la convention de 2005, augmente le tarif de la consultation des médecins généralistes portée à 23 euros au 1er janvier 2011 et prévoit une incitation financière à la télétransmission et à l'utilisation des services en ligne. Il développe le tiers payant social pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé et fixe des objectifs de maîtrise médicalisée pour 2010.

Le 9 novembre 2010, la loi portant réforme des retraites prévoit le recul progressif de l'âge légal de départ à la retraite de 60 à 62 ans, la prise en compte de la pénibilité, un dispositif « carrières longues », l'amélioration des règles de calcul des retraites des femmes, la lutte contre les inégalités de salaire entre hommes et femmes, une meilleure protection des plus fragiles, le rapprochement des règles entre fonction publique et secteur privé.

La 9^e convention sera dénoncée par la CSMF et le SML en 2011. Le C passe à 23 euros en janvier 2011.

La 10^e Convention médicale du 26 juillet 2011 par trois syndicats représentatifs (CSMF, MG France, SML) et l'assurance maladie pour 5 ans. (Arrêté du 22 septembre 2011)

Introduit la rémunération à la performance conditionnée par des indicateurs en créant **la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP, ex P4P)**, qui procurera une source de revenu forfaitaire supplémentaire aux médecins généralistes conditionnée par des indicateurs, parallèlement au paiement à l'acte qui reste majoritaire. Consolide le principe du parcours de soins coordonnés entre les professionnels de santé en valorisant le rôle du médecin traitant et celui du médecin correspondant. Poursuit les mesures d'aide à l'installation des médecins dans les zones sous-dotées (option démographie et option solidarité santé territoriale). Poursuit les politiques de maîtrise médicalisée des dépenses et de la politique de formation continues (FPC et DPC) et améliore des relations avec l'Assurance-Maladie par le développement des télé-services, la dématérialisation des procédures et la mise en place d'une aide financée à l'informatisation par le travers du P4P (suppression indemnisation à la FSE). Tenu du dossier médical informatisé (75 points) Logiciel d'aide à la prescription (50 points) Télétransmission (75 points) Affichage de l'organisation du cabinet (50 points) Elle prévoit des mesures tarifaires pour 2012

Elle sauve l'ASV qui est en faillite chronique au prix d'une substantielle augmentation des cotisations et d'une réduction des prestations.

Cette convention sauve le secteur 2 qui était lourdement menacé et vilipendé par la presse accusant les praticiens de dépassements tarifaires exorbitants Le secteur 2 est maintenu et l'on crée le secteur optionnel.

Une **proposition de loi Leroux, tente d'autoriser les réseaux de soins mutualistes** à contractualiser avec les médecins libéraux. Cela marquerait la fin du libre accès au médecin et obligerait les patients à consulter uniquement chez le médecin de leurs mutuelles. Les internes et les chefs de cliniques se mettent en grève dans les hôpitaux pour protester contre cette mesure suivis de milliers de médecins généralistes et spécialistes manifestent à l'hiver 2011-12 pour la rejeter. Cela ne sera pas voté.

L'arrêté du 21 mars 2012 Plafonne les dépassements pour chaque acte à 50 % de sa valeur pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation

Concernant la pédiatrie les **revendications du SNPF seront enfin entendues, le 26 mars 2012**, le MPE = 2 €, majoration pour enfant de 2 à 6 ans vient s'ajouter au MNP ramenant la CS de 2 à 6 ans à 31 €. Les **examens obligatoires** 8^{ème} jour, 9-10^{ème} mois, 24-25^{ème} mois sont majorés. Une Consultation spécifique pédiatre après la **sortie de maternité** (<28^{ème} jour) est créée, la majoration pour la cotation MBB sera de 7 €. Enfin on aura un **Assouplissement du C2 consultant pour les pédiatres avec la possibilité de coter une CS** de synthèse après bilan complémentaire.

L'arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale, signé le 25 octobre 2012, réforme le secteur 2 à honoraires libres en encadrant les dépassements d'honoraires et prévoit des sanctions pour les médecins en cas de dépassements excessifs. Il revalorise certains actes et crée un nouveau forfait médecin traitant.

Il crée le CAS : **contrat d'accès aux soins**, ouvert à toutes les spécialités de secteur 2 et secteur 1 titrés, qui offre une prise en charge partielle des cotisations sociales aux praticiens en honoraires libres qui acceptent de limiter drastiquement leurs dépassements et exercer en honoraires stricts sur une partie de la patientèle.

La décision du 25 septembre 2013 (JO 27 11 2013) permet à l'article 2, III, 3, b de faire un acte de consultant **C2 « tous les 4 mois »**

Les années 2014-15 sont marquées par le **conflit autour de la future loi de Santé**, qui instaure notamment le **tiers payant généralisé**. 150 000 personnes se retrouvent dans les rues de Paris le dimanche 15 mars 2015 pour lutter contre ce projet de loi, et organisent partout en France des Journées santé mortes, ou des actions d'éclat.

Les élections aux Unions professionnelles donnent un bonus aux syndicats les plus revendicatifs, CSMF et MG France mais voient la FMF et LE BLOC notamment, prendre plus d'importance.

2016. Le Conseil constitutionnel invalide partiellement le tiers payant généralisé.

La 11^e Convention médicale est signée le 26 août 2016 (Arrêté du 20 octobre 2016) est signée par la FMF, le bloc et MG France. Elle prévoit une :

- revalorisation du tarif de consultation du généraliste qui atteint 25 euros.
- revalorisation du tarif de consultation coordonnée (spécialiste) à 30 euros
- valorisation de l'acte de consultant qui passe à 50 € en deux temps

- incitation financière pour le spécialiste qui réalise une consultation dans « les 48 heures suivant l'adressage sans délais par le médecin traitant
- création de consultations mieux rémunérées pour les actes complexes et très complexes marquant le début d'une hiérarchisation des consultations
- création d'un forfait patientèle pour les médecins traitants
- création d'un forfait structure dont le but est d'inciter les médecins à mettre en place des nouveaux outils et organisation pour optimiser la gestion de leur cabinet
- remplacement du contrat d'accès aux soins par deux nouvelles options visant à limiter les dépassements d'honoraires
 1. Optam (option pratique tarifaire maîtrisée) pour les médecins de secteur 2
 2. Optam-co pour les chirurgiens et obstétriciens
- aide à l'installation dans les déserts médicaux : création d'un contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM)
- avantage maternité réservé aux seules femmes médecins exerçant en secteur 1 ou adhérent à l'OPTAM .
- mise en place du médecin traitant de l'enfant et de la ROSP de l'enfant.

La CSMF a refusé de la signer car trop éloignée du new deal qu'elle a proposée avec un C à 30 € pour tous, une hiérarchisation des actes à 4 niveaux, une juste revalorisation des spécialités cliniques qui souffrent de manque d'attractivité, le développement de la télé-médecine et de l'e-santé. Elle n'a pas accepté que l'avantage maternité soit uniquement réservé aux seules femmes médecins exerçant en secteur 1 ou adhérent à l'OPTAM, qu'il n'y ait pas de prise en charge des risques maladie et accident du travail des médecins, que dans cette convention ne prévoit aucun calendrier pour renégocier la valeur du C, que les actes techniques n'aient pas été revalorisés, que les rares actes complexes réservés à certains spécialistes de secteur 1 et dans de rares situations ne répondaient pas à la mise en place d'une CCAM clinique. Elle considère que le secteur 2 est, une fois de plus, diabolisé. Les praticiens exerçant en secteur 2 sont marginalisés et n'ont pas accès à la cotation des actes complexes, ni aux revalorisations : réservées aux secteurs 1 et OPTAM (qui reste «fermé »). Elle revendique un espace tarifaire plus libre pour tous et considère que cette convention ne répond pas aux enjeux majeurs de la médecine libérale.

Le SNPF représenté à l'assemblée générale de la CSMF du 23 juillet 2016 a, par la voix de son président, **voté contre cette convention** pour toutes ces raisons, considérant que la mise en place du parcours de soins chez l'enfant de moins de 16 ans fragilisait notre profession et que les propositions étaient insuffisantes pour revaloriser le métier de pédiatre, lui permettre de faire fonctionner son entreprise libérale et attirer les jeunes pédiatres vers l'exercice libéral.

Le syndicalisme ne s'improvise pas, Auguste Comte disait, « on ne connaît pas complètement une science tant qu'on n'en sait pas l'histoire ». On ne peut aborder une négociation sans connaître l'histoire de la médecine, de la protection sociale et du syndicalisme qui sont intimement liés. Telle a toujours été ma devise.

J'espère que ces quelques pages permettront aux futurs présidents des syndicats et à leurs mandants d'aborder au mieux les futures négociations.

L'histoire ne s'arrête pas là, d'autres prendront simplement le relais pour l'écrire.....

Dr Francis RUBEL
Président d'honneur du SNPF

