

## Les médecins : la crise du système conventionnel

### *Office-based physicians: crisis in the contractual system*

Chaudat P<sup>1</sup>

#### Résumé

Depuis quelques années, il fait nul doute que les houleuses négociations et l'échec de l'aboutissement d'un accord avec les médecins spécialistes pose aujourd'hui, plus que jamais, la question des relations entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats, et plus largement celle du système conventionnel.

Pourquoi de telles difficultés ? Un certain nombre de réponses peuvent être principalement avancées : l'atteinte des principes fondateurs de la médecine libérale, un environnement déstabilisant et peu adapté...

La loi du 6 mars 2002 est venue améliorer ce système en apportant une nouvelle architecture aux rapports conventionnels qui s'articulent autour de trois types de contractualisation : un accord cadre interprofessionnel et des engagements collectifs et individuels.

Force est de constater que ces réformes s'avèrent insuffisantes, imparfaites, incomplètes et n'ont pas grandement bouleversé ni amélioré le climat difficile des négociations conventionnelles.

**Rev Med Ass Maladie 2003;34,3:191-196**

*Mots clés* : convention médicale, médecin, partenaires sociaux, professionnels de santé, contrat de bonne pratique, contrat de santé publique, accord de bon usage des soins.

#### Summary

Since the last few years, there is no doubt that after turbulent negotiations and the inability to come to an agreement with specialists, a question remains, more than ever, unanswered: what kind of relationship is possible between the healthcare funds and medical unions, and more generally, what does the future have in store for the contractual system.

Why have so many difficulties surfaced ? A few answers can be suggested: degradation in the original, founding principles of office-based medicine, a destabilizing and poorly adapted environment in general...

The law of March 6, 2002 offers an improvement in this system by creating a new architecture for contractual relationships which will now be hinged on three types of contract-based links: an inter-professional agreement and collective and individual commitments.

It seems obvious that these reforms remain insufficient, imperfect, incomplete and have failed to drastically change or improve the poor climate reigning in contractual negotiations.

**Rev Med Ass Maladie 2003;34,3:191-196**

*Key words*: contractual medicine, doctor, social players, healthcare professionals, accepted practice guidelines, public health contract, quality of care agreement.

<sup>1</sup> Chargé d'enseignement à la faculté de Droit et à la faculté d'administration et de gestion de Montpellier ; chargé d'études à la caisse d'assurance maladie des artisans et des commerçants du Languedoc-Roussillon (CAMULRAC)

Adresse pour correspondance : M. Pierre Chaudat, CAMULRAC, 43 av. du Pont Juvénal, CS 19019, F-34965 Montpellier cedex 2.  
E-mail : pierrechaudat@cmr-languedoc-roussillon.canam.fr

La loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 dans son article 17, ainsi que l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 article 17 IV 1<sup>er</sup> prévoient que les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont conclus conventionnellement au niveau national, séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, d'une part par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), avec au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et d'autre part par une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire.

S'il est, à ce jour, un bilan à tirer de ce système conventionnel, il fait nul doute que les houleuses négociations et l'échec de l'aboutissement d'un accord avec les médecins spécialistes posent aujourd'hui, plus que jamais, la question des relations entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats, et plus largement de la pérennité du système conventionnel actuel.

En effet, depuis le 28 juin 1998, date à laquelle le Conseil d'État a annulé la convention nationale de mars 1997<sup>2</sup>, les relations entre les médecins spécialistes et les caisses d'assurance maladie sont régies par un règlement conventionnel minimal.

En conséquence, et conformément à l'article L. 165-5-9 CSS, un premier règlement conventionnel minimal a été arrêté en juillet 1998<sup>3</sup>, pour une durée de quatre mois, remplacé par un second toujours en vigueur<sup>4</sup>.

Depuis, et ce jusqu'à une nouvelle conclusion de la convention nationale de spécialiste, un certain nombre de règlements s'impose aux caisses d'assurance maladie, aux assurés et aux spécialistes : le remboursement des assurés est effectué sur la base des tarifs conventionnels, la possibilité d'installation aux nouveaux médecins en secteurs 1 et 2, la reconduction du dispositif de maîtrise médicalisée, la participation des caisses au financement des cotisations sociales et un suivi des dépassements pour les médecins du secteur 2...

## L'ATTEINTE DES PRINCIPES FONDATEURS DE LA MÉDECINE LIBÉRALE

La réponse à cette question peut se comprendre facilement, du moins pour la partie visible de l'ice-

berg, par la nature des discussions qui reposent essentiellement sur les principes fondamentaux de la médecine libérale : *l'indépendance professionnelle et morale* (a), et *la liberté de prescription* (b).

### a) *L'indépendance professionnelle et morale*

Divers textes viennent affirmer cette indépendance. L'article L. 162-2 CSS prévoit que le respect de la liberté d'exercice et de **l'indépendance professionnelle et morale** des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux.

D'autre part, le code de déontologie médicale<sup>5</sup>, auquel chaque médecin adhère, précise dans son article 5 que le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit : « *cette indépendance est acquise quand chacun de ses actes professionnels est déterminé seulement par le jugement de sa conscience et les références à ses connaissances scientifiques, avec, comme seul objectif, l'intérêt du malade* »<sup>6</sup>.

Ainsi, l'indépendance du professionnel ne peut être facilement guidée par des considérations financières et comptables et apparaît menacée dans son application.

Dès la troisième convention nationale des généralistes (1980-1985), le corps médical a été associé à la politique de régulation des dépenses de l'assurance maladie.

La convention nationale de 1980, qui instaure une maîtrise concertée des dépenses de santé, reflète parfaitement cette profonde volonté d'indépendance ainsi que les difficultés à négocier le mécanisme qui consistait à fixer chaque année les objectifs des dépenses portant, d'une part, sur les honoraires et, d'autre part, sur les prescriptions par rapport à une enveloppe globale des recettes fixée elle-même, chaque année. Ce mécanisme qui prévoyait que le moindre écart engendrerait la baisse des tarifs conventionnels s'est soldé par un refus total des organisations professionnelles.

Les conventions nationales suivantes, toujours dans cet objectif de cloisonnement de dépenses de santé, se heurtent, elles aussi, au principe de l'indépendance professionnelle et morale du praticien. L'avenant n° 1 à la convention nationale du 9 mars 1990, portant l'application des « contrats de santé » est voué, lui aussi à l'échec. Aux yeux des syndicats

<sup>1</sup> Article L. 162 – 5 du Code de la sécurité sociale (CSS).

<sup>2</sup> Arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la Convention nationale des médecins spécialistes (JO 29 mars p. 4922).

<sup>3</sup> Arrêté du 10 juillet 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale (JO 12 juillet p. 10781).

<sup>4</sup> Arrêté du 13 novembre 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale (JO 14 nov. p. 17147) modifié par arrêté du 22 septembre 2003 (JO 25 sept. p. 16367).

<sup>5</sup> Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale (JO 8 sept. p. 13305), disponible sur le site du conseil national de l'ordre des médecins ([www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)).

<sup>6</sup> Klotz HP. Premier congrès international de morale médicale. Paris : Masson 1955, p 248 (cité in : Commentaires du Code de déontologie art. 5 consultable sur <http://www.conseil-national.medecin.fr>).

de médecins, cet avenant a institué dans le cadre de l'option " continuité des soins" le développement du tiers payant et a fait planer le risque de mise en place d'une monétique des caisses qui aurait condamné le caractère libéral de l'exercice de la médecine ambulatoire.

### **b) La liberté de prescription**

L'article 9 du Code de déontologie médicale édicté en 1979 prévoyait que le médecin « *était libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance* ».

L'article 8, du nouveau code (1995) apporte une restriction de taille en ajoutant « *dans les limites fixées par la loi* ».

De même l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, dans son article 17-1, prévoit que les médecins sont tenus, dans tous les actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins<sup>7</sup>.

Plus récemment, l'avenant n° 10 à la convention nationale des médecins généralistes<sup>8</sup> reprend les mesures du protocole signé le 5 juin 2002 et prévoit un engagement de la profession d'établir au moins 25 % de leurs prescriptions de médicaments par dénomination commune internationale (dont la moitié de médicaments génériques).

## **L'ENVIRONNEMENT DÉSTABILISANT DU SYSTÈME CONVENTIONNEL**

Ce cloisonnement des principes fondateurs de la médecine libérale ne peut cependant, à lui seul, justifier le caractère stérile des conventions. L'intervention de l'Etat (a), les recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat (b) ou la légitimité même des partenaires sociaux (c) sont autant de facteurs susceptibles de déstabiliser l'équilibre conventionnel.

### **a) La récupération étatique**

Le fait que les conventions soient approuvées par les ministres compétents (par arrêtés interministériels) peut engendrer une récupération étatique.

Ainsi, la tentation est forte pour chaque partenaire de prendre contact avant et pendant la négociation avec le ou les ministres. Il peut s'ensuivre des négociations officieuses plus ou moins longues et diffi-

ciles, qui permettent à l'Etat d'orienter l'équilibre conventionnel. Il récupère ainsi en partie ce qu'il a délégué. Les représentants des professionnels de santé ont à cette occasion la possibilité de faire monter les enchères, contre l'avis des caisses nationales<sup>9</sup>.

Egalement, Rolande Ruellan<sup>10</sup>, dans son rapport pour la Cour des comptes, fait apparaître que pour la *Confédération démocratique du travail* (CFDT) les partenaires sociaux ne peuvent assumer leurs responsabilités. Pour cette organisation syndicale, « *il faut faire des choix ou bien on étatisé ou bien l'Etat stratégique confie à la société civile (les partenaires sociaux) la gestion d'une partie du système de santé* ». Pour le *Mouvement des entreprises de France* (MEDEF), le malaise est tout autant perceptible, « *les partenaires sociaux ne sont qu'une caution, un alibi* ». Si l'Etat est par nature légitime, il doit dire clairement ce qu'il veut faire des partenaires sociaux, si la démocratie sociale a encore un sens et à quoi elle doit servir.

### **b) Les recours en annulation devant le Conseil d'Etat**

Les conventions peuvent faire l'objet d'une annulation totale ou partielle en cas d'aboutissement d'un recours devant le Conseil d'Etat pour violation de la loi ou dans le cadre de recours pour excès de pouvoir.

Ces annulations ont sur la vie conventionnelle des conséquences catastrophiques puisque, entre le moment où une convention est approuvée par le Ministre et où l'annulation est prononcée par le Conseil d'Etat, un à deux ans se sont écoulés.

L'exemple le plus caractéristique de ce dysfonctionnement a été la convention des généralistes introduisant le statut de médecin référent. Entre le versement des deux rémunérations, la convention a été annulée. L'annulation devrait normalement avoir un effet rétroactif mais ce n'est pas toujours possible. Aussi, les premiers versements effectués auprès des médecins n'ont pu être récupérés et les deuxièmes versements ne pouvaient l'être puisque la base conventionnelle n'existait plus. Cela s'est soldé par le règlement des deux rémunérations après de longs moments d'incertitude, d'instabilité et de mécontentement.

Aussi, le Conseil d'Etat a amendé sa jurisprudence et examine si la clause litigieuse, contraire à la loi, est **substantielle ou accessoire**, avant d'annuler une convention nationale (V. aussi Conseil d'Etat 28 juillet 1999, Syndicats des médecins libéraux et autres, TPS 1999 n° 20 comm 366 obs. X. Prétot).

<sup>7</sup> Art. L. 162-2-1 CSS.

<sup>8</sup> Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la Convention nationale des médecins généralistes (JO 29 juin p. 11215).

<sup>9</sup> Huguet A. Sécurité sociale, quelles responsabilités pour quels responsables ? Paris : Cujas 2001.

<sup>10</sup> Ruellan R. Groupe de travail de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Rapport sur les relations entre l'Etat et l'assurance maladie 2002 (consultable sur [www.sante.gouv.fr/hm/actu/gouvrap.pdf](http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/gouvrap.pdf)).

### c) *La représentativité et la légitimité des partenaires sociaux*

L'autonomie de gestion de la sécurité sociale par les partenaires sociaux (objectif de l'ordonnance de 1945) peut difficilement être atteinte si la représentativité des partenaires sociaux n'est pas respectée. Le fait que les organisations patronales, à part l'*Union professionnelle artisanale* (UPA), ne siègent plus aux conseils d'administration des caisses de sécurité sociale depuis le 30 septembre 2001 fausse le paritarisme de la représentativité et par extension la nature des négociations.

Par ailleurs, même si la représentativité propre au conseil d'administration était respectée, on pourrait poser la question de la légitimité de chacun des partenaires sociaux à décider de règles opposables aux citoyens, puisqu'elles concernent l'organisation des relations entre les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie et plus généralement l'organisation de la protection sociale.

En effet, les administrateurs du conseil d'administration, du moins pour le régime général, ne sont pas élus par les assurés et les règles fondamentales de la démocratie sociale ne sont pas exprimées (seuls les administrateurs du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes sont élus tous les six ans).

S'agissant des professionnels de santé, l'intérêt catégoriel peut être facilement dissimulé par des revendications de qualité de soins dans l'intérêt et pour le patient<sup>11</sup>.

### LA RÉFORME DU SYSTÈME CONVENTIONNEL

Aujourd'hui, la loi du 6 mars 2002 relative à la réforme du système conventionnel<sup>12</sup>, est venue se greffer sur les relations de l'assurance maladie et des représentants des professionnels de santé.

La nouvelle architecture des rapports conventionnels s'articule autour de trois types de contractualisation :

L'article 1<sup>er</sup> de la loi prévoit un accord cadre qui doit être conclu entre la CNAMTS et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie (Professions indépendantes, Mutualité sociale agricole) et le Centre national des professions de santé (CNPS). Cet accord dit *accord cadre interprofessionnel*<sup>13</sup> fixe, pour une durée de cinq ans, les dispositions com-

munes à l'ensemble des professions de santé exerçant dans un cadre conventionnel. Il n'est applicable à une profession donnée que si au moins une organisation syndicale représentative de cette profession y a adhéré. Il a pour vocation de fixer des dispositions transversales communes à l'ensemble des professions (médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, masseurs-kinésithérapeutes, biologistes, transporteurs sanitaires) notamment le cadre général des relations entre caisses et professionnels, le renforcement de la qualité, de la coordination des soins...

Les articles 2 et 3 de cette même loi prévoient la signature de **conventions sectorielles**, catégorielles, négociées entre les caisses et les syndicats d'une branche. L'accord s'applique à une profession lorsqu'au moins une organisation syndicale représentative a signé l'accord.

Dans ces accords conventionnels par profession sont proposés des engagements collectifs et individuels<sup>14</sup>. Ces engagements prendront la forme d'accords de bon usage, de contrats de bonne pratique et de dispositifs spécifiques aux conventions professionnelles : ils devront faire l'objet d'un suivi régulier et les conventions devront prévoir les mesures propres à en assurer le respect.

En ce qui concerne les engagements collectifs, ils sont caractérisés par des accords de bon usage des soins (AcBus)<sup>15</sup>. C'est un engagement collectif national ou régional prévoyant un objectif médicalisé d'évolution des pratiques, comme par exemple la bonne utilisation des visites à domicile<sup>16</sup>. Des accords de bonne conduite, au niveau régional, peuvent être signés, afin de définir les critères permettant aux médecins de définir une majoration de déplacement pour raison environnementale (MDE) ainsi que les objectifs en taux de visite à atteindre.

L'article 4 de la loi prévoit des engagements individuels, contractés auprès de la caisse d'assurance maladie. Deux types de contrats sont prévus :

- le *contrat de bonne pratique* (CBP)<sup>17</sup>. Il vise à inciter le professionnel de santé à améliorer ses pratiques médicales, en contrepartie du droit à une rémunération forfaitaire versée par la CPAM pour le compte des autres régimes ;

- le *contrat de santé publique* (CSP)<sup>18</sup>. Il porte sur des actions de permanence et de coordinations des soins et/ou des actions de prévention, et ouvre éga-

<sup>11</sup> Lhéritier M. Le refus de soins opposé par le praticien libéral aux bénéficiaires de la CMU. *Revue Générale de Droit médical* 2002, n° 7 pp. 95-104.

<sup>12</sup> Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie (*JO* 7 mars).

<sup>13</sup> ACIP ou socle conventionnel, art. L. 162-1-11 CSS.

<sup>14</sup> Art. L. 162-14-1 2° CSS.

<sup>15</sup> Art. L. 162-12-17 CSS.

<sup>16</sup> Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins (*JO* 30 août p. 14424).

<sup>17</sup> Art. L. 162-12-18 CSS.

<sup>18</sup> Art. L. 162-12-20 CSS.

lement droit à une rémunération forfaitaire. C'est par exemple, pour les patients diabétiques traités à l'insuline âgés de plus de 75 ans, l'infirmière contractante qui s'engage à assurer chaque semaine un suivi personnalisé, pendant une durée minimale d'un trimestre. En contrepartie, l'infirmière perçoit chaque année un complément forfaitaire de 200 euros par patient<sup>19</sup>.

Ces contrats et accords par profession (Acbus, CBP), destinés à améliorer la qualité des soins et à faire évoluer les pratiques par la mise en place de dispositifs incitatifs, doivent être obligatoirement présents dans chaque convention catégorielle (le CSP, restant facultatif).

Cette nouvelle architecture conventionnelle n'a pas grandement bouleversé et amélioré le climat difficile des négociations conventionnelles.

L'implication individuelle ou la responsabilisation des professionnels de santé, sous la forme d'adhésion individuelle, moyennant rémunération, n'est pas, en soi, une innovation<sup>20</sup>.

Toujours est-il que les médecins – généralistes<sup>21</sup> ou spécialistes – sont les seuls professionnels à ne pas avoir signé ces contrats individuels. La plupart des professions de santé l'ont fait le 18 décembre 2002 et ces contrats figurent dans des avenants aux conventions avec lesdites professions<sup>22</sup>. Ils sont entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2003, à l'exception de l'Acbus biologie (27 mars 2003) et des accords avec les transporteurs sanitaires annexés à leur convention nationale<sup>23</sup> (25 mars 2003).

Pire encore, le mécontentement des médecins affecte même les relations des auxiliaires médicaux avec l'assurance maladie. Pour preuve, la démarche de soins infirmiers (Acbus visé à l'article 1<sup>er</sup> de l'avenant n° 3 à la Convention nationale des infirmières<sup>24</sup>) est rejetée par les syndicats de généralistes (Fédération des médecins de France FMF, Syndicat des médecins libéraux SML et Union nationale des omnipraticiens français UNOF, notamment) qui appellent les médecins à ne pas utiliser les imprimés. Ces syndicats affirment que cette démarche de soins infirmiers n'a fait l'objet d'aucune explication, ni d'aucune concertation auprès des représentants du corps médical.

Du côté des spécialistes, leurs représentants appellent les médecins à des dépassements d'honoraires (contraires au règlement conventionnel minimal et dénués de base légale). Trois syndicats (Confédération des syndicats médicaux de France CSMF, Syndicat des médecins libéraux et Alliance) ont annoncé que la « *la riposte des médecins libéraux face à la faillite du système conventionnel* » prendrait la forme de journée d'action unitaire<sup>25</sup>. L'accord adoptant transitoirement le règlement conventionnel minimal – signé le lundi 25 août 2003 avec la CSMF uniquement – n'a pas calmé les esprits (cet accord prévoit des hausses d'honoraires notamment pour les spécialistes cliniciens du secteur 1 et les consultations de psychiatrie, et une amélioration de la participation des caisses aux cotisations sociales des praticiens)<sup>26</sup>.

Les premières réformes apportent un sentiment d'insatisfaction, même s'il est important de souligner qu'aucun mécanisme de sanction n'a été envisagé dans le système conventionnel.

Bien au contraire, l'engagement pour les généralistes, d'établir au moins 25 % de leurs prescriptions médicamenteuses en dénomination commune dont la moitié de médicaments génériques a été la contrepartie de la revalorisation de la consultation à 20 euros.

Il en est de même pour les accords de bon usage des soins en matière de bonne utilisation des visites à domicile et des prescriptions d'antibiotiques<sup>27</sup>.

## RÉFÉRENCES

1. Brocas AM. *La convention médicale après les ordonnances*. *Dr. soc.* 1996 n° 9/10 p. 814.
2. Dubouis L. *De la spécificité du règlement conventionnel minimal applicable en l'absence de convention*. *RD sanit. soc.* 2000 vol. 36 n° 1 p. 45.
3. Dubouis L. *L'invalidation partielle de la convention des généralistes : la survie du plan Juppé et du système conventionnel*. *RD sanit. soc.* 1999 vol. 35 n° 3 p. 511.
4. Dubouis L. *De l'illégalité itérative comme mode de gestion du système conventionnel*. *RD sanit. soc.* 1996 vol. 32, n° 3 p. 532.

<sup>19</sup> Avenant n° 3 du 18 décembre 2002 à la Convention nationale des infirmiers (*JO* 27 février 2003).

<sup>20</sup> Voir l'option conventionnelle prévue au chapitre V de la Convention nationale des médecins généralistes de 1998 (Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes. *JO* 5 déc. p. 18329).

<sup>21</sup> Désormais, chaque médecin généraliste conventionné peut adhérer à un contrat de santé publique relatif à la délivrance de soins palliatifs à domicile. L'adhésion est formalisée par la signature d'un contrat type fourni en annexe de l'avenant n° 12 à la convention des médecins généralistes (*JO* 17 sept. 2003 p. 15958).

<sup>22</sup> Avenants aux conventions nationales des chirurgiens-dentistes, des directeurs de laboratoire privé d'analyses médicales, des orthophonistes, des sages-femmes, des orthoptistes, des infirmiers, publiés au Journal officiel du 27 février 2003.

<sup>23</sup> Convention nationale des transporteurs sanitaires privés prévue à l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale (*JO* 23 mars 2003 p. 5226).

<sup>24</sup> Voir *supra* note 19.

<sup>25</sup> *Le Quotidien du Médecin* 12 mai 2003 p. 3.

<sup>26</sup> *Le Quotidien du Médecin* 28 août 2003 p. 2.

<sup>27</sup> Voir avenant à la Convention nationale des médecins généralistes, cf. *supra* note 8.

5. Lamaignere P. *Les trois erreurs des conventions médicales de 1997, propos dissidents*. Dr. soc. 1997 numéro spéc. p. 825.
6. Michel C. *L'évolution du régime des conventions entre les médecins et l'assurance maladie*. Dr. soc. 1977 p. 50.
7. Mordefroy L. *L'option conventionnelle : de nouvelles relations entre caisses, médecins et patients*. RD sanit soc 1999 n° 1 p. 152.
8. Pretot X. *L'évolution du régime juridique des conventions médicales : du contrat doué d'effets réglementaires au règlement à l'élaboration concertée*. Dr. soc. 1997 n° 9/10 p. 845.
9. Pretot X. *L'annulation de la convention nationale des médecins généralistes*. Dr. soc. 1998 n° 9/10 p. 817.
10. Pretot X. *L'agrément des conventions et accords collectifs dans le droit du travail et de la protection sociale. Sur l'entreprise et le droit social*/Etudes J. Barthélémy, Droit du travail, hors-série 1994 p. 65.
11. Pretot X. *La quatrième convention médicale entre les organismes d'assurance maladie et le corps médical*. Dr. soc. 1985 p. 784.
12. Prieur Ch. *L'évolution historique de l'organisation des relations entre la médecine libérale et les caisses d'assurance maladie*. RD sanit. soc. 1976 numéro spéc. p. 305.
13. Spaeth JM. *Analyse de la convention d'objectifs et de gestion assurance maladie*. Soc actualité 1997 n°127 p. 34.
14. Spaeth JM. *La Sécu, une idée neuve. Lettres à ceux qui misent sur la sécurité sociale pour la santé de chacun* Paris : Editions La Découverte 1999, 125 pages.
15. Truchet C. *Conventions médicales : une nouvelle jurisprudence du Conseil d'Etat*. Conseil d'Etat, 14 avril 1999. Dr. soc. 1999 n° 6 p. 600.