

Les médecins, entre politique publique **et aspiration libérale**



Les médecins face aux réformes des systèmes de soins

Une mise en perspective comparative

France – Allemagne – Suède

Etude pour l'Institut Montparnasse



Patrick HASSENTEUFEL

Professeur de science politique, Université de Versailles Saint-Quentin

Alban DAVESNE

Doctorant au Centre d'Etudes Européennes de Sciences Po

Sommaire

Avant-propos par J.M. Laxalt.....	5
Etude	7
Introduction.....	9
I. L'organisation collective de la profession médicale	13
<i>I.1 L'organisation collective de la profession médicale en France</i>	<i>13</i>
<i>I.2 L'organisation collective de la profession médicale en Allemagne.....</i>	<i>24</i>
<i>I.3 L'organisation collective de la profession médicale en Suède</i>	<i>32</i>
II. Les médecins face à la maîtrise des dépenses de santé	37
<i>II.1 Les médecins face à la maîtrise des dépenses de santé en France</i>	<i>37</i>
<i>II.2 Les médecins face à la maîtrise des dépenses de santé en Allemagne.....</i>	<i>44</i>
<i>II.3 Les médecins face à la maîtrise des dépenses de santé en Suède</i>	<i>50</i>
III. Les médecins face à la réorganisation du système de soins	55
<i>III.1 Les médecins face à la réorganisation du système de soins en France.....</i>	<i>55</i>
<i>III.2 Les médecins face à la réorganisation du système de soins en Allemagne</i>	<i>62</i>
<i>III.3 Les médecins face à la réorganisation du système de soins : en Suède</i>	<i>67</i>
IV. Les médecins face à l'enjeu de l'accès aux soins	71
<i>IV.1 Les médecins face à l'enjeu de l'accès aux soins en France.....</i>	<i>71</i>
<i>IV.2 Les médecins face à l'enjeu de l'accès aux soins en Allemagne</i>	<i>76</i>
<i>IV.3 Les médecins face à l'enjeu de l'accès aux soins : en Suède.....</i>	<i>79</i>
Conclusion.....	83
Références bibliographiques	85

Avant-propos

Face aux réformes des systèmes de soins, Hippocrate serait-il partenaire ou réfractaire ? En France serait-il secteur 1 ou secteur 2 ? Lui auquel tous les médecins se réfèrent par serment, serait-il réticent à la coordination des soins, à la régulation des tarifs, au tiers payant généralisé, à l'équilibre des installations médicales sur le territoire, au conventionnement d'intérêt public avec l'assurance maladie ?

L'Institut Montparnasse a souhaité élargir au-delà de la France le regard sur « Les médecins face aux réformes des systèmes de soins ». Pour entrecroiser les cultures nationales et professionnelles, pour comparer les politiques publiques. Patrick Hassenteufel et Alban Davesne nous proposent une analyse juxtaposée de la place des médecins en France, Allemagne et Suède.

L'histoire sociopolitique et socioprofessionnelle éclaire les différences d'organisation et de positionnement du corps médical dans ces trois pays. Trois systèmes sont campés, celui de notre pays étant plutôt l'anti-système des deux autres. Plus incertaine est la trajectoire récente qui dessine des inflexions altérant les organisations en place, libérant les alternatives opportunistes. L'Etat balance entre concentration et territorialisation, les caisses individualisent le lien contractuel avec le médecin, la tentation du privé libéral gagne du terrain. Les médecins pèsent de leur représentation collective, les patients ne sont pas forcément au cœur des compromis institutionnels.

Les auteurs retiennent trois angles d'analyse qui passent au révélateur les évolutions en cours : la maîtrise des dépenses, la coordination des soins, l'accès aux soins. Trois enjeux de santé publique et d'égalité sanitaire. L'Allemagne et la Suède y répondent mieux, pour avoir une relation institutionnelle avec les représentations des médecins. En France la relation est de nature conflictuelle (même si souvent les jeux de rôle sont plutôt convenus), la négociation ne s'entend que comme un rapport de force entre parties qui ne porte jamais le compromis au niveau des enjeux.

Le plein engagement professionnel du médecin n'est pas ici en cause, pas plus que sa relation au patient. Mais le caractère, l'expression, la position institutionnelle des représentations collectives des médecins nous dit quelque chose de l'identité et de la revendication dans lesquelles le praticien se reconnaît. En France un triple refus est le socle de l'identité « libérale » du médecin : refus de l'intégration professionnelle à l'Etat, refus de l'intégration fonctionnelle à l'Assurance Maladie, refus de l'intégration autoritaire dans une organisation des soins. Encore faut-il dire immédiatement que l'exercice médical exclusivement libéral est minoritaire, que 43% des médecins sont

salariés et sont tout autant porteurs de la déontologie médicale. En outre faut-il indiquer que des évolutions sont à l'œuvre dans les nouvelles générations de médecins qui recherchent des conditions d'exercice différentes. Parions que ces évolutions sont plus avancées que la représentation syndicale collective ne l'exprime. L'heure, nous semble-t-il est plus à l'entrée en réforme qu'à l'entrée en résistance.

Les inégalités d'accès aux soins, comme les inégalités dans le parcours de soins, s'accroissent. Là est l'enjeu central, déontologique pour les médecins, républicain pour notre société. La formidable mobilisation médicale, humaine et technologique, n'est pas suffisamment efficiente, ni dans son organisation, ni dans ses coûts. Le patient doit être le fédérateur et à travers lui la personne humaine en sa souffrance, en son vécu social, parfois en sa détresse. La pérennité d'une Assurance maladie universelle et solidaire doit faire conjonction d'intérêts.

Beaucoup de faux-semblants, beaucoup trop, dans l'architecture de régulation et de « gouvernance » du système de soins français. L'Etat qui tour à tour prend pour paravent l'Assurance maladie ou la contient (le Ministre en coulisse des négociations avec les libéraux, le Parlement annihilant certaines intentions régulatrices), l'Assurance maladie qui conventionne les praticiens sans les convaincre ni les contraindre, les syndicats de médecins, syndicats des catégories plus que de la profession médicale, exacerbant des antagonismes prétextés (ville/hôpital, spécialistes/généralistes, actes diagnostiques/actes techniques) ... et, derniers assis autour de la table, les organismes complémentaires, financeurs aujourd'hui bien moins que demain dans l'esprit de ceux qui les invitent aux négociations.

Il serait bon que dix ans après une loi confuse et retorse, une nouvelle loi sur l'Assurance maladie, mieux une loi sur le système de santé, en 2014, remette tous les acteurs en convergence autour d'axes forts de santé publique et engage les caisses d'assurance maladie dans un conventionnement exigeant en partenariat avec des syndicats de médecins en prise avec les perspectives médicales et sanitaires de long terme ... et que ce soit l'occasion d'un profond débat citoyen.

Jean-Michel Laxalt

Président de l'Institut Montparnasse.

Etude

Patrick HASSENTEUFEL

Professeur de science politique, Université de Versailles Saint-Quentin

Alban DAVESNE

Doctorant au Centre d'Etudes Européennes de Sciences Po

Introduction

Ce rapport propose une analyse de trois enjeux clefs de la réforme des systèmes de soins sous un angle spécifique : celui du positionnement de la profession médicale (en tant qu'acteur collectif organisé).

Le premier enjeu retenu, inscrit depuis la fin des années 1970 sur l'agenda politique, est celui de la maîtrise des dépenses de santé dans un contexte structurel de raréfaction des ressources financières de la protection maladie et d'augmentation continue des dépenses.

Le deuxième enjeu est celui de la coordination des soins, qui renvoie aux types de relations entre les différents acteurs et structures de soins (rapports généralistes/spécialistes, rapports ville/hôpital, rapports entre les médecins et les autres professionnels de santé, réseaux de soins, exercice en groupe, suivi des patients ...) et au mode d'exercice médical (en particulier, la question du statut -libéral/salarié- et de la rémunération –place du paiement à l'acte).

Le troisième enjeu est celui de l'accès aux soins qui est aujourd'hui en France centré sur deux aspects : celui des inégalités de répartition territoriale des médecins et celui de la limitation des dépassements d'honoraires.

Si la nécessité de changements à mener par rapport à ces trois enjeux est assez largement partagée et a déjà fait l'objet de nombreuses décisions, l'adoption de nouvelles mesures de politiques publiques et leur mise en œuvre nécessite notamment de prendre en compte la position et le comportement des médecins. Ils sont en effet à la fois un groupe professionnel fortement concerné par ces enjeux, un acteur influent en termes de décision dans le domaine des politiques de santé et un acteur clef de leur mise en œuvre. Pour ces raisons, l'analyse développée ici est centrée sur la profession médicale (avec ses différentes composantes) afin de comprendre les évolutions à l'œuvre (et envisageables) en termes de transformation des systèmes de soins.

La situation et les enjeux en France sont mis en perspective avec celle de deux autres pays.

Il s'agit tout d'abord de l'Allemagne : l'intérêt de cette comparaison tient au fait que le système de santé allemand présente de nombreux points communs avec la France. La France et l'Allemagne partagent les mêmes caractéristiques de base des systèmes de santé d'origine bismarckienne :

- un financement très largement majoritaire du risque maladie par des cotisations sociales (salariales et patronales) ;

- le rôle gestionnaire de caisses d'assurance maladie au sein desquelles siègent de manière paritaire des représentants des financeurs (syndicats de salariés et organisations patronales) ;
- une médecine ambulatoire dominée par des médecins libéraux exerçant en cabinet ;
- une médecine hospitalière dominée par l'hôpital public (où les médecins sont salariés).

On peut y ajouter un niveau de dépenses de santé comparable (11,6% du PIB dans les deux pays en 2010).

Toutefois, quelques différences majeures doivent aussi être soulignées : l'Allemagne se distingue de la France par une plus grande diversité et décentralisation des caisses d'assurance maladie (134 caisses légales différentes au 1^{er} janvier 2013, en France trois régimes principaux) historiquement plus autonomes (jusqu'au 1^{er} janvier 2009 elles fixaient librement le montant des taux de cotisation), le tiers payant généralisé (le patient ne débourse rien) alors qu'en France prédomine le remboursement a-posteriori, l'existence d'un plafond de revenu (4000 euros brut environ) au-delà duquel l'obligation de cotisation n'a pas cours¹, l'absence de secteur 2 en Allemagne (les honoraires sont seulement libres dans le secteur privé), un rôle plus important de la négociation collective entre les caisses et les représentants des médecins et avec les hôpitaux, un système fédéral qui confère des compétences aux länder (en particulier dans le domaine hospitalier). Ainsi la place des médecins est différente puisqu'ils sont plus fortement intégrés à la régulation du système de soins du fait de leur forte institutionnalisation (rôle des unions de médecins de l'assurance maladie en particulier) ce qui permet d'analyser l'impact de cette dimension.

La seconde comparaison est opérée avec la Suède qui présente des différences bien plus fortes : dans le système national de santé suédois, les soins ambulatoires et hospitaliers sont fournis gratuitement par les collectivités locales dont les professionnels de santé sont salariés. Une caisse d'assurance sociale (*Försäkringskassan*) prend en charge les indemnités journalières et les prestations de longue maladie, mais le financement des soins relève principalement des impôts locaux. Le secteur privé est, malgré les tentatives d'en développer l'importance, encore relativement marginal dans l'ensemble du pays et pour les soins les plus courants. Mais, pour certaines spécialités et dans les grandes villes (principalement à Stockholm), l'offre privée est devenue une partie importante du dispositif de santé local.

En paraphrasant la célèbre formule de Jacques Delors au sujet de l'Union européenne,

1 Environ 10% de la population est de ce fait assurée dans le secteur privé.

INTRODUCTION

on pourrait qualifier le système de santé suédois de “fédération d’Etats sanitaires”. En effet, les 21 autorités locales (18 comtés, les régions de Malmö et Göteborg et la commune autonome de Gotland) sont responsables devant la loi de la fourniture des soins de santé aux personnes résidant sur leur territoire. Les comtés prélèvent leurs propres taxes et disposent d’une très grande autonomie dans l’affectation de ces ressources. En moyenne, le financement et l’organisation des services de santé représentent 85% du budget des comtés et occupent en conséquence une part importante de leurs délibérations. La contribution des comtés au financement du système de santé avoisine les 75%, tandis que l’Etat abonde à hauteur de 15-20% à ce financement par le biais de fonds nationaux de péréquation et que les tickets modérateurs s’élèvent à 5% du total.

On comprend alors que l’expression “Etat sanitaire”, si elle est juridiquement infondée, traduit l’importance politique des questions sanitaires dans les politiques locales. De ce fait, les questions d’organisation des soins et de santé publique occupent un espace politique beaucoup plus important en Suède qu’en France. Enfin, la référence au fédéralisme souligne que si le centre de gravité du système de santé suédois se situe clairement au niveau local, l’échelon national donne au système de santé suédois une certaine cohérence dans son organisation et ses grandes orientations politiques. Les accords nationaux entre les organisations syndicales et les comtés sont un premier facteur d’homogénéisation de l’organisation des soins sur tout le territoire. Le second tient dans les capacités d’intervention contraignantes ou incitatives de l’Etat, lui permettant d’engager de nombreuses réformes et – dans une moindre mesure – d’en assurer la mise en œuvre au niveau local. Les rapports de force au sein du système de santé suédois se jouent donc, pour schématiser, sur deux niveaux et en interaction entre trois types d’acteurs : les professionnels de santé, les comtés et les autorités centrales (ministère et agences).

Le gouvernement décide des grandes orientations de la politique sanitaire, largement négociées avec l’association suédoise représentant les comtés et les communes. Pour autant, les collectivités locales et les représentants des médecins disposent de marges de manoeuvres importantes pour expérimenter sur leur territoire diverses formes d’organisation des soins, de rapports entre les patients et les médecins, de modes de rémunération, de gestion des ressources hospitalières et de régulation de la démographie médicale (Anell, 2011). Ce système favorise une course à l’innovation et une multiplication d’initiatives locales qui, si elles posent de graves problèmes de cohérence et de mise en œuvre, offrent des perspectives souvent originales et pertinentes au regard des enjeux des réformes françaises.

Trois aspects principaux sont traités. Tout d’abord nous analysons les trois enjeux retenus à partir d’un état des lieux basé sur les données disponibles (évolution des

dépenses de santé, coordination des soins à travers les relations entre médecins et avec les autres professions de santé, mode d'exercice médical, répartition territoriale de l'offre médicale...) et concernant la profession médicale (modes d'exercice, évolutions démographiques et du travail médical ...), ainsi qu'une analyse de la façon dont ces enjeux sont problématisés. Ensuite, nous présentons les politiques engagées actuellement dans les trois pays autour de ces trois enjeux. Plus précisément il s'agira de mettre en regard les réformes françaises récentes (en particulier la loi HPST) avec les dernières réformes en Allemagne (telles la loi sur l'organisation des soins de 2011) et en Suède. Enfin, nous analysons les positions des médecins face à ces enjeux en nous appuyant notamment sur des documents émanant des différents représentants des médecins dans les trois pays (syndicats et ordre en France, unions et chambres en Allemagne, associations de médecins en Suède) et des entretiens avec des membres de ces organisations.

Au final, ce rapport cherche à montrer quelles conditions des réformes du système de soins sont possibles à la lumière des évolutions à l'œuvre en Allemagne et en Suède et du positionnement de la profession médicale, tout en soulignant les obstacles qui en découlent.

Ce rapport est organisé en quatre parties : une première partie présente l'organisation collective et le positionnement général de la profession médicale, les parties suivantes portent sur les trois enjeux retenus (la maîtrise des dépenses de santé, la réorganisation du système de soins et l'accès aux soins) et sont centrées sur le positionnement des médecins dans les trois pays par rapport à ceux-ci. Les trois pays sont à chaque fois traités dans l'ordre suivant : France, Allemagne et Suède afin de mieux mettre en perspective le cas français.

I. L'organisation collective de la profession médicale

Si la place centrale occupée par les médecins dans le système de soins se retrouve dans les trois pays du fait de leur position dominante dans la hiérarchie des soignants, leur mode d'organisation collective, afin de peser à la fois sur l'adoption des politiques de santé et sur la régulation des systèmes de santé présente des contrastes importants que nous allons mettre en avant ici. Pour les expliquer, il faut remonter aux origines de ces organisations qui permettent de comprendre des caractéristiques qui continuent à avoir un impact important aujourd'hui, tant au niveau des conceptions et des intérêts défendus par les médecins (reposant sur une conception dominante du mode d'exercice de la médecine) que de la position qu'ils occupent dans les systèmes de santé. L'analyse de chaque cas national est donc centré sur trois aspects principaux : la conception dominante de la profession médicale, son mode d'organisation collective et son institutionnalisation dans le système de santé.

I.1. L'organisation collective de la profession médicale en France

L'élément le plus caractéristique de la situation française est la prédominance de l'identité de la médecine libérale qui correspond toujours aujourd'hui au mode d'exercice dominant de la profession. Selon les chiffres de l'Ordre des médecins (Atlas de la démographie médicale, 2013), au 1^{er} janvier 2013, 46,6% des médecins inscrits à l'Ordre exerçaient leur activité en libéral, auxquels s'ajoutent 10,3% des médecins qui ont un exercice mixte (essentiellement libéral/hospitalier). Les médecins salariés représentent 43,1% des effectifs (dont les 2/3 sont des hospitaliers). Pour comprendre le poids de la médecine libérale il faut faire un rappel de l'histoire du syndicalisme médical. La prégnance de l'identité libérale depuis l'adoption de la charte de la médecine libérale en 1927 est un élément d'explication de deux autres aspects structurants : la fragmentation organisationnelle et l'institutionnalisation limitée.

La prédominance historique de l'identité libérale

La création des premiers syndicats médicaux français est d'abord à relier à une action de défense des intérêts économiques de la profession. En 1881, le *Concours médical* établit une liste des quatre questions importantes pour un syndicat médical : l'établissement d'un tarif d'honoraires, leur recouvrement, la révision de la législation et la lutte contre l'exercice illégal. Cette même année, le premier syndical local est créé en Vendée, et en 1884 est constituée l'Union des Syndicats Médicaux Français (U.S.M.F.), qui regroupe alors environ 20% de la profession. L'émergence du syndicalisme médical en France ne peut pas se comprendre sans faire aussi référence au développement des mutuelles. En 1895 un accord de principe est signé entre l'U.S.M.F. et la Ligue de la Mutualité, prévoyant le libre choix et la rémunération à l'acte. L'affirmation du syndicalisme médical s'explique, enfin, par la lutte contre le charlatanisme (et les officiers de santé). Le droit d'attaquer en justice ceux qui exercent la médecine sans titre de docteur et la suppression de l'officiat, sont inscrits dans la loi du 30 novembre 1892, légalisant le syndicalisme médical. Le monopole sur l'exercice des soins est donc obtenu en même temps que le droit à l'organisation collective de la profession médicale. C'est dans ce cadre que vont se cristalliser les principes de la médecine libérale, à la faveur de la mise sur agenda des assurances sociales dans les années 1920.

L'opposition aux principes des assurances sociales se donne à voir, dès le lendemain de la première guerre mondiale, par le refus du tiers payant inscrit, en 1919, dans la loi sur les pensions de guerre donnant le droit aux victimes de guerre de se faire soigner gratuitement. La mise sur agenda de la loi sur les assurances sociales, dont un premier projet est déposé à l'Assemblée en 1921, suscite de fortes divergences au sein de l'USMF et entraîne le départ de la minorité qui fonde la Fédération nationale des syndicats de médecins de France. La majorité revendique la mise en place de contrats collectifs afin de modifier un rapport de force trop défavorable entre le médecin isolé et la caisse. À cette conception d'un syndicalisme médical s'intégrant à la protection sociale afin de défendre les intérêts des médecins, s'oppose celle prônée par les dirigeants de la nouvelle Fédération fondée sur la préservation du caractère strictement individuel de la pratique médicale. Le refus de toute intervention extérieure venant perturber le « colloque singulier » entre le médecin et le malade se traduit par la revendication, qui devient centrale, de « l'entente directe ». Elle revient à vider de toute sa substance l'idée même d'un système d'assurance maladie, car l'expression signifie que les honoraires sont négociés au cas par cas entre le médecin et son patient. En novembre 1926, la Fédération adopte une charte définissant les principes « qui régissent

l'exercice de la médecine» : «respect absolu du secret professionnel ; libre choix du médecin par le malade; entente directe entre le médecin et le malade (ou sa famille) suivant les conditions de la pratique ordinaire».

Ses effectifs se sont rapidement développés : fin 1926 elle revendique 68 syndicats affiliés. Les plus importants sont ceux de la Seine, du Rhône, du Nord et de Bordeaux, représentant les médecins des grandes agglomérations urbaines. On peut aussi noter la présence de plusieurs professeurs de médecine parmi ses porte paroles. La frange supérieure de la profession est donc à la pointe de la défense de la médecine libérale². La Fédération parvient à imposer sa charte lors du congrès des syndicats médicaux qui se tient le 30 novembre 1927, et qui débouche sur la réunification syndicale. Lors de ce congrès sont adoptés les sept principes «formant la charte commune de la profession qu'aucune loi, règlement ou contrat ne doit remettre en cause:

- 1) Le libre choix [...];
- 2) Le respect absolu du secret professionnel [...];
- 3) Le droit à des honoraires pour tout malade soigné [...];
- 4) Le paiement direct par l'assuré en prenant pour base minimum les tarifs syndicaux [...];
- 5) La liberté thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement doit primer sur le facteur économique ;
- 6) Contrôle des malades par la caisse, des médecins par le syndicat et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord ;
- 7) Nécessité de représentation du syndicat dans les commissions techniques organisées par les Caisses».

La défense de l'identité libérale l'emporte sur l'intégration du syndicalisme au système de protection sociale : « par son caractère intellectuel, la médecine est une profession libérale ; ce qui veut dire que l'on exerce en toute liberté : liberté d'accorder ou de refuser ses soins ; liberté de traiter le patient à sa guise, ayant pour seul guide et seul frein l'intérêt du malade et la conscience professionnelle ; liberté de réclamer des honoraires que l'on proportionne à l'importance des soins donnés et du service rendu, aux situations sociales du client, personnelle du praticien. C'est cet affranchissement de toute entrave

² Ce basculement du syndicalisme médical français vers la défense de ces principes n'est pas sans lien avec une évolution politique liée à l'influence des conceptions corporatives de l'Action française. Pour une analyse plus détaillée, on pourra se reporter à Hassenteufel, 2008.

morale et matérielle, cette indépendance absolue du médecin qui, avec la foi en sa science, engendre la confiance en lui que lui voue son malade et lui donne le pouvoir de guérir»³.

La nouvelle Confédération des Syndicats Médicaux Français (C.S.M.F.), issue de la réunification de l'Union et de la Fédération, en décembre 1928, refuse la loi sur les assurances sociales du 5 avril 1928. Si elle reconnaissait le libre choix au paragraphe 2 de l'article 4 («l'assuré choisit librement son praticien»), la libre entente n'était pas prévue. Par la loi du 30 avril 1930, modifiant la loi de 1928, la CSMF obtient satisfaction sur plusieurs points grâce à une forte pression exercée sur les parlementaires et les pouvoirs publics. Le nouveau paragraphe 4 de l'article 4 contient l'affirmation de la libre entente et l'absence de tiers payant.

Les principes de la charte de 1927 (auquel s'ajoute après la seconde guerre mondiale celui de la liberté d'installation) forment donc le socle identitaire et unificateur du syndicalisme médical français. La défense des principes libéraux et le refus du tiers payant sont des constantes du syndicalisme médical français et traduisent une intégration partielle et problématique de la profession au système de protection sociale, à la différence de la médecine de caisse en Allemagne comme on le verra. Mais c'est aussi devenu un facteur important de fragmentation.

La fragmentation de la représentation professionnelle des médecins français

Le débat qui avait divisé le syndicalisme médical dans les années 1920 a été en effet ravivé à chaque avancée significative de la législation dans le domaine de l'assurance maladie.

Une première scission a lieu à la suite du décret de 1960 qui établit les conventions départementales, alors majoritairement acceptées au sein de la CSMF dominée par des médecins soignant majoritairement des assurés sociaux. Toutefois, une minorité prône la signature de conventions individuelles pour ceux qui souhaitent être conventionnés, afin de préserver la liberté de fixation des honoraires (c'est-à-dire l'entente directe) pour ceux qui refusent de signer. Cette revendication conduit à demander l'existence de deux secteurs d'exercice de la médecine. En 1961 cette minorité prend le nom d' « Union nationale des syndicats de France » comprenant une dizaine

3 *Le médecin syndicaliste*, 1/1/1928, p.37-39.

de syndicats départementaux (dont celui de la Seine et celui du Rhône) qui fondent ensuite en 1968 la Fédération des Médecins de France, reprenant le sigle des opposants aux assurances sociales en 1925. L'intégration à la protection sociale est donc toujours refusée par une partie de la profession, en particulier par les médecins des zones au niveau de vie le plus élevé (région parisienne, région lyonnaise et Côte d'Azur notamment). Ce sont aussi majoritairement des spécialistes (des chirurgiens en particulier). Et, même si en 1971 la CSMF et la FMF signent toutes les deux la première convention nationale, le rapport à la protection sociale reste un clivage interne important, comme le montre par la suite la virulence de l'opposition de la CSMF à la mise en place d'un secteur à honoraires libres (rétablissant de fait l'entente directe) proposé et obtenu par la F.M.F. en 1980. Elle entraîne aussi la création du Syndicat des Médecins Libéraux (SML) pour défendre spécifiquement les médecins du secteur à honoraires libres et en réactivant l'identité libérale. On peut également mentionner l'émergence récurrente de coordinations de médecins depuis la fin des années 1980 au nom de la préservation des principes de la médecine libérale que les syndicats sont accusés de ne plus pouvoir garantir. Les premières apparaissent à l'automne 1989, dans le cadre de la négociation conventionnelle ; puis au début des années 1990 des coordinations se sont créées en milieu hospitalier et pour d'autres professions de santé. Une coordination de généralistes a ensuite joué un rôle important dans le cadre du mouvement pour le « C à 20 euros » en 2002. D'autres coordinations se sont alors constituées chez les spécialistes et chez les médecins des cliniques (chirurgiens en particulier). Enfin, le mouvement des « médecins pigeons »⁴ de l'automne 2012 pour la défense du secteur 2 s'est accompagné d'une nouvelle réactivation du discours de défense de la médecine libérale en dehors du cadre syndical et a conduit à la création de l'Union française pour une médecine libre (UFML) fin octobre 2012, sur la base de la contestation de l'avenant 8 de la convention médicale visant à limiter les dépassements d'honoraires (cf. chapitre 4).

On peut également souligner que la création du syndicat de généralistes MG-France en 1986 n'est pas sans lien avec la question de l'identité libérale. Elle obéit en effet à une double logique : une logique politique d'opposition à la médecine libérale telle qu'elle prédomine depuis la mise en place du système d'assurance maladie français, et une logique professionnelle d'affirmation de la spécificité de la médecine générale (Hassenteufel, 2010). Le premier syndicat spécifique à la médecine générale, le syndicat de la médecine

⁴ A l'origine de ce mouvement, inspiré par celui des entrepreneurs contre l'alourdissement de leur fiscalité, on trouve une page facebook intitulée « les médecins ne sont pas des pigeons » créée par de jeunes chirurgiens esthétiques. Elle a été rapidement rejointe par près de 40 000 membres.

générale (SMG), est créé au printemps 1975. Son acte fondateur est la publication d'une charte, signée par 120 généralistes, rejetant la médecine libérale et appelant à une transformation globale du système de santé. Le programme d'action du SMG est centré sur la remise en cause du paiement à l'acte et la création d'« unités sanitaires de base », permettant de pratiquer une médecine gratuite, « indépendante du profit » et de l'industrie pharmaceutique. Des militants du SMG formeront l'un des groupes fondateurs de MG France, à la suite de la non reconnaissance de sa représentativité par le gouvernement en 1984 et donc de son échec à peser sur les politiques de santé. MG France est également fondé par des opposants à l'évolution « libérale » de la CSMF après 1981 (qui se traduit notamment par l'acceptation du secteur 2 et un changement de président) qui la quittent en 1984. Le troisième groupe fondateur est le Mouvement d'action des généralistes (MAG) créé par Richard Bouton au cours du séminaire sur la médecine rurale de Rodez fin 1984.

Cette logique d'affirmation des intérêts spécifiques à un segment de la profession médicale, qui se combine à la question de la médecine libérale dans le cas de la création de MG France, est la deuxième logique permettant de comprendre la fragmentation organisationnelle des médecins français. On peut en donner une autre illustration avec le cas du départ de la FMF du Collège des chirurgiens en janvier 1987, légitimé par l'absence de prise en compte de leur situation matérielle spécifique. Il a constitué en 1992 l'Union Collégiale des Chirurgiens et Spécialistes français (UCCSF), avec la Fédération Nationale des Praticiens des Établissements privés et le Collège des stomatologistes, et il est reconnu comme représentatif en 1997 mais ne parvient pas à peser sur les négociations conventionnelles. Concurrencé par des coordinations de chirurgiens, il a laissé place à une nouvelle organisation de chirurgiens, le Bloc, créée à la faveur de la mise en place d'un collège « praticiens à plateau technique lourd » au sein des Unions régionales des professions de santé, dans le cadre de la loi HPST de 2009. Cette nouvelle organisation remporte la majorité des suffrages dans ce collège lors des élections de 2010.

Cette histoire complexe de l'évolution du syndicalisme médical français, découlant de deux logiques de fragmentation (le positionnement par rapport aux principes de la médecine libérale et la défense des intérêts de segments internes à la profession), se traduit aujourd'hui par la participation de cinq organisations reconnues comme représentatives aux négociations conventionnelles : le CSMF, la FMF, le SML, MG France et le Bloc.

Ces organisations ne sont pas les seules à représenter les médecins. Il faut y ajouter les organisations représentant deux autres segments de la profession médicale : les médecins hospitaliers et les médecins en formation.

C'est aussi autour de la question du rapport à l'État que s'est structuré le syndicalisme hospitalier. Jusqu'aux années 1950, il est intégré à la médecine libérale. La création en 1929 de l'intersyndicat des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux et des hospices de l'Assistance Publique de Paris, par des membres de l'élite hospitalière parisienne, se fait dans le cadre de la CSMF. Il en va de même pour le Syndicat National des Médecins, Chirurgiens et Spécialistes des Hôpitaux Publics, créée en 1937. Les médecins exerçant à l'hôpital étaient alors des libéraux avant d'être des hospitaliers.

Cette situation se modifie sous l'effet de la loi hospitalière de décembre 1941, qui entraîne l'accroissement progressif du nombre de médecins salariés des hôpitaux publics non universitaires. Ils revendiquent leur appartenance à la fonction publique, et rompent progressivement avec l'identité libérale. Cette émergence d'un segment spécifiquement hospitalier dans les années 1950 conduit à une structuration organisationnelle de médecins hospitaliers au sein de la CGC. Il s'agit à nouveau d'une scission syndicale sur la base de la question du rapport à l'État, entre ceux qui acceptent l'intégration à la fonction publique par le salariat et ceux qui la refusent au nom de la préservation de l'identité libérale.

La fragmentation est accrue par la réforme des études médicales de décembre 1958, instaurant le plein temps hospitalier pour les hospitalo-universitaires. Elle marque le point de départ d'un développement rapide du secteur hospitalier et donc des effectifs de médecins hospitaliers ce qui a pour conséquence de multiplier le nombre de syndicats hospitaliers. On peut d'abord noter l'apparition de syndicats spécifiques aux catégories créées par la réforme de 1958 : par exemple en 1967 est fondé le syndicat des professeurs agrégés et maîtres de conférence à plein temps des CHU. Se mettent aussi en place des organisations reproduisant la séparation entre hôpitaux universitaires et hôpitaux généraux que durcit la réforme. C'est le cas notamment pour les médecins biologistes (en 1969 est créé le Syndicat national des biologistes des hôpitaux généraux) et les anesthésistes (en 1966 est créé le Syndicat national des praticiens du cadre hospitalier d'anesthésie-réanimation pour les CHU, en 1971, le syndicat national des médecins anesthésistes réanimateurs des hôpitaux non universitaires). Notons enfin qu'est créé en 1983 un syndicat spécifique aux hôpitaux généraux: la Fédération nationale des médecins et biologistes des hôpitaux publics.

L'intégration d'une part importante des médecins hospitaliers à la fonction publique et la création d'une myriade de statuts conduit donc à la constitution d'une multiplicité d'organisations. Toutefois, à la suite de l'alternance de 1981, une logique plus politique se donne également à voir. Les réformes menées dans le domaine hospitalier par le nouveau gouvernement entraînent, dans un premier temps, le regroupement des organisations existantes sous la forme d'intersyndicales afin de présenter un front plus uni. Toutefois, un premier clivage s'opère autour de la question de la suppression du secteur privé à l'hôpital et des études médicales. Les réformes envisagées par Jack Ralite suscitent la constitution de Solidarité Médicale, en novembre 1981, sous l'égide du professeur Bernard Debré. La nouvelle organisation s'oppose aux réformes au nom de la défense des principes de la médecine libérale comme le montre l'adoption d'une «charte de la médecine libérale» en janvier 1982. Cette intersyndicale regroupe surtout des praticiens hospitaliers, hospitalo-universitaires en particulier, et des chirurgiens. Ce regroupement, qui s'inscrit dans le cadre traditionnel de la défense de la figure identitaire du médecin libéral, organise des journées de grève pour la défense du secteur privé. Cette mobilisation entraîne en réaction, fin 1982, la structuration d'une intersyndicale regroupant des organisations favorables aux réformes, sous l'égide du Syndicat de la médecine hospitalière. Le clivage structurant du syndicalisme hospitalier concerne, comme pour les syndicats de médecins libéraux, le rapport à l'État : soutien aux réformes d'un côté; refus de toute intervention étatique et défense de l'identité libérale de l'autre. Mais ces intersyndicales, perçues comme trop politiques, se sont rapidement essouffées.

Un nouveau clivage apparaît ensuite avec la question de la structure interne de l'hôpital, en particulier celle de la départementalisation, qui entraîne la création de deux nouveaux groupements, polarisant encore aujourd'hui, dans une large mesure, le syndicalisme hospitalier. Une Intersyndicale nationale des médecins hospitaliers (I.N.M.H.) se constitue en février 1983 et regroupe, alors, les principaux syndicats hospitaliers (16 organisations). Elle se scinde en septembre 1984 du fait du départ d'un certain nombre de syndicats refusant la départementalisation proposée par le gouvernement, tels le Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics et la Fédération nationale des médecins et biologistes des hôpitaux généraux. Ces syndicats (8 au total) créent, en janvier 1985, le Comité de Liaison et d'Action des Syndicats Hospitaliers (C.L.A.S.H.) en réaction à la publication du décret instaurant la départementalisation. Le regroupement de ces syndicats est réactivé en janvier 1989, du fait de leur opposition à la réforme hospitalière (soutenue par l'INMH, interlocuteur

privilegié du gouvernement) et d'un mouvement des médecins anesthésistes, sous le nom de « Coordination syndicale des médecins spécialistes, biologistes et chirurgiens des hôpitaux publics » composée de 13 organisations. Devenue la coordination médicale hospitalière (CMH) et présidée entre 1989 et 2011 par François Aubart, elle regroupe aujourd'hui 14 syndicats. Elle a présenté des listes communes avec le Syndicat national des médecins des hôpitaux publics (SNAM) sous la bannière « Convergence Hôpital Public » lors des élections professionnelles dans les hôpitaux de décembre 2011. Ces listes ont obtenu environ 30% des suffrages⁵ (75% dans le collège des hospitalo-universitaires).

L'INMH a pris le nom d'Intersyndicale des Praticiens hospitaliers (INPH), elle est présidée par Rachel Bocher et regroupe aujourd'hui 13 syndicats. Alliée à la Confédération des praticiens des hôpitaux (CPH), qui regroupe des syndicats de praticiens des hôpitaux généraux ayant quitté la coordination en 1992, ses listes ont obtenu environ 40% aux dernières élections professionnelles. Celles-ci ont également vu l'affirmation d'un nouveau regroupement intitulé « Avenir Hospitalier » composé par le syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs (SNPHAR), issu de l'INMH, et le syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF), issu de la CPH. Il a recueilli près de 20% des suffrages ce qui lui permet d'être reconnu comme la troisième intersyndicale représentative. Enfin, l'association des médecins urgentistes de France, elle aussi issue de la CPH et présidée par le médiatique Patrick Pelloux, s'est alliée à la CGT et a obtenu 7% des suffrages.

Les étudiants de médecine se sont quant à eux organisés dès le début du 20^{ème} siècle sous une forme associative. Ils sont aujourd'hui représentés par l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) créée en 1965. Parmi eux les internes et les chefs de clinique occupent une place à part puisque, même si juridiquement ils sont considérés comme des étudiants de 3^{ème} cycle, ils ont essentiellement une activité médicale dans les hôpitaux. Ils sont représentés par trois organisations. La plus importante est l'Intersyndicat national des internes des hôpitaux (ISNIH) créé dans les années 1970 pour mieux défendre leurs intérêts spécifiques, les associations existantes fonctionnant plus comme des amicales d'anciens défendant des médecins installés en libéral (Deplaude, 2007, p. 188). Les internes en médecine générale (ex-résidents) sont représentés par l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale

5 L'interprétation des résultats est rendue complexe par la multiplicité des collèges, des instances et des listes.

(ISNAR-IMG), créée en 1997⁶. Enfin, les chefs de clinique et les assistants sont représentés par un Intersyndicat national (INSCAA), créée en 1964.

Une institutionnalisation et une représentativité limitées

Cette fragmentation de la représentation n'est pas contrebalancée par l'existence d'institutions de droit public permettant une prise de parole unifiée de la profession. L'Ordre des médecins, créée en 1940, n'a que des compétences limitées puisque ses fonctions principales sont l'administration de l'exercice médical (autorisation d'installation, inscription au tableau, vérification des diplômes, délivrance des caducées, contrôle des plaques etc.) et la prise en charge du respect de l'éthique médicale (fixation du code de déontologie et surveillance du respect de celui-ci avec la possibilité de sanctions). Sa légitimité a été fortement contestée dans les années 1970 du fait de ses origines historiques (création par le régime de Vichy) et les prises de position virulentes de son président contre l'IVG. Sa suppression faisait partie des 110 propositions de François Mitterrand en 1981, mais n'a pas été opérée. La représentativité de l'Ordre est également problématique du fait de la faiblesse de la participation électorale (depuis les années 1970, elle est en moyenne légèrement supérieure à 40%) et de l'absence de représentation des syndicats dans les instances ordinales.

Les Unions régionales de médecins libéraux créées en 1993, ont elles aussi eu des prérogatives limitées : réalisation d'études sur le système de soins et l'exercice libéral, organisation d'action de prévention et d'information auprès du public et de formation auprès des médecins. Même si leur transformation en Unions régionales des professions de santé (URPS) dans le cadre de la loi HPST de 2009 a accru leurs compétences en matière d'organisation des soins (permanence des soins, nouveaux modes d'exercice ...), de participation à l'élaboration des projets régionaux de santé et des SROS, de mise en œuvre des contrats passés avec les réseaux et les maisons de santé, elles ne participent pas directement à la vie conventionnelle, si ce n'est dans le domaine de l'information médicale (codage des actes et des pathologies). L'absence d'instance nationale limite également leur rôle dans les politiques de santé. Elles font toutefois l'objet d'une forte concurrence intersyndicale permettant en particulier l'expression de la contestation des conventions médicales comme le montrent les résultats électoraux.

6 Ils sont également représentés par le Syndicat National des jeunes médecins généralistes (SNJMG), créée en 1991 à la suite de MG France, pour défendre les généralistes installés depuis moins de 5 ans et ceux non encore installés.

L'ORGANISATION COLLECTIVE DE LA PROFESSION MÉDICALE

Collège généralistes (opposants à la convention en gras) :

	CSMF	SML	FMF	MG France	SMIF Alliance	Espace Généraliste ⁷
1994	26%	11%	6%	55%	2%	-
2000	41%	16%	5%	31%	6,5%	-
2006	26%	10,5%	16,5%	31%	1%	12%
2010	27%	19%	18,5%	30%	-	-

Collège généralistes (opposants à la convention en gras) :

	CSMF	SML	FMF	UCCSF UCCMSF	SMIF Alliance
1994	54%	22%	11%	10,5%	2%
2000	63%	21%	6%	7%	3%
2006	39%	15,5%	35,5%	8%	1,5%
2010	51%	31%	15,5%	2%	0,5%

Pour le collège « praticiens à plateau technique lourd » apparu en 2010 les résultats sont les suivants :

- Le Bloc : 57%
- CSMF : 19%
- SML : 15%
- FMF : 7%
- Union collégiale : 1,5%

La participation à ces élections est aussi révélatrice d'une certaine perte d'audience des syndicats de médecins libéraux puisqu'elle est passée de 59% en 1994 à 52,5% en 2000, puis 47% en 2006 et 45% en 2010. Cette baisse s'observe aussi au niveau de la syndicalisation. Une évaluation de celle-ci sur longue période, à partir des chiffres donnés par les syndicats et des projections, indique une baisse continue de la syndicalisation du début des années 1960 au début des années 1980 (de 60% à 30%). Les enquêtes de représentativité de 1992 et 2001 (la dernière) concluent sur un taux de 25 % (avec une différence assez forte entre celui des généralistes, environ 20%, et celui des spécialistes, environ 30%).

⁷ Cette organisation, issue de MG France en 2002 dans le cadre du mouvement pour le « C à 20 euros », a ensuite rejoint la FMF, également renforcée par les coordinations de généralistes apparues en 2002.

En l'absence de données comparables sur les médecins hospitaliers on peut juste souligner que la participation aux élections professionnelles est aujourd'hui plus faible et en baisse sensible (28% en 2011 contre 48% en 2005). La représentativité est plus forte pour les syndicats de médecins en formation : ainsi l'ISNIH regroupe environ les deux tiers des internes de spécialité. Cette importance du taux de syndicalisation des internes, qui n'est pas sans conséquence sur le positionnement des médecins face aux enjeux analysés ici comme nous le verrons, s'explique par l'homogénéité de ce groupe, sa plus grande concentration et les nombreux services et activités que les syndicats de médecins en formation proposent (Deplaude, 2007 : p.190-198).

Ajoutons, pour finir, que les organisations collectives ne sont pas les seuls vecteurs permettant aux médecins de peser sur les politiques de santé. Il faut y ajouter les positions individuelles occupées par des médecins comme élus (entre 5% et 10% des parlementaires sont des médecins)⁸, comme membres de cabinets ministériels⁹ et de l'entourage des sommets de l'exécutif, comme figures connues et reconnues de la profession ou encore comme soignants de responsables politiques dont ils deviennent parfois des confidents (Tabuteau, 2010, p. 120).

I.2. L'organisation collective de la profession médicale en Allemagne

La différence majeure dans la représentation des médecins allemands par rapport à la situation française tient à son institutionnalisation au sein du système d'assurance maladie. Celle-ci s'explique par le processus historique d'affirmation de la médecine de caisse.

Le poids historique de la médecine de caisse

L'émergence du syndicalisme médical en Allemagne découle de la mise en place d'un système d'assurance maladie pour les ouvriers en 1883. La revendication du libre choix du médecin et de la rémunération à l'acte figurent dès lors en bonne place dans les résolutions du congrès des médecins allemands. Mais, la difficulté à imposer politiquement ces demandes et à

8 Actuellement on compte 24 médecins élus à l'Assemblée Nationale et 14 au Sénat.

9 Didier Tabuteau (2010, p.120) note qu'ils forment parfois plus de 50% des effectifs du cabinet du ministre en charge de la santé.

obtenir des hausses d'honoraires explique la constitution, en septembre 1900, du « groupement collectif des médecins allemands pour la défense de leurs intérêts économiques » (*Verband der Ärzte Deutschland zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen*) qui a pour but de modifier la situation de dépendance des médecins exerçant dans le cadre de l'assurance maladie vis-à-vis des caisses. Pour y parvenir la stratégie adoptée fut celle de la constitution d'un contre-pouvoir médical organisé face aux caisses. Ce syndicalisme médical, qui prend le nom de *Leipziger Verband* (du nom de son lieu fondateur) puis de *Hartmannbund* (du nom de son fondateur), s'oriente en effet vers une action conflictuelle à l'encontre des caisses d'assurance maladie et reprend le répertoire d'action du mouvement ouvrier: grève, caisse de solidarité, revendication en termes d'augmentation de la rétribution, lutte contre les briseurs de grève etc. Ce syndicalisme médical devient rapidement très représentatif de l'ensemble de la profession. Il se construit contre les caisses sans que l'exercice de la médecine dans le cadre de l'assurance maladie (médecine de caisse) soit refusé en tant que tel puisque le tiers payant n'est jamais mis en cause, ni les relations avec les caisses en elles-mêmes. L'enjeu saillant est la nature du rapport entre les médecins et les caisses. Le but poursuivi par le *Leipziger Verband* est le renforcement de la position des médecins face à celles-ci par le développement de l'organisation collective sans que les principes mêmes de l'assurance maladie soient refusés. Le syndicalisme médical allemand est donc historiquement bien plus nettement qu'en France orienté vers l'amélioration de la position des médecins à l'intérieur du système de protection sociale.

L'importance de la mobilisation des médecins allemands au début du 20^{ème} siècle débouche sur l'accord de Berlin, en décembre 1913, entre le *Leipziger Verband* et les caisses, sous l'égide du ministère du travail. Il participe à la reconnaissance croissante du syndicalisme médical comme interlocuteur collectif face aux caisses. Il prévoit qu'un accord entre représentants des médecins (c'est-à-dire le syndicat) et représentants de la caisse d'assurance maladie concernée est nécessaire pour l'obtention d'un contrat de médecin de caisse. Les médecins participent donc désormais au recrutement de leurs collègues dans le cadre de commissions paritaires. C'est là une première brèche ouverte dans le rapport de dépendance, d'autant plus que les caisses ne sont plus autorisées à faire appel à des soignants non titulaires du titre de médecin, comme elles le faisaient parfois. L'accord reconnaît également le libre choix. Cependant, la rémunération à l'acte, même si elle s'étend, continue à coexister avec le système de rémunération au forfait. Enfin, il prévoit la détermination de directives nationales, fixées conjointement par les représentants des médecins et des caisses, auxquelles doivent se conformer

les contrats individuels qui jusque là reposaient sur une forte inégalité puisque signés entre un individu (le médecin) et une organisation collective (la caisse locale d'assurance maladie).

C'est avec la création, en 1931, des Unions de médecins de caisse (*Kassenärztliche Vereinigungen*) que les contrats collectifs sont juridiquement reconnus et signés entre ces instances et les caisses. Par là est établi un équilibre avec les caisses puisque la création des Unions signifie la mise en place d'un monopole institutionnel de l'offre médicale. Il s'agit d'instances élues par les médecins de caisse et auxquelles tous doivent adhérer à titre obligatoire. Ce caractère obligatoire de l'adhésion facilite la prise de sanction et permet le transfert aux unions de la fonction de surveillance et de contrôle de l'activité des médecins. Elles prennent également en charge le reversement des honoraires. Le décret-loi de 1931 marque donc une double avancée pour les médecins: la monopolisation de l'offre et l'auto-contrôle, ce qui permet d'éliminer les principaux facteurs de dépendance à l'égard des caisses

Le syndicalisme médical allemand a donc, contrairement à son homologue français, historiquement opté pour l'intégration institutionnelle à l'Etat-Providence. Elle permet de pérenniser la monopolisation de l'offre médicale, et transforme la relation de pouvoir jusqu'au rapport individuel entre le médecin et la caisse locale se substitue un rapport collectif entre une organisation monopolistique, à adhésion obligatoire (les unions) et des caisses d'assurance-maladie multiples (puisqu'aux côtés des caisses locales existaient des caisses d'entreprise, de fabrique, de profession...). À une représentation médicale tournée vers la lutte syndicale se substitue une représentation institutionnalisée et tournée vers la gestion du système d'assurance maladie conformément aux intérêts professionnels. Le médecin de caisse (*Kassenarzt*) devient alors l'identité collective dominante de la profession.

La position institutionnelle obtenue en 1931 n'est pas remise en cause par la suite et en 1955 les médecins obtiennent le monopole sur la pratique médicale ambulatoire : la mise en place de structures de soins ambulatoires par les caisses est désormais soumise à l'approbation des unions de médecins de caisse et les hôpitaux ne peuvent pas pratiquer des soins ambulatoires. Par là est affirmée la prééminence de la médecine ambulatoire sur la médecine hospitalière dont l'accès est contrôlé par les médecins de caisse. Enfin, elle autorise le paiement à l'acte de façon plus large que le décret loi de 1931, ce qui permet sa généralisation au cours des années 1960.

C'est donc par la voie de l'intégration institutionnelle au sein du système

d'assurance maladie qu'ont été historiquement défendus les intérêts des médecins en Allemagne. L'identité collective dominante du médecin de caisse est emblématique de cette évolution. Cette institutionnalisation au sein du système allemand de protection sociale a permis de préserver l'autonomie de la profession et de lui assurer un rapport de force favorable vis-à-vis des caisses.

Une forte institutionnalisation et représentativité

Du fait de cette trajectoire historique l'institutionnalisation de la représentation des médecins allemands est plus forte qu'en France. Elle repose sur deux piliers, organisés sur une base fédérale (une instance fédérale et des instances régionales) : les Unions de médecins de caisse et les Chambres de médecins, elles aussi créées dans les années 1930 (Hassenteufel, 1997, chapitre 1). L'importance de cette institutionnalisation est liée, d'une part, aux importantes compétences de ces structures, d'autre part à la construction de la représentation de la profession médicale qu'elles permettent.

Les Chambres ont non seulement les mêmes fonctions que l'Ordre des médecins (administration de l'exercice médical et prise en charge du respect de l'éthique médicale) mais aussi d'importantes attributions en matière de formation : en particulier elles fixent, au niveau de chaque Land, le contenu de la formation complémentaire (après le doctorat) permettant d'obtenir la reconnaissance d'une spécialité. Les Unions de médecins de caisse monopolisent les relations avec les caisses d'assurance maladie comme on l'a vu : négociations d'accords fixant notamment le mode et le montant de la rémunération des actes, mise en oeuvre de ceux-ci, versement des honoraires aux médecins, représentation des médecins dans les commissions paritaires (notamment celle de la nomenclature), garantie de la couverture des soins ambulatoire des assurés sociaux etc.

L'importance des institutions de représentation monopolistiques de droit public tient également à leur capacité de construction d'une représentation-reflet unifiée de la profession. Dans les deux instances (chambres et unions) des élections internes ont lieu régulièrement (tous les quatre ans pour les unions, entre trois et quatre ans pour les chambres). Des taux de participation supérieurs à 50% (plus importants en règle générale dans les Unions que dans les Chambres) confèrent une forte légitimité aux représentants. Le recours généralisé au scrutin de liste proportionnel facilite la construction d'une représentation reflétant la profession. Ces instances forment une tribune d'expression agrégée de l'ensemble de la profession qui se donne en

particulier à voir lors du congrès annuel des médecins allemands (*Deutscher Ärztetag*) dont les 250 délégués sont élus par les Chambres régionales et auquel assiste, entre autres personnalités du monde de la santé, le ministre de la santé. Il a lieu au même endroit et dans la foulée de l'assemblée générale de l'Union fédérale des médecins de caisse ce qui souligne les liens entre les deux instances de représentation institutionnalisées. Ils se traduisent aussi par la représentation des Unions au sein de la Chambre fédérale, par la présence d'observateurs de la Chambre fédérale au sein des assemblées générales de l'Union fédérale, par un organe et un service de presse communs, par un bureau chargé des contacts avec les partis politiques (*Berliner Büro des Ärzteschaft*) et un service juridique partagés, auxquels s'ajoute la proximité physique (les deux instances fédérales sont localisées dans le même ensemble de bâtiments à Berlin, il en va souvent de même au niveau des Länder). S'opère ainsi comme une division du travail entre les enjeux liés à la médecine de caisse pris en charge par les unions et les autres enjeux pris en charge par les chambres. Ces différents liens facilitent également la production d'une parole publique agrégée de la profession

Du fait de leurs attributions et de leur rôle en termes de prise de parole agrégée de l'ensemble de la profession, les institutions de droit public configurent la représentation des médecins allemands dans une logique de concurrence interne à celle-ci, c'est-à-dire pour l'occupation de positions institutionnelles en leur sein. L'émergence d'organisations s'est effectuée principalement dans une logique de segmentation, en lien avec la défense d'intérêts dans le cadre de ces enceintes institutionnelles. Dans le cas des Unions, leurs pouvoirs en matière de relations avec les caisses d'assurance maladie, ont été un facteur fortement incitatif à l'organisation collective des segments, du fait du rôle des unions dans la détermination du montant et du mode de répartition des honoraires. Cette logique de création organisationnelle est illustrée par la constitution d'organisations de spécialistes dont les revendications fondatrices sont la reconnaissance matérielle des actes spécifiques à la spécialité dans la nomenclature et la valorisation de leur rémunération. La plus importante est l'organisation des spécialistes de médecine interne (BDI). C'est aussi un des facteurs explicatifs de l'antériorité, par rapport à la France, de la structuration organisationnelle des médecins généralistes par l'intermédiaire du *Bundesverband Praktischer Ärzte* (B.P.A.), qui a pris dans les années 1980 le nom de *Hausärzte Verband*. Sa création dans les années 1950 est dans une large mesure une réponse au regroupement de spécialistes au sein de l'association commune des organisations professionnelles de spécialistes (A.F.B.), devenue la *Gemeinschaft der Fachärztlichen Berufsverbände* (GFB). Son but initial est la représentation

des généralistes au sein des Unions de médecins de caisse. Deux de ses dirigeants ont présidé ensuite l'Union fédérale, tandis que d'autres ont présidé des Unions régionales ou étaient membres du comité directeur de l'Union fédérale. L'activité de ces organisations s'oriente principalement vers la représentation des intérêts économiques du segment au sein des instances institutionnelles sans remettre en cause celles-ci.

Si, pour les Unions, l'enceinte institutionnelle incite à la structuration organisationnelle du fait des ses pouvoirs économiques, pour les Chambres l'enjeu principal est constitué par leurs compétences en matière de formation complémentaire. L'action du B.P.A a aussi, dès sa création, été orientée par la revendication d'une formation complémentaire permettant l'officialisation du label de «médecin généraliste»» (*Allgemein Arzt*). La même logique vaut pour les organisations de spécialistes comme le montre le cas du B.D.I. L'enjeu de la représentation au sein des Chambres est également lié à son rôle central dans l'expression publique agrégée de la profession, à travers le congrès médical annuel en particulier. L'exemple du *Marburger Bund*, seul syndicat représentant les médecins hospitaliers, illustre bien cette logique. Il a fortement investi les chambres afin de permettre l'expression des médecins non intégrés à la médecine de caisse. Il s'est constitué, en 1948, sur la base du regroupement des jeunes médecins hospitaliers élus dans les chambres. Le *Marburger Bund* a eu une politique de présentation systématique de listes de médecins hospitaliers aux élections afin de remédier à leur sous représentation par rapport aux médecins de caisse. Il est ainsi parvenu à renforcer la représentation des médecins hospitaliers, aujourd'hui plus nombreux que les médecins de caisse (175 000 médecins hospitaliers au 31/12/2012 contre 130 000 médecins de caisse), au sein du congrès annuel des médecins. La plupart des présidents du syndicat ont occupé des fonctions camérales importantes : c'est le cas de l'actuel président de la Chambre fédérale des médecins allemands, le docteur Montgomery. Le *Marburger Bund* forme aujourd'hui l'organisation autonome de médecins la plus importante numériquement, revendiquant 114 000 adhérents¹⁰. Cette forte syndicalisation est liée au fait que le *Marburger Bund* négocie et signe les conventions collectives avec les hôpitaux, et prend donc en charge tous les enjeux liés à la rémunération et au travail hospitalier. Par là il forme en quelque sorte le pendant des unions pour l'hôpital, en ayant toutefois un statut syndical et non de droit public, mais en étant fortement représenté dans les Chambres.

10 Ce chiffre correspond à plus de 50% des médecins salariés allemands, mais les étudiants en médecine peuvent aussi adhérer au syndicat.

Cette fonction d'expression publique des chambres (et dans une moindre mesure des unions) permet aussi de comprendre la pérennisation organisationnelle de structures ayant atteint le but qui avait motivé leur création. Elles se sont transformées en porte-parole de conceptions de l'exercice médical au sein des enceintes institutionnelles. C'est notamment le cas du *Hartmannbund*. Avec la mise en place des unions de médecins de caisse, en 1931, il était parvenu à réaliser son objectif initial : la construction d'un contre-pouvoir fort face aux caisses d'assurance-maladie. Le *Hartmannbund*, dissous par le régime nazi, est cependant refondé après la seconde guerre mondiale, en se légitimant par rapport à son rôle historique de défenseur des médecins. L'institutionnalisation de la représentation de la profession modifie son positionnement. Il n'a plus pour objectif de construire un contre-pouvoir mais de défendre une conception de l'exercice de la profession, fondée sur le refus d'une trop forte intégration des médecins à l'État. La production d'un discours général sur la profession, basé sur la défense de l'autonomie professionnelle, permet de légitimer le maintien de la structure organisationnelle. Par cette conception de l'exercice professionnel, qui se rapproche de l'identité libérale prégnante en France, le *Hartmannbund* s'attribue un rôle « défensif », complétant en quelque sorte le rôle de gestionnaire des Unions. Ce rôle se marque aussi par le recours à des moyens conflictuels. Comme le *Marburger Bund*, le *Hartmannbund* présente de façon systématique des listes aux élections camérales afin d'occuper des postes électifs.

C'est aussi le cas de l'organisation des médecins installés en secteur ambulatoire d'Allemagne (*Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands-N.A.V.*). Sa création, dans les années 1950, est liée au problème de la limitation de l'accès à la médecine de caisse par un rapport fixé entre le nombre de médecins de caisse et le nombre d'habitants. Il existait de ce fait un groupe de médecins installés en secteur ambulatoire mais non admis à soigner les assurés auprès des caisses locales. Sa principale revendication est le libre accès à la médecine de caisse au nom du libre choix pour le patient. Ce but était partagé avec le *Marburger Bund*. Les deux organisations s'associent, en mai 1954, au sein de la « communauté de protection des médecins allemands » (*Schutzgemeinschaft deutscher Ärzte*) en vue de l'obtention rapide de cette revendication, notamment par une présence forte au sein des Chambres. Le motif fondateur de l'organisation disparaît en mars 1960 avec l'obtention de la garantie du libre accès à la médecine de caisse, grâce à un arrêt du Tribunal constitutionnel rendu à la suite de la plainte déposée par le *Marburger Bund*. Le N.A.V. se transforme alors en représentant des médecins « installés » (c'est-à-dire exerçant en secteur ambulatoire : *niedergelassene Ärzte*) et se légitime

désormais par la construction d'une image « progressiste » opposée au « conservatisme » des autres organisations, porteur d'innovations dans le système de santé et s'inscrivant dans la concurrence inter-organisationnelle pour les postes de représentation institutionnels.

Le rôle de tribune publique des institutions de représentation permet ainsi à une structure organisationnelle de se maintenir, sur la base de prises de position exprimant des conceptions spécifiques de l'exercice médical. L'institutionnalisation facilite donc aussi la construction d'identités organisationnelles non segmentées. Ces exemples permettent de souligner le lien entre l'existence d'arènes institutionnelles, produites par la trajectoire spécifique de l'État et du système de protection sociale en Allemagne, et la constitution de structures organisationnelles. Les institutions, comme lieux de décision économique (Unions) ou comme lieux d'expression publique (Chambres), forment en elles-mêmes un enjeu, générateur d'organisations concurrentes pour l'occupation des postes en leur sein. En même temps, la concurrence organisationnelle n'empêche pas l'agrégation de la profession. Les arènes institutionnelles permettent ainsi l'existence d'une concurrence régulée, qui ne met pas en cause la capacité d'action publique de la profession dans son ensemble, liée à l'existence de ces institutions, source de moyens organisationnels importants et produisant des images et des expressions agrégées de la profession.

En Allemagne, l'institutionnalisation de la représentation de la profession médicale configure donc un jeu concurrentiel intégré à la fois régulé (au sein des enceintes institutionnelles) et complexe (du fait de la pluralité des rôles). Il a pour enjeu l'accès aux pouvoirs décisionnels détenus par les institutions de droit public (ainsi qu'à leur fonction expressive pour les chambres) et l'accès aux ressources institutionnelles (en particulier aux postes et aux rétributions offertes).

Cette institutionnalisation, des médecins de caisse dans le cadre des unions en particulier, est un élément clef pour comprendre les politiques de maîtrise des dépenses de santé comme nous allons le voir dans la partie suivante : elle a permis d'impliquer fortement les médecins dans cette politique, ce qui a aussi provoqué des tensions internes et entraîné l'émergence de groupements contestant les unions depuis la fin des années 1980 (Hassenteufel, 1997, p. 245-246). Porteurs d'un discours libéral¹¹, voire de privatisation du système d'assurance maladie, ils cherchent aussi à gagner de l'influence au sein des unions en se présentant (souvent avec succès) aux élections dans les unions.

11 Comme le souligne le nom du groupement aujourd'hui le plus actif, créée en 2004 : *Freie Ärzteschaft* (les médecins libres).

Par ailleurs, comme nous le verrons dans la troisième partie, la mise en place de nouveaux modes de contractualisation avec les caisses en dehors des unions, portant sur l'organisation des soins, a entraîné, d'une part, l'autonomisation de l'organisation des généralistes (HÄV)¹² et la création d'une nouvelle organisation en 1999 *Medi*. Son objectif est de se substituer aux unions, dénoncées comme trop intégrées au système d'assurance maladie et ne parvenant plus de ce fait à représenter les intérêts (matériels) des médecins de caisse. Revendiquant plus de 10 000 adhérents *Medi* est surtout présent dans le sud de l'Allemagne (Bade-Wurtemberg et Hesse).

1.3. L'organisation collective de la profession médicale en Suède

L'organisation collective des médecins suédois présente deux différences importantes par rapport à la France : l'unité syndicale puisque les médecins suédois sont organisés en une confédération syndicale depuis 1903 (*Sveriges Läkarförbundet* – SLF) et une forte intégration à l'État liée à la mise en place d'un État-Providence universaliste après la seconde guerre mondiale dans un contexte socio-démographique spécifique.

Plus que l'universalisation des droits sociaux, achevée en 1955, l'aspect le plus spectaculaire des réformes sociales-démocrates de l'après-guerre en comparaison à la France et à l'Allemagne est la réduction considérable de la médecine privée et de l'autonomie professionnelle des médecins au profit des administrations locales. Selon Klas Åmark, un tiers des médecins pratiquaient la médecine privée au début du siècle, 44% en 1940 et 11% en 1991 (Åmark, 1998, 184). Ces chiffres en disent long sur le changement qu'a connu le système de santé suédois à partir des années 1940. Lors des débats sur l'assurance maladie obligatoire, une majorité de médecins suédois défendait des principes très proches de la charte de la médecine libérale français. De fait, les représentants des médecins se sont opposés avec succès pendant une vingtaine d'années à une importante réforme de la médecine de ville et des soins ambulatoires, proposée en 1942 par le directeur général de la santé Axel Höjer, qui visait à parachever la construction d'un système national de santé fondé sur un monopole public des soins médicaux.¹³ L'influent président du *Läkarförbundet*, *Dag Knutson*, a défendu le maintien

¹² Elle revendique plus de 30 000 adhérents (il y avait 43 000 médecins généralistes en exercice au 31/12/2012 en Allemagne).

¹³ *Inrikesdepartementet, Den öppna läkarvården i riket. Utredning och förslag av medicinalstyrelsen, Statens Offentliga Utredningar SOU 1948:14, Stockholm: Iduns Tryckerieaktiebolag, Esselte AB.*

d'une médecine libérale et des consultations privées dans les hôpitaux contre le risque de « socialisation » des soins. Cette opposition frontale des médecins s'est ensuite lentement érodée. Une réforme hospitalière a d'abord éliminé en 1959 les paiements directs par les patients pour les consultations privées à l'hôpital. Le gouvernement social-démocrate souhaitait ainsi mettre fin au fait que certains professeurs gagnaient plus du double de leur salaire grâce à la multiplication des consultations privées. Dix ans plus tard, la réforme des « sept couronnes » (*sjukronor*) de 1969 a éliminé le principe du remboursement des soins en nature en introduisant un tarif forfaitaire de sept couronnes (SEK) par consultation. L'érosion progressive du pouvoir médical a accompagné la lente vague de réformes sociales-démocrates qui ont structuré le système national de santé suédois.

Les chercheurs ne s'accordent pas sur le rôle des médecins dans le processus historique d'étatisation du système de santé suédois. Ellen Immergut met l'accent sur les positions similaires des médecins français et suédois à l'occasion des réformes de l'organisation de la médecine pour démontrer l'importance des institutions nationales dans leur réussite diverse. Elle souligne en particulier les différences entre les institutions politiques des deux pays pour expliquer que les médecins ne soient pas parvenus à jouer un rôle d'acteurs de veto dans le système politique suédois comme ce fut le cas en France (pratiques législatives de consultations pluralistes fondées sur de longues consultations mettant les médecins au même niveau que les autres acteurs non-étatiques, à l'inverse d'une pratique plus corporatiste du pouvoir en France, des parlementaires peu disciplinés et peu sensibles aux influences des notables locaux – Immergut, 1992, 185).

Or si les médecins libéraux et hospitaliers qui exerçaient en privé disposaient en effet de marges de manœuvre institutionnelles moindres pour bloquer les réformes « socialisantes », il convient de souligner qu'ils étaient surtout moins dominateurs dans l'organisation collective des médecins qu'en France. Le mandat de Dag Knutson à la tête de SLF de 1946 à 1962 correspond certes à un moment de crispation autour des principes de la médecine privée (soutenu par les mandarins des hôpitaux). Mais, l'affaiblissement de son leadership a permis la réforme de 1959, tandis que l'association des jeunes médecins (*Sveriges Yngre Läkares Förening* – SYLF) s'est progressivement émancipée de la tutelle des mandarins hospitaliers pour négocier directement avec les autorités publiques les salaires des jeunes médecins hospitaliers (Heidenheimer, 1980, 126). Il convient de prendre en considération les conditions socio-économiques spécifiques qui ont présidé à la modernisation de la Suède pour comprendre pourquoi une portion importante et croissante

des médecins et des professionnels de santé sont historiquement moins hostiles au principe du salariat et moins viscéralement attachés à la liberté d'établissement. Tandis que qu'une partie des médecins français était solidement établie dans les élites de la III^{ème} République et bénéficiait d'une clientèle solvable, la modernisation tardive et brutale de la Suède au tournant du siècle a créé les conditions pour un compromis entre une partie de la profession médicale et l'Etat. En nombre trop importants dans les grandes villes, un certain nombre de médecins se sont installés dans des régions déshéritées et dépeuplées à la condition qu'ils obtiennent un soutien financier pour le service public rendu. Les principes de la médecine salariée et la formule des centres de santé locaux ont d'une certaine façon été imposés par les conditions d'exercice de la médecine dans un pays à la démographie particulièrement déséquilibrée entre les centres urbains et les grandes régions septentrionales. Après la seconde guerre mondiale, l'effort de modernisation des équipements hospitaliers, particulièrement intense en Suède, a achevé d'affaiblir la médecine de ville en ouvrant un accès direct à des soins ambulatoires gratuits. Lorsque les effets pervers d'une spécialisation excessive et d'un surinvestissement hospitalier ont émergé sur l'agenda public, les médecins généralistes ont cette fois subi la concurrence de professions paramédicales, certes moins diplômées et prestigieuses, mais qui avaient la faveur des planificateurs sociaux-démocrates qui y voyaient un facteur de rationalisation l'accès aux soins et de rééquilibrage du système de santé vers les soins primaires et la prévention. En effet, si il y a en Suède un ratio de médecins par habitant légèrement supérieur à la France (3,8 pour 1000 contre 3,3 en France), l'écart est plus prononcé pour les infirmières (11 pour 1000 contre 8,5 ¹⁴). Les médecins occupent une place moins primordiale dans l'organisation des soins en Suède. Ils s'intègrent dans une organisation plus coordonnée des soins et une approche plus collective de la médecine primaire.

Comme dans la plupart des secteurs d'activité en Suède, la médecine connaît un taux de syndicalisation proche de 90% (sur 55 587 médecins, 44 935¹⁵ sont membres de SLF) et a préservé une unité syndicale à travers une organisation semi-autonome des spécialisations techniques professionnelles au sein de la confédération. SLF regroupe ainsi les syndicats des médecins généralistes, des médecins hospitaliers, des jeunes médecins (historiquement plus réformistes) et même des médecins privés. Contrairement à la France, les syndicats médicaux suédois sont donc caractérisés par une forte

14 OCDE, 2012.

15 Socialstyrelsen, "Sveriges officiella statistik: Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal – officiell statistik om antal legitimerade (2011) och arbetsmarknadsstatus (2010)", 2012.

représentativité et sont peu soumis aux effets de la concurrence intersyndicale. De par cette situation, SLF joue un rôle primordial dans la négociation au niveau national des conventions salariales. Pourtant, l'action collective des médecins suédois n'a pas toujours été marquée par le sens du consensus et de l'unité syndicale.

Ces différences dans les modes d'organisation de la profession, à la fois en termes de nombre d'organisations (fragmentation française d'un côté, monopole syndical en Suède de l'autre), de type d'organisation (rôle clef des institutions de droit public en Allemagne) et d'identité collective dominante liée à mode d'exercice (médecine libérale en France, médecine de caisse en Allemagne, médecine salariée en Suède) ont un impact sur le positionnement des médecins face aux trois enjeux que nous allons maintenant analyser.

II. Les médecins face à la maîtrise des dépenses de santé

La question de la maîtrise des dépenses de santé est devenu un enjeu majeur des politiques de santé dans les pays au système d'assurance maladie bismarckien, d'une part, du fait du lien entre le financement du système (par cotisations) et la situation du marché du travail et, d'autre part, de l'absence d'encadrement des dépenses générées par l'activité médicale. D'un côté, le ralentissement de la croissance, à partir du milieu des années 1970, et l'augmentation du chômage ont eu pour effet de ralentir la progression des recettes des systèmes de protection maladie. De l'autre, le libre accès socialisé à des médecins payés principalement à l'acte en France et en Allemagne a été un des facteurs de la forte croissance des dépenses de santé. L'écart entre l'évolution de la masse salariale et celle des dépenses de santé, déjà perceptible dans les années 1960 en France, s'accroît dans les années 1970 et conduit à l'apparition de déficits structurels des systèmes d'assurance maladie, découlant du décalage croissant entre les recettes et les dépenses. En France et en Allemagne, la limitation des dépenses générées par l'activité médicale est devenue une orientation des politiques de maîtrise, mais la mise en place de celles-ci dans ces deux pays présente des différences importantes liées au positionnement de la profession médicale.

Même si la Suède avait un niveau des dépenses santé plus élevé (8,9% du PIB) que l'Allemagne (8,4% du PIB) et la France (7% du PIB) en 1980, les politiques de maîtrise des dépenses de santé touchant directement les médecins ont reposé sur d'autres aspects (la priorisation, la mise en concurrence et la privatisation), puisque l'encadrement de leur activité est inhérent aux systèmes nationaux de santé (par la définition de budgets publics *a-priori*).

II.1. Les médecins face à la maîtrise des dépenses de santé en France

La lutte contre le déficit de la Sécurité sociale en général et de l'assurance maladie en particulier apparaît dès 1967 et se traduit, à partir de 1975, par l'adoption récurrente de « plans de redressement financiers » basés sur des mesures portant principalement sur les recettes : relèvement des taux de

cotisation, création de nouvelles taxes (et leur augmentation par la suite), ainsi que sur le déremboursement de prestations, l'extension et l'augmentation de tickets modérateurs (création du forfait hospitalier en 1982) et le contrôle des prix (blocage des honoraires, modification des barèmes de la nomenclature, évolution limitée du prix de journée des hôpitaux ...). Le coût politique et surtout les effets limités (à court terme) de ces mesures, puisque les producteurs de soins, en particulier les médecins, compensent le contrôle des prix par une augmentation de leur activité, ont conduit à la mise sur agenda de mesures de contrôle de celle-ci. Toutefois, si le budget global hospitalier est mis en place en 1983, l'adoption et la mise en œuvre du contrôle de l'activité des médecins libéraux dans le cadre des négociations conventionnelles s'est heurté à d'importants obstacles liés à l'organisation collective des médecins. Il est effet difficile pour les organisations de médecins libéraux de jouer le rôle de partenaire de l'Etat et des caisses, du fait de l'intensité de la concurrence inter-syndicale et de leur représentativité limitée. Ces deux éléments ont pour effet d'affaiblir toute organisation engagée dans un échange politique avec les caisses et l'État. La priorité que donnent les syndicats à la défense des principes de la médecine libérale, rend difficile l'acceptation de mécanismes de maîtrise contraignants, qui ont des répercussions, à court terme tout au moins, sur l'évolution des revenus, en échange de la satisfaction d'autres revendications aux bénéfices plus diffus et plus éloignés dans le temps. Comme le souligne Bruno Jobert (1994, p.79-80) : « Il est extrêmement difficile à des dirigeants d'imposer un compromis désagréable à leurs troupes en situation de division syndicale. Comment ne pas craindre alors que les mécontents viennent faire défection au profit du syndicat le plus radical dans son refus ? ». L'échange politique devient alors problématique, ce qui conduit progressivement ce syndicat à réorienter sa stratégie vers une attitude plus conflictuelle. Ce dilemme structurel entre partenariat et contestation rend la mise en place négociée de mécanismes d'encadrement de l'activité très difficile, comme le montre la litanie des tentatives avortées depuis la fin des années 1970, du fait des conflits avec et entre les syndicats de médecins libéraux.

La première tentative est le plan Barrot de juillet 1979 qui prévoit que l'augmentation des dépenses de médecine ambulatoire ne doit pas excéder la croissance du PIB. La mise en place de ce système d'enveloppe globale pour encadrer l'activité des médecins rencontre une forte opposition des syndicats qui mobilisent pour la première fois les médecins sous la forme de manifestations et d'actions contre les caisses d'assurance maladie. Face à cette contestation, le gouvernement accorde une importante concession à la frange supérieure de la profession : la mise en place d'un secteur à honoraires

libres, le secteur 2, ce qui satisfait la FMF mais pas la CSMF qui refuse la convention et parvient à empêcher la mise en place des mécanismes de maîtrise : l'enveloppe globale est supprimée par la convention de 1985 sans avoir été mise en oeuvre.

Une deuxième tentative a lieu à la fin des années 1980 dans le cadre de la négociation d'une nouvelle convention médicale. Un premier accord cadre, signé en juillet 1989, prévoyant la mise en place de «références nationales d'évolution» et de «contrats locaux d'objectifs d'évolution des dépenses de santé», est approuvé par la FMF et la CSMF. Il est à l'origine d'une mobilisation conflictuelle sous la forme de coordinations, souvent impulsées par le SML, qui dénoncent un premier pas vers le «rationnement des soins». Cette pression contestataire, qui se répercute au sein de la FMF et de la CSMF, conduit ces deux organisations à dénoncer l'accord. La CNAMTS cherche alors un accord avec MG France sur la base du gel du secteur 2 et la mise en place de «contrats de santé» revalorisant du rôle du généraliste dans le système de soins. Cette double perspective provoque, au début de l'année 1990, une nouvelle mobilisation : celle des internes (inquiets du gel du secteur 2) dans un premier temps, puis des autres syndicats, ce qui marginalise MG France. La convention de mars 1990 n'est en fin de compte signée que par la FMF car le texte pérennise le secteur 2 (dont l'accès reste ouvert aux anciens chefs de clinique), prévoit des revalorisations d'honoraires et surtout limite le caractère contraignant des dispositifs de maîtrise des dépenses. Elle n'est donc signée que par un seul syndicat, minoritaire, ce qui ne manque pas d'entraîner de problèmes de fonctionnement des instances, dans un contexte économique dégradé du fait de la guerre du Golfe. Cette fragilité entraîne la présidence de la CNAMTS, fortement poussée par le gouvernement, à chercher un nouvel accord avec MG France. Un avenant prévoyant la mise en place de contrats de santé est intégré à la convention en mars 1991. Il est refusé par tous les autres syndicats car il remet en cause des éléments clés de la médecine libérale (paiement au forfait, restriction de l'accès au spécialiste...). Cette opposition vient se greffer au développement des coordinations parmi d'autres professions de santé (sous la bannière d'« Action Santé») rejetant les enveloppes globales mise en place pour les cliniques, les biologistes et les infirmières libérales. L'importance de cette mobilisation (deux manifestations en juin et en novembre 1991 réunissent entre 50 000 et 100 000 personnes) conduit au gel de l'avenant. À nouveau, la stratégie de partenariat privilégié avec une organisation syndicale (en l'occurrence MG France) échoue face à la mobilisation conflictuelle des autres organisations.

A partir de 1992, une nouvelle négociation, conduite conjointement par la CNAMTS et le Ministère des Affaires Sociales est engagée en privilégiant le partenariat avec la CSMF. Elle débouche sur un accord négocié en octobre 1992 qui est traduit par voie législative en décembre 1992. Il met en place la « maîtrise médicalisée » reposant sur des références médicales opposables, basées sur des normes thérapeutiques et de prescription, et la fixation d'objectifs prévisionnels en matière de maîtrise des dépenses. La convention d'octobre 1993 met en œuvre ces principes, elle est signée par la CSMF et par le SML, mais elle est vivement contestée par MG France qui estime que les sanctions prévues par le texte pèsent principalement sur les généralistes. Surtout, la mise en œuvre limitée de ce dispositif peu contraignant ne freine pas l'augmentation des dépenses ce qui va entraîner la mise en place de mécanismes d'ajustement économique liés aux objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) mises en place par le plan Juppé en 1996.

La mise en œuvre de ce nouveau dispositif plus contraignant a également été contrecarrée par l'opposition de la plupart des syndicats de médecins libéraux. Elle reposait sur la négociation de conventions médicales séparées pour les généralistes et les spécialistes. Signées, début 1997, par MG France pour les généralistes, et par l'Union Collégiale des Chirurgiens et Spécialistes Français pour les spécialistes, elles se sont heurtées à la vive opposition des autres organisations, qui avaient constitué, en février 1996, un « collectif de défense de la médecine libérale », à savoir le Syndicat de la Médecine Libérale (SML), la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) et la Fédération des Médecins de France (FMF). Elle se traduit par des manifestations au printemps 1997 et surtout par un nouveau mouvement des internes, suscité par l'inscription du principe des reversements (en cas de dépassement des objectifs) dans les conventions médicales. Ils demandent un moratoire de sept ans pour les jeunes médecins qui s'installent (ce qu'ils obtiennent), autrement dit l'exemption des sanctions pour près du quart des spécialistes. Ce « front libéral » a également recours à des moyens juridiques pour lutter contre les reversements en faisant appel devant le Conseil d'État, qui lui donne raison par deux arrêts en juin et en juillet 1998, annulant les arrêtés approuvant les deux conventions séparées. Par conséquent, le mécanisme de sanctions devait être redéfini dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999. Celle-ci supprime la régionalisation des reversements et prévoit leur individualisation en cas de dépassement de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie, en fonction du niveau de revenu des médecins et de l'appartenance au secteur 2. Ce nouveau

dispositif est à son tour annulé par une décision du Conseil constitutionnel en décembre 1988. Les médecins opposés au plan Juppé ont donc obtenu la remise en cause des sanctions collectives et individuelles. Il en résulte que le dépassement des objectifs, pourtant effectif dès 1998, n'est pas sanctionné. Un nouveau dispositif a été mis en place par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000, le mécanisme des « lettres-clefs flottantes ». Il repose sur l'ajustement des tarifs des honoraires par la baisse de la valeur de la cotation des actes (dans une limite de 20%). Mais il n'a pas de caractère automatique ; il a de plus été largement atténué par un amendement gouvernemental à la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2002 puis supprimé par la LFSS pour 2003.

L'opposition du « front libéral » des médecins a donc très largement porté ses fruits en vidant de son contenu la maîtrise quantitative des dépenses d'assurance maladie dans le secteur ambulatoire prévue par le plan Juppé. L'abandon de cette politique a été consacré par le nouveau gouvernement issu des élections du printemps 2002. Le premier geste du nouveau ministre de la santé Jean-François Mattei a été, en juin 2002, d'accorder d'importantes revalorisations aux médecins généralistes (augmentation du tarif de la consultation, passé à 20 euros, puis du tarif de la visite, passé à 30 euros) pour mettre fin à la mobilisation entamée à la fin de l'année 2001. Soulignons que cette revalorisation a été accordée alors même que l'on assistait à une forte augmentation des dépenses de médecine ambulatoire (+ 6% en 2001 par rapport à 2000), largement supérieure aux objectifs.

La logique d'encadrement budgétaire est abandonnée dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie d'août 2004 qui, sur les aspects financiers, privilégie plutôt les déremboursements. On peut y voir assez clairement le reflet de la volonté politique du gouvernement dominé par l'UMP de se réconcilier avec les médecins libéraux, un groupe considéré comme électoralement important pour la droite, qui avait largement fait défection en 1997 à cause de son refus du plan Juppé. La nouvelle législation place les syndicats de médecins libéraux, et en particulier la CSMF, dans une position favorable pour la négociation conventionnelle puisque deux syndicats ayant obtenu à eux deux la majorité des suffrages exprimés lors des élections pour les URML ont désormais la possibilité de s'opposer à la mise en œuvre d'un accord (Bras, 2004, p.970). Au nouveau cadre institutionnel il faut ajouter un contexte politique favorable aux médecins puisque le gouvernement avait besoin d'un accord signé par le plus grand nombre possible de syndicats pour légitimer sa réforme. On comprend ainsi pourquoi la convention de décembre 2004 prévoit d'importantes revalorisations d'honoraires : le tarif de la

consultation des spécialistes, dans le cadre du parcours de soins passe de 23 à 27 euros et les généralistes bénéficient d'une augmentation des tarifs des consultations pour les enfants âgés de moins de six ans et d'une rémunération forfaitaire de 40 euros pour les patients en affection de longue durée (ALD). Les contreparties sont relativement faibles puisqu'il est demandé aux médecins des économies d'environ 400 millions d'euros (soit un montant inférieur aux augmentations d'honoraires) par une diminution des prescriptions d'arrêt de travail et de certains médicaments (antibiotiques, anxiolytiques et hypnotiques) ainsi que par une augmentation de la prescription de génériques et le développement des accords de bon usage de soins. De nouvelles augmentations d'honoraires ont été accordées par l'avenant de mars 2006 (notamment celle de la consultation des généralistes) ce qui traduit à nouveau le poids de la logique politique de réconciliation électorale avec les médecins libéraux à proximité de l'élection présidentielle de 2007.

Les deux logiques clairement affirmées depuis 2004 (augmentation de la participation financière des patients et maîtrise médicalisée) ont été poursuivies par les gouvernements de droite qui se sont succédé jusqu'en 2012. En ce qui concerne le premier aspect, mentionnons la création d'un nouveau forfait de 18 euros pour les actes médicaux au montant supérieur à 91€ (à l'exception de l'imagerie et des actes de biologie) réalisés dans le cadre d'une hospitalisation (LFSS 2006) ; la mise en place de franchises (plafonnées à 50€ par an) pour les médicaments (0,5€ par médicament remboursé), les actes des auxiliaires médicaux (0,5€ par acte), et les transports sanitaires (2€ par transport pris en charge) (LFSS 2008), l'augmentation du forfait hospitalier et la diminution du taux de remboursement de médicaments dont le service médical est estimé faible, comme ce fût déjà le cas en 2005 et 2006 (LFSS 2010). Pour ce qui est du second, l'élément le plus notable est la mise en place des contrats individuels d'amélioration des pratiques –CAPI (LFSS 2009). Il s'agit d'un engagement de trois ans entre un médecin traitant et une caisse primaire d'assurance maladie portant sur seize objectifs de santé publique répartis en trois volets : la prévention (dépistage du cancer du sein, vaccination antigrippale des plus de 65 ans...), le suivi de pathologies chroniques comme le diabète et l'hypertension artérielle, l'optimisation des prescriptions (génériques en particulier). Une rémunération forfaitaire annuelle de 7€ maximum par patient est prévue en fonction du respect de ces objectifs. Du fait de son succès (16 000 praticiens y ont adhéré) et de son acceptation progressive par les syndicats de médecins, le dispositif est généralisé dans la convention médicale signée en juillet 2011. Désormais, pour tous les médecins conventionnés, au paiement à l'acte s'ajoute désormais un système de paiement sur objectifs de santé publique basé sur 4

types d'indicateurs : des indicateurs cliniques (concernant le diabète de type 2 et l'HTA), des indicateurs de prévention et de santé publique (dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein, vaccination antigrippale, volume de prescription d'antibiotiques..), des indicateurs d'organisation (tenue d'un dossier médical informatisé, utilisation de logiciels d'aide à la prescription, télétransmission ...) et des indicateurs d'efficacité (prescription de génériques). La rémunération dépend du nombre d'indicateurs remplis. Le développement de ce système de paiement à la performance (P4P) s'inscrit dans la continuité de la mise en place d'instruments de la maîtrise médicalisée ayant succédé aux RMO et liés au respect de recommandations de bonnes pratiques, contrats de bon usage des soins (ACBUS), contrats de bonne pratique (CBP)... Surtout il correspond à un développement des forfaits (déjà introduits par le système du médecin référent puis du médecin traitant pour les patients en ALD) même si le paiement à l'acte reste au cœur du discours des syndicats de médecins libéraux¹⁶.

Ces orientations sont assez largement acceptées par les médecins car elles sont peu contraignantes (le dispositif de paiement sur objectif de santé publique est facultatif¹⁷ et ne prévoit pas de sanction en cas de non respect des indicateurs) et s'accompagnent d'augmentations tarifaires (pour le suivi des enfants et pour les dermatologues en particulier). Ainsi, les trois principaux syndicats de médecins libéraux (la CSMF, MG France et le SML), qui ont obtenu ensemble environ les trois-quarts des votes aux élections dans les URPS pour les deux premiers collèges, ont signé la convention de 2011. Ce choix politique de ménagement de la profession dans le cadre de la maîtrise des dépenses s'inscrit dans un contexte où l'évolution de celles-ci est plus contrôlée, l'ONDAM étant respecté depuis 2010 (3% en 2010, 2,9% en 2011, 2,5% en 2012)¹⁸, ce qui n'empêche cependant pas la persistance du déficit de l'assurance maladie du fait de la moindre croissance des recettes¹⁹. Toutefois, une conséquence majeure de cette orientation est la baisse du taux de remboursement des soins courants (Tabuteau, 2010) ce qui a fortement contribué à mettre sur agenda la question des dépassements d'honoraire dont nous parlerons dans la 4^{ème} partie. La prise en charge de cet enjeu est source de nouvelles tensions avec la profession médicale. On peut aussi noter que la maîtrise des dépenses a été plus importante en Allemagne en impliquant plus fortement les médecins.

16 « La politique de la CSMF a toujours été d'accepter une diversification de la rémunération à condition que celle-ci vienne en complément de l'acte pour mieux rémunérer des tâches complémentaires et surtout pas en substitution à l'acte. [...] l'acte et sa valeur restent les objectifs prioritaires du combat de la CSMF », Guide la convention médicale, 2012, p.16.

17 Toutefois, seuls 2,8% des médecins l'ont refusé.

18 Plus généralement, on assiste à un ralentissement de la progression de la CSBM à partir de 2007. En 2010 elle était de + 2,3 % en valeur après + 3,2 % en 2009.

19 11,4 milliards € de déficit en 2010, 8,6 milliards € en 2011, 5,9 milliards € en 2012.

II.2. Les médecins face à la maîtrise des dépenses de santé en Allemagne

En Allemagne, les politiques de maîtrise des dépenses de santé menées depuis la fin des années 1970 se sont fortement appuyées sur la négociation collective entre acteurs non-étatiques, accompagnée par un rééquilibrage de leurs ressources et pouvoirs respectifs. Ces tendances sont perceptibles à partir de la loi de 1977 et se retrouvent dans les mesures qui ont suivi (Döhler, Hassenteufel, 1995). Elles concernent d'abord les caisses d'assurance maladie. On peut notamment mentionner le transfert croissant de leurs compétences en matière de négociation collective du niveau local au niveau du land et au niveau fédéral, ce qui est passé par un renforcement des organisations regroupant les caisses et l'unification progressive du droit de la négociation collective entre les différents types de caisses afin qu'elles négocient conjointement. La réforme «*Seehofer*» de 1992 poursuit cette logique avec l'intégration des caisses complémentaires aux accords régionaux et la transformation des caisses locales en caisses régionales.

Le but de ces différentes mesures était d'aboutir à un meilleur équilibre de pouvoir entre caisses et médecins dans le cadre de la négociation collective, dans la mesure où le déséquilibre entre des caisses fragmentées et affaiblies par leur concurrence interne et les médecins représentés par des unions centralisées et monopolistiques était perçu comme un facteur important de l'explosion des dépenses. Cette stratégie de renforcement de l'auto-administration a permis, à la fin des années 1980, la négociation d'enveloppes globales encadrant le volume de dépenses de médecine de ville, puis, dans la deuxième moitié des années 1990, d'outils plus fins, sous la forme de budgets régionalisés, par spécialités, puis par cabinets médicaux (*Praxisbudgets*). À partir de 1997, chaque médecin exerçant dans le cadre de l'assurance maladie s'est vu attribuer un budget annuel tenant compte du profil moyen d'activité des médecins de sa spécialité, des caractéristiques sanitaires de sa région, de sa qualification et des spécificités de ses patients. Des reversements étaient prévus en cas de dépassement du budget, des versements dans le cas contraire. Cette maîtrise négociée a permis un ralentissement des dépenses dans le domaine de la médecine ambulatoire puisque entre 1997 et 2007 l'augmentation des dépenses de santé rapportée au PIB n'a été que de 1,7% par an contre 2,5% en France 4,1% en moyenne dans les pays de l'OCDE. Par ailleurs l'assurance maladie est excédentaire depuis 2004.

Toutefois cette maîtrise contraignante a suscité une opposition croissante au sein de la profession médicale. Sous l'impulsion d'une nouvelle organisation

créée en 2004, «*Freie Ärzteschaft*» (les médecins libres), soutenue par plusieurs autres représentants plus traditionnels des médecins (le *Hartmannbund* et le *NAV-Virchowbund*), un mouvement national de protestation a démarré à l'automne 2005 (Hassenteufel, 2006). Plusieurs journées d'action ont été organisées pour dénoncer la «bureaucratization» de l'activité médicale²⁰ et les effets négatifs sur leur revenu des politiques de maîtrise des dépenses d'assurance maladie²¹. Une loi adoptée en 2003 prévoyait que, d'ici 2007, les budgets seraient remplacés par des volumes de prestations à prix fixes (*Regelleistungsvolumina*) dont le montant dépendrait de la morbidité au niveau régional et du type d'activité médicale. La rémunération des actes médicaux ne serait donc plus fluctuante (selon le volume d'activité) mais dépendrait de montants fixés préalablement. Mais la mise en œuvre de cette mesure a été reportée par le nouveau gouvernement formé à l'automne 2005.

La mobilisation a été forte dans des länder de l'Est comme le Brandebourg du fait des pertes de revenus pour une partie des médecins du secteur ambulatoire (selon l'union des médecins du land un quart des médecins auraient subi des pertes d'honoraires de 10%, certains ayant même subi des pertes supérieures à 30%). C'est également le cas dans le Bade-Wurtemberg où une autre organisation médicale assez récente, *Medi*, créée en 1999 a joué un rôle moteur. Elle s'était fait connaître en 2005 en s'opposant au contrat de soins intégrés signé entre la caisse complémentaire *Barmer*, l'association allemande des médecins généralistes et l'association allemande des pharmaciens. Ce contrat prévoit le passage obligatoire par le généraliste, payé au forfait. Celui-ci doit fortement inciter ses patients à s'impliquer dans des actions de prévention et s'engage à prescrire des génériques et à se conformer à des protocoles de soins. *Medi* avait dénoncé la remise en cause du libre choix du médecin, l'encadrement de la pratique médicale et la bureaucratization des rapports médecins/patients.

20 Selon une étude menée par l'union des médecins du Bade-Wurtemberg en octobre 2005 auprès de 3350 médecins, ceux-ci passeraient en moyenne 110 minutes par jour de travail à des tâches administratives (en particulier le remplissage des formulaires). Celles-ci se sont fortement accrues depuis 2003 du fait de l'introduction du forfait de cabinet médical (*Praxisgebühr*) et du renforcement de la concurrence entre caisses qui a diversifié les modes de prise en charge. 81% des médecins qui ont participé à l'étude estiment que ces tâches empiètent fortement ou très fortement sur leur activité médicale.

21 Selon le porte-parole de l'union fédérale des médecins, un tiers des médecins aurait un revenu mensuel inférieur à 2000 euros, et un autre tiers un revenu mensuel compris entre 2000 et 3500 euros. De ce fait près de 30% des cabinets seraient menacés par la faillite. Ces chiffres sont toutefois contestés, notamment par la ministre de la santé. D'autres données ont été mises en avant : tout d'abord, le fait que le revenu moyen (avant impôts) d'un médecin est de 85000 euros (dans les länder de l'Ouest) et de 78 000 euros (dans les länder de l'Est) ; ensuite l'évolution des honoraires perçus est positive : + 10000 euros entre 1999 et 2003 pour les généralistes, + 9000 euros pour les spécialistes ; enfin les disparités sont là aussi importantes, non seulement entre les territoires (notamment entre l'Est et l'Ouest) mais aussi entre types d'activité : les généralistes ont un revenu moyen de 75 000 euros, les spécialistes de médecine interne de 137 000 euros (du fait notamment d'un plus grand nombre de patients privés).

Début 2006 cinq organisations de médecins (dont *Medi*, *Freie Ärzteschaft*, *NAV* et le *Hartmannbund*) ont rendu public un projet de réforme du système d'assurance maladie prévoyant une rémunération fixe des actes médicaux en euros (et non en points), la remise en cause du tiers-payant et surtout la définition d'un panier de prestations de base obligatoirement pris en charge par les caisses d'assurance maladie et financé par un forfait. Pour le reste des prestations ces caisses seraient mises en concurrence avec les assureurs privés. Il s'agirait donc (comme c'est le cas en France) de développer un secteur concurrentiel de l'assurance complémentaire. Par ailleurs, ces organisations, en particulier *Medi*, dénoncent le rôle passif des unions de médecins transformés en simple « prolongement » du ministère chargé de mettre en œuvre la politique de maîtrise des dépenses (en particulier les budgets). La question de leur suppression est donc posée par ces organisations.

Cette forte mobilisation permet de comprendre que la loi votée 2007 (comme celle de 2003) prévoit la suppression des budgets médicaux (*Praxisbudgets*) et le système de rémunération flottant qui l'accompagne. Selon le texte de la loi, les budgets doivent être remplacés par des volumes d'actes au montant fixé en euros (et non plus en points). La rémunération des actes médicaux ne sera donc plus fluctuante (selon le volume d'activité), mais dépendra de volumes fixés préalablement et liés au type d'activité médicale. La mise en place de ce changement de système de rémunération des médecins a été âprement négociée au cours de l'été 2008 par les représentants des caisses et des unions de médecins dans le cadre d'une Commission des rémunérations (*Bewertungsausschuss*). Pour trancher les différends entre les médecins et les caisses, il a été fait appel, comme le prévoit la loi, à un expert « neutre » pour la présider dans une composition élargie. Cette commission a tout d'abord décidé une augmentation du volume global des honoraires des médecins d'un montant de 2,7 milliards €, soit environ 10 % de hausse (et une augmentation de 18 000 € annuels par médecin en moyenne). Cette somme est répartie régionalement en fonction de critères de morbidité. Les augmentations les plus importantes concernent les nouveaux Länder (17 % d'augmentation en moyenne), contre 7 % en moyenne dans les autres Länder. Elle a aussi fixé le montant de la valeur unitaire du point (chaque acte médical correspond à un nombre de points selon un barème unifié) à 3,5 cents.

La mise en place de ce nouveau système ne signifie pas pour autant l'abandon de l'encadrement du volume des actes accomplis par les médecins. En effet, les budgets par cabinet médical sont remplacés par des volumes d'activités réglementaires (*Regelleistungsvolumen*) par médecin. La commission en a

également défini les règles. Ces volumes sont calculés à partir de trois éléments : le nombre d'actes accomplis lors du trimestre précédent, l'activité moyenne des médecins de la même spécialité (lorsque l'activité est supérieure à 150 % de la moyenne, la valeur du point des actes accomplis au-delà de ce niveau est abaissée) et la structure par âge des patients du médecin. Enfin, il est à noter qu'un certain nombre d'actes ne sont pas inclus dans ce volume global d'honoraires (qui correspond à la fixation d'un budget *a priori*) déterminé par l'évolution prévue de la morbidité. Il s'agit de la prévention, des prestations accomplies dans le cadre de contrats spécifiques avec les caisses (contrats prévoyant le passage par le généraliste, contrats concernant la prise en charge des affections de longue durée dans le cadre des *Disease Management Programs* et les contrats de santé intégrée) et des actes liés au suivi de la grossesse. Enfin, en 2008, a également été négociée une nouvelle nomenclature des actes médicaux (EBM) dont l'élément principal est la forte augmentation de la part de la rémunération au forfait, en particulier pour les généralistes (près de 90% de leur activité).

Les médecins ont donc obtenu satisfaction pour les augmentations d'honoraires (même si au départ l'Union fédérale des médecins -*Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV* – revendiquait une augmentation de 5 milliards €), l'établissement d'une valeur fixe du point et la mise hors budget d'un certain nombre d'actes, tout en acceptant la poursuite de l'encadrement du volume d'activité sous une nouvelle forme avec les volumes d'activités réglementaires et l'extension du paiement au forfait. Mais la complexité de nouveau système de rémunération, mis en place de manière centralisé afin de procéder à des rééquilibrages territoriaux, a suscité des tensions au sein des unions. Quatre d'entre elles, situées surtout dans le sud de l'Allemagne (Bavière, Bade-Wurtemberg, Hesse), s'estimant lésées par le système de répartition centralisé des honoraires, se sont structurées début 2011 en une « libre alliance des unions régionales » (*Freie Allianz der Länder Kassenärztliche Vereinigungen-FALK*) afin de peser de l'intérieur sur la politique de l'Union fédérale. Leur principale revendication est celle de la régionalisation de la négociation des honoraires. Si Falk a échoué à faire élire le président-fondateur de *Medi* (le docteur Baumgartner) à la tête de l'union fédérale, celle-ci défend désormais le principe de la régionalisation des négociations d'honoraires qu'elle est parvenue à faire inscrire dans la « loi structurelle sur l'organisation des soins » (*Versorgungs Struktur Gesetz*) voté fin 2011.

Ces tensions internes n'ont pas disparu pour autant²². La négociation conflictuelle entre l'Union fédérale des médecins et l'organisation fédérale des caisses à l'automne 2012, qui a débouché sur un accord prévoyant une augmentation limitée (de 0,9%) du point de base en contrepartie de la mise en place d'un budget séparé pour les actes de psychothérapie et l'augmentation des montants négociés au niveau régional²³, a réactivé la contestation de l'implication des unions dans les politiques de maîtrise par les organisations qui, comme en 2005-6, ont été à la pointe de la mobilisation (*Medi, Freie Ärzteschaft, NAV, Hartmannbund*). L'Union fédérale a alors, en quelque sorte, posé la question de confiance sous la forme d'un questionnaire adressé à tous les médecins de caisse. La question politiquement centrale était celle du rôle des unions comme garant de la couverture des soins (qui limite leur capacité conflictuelle). 53% des médecins de caisse ont répondu au questionnaire et se sont prononcés largement pour le maintien du rôle des unions puisque seuls 6% d'entre eux sont favorable à la sortie du système²⁴. Toutefois, les deux-tiers d'entre eux assortissent leur souhait de maintien du rôle des unions de changements, en particulier la garantie de prix fixes, le maintien du revenu et la liberté thérapeutique. Il est significatif de constater que, dans ce questionnaire, 47% des répondants estiment leur situation matérielle bonne ou très bonne, en particulier parmi les généralistes (54% contre 45% parmi les spécialistes)²⁵. Cette satisfaction est corroborée par le questionnaire du quotidien du médecin allemand²⁶ qui montre qu'entre 2007 et 2012 la proportion de médecins interrogés estimant qu'ils doivent accomplir plus d'actes pour des honoraires moins élevés est passée de 79% à 60%, et, plus généralement, la proportion de médecins satisfaits de leur métier est passée de 30% à 60%. Toutefois, comme en 2007, plus de 80% des répondants estiment que la bureaucratie est la principale charge qui pèse sur leur travail et 40% estiment qu'ils ne sont pas toujours en mesure de soigner leurs patients conformément aux exigences médicales. Enfin, 55% souhaitent la fin du tiers payant et seuls 17% le développement des forfaits. D'ailleurs, une révision de la nomenclature est en cours afin d'assouplir les forfaits.

22 La création de FALK a d'ailleurs entraîné celle d'un autre groupement pour « le droit à une offre de soins nationale adaptée » (*Länderübergreifender Angemessener Versorgungsanspruch*) LAVA regroupant 8 unions de länders de l'est et du nord de l'Allemagne, favorable à une harmonisation fédérale des honoraires.

23 Le montant global des honoraires est par conséquent augmenté de près de 3,5%.

24 *Ärzte Zeitung*, 21/1/13.

25 Ce qui est toutefois nettement inférieur aux données du MLP Gesundheitsreport 2011 qui donne un taux de 76% pour les généralistes et de 81% pour les spécialistes.

26 *Ärzte Zeitung*, 9/11/12. En 2007 plus de 7000 médecins avaient répondu, en 2012 1400 seulement

LES MÉDECINS FACE À LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ

En Allemagne, à la différence de la France, des outils de contrôle de l'activité des médecins ont donc été mis en place depuis les années 1980. L'explication principale tient au fait que ces instruments ont été négociés avec les unions de médecins qui, du fait de leur forte institutionnalisation, ont un positionnement plus coopératif. Leur rôle de garant de la couverture des soins de médecine de ville leur enlève le droit d'appeler à la grève de l'activité médicale. Surtout, l'importance des ressources et la garantie de leur autonomie (puisqu'elles assurent la surveillance de l'activité des médecins et non les caisses) qu'elles représentent pour les médecins, font aussi qu'elles préfèrent participer à la politique de maîtrise plutôt que de risquer leur mise en cause. En effet, comme on l'a vu, depuis les années 1990 les gouvernements successifs ont cherché à renforcer les caisses (la dernière étape étant en 2007 la création d'une organisation fédérale des caisses) face aux unions dont le pouvoir contractuel a été amoindri. Leur suppression a même été envisagée à plusieurs reprises par la ministre (SPD) Ulla Schmidt entre 2001 et 2009.

Cette politique a été l'un des facteurs de modération de l'évolution des dépenses d'assurance maladie en Allemagne. Précisons cependant que l'excédent financier des caisses (5,07 milliards € en 2012) est également lié à une évolution plus favorable des recettes. Toutefois, elle suscite des tensions récurrentes et participe de la fragmentation de la représentation des médecins allemands ainsi que d'une contestation du rôle des unions comme agents de la mise en œuvre des politiques d'assurance maladie du gouvernement, même si le revenu moyen des médecins allemands (toutefois difficile à évaluer précisément²⁷) semble plus élevé que celui de leurs homologues français. Selon une étude réalisée par Jakob Höber et Caroline Popovici pour l'Institut Thomas More en 2012 les revenus des médecins généralistes y seraient supérieurs de 37 % à ceux de leurs confrères français (74 703 euros en moyenne contre 46 824 euros). On retrouve un différentiel proche pour les spécialistes, 29 % de plus en Allemagne, soit 100 950 euros contre 71 350 euros. En moyenne pondérée, cela donnerait pour tous les médecins, une différence de 38,5 % au détriment de la France.

27 Selon les caisses, le revenu moyen net d'un médecin de caisse était de 6000€ mensuels en 2007 et aurait augmenté de 16% entre 2007 et 2011

II.3. Les médecins face à la maîtrise des dépenses de santé en Suède

La crise économique des années 1970 n'a véritablement atteint la Suède que dans les années 1980. Alors que l'hégémonie électorale du parti social-démocrate vacillait, puisque le pays a connu entre 1976 et 1982 sa première alternance politique depuis 1932, la politique de santé qu'il a menée durant l'après-guerre était contestée par de nombreux experts. La croissance exponentielle de la fonction publique sanitaire (qui a doublé entre les années 1960 et 2000) et la générosité des prestations maladie était décriées comme insoutenables et inefficaces (Qvarsell, 2007, 66). Dans ce contexte, la décentralisation du système de santé suédois a émergé comme une solution relativement consensuelle. Il s'agissait à la fois d'une évolution visant à donner plus d'autonomie politique aux collectivités locales et à les mettre devant leurs responsabilités en termes de maîtrise des dépenses de santé. Dans l'ensemble, l'Etat et les comtés ont fortement restreint leurs dépenses de santé dans les années 1990 (Palier, 2006, 31). La plupart des grandes réformes menées au niveau national ont d'abord été expérimentées au niveau local. Il est devenu dès lors difficile de parler d'une mise en œuvre uniforme des réformes du système de santé, même si plusieurs grandes tendances peuvent être dégagées.

La priorisation

La première tendance fut d'accompagner la réduction des dépenses de santé d'une réflexion sur les priorités de l'action publique en matière de santé. Ces mesures s'inscrivent dans la continuité des réformes sociales-démocrates de rationalisation et de planification sanitaire. Le concept de « priorisation » (*prioritering*) a été mobilisé au début des années 1990. Il s'agissait de tenter de concilier réduction des dépenses et protection de la santé publique en établissant des procédures transparentes de sélection des besoins prioritaires. Une commission *ad hoc* a été chargée en 1992 de préparer la réforme de priorisation. Après de nombreuses consultations, une « plateforme éthique » a été préférée à une sélection en fonction de la demande ou de l'utilité. Les critères retenus étaient les principes de non-discrimination, de solidarité, d'efficacité dans la prise en charge et de sélection en fonction du besoin (ce qui implique que la responsabilité éventuelle des patients dans leur mauvaise santé ne peut être retenue comme un facteur de sélection). L'agence nationale de santé (*Socialstyrelsen*), qui a été désignée responsable d'un plan d'action national pour le développement des services de santé, intervenait dans les

priorités des comtés à travers la publication de guides des bonnes pratiques basés sur des indicateurs, des objectifs et des financements fléchés favorisant des actions préventives ou certains traitements²⁸.

Ce sont toutefois les comtés qui demeurent in fine décisionnaires en matière de priorisation des soins. Une grande partie des travaux menés depuis les années 1990 au niveau national vise clairement à donner un cadre politique (bien plus qu'un modèle opérationnel au plan administratif) afin d'encadrer les pratiques locales et de renforcer la légitimité des acteurs politiques et administratifs en charge de la sélection des priorités sur le terrain. Une étude menée en 2008 par un centre d'étude spécialisé (*Prioriteringscentrum*) créé par ministère des Affaires sociales a montré les difficultés concrètes d'une telle entreprise. La plateforme de priorisation est certes bien connue des acteurs concernés mais elle reste trop générale pour servir d'appui technique à la décision. Ce rapport a également montré que les stratégies de priorisation des autorités locales étaient souvent opaques et reflétaient des pratiques établies plutôt qu'une estimation des besoins. De manière plus significative, il soulignait que les comtés peinaient à indiquer clairement les domaines d'intervention moins prioritaires. D'autres études, dont celle de la Cour des comptes en 2004 (*Riksrevision*), ont montré que la plus grande partie du travail de priorisation relève de la pratique médicale. Les acteurs administratifs et politiques locaux ont en conséquence encore une faible légitimité ou capacité à peser sur un grand nombre de pratiques médicales – et laissent par ailleurs volontiers aux personnels de santé la responsabilité d'assumer certains choix et leur explication aux patients²⁹. Enfin, si les comtés peuvent s'appuyer sur les grandes lignes directrices de l'agence nationale de santé pour guider et légitimer leurs décisions, l'orientation politique dominante visant à introduire plus de choix des patients et de concurrence entre les prestataires de santé semble contredire le travail de priorisation sur le seul critère du besoin. Le rapport de la Cour des comptes discerne à travers l'exemple de Stockholm l'émergence d'une contestation du principe de besoin au profit d'un principe de demande. Les dernières réformes du système de santé suédois confirment la primauté donnée aux choix des patients et à une approche plus concurrentielle de l'offre de soins. Ce principe est également contesté par les tenants d'une politique de responsabilisation des patients par rapport à leur mode de vie (une suggestion de *Prioriteringscentrum*). Jusqu'à présent, l'agence nationale *Socialstyrelsen* s'y est fermement opposée au nom du respect du principe de solidarité.

28 Socialdepartementet, "Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvård", Prop.1999/2000:149, 2000; Prioriteringar i vården - Perspektiv för politiker, profession och medborgare, 2001:8, 2001.

29 Riksrevisionen, "Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård", RiR 2004:9, 14 mai 2004.

Privatisation et mise en concurrence

Les politiques de contrôle budgétaire des dépenses et de priorisation de l'offre publique de soins ont montré des limites importantes, en partie en raison des difficultés de mise en œuvre que nous venons d'évoquer, mais surtout en raison des conséquences politiques de la rationalisation des soins. Avec la réduction de l'offre de services de santé jugés moins prioritaires, le système de santé suédois a maîtrisé ses coûts efficacement (en 2010 la part des dépenses de santé dans le PIB s'élevait à 9,6%, soit deux points de moins qu'en Allemagne et en France, OCDE, 2012) mais a généré une importante frustration de la part de patients contraints, dans certains cas, d'attendre pour être pris en charge. Depuis les années 1990, la question des listes d'attente a occupé une grande partie de l'agenda politique. Afin de réduire les listes d'attente, l'Etat et l'association nationale des comtés (*Sveriges Kommuner och Landsting – SKL*) ont signé plusieurs accords en 1992 et 2005 dits de «garantie de soin» (*Vårdgaranti*)³⁰. Devant les résultats mitigés de ces deux accords volontaires, le gouvernement a décidé, en 2008, d'inscrire cette garantie dans la loi, de manière à s'assurer que les comtés agissent efficacement pour réduire les listes d'attente pour leurs patients. La garantie de soin repose sur la formule «0-7-90» : les patients doivent obtenir une aide téléphonique ou un rendez-vous dans un centre de soins primaires le jour même de leur demande, une consultation médicale doit avoir lieu sous sept jours et une visite de spécialiste sous 90 jours, avec à la clef des incitations financières pour les comtés les plus efficaces (un budget d'un milliard SEK y est consacré par an – nommé «*kömiljarden*»). Les données du ministère de la santé montrent que le comté de Halland a le mieux respecté les critères (dans 98,4% des cas), alors que Stockholm est mal classé (19^{ème} avec 87,7%)³¹. Ces résultats montrent que le comté de Stockholm, bien que le mieux doté et le plus fortement engagé dans une politique de réduction des listes d'attentes de la mise en concurrence (politiquement, le comté de Stockholm est devenu une place forte des partis de droite), est toujours confronté à un manque d'équipement et des défauts d'organisation.

Le gouvernement libéral et conservateur de Fredrik Reinfeldt a beaucoup insisté sur la question de la garantie de soins, mais la principale mesure de son premier mandat, en 2006-2010, fût la mise en concurrence des prestataires de santé. Dans son manifeste de campagne, la coalition de centre-droit

30 Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, "Överenskommelse: En nationell satsning för en fungerande vårdgaranti", 16 avril 2009.

31 Socialdepartementet, "Kömiljarden 2009 – resultatet", 2010; Socialstyrelsen, "Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011", 2012.

promettait de «renouveler» l'Etat providence en renforçant les droits individuels au libre choix dans tous les secteurs de la santé et des soins. Depuis 2010, les patients peuvent en effet choisir leurs fournisseurs de soins primaires, qu'ils soient publics ou privés, sans être pénalisés au niveau financier comme le parcours de soins le prévoyait auparavant. Une réforme a également été proposée pour les soins hospitaliers. Symbole de la transformation libérale du système, le principe du libre choix n'est plus un marqueur idéologique fort, puisque les sociaux-démocrates ne contestent plus réellement l'utilité d'une forme de concurrence interne pour rendre les prestataires de santé plus soucieux de la satisfaction des patients et la qualité des services. SLF a salué cette réforme comme étant une opportunité pour les médecins, tout en s'inquiétant – timidement – du risque d'un management à la performance³². Dans les faits, la mise en œuvre des réformes dites du «libre choix» reste difficile à analyser, tant les situations des comtés sont différentes mais une étude récente de SLF montre néanmoins assez clairement que si les médecins soutiennent toujours le principe de cette réforme, beaucoup déclarent souffrir d'une pression plus importante de la part des personnels administratifs et ont, par exemple, tendance à négliger les activités de formation pour se consacrer à des activités plus productives à court terme³³.

À la suite de la réforme de 1969, le financement public des soins de santé a marginalisé les prestataires privés en rendant le recours à leurs services peu attractifs. En 1994, la coalition de centre-droit a rétabli la possibilité de conventionner les prestataires privés. Les prestataires privés de soins primaires ont augmenté de 25% entre 1994 et 1996 (Blomqvist, 2005, 179 ; Blomqvist et Rothstein, 2000). La même année, une autre réforme a ouvert les hôpitaux aux capitaux privés, provoquant la privatisation emblématique de l'hôpital Sankt Göran de Stockholm en 1999. Dans ce contexte, la réforme de 2008 sur le libre choix visait à stimuler le développement d'un secteur privé sous contrat (selon les principes du *purchaser-provider split*, les prestataires de soins privés peuvent signer des accords avec le comté ; en l'absence d'un tel accord, les soins restent entièrement privés). Un rapport de l'observatoire de la concurrence (*Konkurrensverket*) montre que cet objectif semble atteint: l'offre de centres de soins primaires a augmenté de 23% depuis 2010, principalement dans le secteur privé³⁴. Dans toute la Suède, pas moins de 41% des centres de santé étaient privés en 2012. Là encore, les multiples

32 Sveriges Läkarförbund, "Remiss till Socialdepartementet: Patientens rätt, Vårdval i Sverige", 7 août 2008.

33 Olle Högrell, "Medicin med detsamma? Förslag till en rättvisare vårdgaranti", Sveriges läkarförbund, 2012.

34 Konkurrensverket, "Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförunderingar Slutrapport", Konkurrensverkets rapportserie 2010:3, p.6.

expérimentations locales menées depuis les années 1980 expliquent les très grandes disparités en termes de privatisation des soins. Le comté de Stockholm est par exemple en pointe dans le domaine de la mise en concurrence et de la privatisation des soins. Entre 2007 et 2010, une trentaine de nouveaux centres de soins privés y ont ouvert leurs portes³⁵. A titre d'illustration des divergences régionales d'organisation des soins, soulignons que 47,9% des soins primaires et 22,9% de l'ensemble des soins financés par le comté de Stockholm étaient fournis par des prestataires privés en 2009, tandis que cela était le cas de seulement 4,6% des soins primaires et 2,3% de l'ensemble des soins financés par le comté de Dalécarlie³⁶.

De manière générale, l'association des médecins SLF a largement contribué au développement rapide d'un secteur privé sous contrat par la signature d'accords volontaires. On compte environ 1600 médecins libéraux installés à leur compte (membres de l'association des médecins privés *Svenska Privatläkarföreningen – SPLF*, affiliée à SLF). Cette évolution n'est pourtant pas sans faire peser un risque de fragmentation sur l'organisation collective des médecins. En témoignent, par exemple, les protestations de médecins publics insatisfaits d'être moins rémunérés que leurs collègues privés sous contrat et les diverses contestations du dispositif³⁷.

La comparaison entre les trois pays montre l'importance du degré d'intégration à l'État de la profession médicale : les politiques de maîtrise des dépenses ont provoqué le moins de conflits et de tensions là où les médecins sont le plus fortement intégrés (la Suède) et le plus en France du fait de l'importance de l'identité et du statut libéral. L'Allemagne présente un cas de figure intermédiaire du fait de la forte institutionnalisation de la représentation professionnelle qui a permis une participation plus forte qu'en France des médecins aux politiques de maîtrise des dépenses de santé. On voit aussi à travers ces trois pays le rôle clef que les médecins jouent au niveau de la mise en œuvre de ces politiques et leur capacité à en limiter les effets, notamment en termes d'autonomie professionnelle, qui reste un élément clef que les organisations de médecins cherchent à préserver. Enfin, le cas suédois montre aussi les opportunités que certaines réformes présentent pour une partie de la profession, contribuant ainsi à la fragmentation mais permettant à l'État de s'appuyer sur des segments de la profession pour modifier l'organisation des soins, comme nous allons le voir dans une troisième partie.

35 *Ibid.*, p.33.

36 *Ibid.*, p.38.

37 "Den nationella taxan blir kvar. Det är beskedet från socialdepartementet som har tagit fram ett förslag på hur taxan ska utvecklas", Dagens Medicin, 26 avril 2013.

III. Les médecins face à la réorganisation du système de soins

Les limites des politiques de maîtrise des dépenses, en particulier dans les systèmes bismarckiens, ont conduit, dans les années 1990, à mettre l'accent sur l'organisation des systèmes de soins. En France et en Allemagne deux aspects ont été privilégiés : le renforcement du rôle des généralistes et celui de la coopération entre professionnels de santé. Ces orientations, dont la mise en place suppose une importante participation de la profession médicale, tendent à rapprocher les systèmes d'assurance maladie des systèmes nationaux de santé comme celui de la Suède.

III.1. Les médecins face à la réorganisation du système de soins en France

La question de la réorganisation du système de soins a émergé en France dans les années 1970 sous l'impulsion de médecins en critiquant le fonctionnement et clairement positionnés à gauche politiquement. C'est en particulier le cas du Syndicat de la Médecin Générale, créé en 1975 comme on l'a vu dans la première partie. Son programme d'action est centré sur la remise en cause du paiement à l'acte et la création d' « unités sanitaires de base », permettant de pratiquer une médecine gratuite, « indépendante du profit » et de l'industrie pharmaceutique. Elles prendraient en charge les problèmes médicaux d'un quartier ou d'un village. Dans ce cadre, les médecins ne seraient plus rémunérés à l'acte mais à la fonction afin de pratiquer une médecine plus « lente », intégrant la dimension psychosociale, et de favoriser les activités de prévention. Ce cadre permettrait un exercice pluridisciplinaire, l'association d'autres professions de santé et le contrôle des usagers. On retrouve ses idées parmi les 110 propositions de François Mitterrand en 1981, en particulier la mise en place de nouvelles formes de rémunération, la création de centres de santé intégrés proches dans leur conception des unités sanitaires de base et la promotion du généraliste. Mais le SMG échoue à obtenir la mise en place « d'expériences nouvelles » (sous la forme des unités sanitaires de base), alors qu'il avait déposé plus de 50 dossiers auprès du Ministère. L'échec de ce projet de transformation a été

l'une des dynamiques ayant conduit à la création de MG-France en 1986 comme on l'a vu. Il permet de comprendre la tentative de réorganisation du système de santé autour du médecin généraliste dont la mise en place a suscité de fortes tensions au sein de la profession médicale, comme on va le voir dans un premier temps. Cet enjeu s'inscrit cependant dans une perspective plus large : celle du renforcement de la coordination des soins par une coopération accrue entre professionnels. Si elle est aujourd'hui fortement mise en avant, sa concrétisation suppose des évolutions de l'organisation des soins qui se heurtent elles aussi à des obstacles liés à la médecine libérale, comme on le verra ensuite.

Les limites du renforcement du rôle du généraliste

Autorisé à participer à la négociation conventionnelle en 1989, MG France propose la mise en place de contrats de santé. Il s'agit d'un système d'abonnement chez le généraliste, chargé de la coordination des soins, devenant ainsi le « pivot » du système de santé par le filtrage de l'accès au spécialiste, mieux rémunéré quand le patient lui est adressé par le généraliste. Il connaît une première traduction dans l'avenant n° 1 à la convention de mars 1990 qui met en place les contrats de santé. Outre l'abonnement annuel à un généraliste, qui vise à limiter le « nomadisme médical » et à filtrer l'accès au spécialiste, ils comprennent un examen annuel rémunéré 180 francs et le tiers payant intégral pour les malades remboursés à 100 %. Mais il n'est pas mis en œuvre puisqu'il est à la fois refusé par la nouvelle direction de la CNAMTS et par les autres syndicats de médecins.

Ce projet connaît une deuxième traduction en 1997, à la faveur du soutien de MG France au plan Juppé. Des filières de soins sont mises en place dans le cadre d'un avenant à la convention des médecins généralistes. Il institue une option conventionnelle créant le statut de « médecin référent », reposant sur un système d'abonnement volontaire du patient auprès d'un généraliste (lui aussi volontaire). Celui-ci, en échange d'une rémunération forfaitaire annuelle de 150 francs par malade, s'engage à prescrire au moins 10 % de médicaments génériques, à respecter les référentiels de bonne pratique, à tenir un dossier médical, à participer à des actions de prévention et à la permanence des soins. Il joue donc un rôle de coordonnateur des soins. Le patient abonné bénéficie du tiers payant et des tarifs opposables (secteur 1). Ce système est donc proche des contrats de santé. Cependant, l'option conventionnelle a rencontré un succès limité auprès des médecins généralistes puisque seuls 13 % d'entre eux y avaient souscrit au printemps 1998 (et seulement 160 000

assurés sociaux). De plus, elle ne correspond pas véritablement à une filière de soins, au sens annoncé à l'automne 1995 par Alain Juppé, puisqu'il n'y a pas d'incitation financière à ce que le patient consulte le généraliste référent en premier recours, mais seulement une obligation morale, non contraignante. Si l'option médecin référent est renforcée dans le cadre de la nouvelle convention signée en novembre 1998, un rapport de la Cour des Comptes, publié en 2000, souligne que les engagements en matière d'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge médicale sont quasiment restés lettre morte. De ce fait, un nouvel avenant à la convention a été adopté en mai 2001, qui formalise les engagements du médecin référent (notamment la mise en place d'un plan de prévention personnalisé pour chaque abonné et une évaluation périodique), tandis que la rémunération forfaitaire annuelle par patient est doublée (elle passe alors à 300 francs). Toutefois, en 2002 le système n'avait été adopté que par 10 % des généralistes et à peine plus d'un million de patients. Ces chiffres illustrent le succès limité du projet porté par MG-France auquel se sont fortement opposés les autres syndicats, en particulier la CSMF. La loi sur l'Assurance maladie de 2004 leur donne satisfaction en supprimant le système du médecin référent pour lui substituer celui du médecin traitant qui n'est pas forcément un généraliste (à la différence du dispositif précédent). Le nouveau système supprime les engagements du médecin référent (suivi personnalisé, prévention, part de prescription de génériques, plafond d'actes)³⁸, l'obligation de formation médicale continue indépendante des laboratoires pharmaceutiques et le développement du tiers payant. Au contraire, il favorise les dépassements d'honoraires pour les spécialistes (en cas d'absence de recours au médecin traitant) et réaffirme la prépondérance du paiement à l'acte (Bras, 2006) alors que le système du médecin référent était fondé sur le principe du paiement au forfait. Ce « parcours de soins coordonnés » reposant sur le médecin traitant connaît deux limites principales pointées en particulier par le rapport de la Cour des Comptes de février 2013. Si 90% des assurés ont choisi un médecin traitant (dans 95% des cas un généraliste) et 91% des actes sont effectués dans ce cadre, ce parcours est, selon la Cour, « essentiellement tarifaire ». Il aurait plus profité aux spécialistes qu'aux généralistes médecins traitants puisque, en 2011, le supplément de rémunération de ces derniers a été de 285 millions € contre 310 millions € pour les premiers, et a contribué à augmenter le reste à charge pour les patients.

Par ailleurs, le rôle de coordination du médecin traitant repose sur la tenue du dossier médical personnalisé (DMP) dont la mise en place était prévue par la

38 Ils réapparaissent en 2009 dans le cadre des CAPI, puis du paiement à la performance comme on l'a vu.

même loi de 2004. Elle a rencontré de très importants obstacles tant techniques que juridiques, politiques et financiers. Le dispositif du DMP a été profondément repensé en 2009 puisque les dossiers deviennent facultatifs et non exhaustifs, loin de l'ambition initiale d'obligation, d'universalité et d'exhaustivité (De Kervasdoué, 2012). Les premiers ont seulement commencé à être créés début 2012 avec une mise en place est très progressive et lente (seuls 160 000 dossiers avaient été ouverts fin 2012) sans compatibilité avec les dossiers existants (dossier pharmaceutique et volet médical de synthèse). Les avatars (coûteux : la Cour des Comptes estime que 500 millions€ ont été dépensés depuis 2004) du DMP et la réticences des médecins français à l'informatisation³⁹ ont fortement contribué à atténuer le rôle de coordination du médecin traitant. D'autres modes de coopération entre professionnels ont toutefois été promus et expérimentés.

Coordination des soins et nouveaux modes de coopération entre professionnels : des réseaux à la « médecine de parcours »

Il s'agit tout d'abord des réseaux de soins. Les premiers apparaissent, à l'initiative de professionnels de soins, au début des années 1980 ; il s'agit alors principalement de structures de coordination entre libéraux et hospitaliers dans les domaines de la gériatrie et du sida. Ils ont fait l'objet d'une première reconnaissance juridique, par une circulaire de la Direction Générale de la Santé de juin 1991, alors qu'existaient déjà plus d'une centaine de réseaux de ce type (Larcher, Polombéni, 2001, p.14). D'autres circulaires ont suivi, notamment pour les réseaux toxicomanie et de santé de proximité en 1994. Parallèlement, également dans les années 1980, l'institut La Boétie, a promu la mise en concurrence de « réseaux de soins coordonnés », fortement inspiré par les *Health Maintenance Organizations (HMO)* américains. Ce projet, porté par l'économiste Robert Launois, repose sur la création « d'entreprises de santé » mises en concurrence, prenant en charge globalement les patients (abonnés via la sécurité sociale). Même si il est soutenu par AXA, il n'est pas repris au niveau gouvernemental et abandonné en 1988 (Benamouzig 2005).

En 1996, le plan Juppé ne reconnaît que deux types de réseaux : les réseaux inter-établissements faisant l'objet d'un agrément par les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et les réseaux expérimentaux en vue de définir des modalités de financement innovantes (notamment le paiement au forfait, le

³⁹ Les enquêtes du Commonwealth Fund soulignent que seulement les deux-tiers des généralistes français tiennent un dossier médical informatisé alors que c'est le cas de 90% d'entre eux dans la plupart des autres pays européens. Ils sont 80% à télétransmettre les feuilles de soins (Badel, 2012, p.522-523).

tiers-payant et de nouvelles lettres-clefs). Pour mettre en place ces derniers un Conseil d'Orientation des Filières et Réseaux de soins, présidé jusqu'en 2001 par Raymond Soubie, a été créé mais, entre 1997 et 2001, seuls douze projets de réseaux ensuite agréés par le ministère, ont recueilli un avis favorable. En 2002 la loi Kouchner relative au droit des malades et à la qualité du système de soins a permis d'institutionnaliser de manière plus générale les réseaux en en donnant une première définition globale dans son article 84⁴⁰ et en favorisant leur développement par un assouplissement des procédures (notamment leur régionalisation).

Malgré l'existence d'un millier de réseaux à cette période, leur développement s'est heurté à des obstacles importants. Tout d'abord, le plan Juppé avait plutôt renforcé les cloisonnements au sein du système de soins entre secteur ambulatoire et secteur stationnaire, soumis à des enveloppes et à des outils de maîtrise distincts et à des interlocuteurs différents pour les praticiens (caisses d'un côté, ARH de l'autre). L'autre obstacle est le paiement à l'acte, composante clef de l'identité libérale défendue par les syndicats. Enfin, faute de modes de rémunération adaptés et de cadres institutionnels suffisamment souples, les réseaux reposent le plus souvent sur l'engagement personnel de professionnels de santé particulièrement motivés, sur des dynamiques d'apprentissage interpersonnelles, et donc des interactions peu formalisées, ce qui est aussi un élément de fragilité.

Dans un contexte d'essoufflement des réseaux de soins, la loi hôpital, patients, santé, territoire de 2009 comporte une série de mesures concernant la coordination des soins. Il s'agit en particulier du développement des maisons de santé⁴¹, de l'affirmation du rôle pivot du médecin généraliste (rebaptisé dans la loi « médecin généraliste de premier recours ») dans l'organisation de l'offre de soins ambulatoires (Moret-Bailly, 2009, p.826-827), et la possibilité de mise en place de « communautés hospitalières de territoire » dans le cadre desquelles coopèrent des hôpitaux publics sur une base territoriale.

40 « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils participent à des actions d'évaluation, afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.»

41 Un rapport remis à la Ministre de la santé Roselyne Bachelot, en janvier 2010, recensait 160 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) mais soulignait que leur développement est freiné par la complexité de leur statut juridique, les obstacles au partage du dossier d'un patient entre professionnels et la prédominance du paiement à l'acte peu adapté à des soins pris en charge collectivement. En juin 2013 Cécile Duflot, ministre de l'Égalité des territoires et du Logement, a annoncé le renforcement du plan « maisons de santé », en engageant 5 millions d'euros supplémentaires pour lancer 50 nouveaux projets (en plus des 250 MSP aujourd'hui financées).

Soulignons toutefois qu'il s'agit là aussi de dispositifs non contraignants reposant sur le volontariat.

Avec la loi HPST, la transformation de l'organisation du système de soins repose désormais sur les agences régionales de santé. Absorbant les Agences régionales de l'hospitalisation, les Unions régionales des caisses d'assurance maladie, les services santé au sein des Directions départementales et régionales de l'action sanitaire et sociale, les missions régionales de santé et les groupements régionaux de santé publique, leur périmètre de compétence est très large puisqu'il inclut l'ensemble des soins hospitaliers et de ville, la prévention et le médico-social. Elles sont dotées des moyens de définir et piloter, en s'appuyant sur de nouveaux outils contractuels, l'ensemble de la politique de santé au niveau régional. Toutefois, leurs pouvoirs sont plus importants dans le domaine hospitalier du fait d'un renforcement de leur autorité sur les directeurs d'hôpitaux, aux pouvoirs accrus au sein de leur établissement, que pour les soins de ville parce que les principaux moyens d'action restent maîtrisés par la CNAM et le médico-social où les compétences sont partagées avec les départements (Bras, 2009). Il n'en reste pas moins que les ARS sont un levier institutionnel clef pour mettre en place une organisation locale des soins plus coordonnée.

Cette question fait aujourd'hui l'objet d'une priorité politique plus nettement affirmée. Dans son discours consacré à la santé, début février 2013, le Premier ministre Jean-Marc Ayrault a annoncé la mise en place d'une « stratégie nationale de santé », déjà évoquée par le Président de la République dans son discours prononcé lors de l'assemblée générale de la Mutualité en octobre 2012. Celle-ci repose notamment sur la notion de « médecine de parcours », définie par le Haut comité sur l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans un avis adopté à l'unanimité le 22 mars 2012 de la manière suivante : « une médecine entendue plus largement que les actes des seuls médecins dont l'objectif est d'atteindre, par une pratique plus coopérative entre professionnels et une participation plus active des personnes soignées, à une qualité d'ensemble, et dans la durée, de la prise en charge soignante »⁴², la généralisation des complémentaires santé et le renforcement de la prévention (avec l'annonce d'une « loi de santé publique »). La mise en œuvre de cette stratégie a été placée sous la surveillance d'un comité de sages de 7 membres présidé par Alain Cordier. Celui-ci a rédigé un rapport énonçant 19 recommandations. Six d'entre elles correspondent à la mise en place d'un « service public territorial de santé » : « favoriser la constitution d'équipes de

42 L'avis propose aussi de substituer la notion de « parcours de santé » à celle de « parcours de soins » pour dépasser les dimensions cliniques ou techniques.

soins primaires», «garantir pour les malades chroniques une coordination des professionnels de santé sous la responsabilité du médecin traitant», «renforcer les outils d'appui à l'intégration des acteurs territoriaux», «créer un service public de l'information pour la santé», «se donner les outils de la coordination et de la continuité ville-hôpital» et «optimiser la place de l'hôpital dans les territoires de santé». On peut y ajouter deux recommandations visant également à favoriser la coordination des soins : «aider à la transmission d'informations entre professionnels de santé» et «réformer les modalités de rémunération et de tarification» afin de mieux prendre en compte les tâches de suivi et de coordination ainsi que les objectifs de santé publique.

Ce rapport rappelle aussi la «modestie» des résultats des tentatives antérieures (p.13) du fait notamment d'un manque de cohérence des politiques publiques menées. Du côté de la profession médicale elles se sont en particulier heurtées à l'obstacle du paiement à l'acte qui reste un point de cristallisation pour la plupart des syndicats de médecins libéraux comme on l'a vu dans le chapitre 2. On peut également mettre en avant les limites de l'informatisation et les réticences à la délégation d'actes à d'autres professionnels de santé rendus possibles, sous la forme de protocoles de coopération, par la loi HPST. La réception critique de ce rapport par la CSMF notamment et les tensions qu'il semble susciter au Ministère de la santé autour de la question de son pilotage national (ce qui explique sa remise retardée) sont des premiers signaux plutôt négatifs sur la mise en place effective de cette ambitieuse «stratégie nationale de santé». Les fortes résistances rencontrées par la proposition de loi sur les réseaux de soins à remboursement différenciés par les mutuelles sont une autre illustration récente de la difficulté de la réorganisation de l'offre de soins. La mobilisation de la plupart des organisations de médecins (en particulier, une nouvelle fois, les internes), au nom du principe du libre choix du patient, a entraîné l'exclusion des médecins et de leurs honoraires des négociations menées avec les mutuelles pour la mise en place de ces réseaux dans le texte adopté en première lecture à l'Assemblée nationale (en novembre 2012) et au Sénat (en juillet 2013), suite à un amendement adopté en commission.

En France, la réorganisation du système de soins apparaît limitée et revêt surtout une forme expérimentale reposant sur le volontariat, afin notamment de ne pas s'opposer frontalement aux organisations de médecins défendant le «libre choix» du patient et le paiement à l'acte. En Allemagne, une autre stratégie de réorganisation du système de soins reposant sur la contractualisation par les caisses d'assurance maladie mises en concurrence a été menée depuis le début des années 1990.

III.2. Les médecins face à la réorganisation du système de soins en Allemagne

À la différence de la France, en Allemagne, la politique de réorganisation du système de soins est étroitement liée à la mise en concurrence des caisses à partir de la loi de réforme structurelle de l'assurance maladie (GSG) de 1992. Pour la comprendre il est nécessaire de rappeler que le système existant jusqu'alors était très fragmenté (près de 1200 caisses différentes) et peu concurrentiel puisque l'affiliation à une caisse dépendait, soit de son secteur d'activité professionnelle (pour les caisses professionnelles et les caisses d'entreprises-BKK), soit du statut d'assuré volontaire, autrement dit dont les revenus sont supérieurs au plafond de l'assurance maladie obligatoire (pour les caisses de substitution), soit du lieu d'habitation (pour les caisses locales-AOK). Cet éclatement du système des caisses s'accompagnait de fortes différences en termes de taux de cotisations : au 1^{er} janvier 1992, les deux extrêmes étaient de 8,0% et de 16,5%. Cette fragmentation des caisses d'assurance maladie était perçue comme génératrice d'inégalités et coûteuse. Les assurés à titre obligatoire, aux revenus les moins élevés ne pouvaient pas choisir leur caisse à la différence de ceux situés au dessus du plafond (qui pouvaient non seulement choisir leur caisse de substitution-EKK- mais qui pouvaient aussi opter librement pour une assurance privée). Ce cloisonnement entraînait également une concurrence portant sur les assurés présentant le profil le plus « sûr », c'est-à-dire disposant d'importantes ressources financières et aux plus faibles risques de morbidité. Plus la proportion de ce type d'assuré est importante, plus une caisse pouvait proposer des taux de cotisation bas et offrir une gamme de prestations étendue. Les caisses locales étaient désavantagées puisque l'adhésion ne connaissait pas de conditionnalité : elles ne pouvaient pas refuser des assurés « à risques », ni ceux à faibles revenus. À cause de leur structure d'assurés plus défavorable, elles étaient contraintes de fixer des taux de cotisations en général plus élevés, ce qui alimentait le départ des assurés aux revenus les plus importants, ayant la possibilité de choisir une caisse de substitution. On comprend que les caisses locales aient été l'un des principaux soutiens à l'ouverture à la concurrence accompagnée d'un système de péréquation des risques.

La réforme de 1992, négociée entre les deux partis dominants (démocrates chrétiens CDU-CSU et sociaux-démocrates SPD), permet le libre accès de chaque assuré à n'importe quel type de caisse (à l'exception des trois caisses

spécifiques à une profession⁴³). Il est d'ailleurs plus pertinent de parler d'intensification de la concurrence que d'introduction de la concurrence entre les caisses puisque jusque-là existait une concurrence entre caisses locales et caisses d'entreprise (lors de la création d'une telle caisse) et une concurrence entre les caisses dites primaires (AOK, BKK) et les caisses de substitution (EKK) pour les assurés au statut de cadre et aux revenus supérieurs au plafond de l'assurance maladie obligatoire.

L'objectif était aussi de contraindre les caisses à porter une attention croissante à leurs dépenses de façon à éviter toute hausse de cotisations, ainsi qu'à diversifier leur offre de prestations. La recherche d'efficacité repose sur la responsabilisation économique des caisses d'assurance maladie dans un cadre désormais plus concurrentiel. Cette recherche d'efficacité s'est accompagnée d'un processus de concentration des caisses (favorisé par les lois de 2003 et de 2007 qui permettent notamment la fusion de caisses de types différents). Les caisses locales (AOK) ont été progressivement transformées en caisses régionales ce qui permet une meilleure péréquation des risques et de renforcer la position de ce type de caisse dans le nouveau cadre concurrentiel. Au 1^{er} janvier 2013, il n'existait plus que 131 caisses (contre 1150 avant la réforme).

À partir de la loi de modernisation de l'assurance maladie (GMG 2003) la concurrence a été étendue à l'offre des soins en visant aussi l'amélioration de la qualité par une meilleure coordination des soins. Celle-ci se traduit tout d'abord par la possibilité donnée aux caisses de créer des centres de soins médicaux (*Medizinische Versorgungszentren*) regroupant des médecins et d'autres professions de santé pour une prise en charge plus intégrée du patient. Il s'agit là d'un retournement assez spectaculaire par rapport au début des années 1990 : l'harmonisation du système médical est-allemand dans le cadre de la réunification avait abouti, à l'est, à la fermeture de la plupart des centres de santé (les polycliniques), au cœur du système de soins de la RDA mais inconnus à l'ouest. On assiste ces dernières années à la renaissance de plusieurs polycliniques dans l'est de l'Allemagne sous la forme de centres de soins médicaux. Les incitations sont fortes puisque le montant des rémunérations des actes médicaux est supérieur à celui des actes accomplis dans les cabinets médicaux ; les généralistes employés de ces centres peuvent accomplir certains actes spécialisés ; enfin, il est également possible de prendre en charge des soins pré- ou post-opératoires. Fin 2011 il existait 1730 centres employant 9500 médecins, un tiers d'entre eux sont

43 Elles ont été ouvertes à la concurrence en 2003.

dirigés par des hôpitaux (impliqués dans 700 centres). Toutefois, la mise en place de ce type d'organisation des soins plus coordonnée est contestée par de nombreux représentants des médecins, en particulier les unions, parce qu'ils peuvent être dirigés par des non-médecins susceptibles de faire prévaloir des logiques économiques (20% des centres ne sont ni dirigés par des médecins, ni par des hôpitaux) et parce qu'ils permettent aux hôpitaux de s'impliquer dans les soins ambulatoires.

L'autre aspect est la possibilité donnée aux caisses, dès la loi de 2000 et renforcée par la loi de 2003 qui remet en cause le monopole contractuel des unions de médecins de caisse, de signer des contrats dits sélectifs (*Selektivverträge*). Cette contractualisation d'un nouveau type permet la mise en place de nouveaux modes d'organisation des soins afin de favoriser un meilleur suivi du patient, dans le cadre de réseaux et de filières de soins, en surmontant les cloisonnements entre médecine générale et médecine spécialisée, entre prévention et soins curatifs, entre la médecine en cabinet et l'hôpital, entre soins médicaux et para-médicaux...

Il s'agit tout d'abord des contrats de médecin de famille (*Hausartzsystem*) reposant sur le principe du passage systématique par le généraliste. L'un des premiers, et plus importants, est celui signé en 2005 entre la caisse complémentaire Barmer, l'association allemande des médecins généralistes (*Deutscher Hausärzte Verband -DHV*) et l'association allemande des pharmaciens. 3000 médecins et 1500 pharmaciens y ont adhéré, ce qui correspond à la prise en charge de plus de 600 000 patients. Il est fondé sur le passage obligatoire par le généraliste, payé au forfait. Celui-ci doit fortement inciter ses patients (dont le montant des cotisations est réduit d'un montant pouvant aller jusqu'à 30 € par an) à s'impliquer dans des actions de prévention (notamment sous la forme de « chèques prévention » annuels de 35,70 €). Le généraliste s'engage pour sa part à participer à des cercles de qualité et à des formations (au moins 120 heures en 5 ans), à prescrire des génériques et à se conformer à des protocoles de soins. Cette possibilité a donc été saisie par le syndicat des généralistes pour renforcer le rôle du généraliste et pour s'autonomiser par rapport aux unions qui ont contesté ce contrat du fait de la limitation du libre choix du patient et du changement de mode de rémunération.

La loi de développement organisationnel de l'assurance maladie légale (*Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV*) adoptée en 2008 a prévu la généralisation des contrats de généralistes (*Hausarzt Verträge*) renforçant le rôle pivot de ceux-ci et mettant en place des forfaits

pour le suivi des patients (et différenciés pour les malades chroniques). Surtout, la loi prévoit que les contrats peuvent être signés en dehors des unions avec un syndicat dans les Länder où le taux de syndicalisation des généralistes est supérieur à 50%, ce qui donne un monopole de fait au DHV. Il s'agit là d'une impulsion nouvelle donnée à la réorganisation du système de soins allemands, à partir du généraliste, dans le cadre de la concurrence, tout en continuant à remettre en cause le rôle des unions par le renforcement de l'organisation de généralistes DHV. Elle n'est toutefois pas la seule organisation à avoir signé de tels contrats. C'est aussi le cas de *Medi* qui a signé avec le DHV, en 2008, un contrat avec la caisse régionale du Bade-Wurtemberg, souvent présenté comme un « modèle de réussite », auquel participent 3500 cabinets de généralistes prenant en charge plus d'un million d'assurés. Une nouvelle loi en 2011 a restreint les possibilités de signer des contrats pour ces organisations et surtout accru les exigences en termes d'efficacité économique (le financement des contrats dépend des gains financiers ou de l'accroissement de l'efficacité). Leur nombre total est d'environ 400 aujourd'hui ce qui montre leur acceptation par les médecins généralistes (plus de 20 000 d'entre eux prennent part à ces contrats, soit la moitié des médecins généralistes en activité en Allemagne), d'autant plus que certains d'entre eux ont été signés avec des unions régionales.

On peut ensuite mentionner les contrats concernant l'intégration des soins (*integrierte Versorgung*) et ceux permettant la prise en charge de malades chroniques dans le cadre de *Disease-Management-Programs* (DMP). Cette contractualisation d'un nouveau type, qui signifie la fin du monopole contractuel des unions de médecins, a entraîné un développement important de la négociation collective au niveau local. La loi de 2007 renforce les possibilités pour les caisses de contracter avec des médecins ou des groupes de médecins en dehors des accords collectifs avec les unions de médecins. Elle favorise aussi le développement d'une offre de soins ambulatoires (très spécialisée dans les établissements hospitaliers).

Mais le financement spécifique des contrats de soins intégrés, instaurés par la réforme de 2003, est arrivé à échéance fin 2008, ce qui a freiné leur développement, sans pour autant remettre en cause les contrats existants. En 2008 6400 contrats de ce type avaient été signés, il y en avait 6339 fin 2012 couvrant près de deux millions d'assurés. Les deux tiers d'entre eux portent sur un type de prestation défini, un cinquième intègre des opérations en ambulatoire, mais seuls 1% d'entre eux comprennent des soins non médicaux. Ajoutons que la loi sur le médicament de 2011 a permis la participation d'entreprises pharmaceutiques à ce contrat. Un premier contrat fédéral a été conclu fin 2011 autour de la prise en charge des enfants atteints d'épilepsie.

Par ailleurs, en 2013 plus de 6 millions de patients participent à un DMP (dont près de 4 millions de diabétiques).

En dehors de la contractualisation se sont également développés deux autres formes de soins plus coordonnées. D'une part, les soins ambulatoires à l'hôpital dans des régions où existent des pénuries de médecins spécialistes, pour des prestations très spécifiques, ont été rendus possibles. D'autre part, près de 400 réseaux de soins ont été mis en place ⁴⁴. La loi de réforme structurelle sur l'organisation des soins de 2011 a donné la possibilité de négocier (avec les caisses et sous la supervision des unions de médecins) des modes de rémunération spécifiques pour ces réseaux à condition de répondre à un certain nombre de critères : impliquer au moins 20 médecins dans au moins trois spécialités (qui peut être la médecine générale), exister depuis au moins trois ans, comprendre des soignants non-médecins, établir des standards de qualité et des objectifs en termes de soins ...

Cette loi prévoit aussi la mise en place d'un nouveau secteur de la médecine spécialisée pour améliorer la coordination ville/hôpital. Il repose sur toute forme de coopération entre des médecins spécialistes en ambulatoire et des médecins hospitaliers pour la prise en charge de pathologies lourdes (tumeurs intestinales, maladies rhumatologiques, insuffisance cardiaque, tuberculose, mucoviscidose ...). Sa mise en place est prévue à partir de début 2014 et fait l'objet d'un financement spécifique.

En Allemagne comme en France les tentatives de renforcement de la coordination des soins ont accru la fragmentation de la profession médicale avec, d'une part, l'affaiblissement des unions qui ont perdu le monopole de la contractualisation avec les caisses et, d'autre part, l'autonomisation d'organisations, en particulier le syndicat de généralistes DHV et Medi, contractualisant directement avec les caisses. Même si le développement de nouveaux modes d'organisation des soins est plus étendu en Allemagne qu'en France, il s'accompagne de fortes différences territoriales puisque leur mise en place repose sur des négociations locales.

44 Dans l'enquête *Ärztemonitor* de 2012 25% des médecins interrogés déclarent travailler dans le cadre d'un réseau. Le nombre de réseaux a doublé en dix ans.

III.3. Les médecins face à la réorganisation du système de soins : en Suède

Par rapport à la France et l'Allemagne la Suède présente une évolution différente. Le système de santé suédois est souvent présenté comme un modèle de coordination des soins et d'intégration des médecines hospitalière, ambulatoire et préventive. Toutefois cette forte coordination des soins et la cohésion des professionnels de santé est en partie remise en cause par les réformes du « libre choix », la privatisation des prestataires de santé et la multiplication des expérimentations locales.

La coordination des soins primaires avec l'ensemble de la chaîne de soins représente la caractéristique la plus originale du système de santé suédois. Elle a été l'objet d'un investissement politique précoce de la part des réformateurs sociaux-démocrates des années 1930-1970. Le rapport visionnaire rédigé en 1942 par Axel Höjer développait en détails le projet d'instaurer un service public de soins primaires sous la responsabilité des comtés ou des villes et insistait sur l'importance de développer des centres de santé d'importance graduelle, coordonnés entre eux et avec les services hospitaliers, et qui seraient le lieu d'une approche préventive et sociale de la médecine. Si ce projet est resté lettre morte à l'époque, il a influencé la définition des soins primaires établie par *Socialstyrelsen* en 1978 qui mettait en avant les principes de proximité, accessibilité, continuité et coordination. Des centres de santé (*vårdcentraler*) ont été construits en masse dans les années 1970-80, dont certains pouvaient accueillir 10 à 15 médecins résidents. Il existe à ce jour 1166 centres de santé primaires de tailles différentes⁴⁵. Les patients y sont d'abord pris en charge par les personnels infirmiers avant d'être dirigés vers un médecin généraliste ou un spécialiste. Il n'est pas rare que des personnels non-médicaux (infirmières, kinésithérapeutes ou autre) occupent la fonction de directeur de ces centres de santé, ce qui indique un rapport beaucoup plus souple avec la hiérarchie professionnelle traditionnelle au sein de ces structures. Certains de ces centres sont spécialisés dans la prévention ou le traitement de maladies chroniques comme le diabète, ou l'asthme. Les centres de santé sont également un élément important de la politique de prévention. L'accueil des patients par les centres de santé intègre ainsi un service de prévention individualisée des risques liés, entre autres, au tabac, à l'alcool et aux drogues. Les infirmières jouent ici un rôle de premier plan.

45 "Så kan unga läkare lockas till primärvården", Dagens Nyheter, 11 décembre 2012.

Les acteurs des politiques de santé suédoises ont par ailleurs donné durant la dernière décennie une plus grande visibilité aux grandes orientations nationales et locales en matière de médecine préventive et de santé publique. En 2001, une commission parlementaire a fixé 18 priorités nationales en matière de santé publique⁴⁶. Elle a été suivie, en 2003 et 2008, de deux réformes visant à clarifier la répartition des rôles entre les différentes autorités compétentes. Les comtés et communes sont clairement investis d'une mission de conception et de développement des actions de prévention et de santé publique. Chaque comté s'appuie sur les recommandations de l'agence nationale des soins pour établir un plan d'action et peut ainsi bénéficier de financements complémentaires dans divers domaines tels que la prise en charge des troubles psychologiques, la prévention des risques cardiaques, les addictions et le dépistage des cancers. Les plans d'action locaux sont rendus efficaces par les rapports directs entre les administrations locales et les centres de santé primaires. Selon un rapport de l'institut de santé publique (*Folkhälsoinstitut – FHI*) de 2005, 70% des centres de santé locaux participent à des programmes de prévention et d'information sanitaire, 45% proposaient une aide sur les questions de nutrition et 30% disposaient de programmes spécifiques de sensibilisation aux risques liés à la consommation d'alcool⁴⁷. On peut donner un exemple de programme de prévention intégré à un système de soin régional : les comparaisons nationales montraient que *Västerbotten*, un comté du Nord de la Suède, était classé dernier pour la mortalité par infarctus dans les années 1970-80. Depuis, il est dans la moyenne nationale. Pour atteindre ce résultat, les autorités locales ont établi des priorités d'intervention pour réduire les risques cardio-vasculaires, en particulier les risques liés au mode de vie. Environ 60 à 70% des 260 000 habitants du comté ont été dépistés ou sensibilisés à ce problème par des entretiens individuels et les programmes d'éducation à la santé ont été renforcés, principalement en direction des enfants (Weinehall et al., 2001).

Le système de santé suédois est toujours très performant en matière de priorisation des soins et de coordination entre les différents niveaux de prise en charge. Le faible nombre de consultations de généralistes par habitant (2,9 comparé à 6,7 en France et 8,9 en Allemagne) témoigne des efforts anciens de rationalisation des soins de santé. Les réformes de libéralisation et de privatisation visaient à lutter contre les effets pervers de ce système (les listes d'attente excessives) mais ont également enfoncé un coin dans les principes fondamentaux de prise en charge graduelle et de priorisation administrative.

46 Socialdepartementet, "Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan", SOU 2000:91, 2001.

47 Folkhälsoinstitut, "Målområde 6: en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård", Kunskapsunderlag till Folkhälsopolitisk rapport 2005, p.31.

Ce faisant, ces changements ont réintroduit – certes de manière plus marginale – dans la régulation des soins de santé suédois une question qui se pose en France avec plus d'acuité : le risque d'une surconsommation de soins liés à une forme de nomadisme médical et, plus généralement, à une mauvaise coordination des différents prestataires.

En 1994, une réforme a introduit la possibilité pour les patients de s'inscrire auprès d'un médecin de famille (*husläkare*) sans restriction, mettant ainsi fin au principe du parcours de soins primaires. Cette loi a été abrogée dès le retour au pouvoir des sociaux-démocrates en 1996. L'organisation du parcours de soins local n'a pas été aussi frontalement remis en cause depuis, mais les travaux d'Ulrika Winblad, montrent à travers l'exemple de Stockholm, le plus ouvert à la concurrence et aux soins privés, que l'on peut observer une tendance à la fragmentation de l'offre de soin. Le système de rémunération des prestataires de santé mis en place y étant fortement lié à l'activité, la chercheuse a constaté la réalisation d'actes médicaux non nécessaires. Pour éviter cet écueil, un certain nombre de comtés pratiquent des tarifs différenciés selon l'établissement de référence auquel le patient a choisi de s'inscrire (Winblad, 2010). De manière générale, un certain nombre de témoignages indiquent que les médecins suédois se retrouvent confrontés au développement d'une forme (encore limitée) de consumérisme médical qui conteste leur rôle de gate keeper. Les débats portant sur l'ouverture européenne du système de santé suédois sont à ce titre évocateur de l'émergence de cette remise en question des choix collectifs de priorisation.

Le cas de la Suède montre que la question de la coordination des soins est un enjeu qui n'implique pas seulement les médecins mais aussi les autres professionnels de soins et les patients, fortement attachés à la liberté et à la facilité d'accès aux soins médicaux. Si ce chapitre a mis en évidence les limites du renforcement de la coordination des soins dans les systèmes bismarckiens, du fait notamment des tensions qu'elle suscite au sein de la profession médicale, l'importance de cette orientation dans les réformes des systèmes de soins est renforcée par un autre enjeu : celui de l'accès aux soins, en particulier dans les territoires manquant de médecins. L'amélioration de la coordination des soins n'est pas seulement une source potentielle de contrôle des dépenses et d'amélioration de la qualité des soins mais aussi une réponse possible aux pénuries territoriales d'offre de soins.

IV. Les médecins face à l'enjeu de l'accès au soins

L'accès aux soins est un enjeu à double dimension qui découle de deux orientations antérieures des politiques de santé. Il s'agit d'abord de la dimension financière du fait de la baisse de la prise en charge des dépenses de soins courants par les systèmes d'assurance maladie, dans le cadre de politiques de maîtrise des dépenses de santé. Cet enjeu est particulièrement aigu en France du fait de l'existence du secteur 2. L'autre dimension est territoriale. Même si c'est loin d'être le seul facteur explicatif, c'est en partie la conséquence de politique de limitation de l'offre médicale par la mise en place de *numerus clausus* (Deplaude, 2007). La question de l'accès aux soins est devenu, notamment en France, un enjeu central des politiques de santé lui aussi source de tensions avec la profession médicale.

IV.1. Les médecins face à l'enjeu de l'accès aux soins en France

Comme on l'a vu, en France, la réduction des remboursements est une orientation apparue dès la fin des années 1960, renforcée par la création du secteur 2 en 1980, puis par les politiques menées entre 2004 et 2012 (augmentation des forfaits, franchises médicales ...). La part de l'assurance maladie dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux est ainsi passée de 80% en 1980 à 77% en 1995. Ce taux s'est ensuite stabilisé avant de baisser de 1,6 point entre 2004 et 2008 pour s'établir à 75,5% à cette date (rapport du HCAAM, 2009). De manière encore plus significative, la part directement supportée par les ménages a augmenté de 13% au cours de cette même période, ce qui correspond à une augmentation de la participation financière des assurés de 3 milliards € environ. Selon Didier Tabuteau (2010, p.88) on en serait arrivé à un taux de prise en charge des soins courants (c'est-à-dire hors affections de longue durée et hospitalisation) d'environ 55%. C'est ce qu'ont confirmé les Comptes de la santé pour 2010 : hors affection de longue durée le reste à charge (payé directement) a augmenté pour les assurés (il s'élève 12% pour les soins de ville, 16% pour les médicaments), l'assurance maladie ne couvrant que 55% des soins de ville. Cette baisse du taux de prise en charge des soins courants et l'augmentation du phénomène de renoncement aux soins qui en résulte ont largement

contribué à mettre sur agenda de la campagne électorale de 2012 la question de l'encadrement du secteur 2, au sein duquel le taux de dépassement a été multiplié par plus de deux entre 1985 et 2010 (de 23% à 54% pour les spécialistes). Par ailleurs, dans une enquête de mai 2011 la CNAMTS soulignait l'augmentation de la proportion de médecins nouvellement installés choisissant le secteur 2 (58% des nouveaux spécialistes en 2010). Si la part des généralistes (qui n'ont plus accès au secteur 2) est inférieure à 10%, la proportion est supérieure à 50% dans la plupart des spécialités médicales (83% pour les dermatologues, 60% pour les chirurgiens, 56% pour les ORL, 54% pour les ophtalmologues). Enfin, on peut noter l'importance de la proportion de médecins pratiquant les dépassements dans les grandes villes, en particulier à Paris (45%).

Il ne s'agit pas là d'un enjeu nouveau puisque dès la négociation de la convention de 1990 la question de la limitation de l'accès au secteur 2 a été posée. Comme on l'a vu différentes tentatives ont échoué, face à l'opposition des internes en particulier. La mise en place d'un secteur optionnel pour les médecins en secteur 2 limitant leur niveau (100% du tarif opposable, autrement dit le double de celui-ci) et leur volume (70% des actes) de dépassement et obtenant en échange une réduction de leurs cotisations sociales est envisagé depuis 2004 mais n'a été mis en place, par décret, qu'en mars 2012, à la veille de l'élection présidentielle. Il a été critiqué comme insuffisant par François Hollande lors de sa campagne. Au cours de celle-ci d'autres acteurs, en particulier les associations de patients ont fortement mis en avant cet enjeu. Ainsi, à partir d'un sondage commandé à Viavoice fin mars 2012, le CISS a souligné le fait que 52% des personnes interrogées affirment qu'il faut encadrer les dépassements d'honoraires, et même 35% les interdire, contre 12% seulement estimant qu'il faut maintenir la possibilité pour les médecins exerçant en secteur 2 de fixer eux-mêmes leurs dépassements d'honoraires. De même, fin février 2012, l'enquête de 60 millions de consommateurs sur les dépassements d'honoraires à l'hôpital public a été fortement médiatisée et a entraîné notamment une réaction du Ministre de la santé Xavier Bertrand. Le CISS a également créé un « Observatoire citoyen des restes à charge en santé » en mai 2013 qui donne le montant des dépassements par spécialité et par département.

Il en a résulté que premier dossier pris en charge en 2012 par la nouvelle ministre de la santé, Marisol Touraine, a été celui des dépassements d'honoraires. Après avoir aboli le décret créant le secteur optionnel, elle a exercé une forte pression (en menaçant de recourir à la loi) sur les partenaires conventionnels (UNCAM et syndicats de médecins) pour parvenir à un accord

sur cette question. Un avenant (n°8) à la convention médicale de 2011 a été signé par les trois plus importants syndicats de médecins libéraux (CSMF, MGF, SML) déjà signataires de la convention en 2011, fin octobre 2012. Il prévoit un taux maximal de dépassement (fixé à 150% du tarif opposable) et la mise en place d'un contrat d'accès soins pour les médecins exerçant en secteur 2 s'engageant (volontairement) à geler leur part d'activité sans dépassements⁴⁸ et ne pas dépasser un taux moyen de dépassement fixé à 100% du tarif de la Sécurité sociale, en échange d'une prise en charge de leurs cotisations sociales par la CNAM. Cet avenant a suscité un mouvement de contestation, des internes notamment, en lien avec le Bloc et la FMF, mais aussi sous la forme du mouvement des « médecins pigeons » qui s'est ensuite structuré sous la forme d'un nouveau syndicat comme on l'a vu dans le chapitre 1. Les tensions avec les médecins ont été renforcées par la mise en place d'un système de sanctions en cas de dépassements supérieurs à 150%⁴⁹ et même entre 100% et 150%. Le SML a appelé à s'y opposer (sans toutefois retirer sa signature de la convention) et la CSMF a exprimé son mécontentement (tout en continuant à appeler à signer le contrat d'accès aux soins) face à cette interprétation du taux de référence comme une limite à ne pas dépasser. De ce fait le nombre de contrats signés prévu comme seuil pour sa mise en place effective (8200) n'a été franchi que fin août 2013, ce qui a repoussé son entrée en vigueur de trois mois. Même si un dispositif de sanction a été mis en place, on peut souligner que, d'une part, le contrat d'accès aux soins est très proche du secteur optionnel, et, d'autre part, que le rapport Laurent, remis à Marisol Touraine en avril 2013, recommande une application souple (tenant compte de la compétence et du lieu d'exercice) du taux de dépassement de 150% pour l'activité privée à l'hôpital et une meilleure application des règles existantes (limite de 20% du temps consacré à l'activité privée notamment), tout en écartant le principe d'un plafonnement des revenus liés à celle-ci. Ce rapport va moins loin que l'amendement voté par l'Assemblée nationale lors du débat sur le PLFSS à l'automne 2012, ensuite supprimé par le Sénat suite aux protestations de représentants de la profession médicale, dont on voit à nouveau la capacité à s'opposer à des mesures contraignantes.

Ces dernières années, la question de l'accès aux soins a également pris une dimension territoriale avec l'émergence de la thématique des « déserts médicaux » dans les années 2000. Dès 2004 des mesures incitatives ont été mises en place (primes à l'installation pour les régions prioritaires, majorations

48 Pour les nouveaux installés la part d'activité en tarif opposable doit être d'au moins 30%.

49 En août 2013 l'assurance maladie a adressé une lettre à plus de 500 médecins au taux de dépassement supérieur à 150% du tarif opposable, afin de les rappeler à l'ordre et les menaçant de la poursuite de la procédure pouvant mener au déconventionnement temporaire en l'absence de modifications de leurs tarifs. Ce taux limite pourra être abaissé par la suite.

d'honoraires pour les médecins exerçant en zone déficitaire⁵⁰) et le numerus clausus a été relevé : il est passé de 5600 places en 2005 à 7400 en 2009 (7500 en 2012) pour inverser la tendance à la baisse du nombre de médecins et de la densité médicale du fait des départs à la retraite. Deux autres évolutions sont mises en avant par l'Ordre des médecins : la baisse d'attractivité de la médecine libérale (c'est le choix de moins de 10% des médecins à la sortie de leur études, toutefois un tiers d'entre eux exercent en libéral cinq ans après), en particulier dans les zones rurales (choisies par moins d'un quart d'entre eux), et la baisse du nombre de généralistes (-5% entre 2007 et 2012), qui sont par ailleurs inégalement répartis (du simple au double selon les départements). Selon le Ministère de la santé environ 2,5 millions de personnes vivent dans des « déserts médicaux⁵¹ » et 20% de la population dans des zones sous-dotées.

De nouvelles incitations ont été mises en place en 2009, dans le cadre de la loi hôpital, patients, santé, territoire. Les ARS peuvent proposer des « contrats d'engagement de service public » à des étudiants en médecine dans le cadre desquels ils s'engagent à exercer (en ville ou l'hôpital) à la fin de leurs études pendant au moins deux ans dans des lieux proposés par les ARS, en échange d'une allocation mensuelle versée durant leurs études. La loi prévoit également la systématisation et la pérennisation des transferts de compétences entre soignants volontaires, qui s'inscrivent dans le souci de renforcer les coopérations entre professionnels de soins (Bergoignan-Esper, 2009, p.808). Toutefois, le dispositif le plus contraignant et le plus controversé a été celui des « contrats santé solidarité » par lesquels les médecins libéraux doivent s'engager à effectuer une partie de leur activité dans des zones sous dotées en médecins, sous peine d'une contribution forfaitaire annuelle. Cette sanction financière a été fortement contestée par les syndicats de médecins libéraux qui, tels la CSMF, ont dénoncé une « fonctionnarisation » de la médecine (du fait également de nouvelles contraintes relatives à la permanence des soins, en particulier les déclarations d'absence pour congés auprès des ARS). En 2011, à la faveur de l'adoption d'une proposition de loi d'origine sénatoriale modifiant et précisant la loi HPST, ils ont obtenu la suppression de ce dispositif contraignant. La convention signée peu après prévoit deux nouveaux dispositifs incitatifs : « l'option démographie » pour les médecins s'engageant à réaliser les 2/3 de leur activité dans une zone sous-dotée et « l'option santé solidarité territoriale » pour les médecins

50 773 médecins en auraient bénéficiés au total selon le bilan de la CNAM fait en 2011 (Badel, 2012, p. 526-527). Ajoutons que depuis 2005 les collectivités territoriales peuvent attribuer de aides à l'installation.

51 Un rapport du Sénat en 2013 estime que 3 millions de personnes rencontrent des difficultés d'accès aux soins du fait de l'éloignement.

s'engageant pour trois ans à exercer au moins 28 jours par an dans une zone sous-dotée. En échange, les ARS, qui ont la charge d'identifier ces zones, versent des aides et des rémunérations complémentaires (Badel, 2012, p.528).

Le débat avec la profession médicale est particulièrement vif sur la question de la limitation de la liberté d'installation dans les territoires sur-dotés. La proposition de loi du député centriste Philippe Vigier en 2011 ou le rapport du Sénat sur les déserts médicaux du printemps 2013, préconisant des mesures telles que le conventionnement sélectif en fonction de la densité médicale ou l'obligation d'exercer pendant un temps donné après les études médicales dans une zone sous-dotée⁵², ont suscité une levée de boucliers des syndicats de médecins libéraux et d'internes⁵³. Face à ces prises de positions le nouveau gouvernement socialiste a évité la confrontation directe avec les médecins libéraux. Déjà, au cours de la campagne si, dans son projet présidentiel, François Hollande a formulé la proposition suivante : « Pour lutter contre les déserts médicaux, je favoriserai une meilleure répartition des médecins par la création de pôles de santé de proximité dans chaque territoire » (proposition 19), il n'a pas repris celle de l'obligation d'exercer un temps dans un désert médical, mesure figurant pourtant dans le projet du PS.

Le « pacte territoire-santé » rendu public par Marisol Touraine à la mi-décembre 2012 ne remet donc pas en cause la liberté d'installation. Il prévoit la mise en place de praticiens territoriaux de médecine générale dans les zones sous-dotées avec un revenu garanti de 3640€ nets⁵⁴, la création de référents installation dans les ARS, la généralisation des stages de médecine générale, le développement de la rémunération forfaitaire pour le travail en équipe de proximité, l'accélération des transferts de compétence entre professionnels de soins, la relance de la télémédecine. Surtout, la ministre a annoncé la mise en œuvre de la promesse de François Hollande de garantir un accès à des soins urgents en moins de 30 minutes en ouvrant de nouveaux dispositifs, en permettant à des médecins hospitaliers de renforcer les cabinets libéraux et en développant les centres de santé.

Face à l'opposition des syndicats de médecins libéraux à toute remise en cause de la liberté d'installation, les gouvernements successifs ont privilégié les mesures incitatives qui ont, pour l'instant, rencontré un succès limité (ainsi

52 Le soutien du président de l'Ordre des médecins à une mesure de ce type en 2012 a suscité de fortes tensions au sein de l'institution.

53 En 2007 ils avaient obtenu, à la suite d'une forte mobilisation, le retrait de mesures limitant l'installation dans les zones sur-dotées prévues dans le PLFSS.

54 Il s'agit d'une mesure votée dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale –LFSS- pour 2013. 200 postes sont prévus pour 2013.

moins de 150 contrats d'engagement de service public ont été souscrits en 2010 et les aides de l'assurance maladie sont quasiment restées lettre mortes) comme l'a souligné la Cour des Comptes dans son rapport sur la Sécurité sociale de 2011. En Allemagne, et surtout en Suède, des politiques plus contraignantes ont été mises en place.

IV.2. Les médecins face à l'enjeu de l'accès aux soins en Allemagne

En Allemagne la question de l'accès aux soins se pose avec moins d'acuité sur la dimension financière qu'en France alors que sur les aspects territoriaux les enjeux sont comparables, même si l'expression de « déserts médicaux » n'a pas d'équivalent allemand.

En ce qui concerne la dimension financière il faut souligner, d'une part, qu'il n'existe pas de secteur 2 en Allemagne⁵⁵, d'autre part que les mesures de déremboursement et de participation financière des patients ont été moins développées, même si la « réforme Blüm » de 1988 avait notamment introduit des tickets modérateurs pour les médicaments sous la forme de montants forfaitaires de remboursement à l'intérieur de classes d'équivalence thérapeutique, et si la loi de réorganisation de 1997 avait introduit le forfait hospitalier, augmenté les tickets modérateurs sur les médicaments et diminué d'autres remboursements. Néanmoins, une partie de ces mesures avait été annulée à la fin de l'année 1998, à la suite de l'arrivée au pouvoir du premier gouvernement Schröder. Toutefois, celui-ci, dans le cadre de l'Agenda 2010, a ensuite remis l'accent sur la nécessité d'augmenter les paiements directs par le patient. Elle s'est traduite dans la loi de modernisation de 2003 par la création d'un ticket modérateur pour les consultations médicales. Le patient doit s'acquitter d'une taxe dite de cabinet médical (*Praxisgebühr*), de 10 €, versée une seule fois par trimestre pour une pathologie donnée (et non pas pour chaque consultation) ; elle ne concerne toutefois que les consultations directes de spécialistes, c'est-à-dire lorsque le patient n'est pas adressé par un généraliste. Il est cependant prévu que le montant de ces dépenses financées directement par le patient ne doit pas dépasser 2 % du revenu annuel brut du patient (1 % pour les malades chroniques). Par ailleurs, les tickets modérateurs ont été augmentés : en particulier pour les médicaments (le taux de

55 Seuls les médecins soignant des patients assurés dans le privé (donc aux revenus supérieurs au plafond de l'assurance maladie obligatoire) peuvent demander des honoraires plus élevés. On note une part croissante des revenus tirés de cette activité privée pour les médecins allemands puisqu'elle est passée de 22,2% en 2003 à 28,3% en 2011.

participation est fixé à 10 % du prix, pour un montant par médicament qui doit être compris dans une fourchette de 5 à 10 €) et pour les soins hospitaliers (le forfait à la charge du patient passe de 9 à 10 € par jour, dans une limite de 28 jours). Enfin, cette loi comprenait la suppression de la prise en charge d'un certain nombre de prestations : les médicaments ne nécessitant pas d'ordonnance (à l'exception de ceux prescrits aux enfants de moins de 12 ans), les montures et verres de lunettes (sauf pour les moins de 18 ans), la stérilisation, les cures thermales et les frais de transport (hors ambulance). Par ailleurs, les prothèses dentaires devront faire l'objet d'une prise en charge spécifique sous la forme d'une assurance volontaire, et la prise en charge des inséminations artificielles est fortement réduite. Si cette loi a entraîné une augmentation de 1,5% des dépenses payés directement par les patients, le gouvernement a supprimé fin 2012 la taxe de cabinet médical de 10€ qui représentait un tiers du reste à charge pour les patients.

Les problèmes de démographie médicale ont, comme en France, été mis en avant dans les années 2000. Rappelons que, jusqu'aux années 1990 la préoccupation majeure dans ce domaine était plutôt celle d'une offre excessive. C'est ce qui explique notamment l'adoption, dans la loi de réforme structurelle de 1992, de mesures limitant l'accès à la médecine de caisse dans les zones sur-dotées (les autorisations d'installation tenant compte de quotas par territoire et par spécialité) ainsi qu'une limitation du nombre d'étudiants en médecine (*numerus clausus*). Mais, depuis le début des années 2000, la Chambre fédérale des médecins, met en avant le vieillissement de la profession (la part des médecins de plus de 60 ans atteignait 15,6 % en 2002), et prédit un manque de médecins en mettant l'accent sur la situation particulièrement préoccupante dans les nouveaux Länder. Le thème de la pénurie de médecins est depuis très présent dans les rapports annuels de la Chambre fédérale des médecins sur la démographie médicale. Son dernier rapport, rendu public en juillet 2013, est intitulé «Manque de médecins malgré une croissance modérée de leur nombre». Elle met en avant le fait que 6000 postes de médecins hospitaliers ne sont pas pourvus, l'augmentation continue du nombre de médecins à temps partiel ou sans activité médicale (ce qui traduirait un souci plus important de conciliation vie professionnelle/vie familiale) et du nombre de départs de médecins à l'étranger (2250 en 2012), le vieillissement des médecins de ville (l'âge moyen des médecins de caisse est passé de 46,5 ans en 1993 à 52,8 ans en 2012) et les inégalités territoriales (185 habitants pour un médecin à Berlin contre 285 dans le Brandebourg). Depuis le milieu des années 2000 ce thème du manque de médecin est fortement mis en avant par les représentants des médecins qui l'ont également utilisé stratégiquement comme un argument pour s'opposer

à des mesures de maîtrise des dépenses d'assurance maladie et déplacer le débat des enjeux financiers vers l'exercice médical⁵⁶.

Un rapport commandé par le ministère de la santé intitulé « Sortie de l'activité médicale curative en Allemagne », rendu public en avril 2005, a essayé de mettre en lumière les raisons de la cessation d'activité chez certains médecins. Menée auprès de 5000 étudiants en médecine et 5000 médecins en activité, l'étude met en avant les difficultés de conciliation vie familiale/vie professionnelle puisque les 2/3 des médecins interrogés et les 3/4 des étudiants estiment difficile le retour à une activité médicale après un congé parental. La pénurie de médecins menace surtout dans les nouveaux länder puisque 1/3 des étudiants et les 2/3 des médecins interrogés excluent catégoriquement d'y travailler. D'autres enquêtes montrent la perte d'attractivité de la médecine de caisse (environ 40% des jeunes médecins interrogés par le *Hartmannbund* en 2012 envisagent de s'y installer).

C'est principalement dans la loi structurelle sur l'organisation du système de soins (*GKV-Versorgungsstrukturgesetz*) adoptée en 2011 que l'on trouve un ensemble de mesures visant à lutter contre les pénuries territoriales de médecins. En premier lieu, la planification sanitaire est modifiée afin de faciliter la prise en compte de spécificités régionales par les länder et l'interdiction de s'installer dans les zones à forte densité médicale. Un nouveau découpage plus fin et plus souple des circonscriptions sanitaires (qui ont été multipliées par deux) a été introduit et la place des länder a été renforcée, afin de faciliter le décloisonnement entre le secteur ambulatoire et l'hôpital (sous la compétence des länder).

Ensuite, l'encadrement budgétaire de l'activité des médecins est assoupli dans les zones à faible densité médicale et des obligations supprimées (telles que l'obligation de résidence) afin de faciliter leur installation. Par ailleurs, la capacité d'action des unions régionales de médecins est renforcée (aide à l'installation dans les zones à faible densité, gestion de structures de soins, soutien à la coopération entre médecins, versement de rémunération complémentaires ...). Enfin, la délégation d'actes médicaux à d'autres professionnels de santé est facilitée et les possibilités données aux caisses de proposer une offre de soins spécifiques (soins dentaires, procréation artificielle, soins à domicile ...) élargies.

56 Selon plusieurs représentants interrogés c'est un élément clef expliquant le fait que le nouveau gouvernement CDU-FDP mis en place en 2009 ait été plus à l'écoute des revendications des médecins.

Du fait du renforcement du rôle des unions et de la régionalisation⁵⁷ la loi a été accueillie favorablement par les représentants des médecins qui ont été fortement associés à son élaboration. On voit ici, à nouveau, comment, dans le cas allemand, l'institutionnalisation plus importante de la représentation des médecins permet de les impliquer dans les politiques de santé en renforçant leur position et leur rôle, en échange de l'acceptation de mesures plus contraignantes qu'en France (encadrement budgétaire, limitation à l'installation dans les zones sur-dotées).

IV.3. Les médecins face à l'enjeu de l'accès aux soins : en Suède

La question des inégalités sociales et des déserts médicaux a profondément marqué la structuration du système de santé suédois. Si la première faisait l'objet d'un investissement politique de la part du pouvoir social-démocrate, le second aspect est plus directement lié à la géographie et la démographie très particulières du nord du pays – même s'il est vrai que les territoires dépeuplés étaient également les plus pauvres et les plus fortement ancrés politiquement dans la social-démocratie. La question de l'accès aux soins a en revanche eu tendance depuis les années 1990 à être reformulée à l'aune du problème des listes d'attente et de l'émergence d'un agenda politique de libre choix et de concurrence. En ce qui concerne les médecins, ces deux évolutions sont nettement plus consensuelles tant au sein de la profession que vis-à-vis des autorités publiques.

Les questions d'inégalités économiques d'accès aux soins sont moindres en Suède, en raison du système de prestation en nature. Il convient néanmoins de souligner qu'un patient doit payer 200 SEK (soit 22 euros) pour une consultation chez le généraliste à Stockholm et que le tarif est en moyenne de 150 SEK dans le reste du pays. Les soins de spécialiste sont facturés au patient de 300 à 350 SEK, avec un tarif réduit si le parcours de soins a été respecté. Aucun patient ne doit payer plus de 1100 SEK au total par an de tickets modérateurs. En ce qui concerne les prestations maladie, le gouvernement a fait voter en 1992 un paquet de mesures urgentes de réduction des dépenses publiques comprenant une diminution des prestations maladie de 90 à 65% du revenu perdu lors du deuxième et du troisième jour de maladie, puis à 80% pour les jours suivants (au-delà d'un an, 70%).

57 Elle concerne aussi la négociation collective avec les caisses sur les volumes d'honoraires et les modes de rémunération.

Les inégalités territoriales d'accès aux soins de santé sont, pour des raisons géographiques importantes, en Suède. Mais l'organisation des soins a en partie compensé les inégalités liées aux distances et au climat. Dès le début du 20^{ème} siècle, des versions rudimentaires des centres de santé (*sjukstugor*) ont déjà été construites en priorité dans les régions isolées. Depuis les années 1970, l'organisation sanitaire du pays autour des centres de santé et de la coordination des soins explique probablement que la question des « déserts médicaux » ne se pose pas exactement dans les mêmes termes en Suède que dans le débat public français. Elle est ainsi souvent intégrée à la question précédemment évoquée des listes d'attente. Cela peut s'expliquer par le fait qu'une pénurie de médecins dans un centre de santé ne « rallonge pas les distances », comme le fait la fermeture d'un cabinet médical en France, mais augmente le temps d'attente. Autre élément de surprise, le classement des comtés en fonction du nombre de médecins par habitant montre que le gradient Nord-Sud n'est pas le seul facteur d'explication des importantes variations (La Scanie, région méridionale proche du Danemark est parmi les mal classées avec 2051 habitants par médecin, tandis que Norrbotten au Nord a un médecin pour 1755 habitants)⁵⁸. Les représentants de SLF réclament une augmentation du nombre des médecins afin d'atteindre l'objectif fixé par le Parlement en 2001 de 1500 habitants par praticien ⁵⁹.

Le problème des inégalités territoriales ressurgit régulièrement dans le débat public. Le fait que les comtés les moins peuplés fassent partie des moins favorables à la mise en concurrence et de la privatisation des soins n'est, à cet égard, pas fortuit. Outre le fait que ce sont des bastions sociaux-démocrates, la méfiance des comtés ruraux s'explique par les bénéfices limités – voire des effets pervers – de l'introduction de la libre installation dans des zones peu rentables. L'organisation des entreprises de santé (*Vårdföretagarna*) a ainsi montré que pendant que 79 centres de santé étaient créés dans l'ensemble des villes de plus de 200 000 habitants à la suite de la réforme de 2008 sur le libre choix, il n'y a eu que deux installations dans les communes rurales de moins de 20 000 habitants⁶⁰. Deux interprétations potentiellement complémentaires peuvent être tirées de ces données : soit le système de planification des années 1970-80 est devenu inadapté aux évolutions démographiques et aux besoins nouveaux dans les grands centres urbains, soit ce système qui garantissait un équilibre de l'offre sanitaire est menacé par la libéralisation des dernières années. Le système suédois serait alors sur

58 Läkarförbundets, "Undersökning av primärvårdens läkarbemanning", mars 2013, p.26.

59 "Så kan unga läkare lockas till primärvården", Dagens Nyheter, 11 décembre 2012.

60 Vårdföretagarna, "Vårdutbudet och vårdvalet", 2010.

une trajectoire convergente avec la France : aggravation du décalage entre des zones rentables suréquipée et un « désertification médicale » dans les régions moins attractives.

Le développement conjoint de l'initiative privée et d'initiatives locales innovantes dans le système de santé suédois est considéré par le gouvernement actuel comme une évolution susceptible de résoudre les problèmes liés à l'éloignement des centres de santé. Les autorités suédoises investissent depuis plusieurs années dans le développement des techniques médicales à distance (*e-health*) et tentent d'en faire un fer de lance de sa politique internationale et européenne (la présidence suédoise du Conseil de l'Union européenne en avait fait une priorité en 2009). Une stratégie nationale a été établie en 2010 et un centre de coordination (*Center för eHälsa i samverkan – CeHis*) est chargé de superviser les projets financés par l'Etat et les autorités locales – celles de Norrbotten et Västerbotten au nord sont les plus anciennement actives⁶¹.

61 Socialdepartementet, "Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg", 2010; Sveriges Kommuner och Landsting, "Från sjukhussäng till e-hälsa", juin 2010; Center för eHälsa i samverkan, "Handlingsplan 2013–2018. Landstings, regioners och kommuners samarbete inom eHälsoområdet", 2012.

Conclusion

La première conclusion que nous proposons de tirer de cette étude est l'importance du poids de l'histoire dans le positionnement des médecins face aux réformes des systèmes de santé. Celui-ci est particulièrement net dans le cas de la France du fait de la persistance de la défense des principes de la charte de la médecine libérale de 1927 par une bonne partie des organisations de médecins, ce qui tend structurellement les interactions avec les caisses et l'État. Ce constat n'est pas propre à la France puisqu'en Allemagne et en Suède des changements, qui se heurtent à de fortes oppositions en France (maîtrise des dépenses, coordination des soins, accès aux soins), ont pu être mis en place du fait d'une plus forte intégration institutionnelle des médecins (par les unions dans le cadre de la médecine de caisse en Allemagne, par le salariat dans le cadre de l'État providence en Suède), elle-même résultant de trajectoires historiques des systèmes de protection maladie.

Ce poids de l'histoire ne signifie pas pour autant que des transformations n'ont pas eu lieu. Même fortement contestées, et souvent limitées dans leur mise en œuvre, des réformes ont été mises en place en France également. Une de leurs conséquences, que l'on constate dans les trois pays, est d'avoir fragmenté la profession médicale. Les logiques de division en son sein (politiques, professionnelles, économiques) ont été renforcées et ont accru les marges d'action stratégique des régulateurs, tant au niveau de la décision que de la mise en œuvre des politiques de santé.

Peut-on pour autant parler d'affaiblissement de la profession médicale ? Ces vingt dernières années les organisations de médecins ont connu quelques retentissantes défaites (le plan Juppé en France et la réforme Seehofer de 1992 en Allemagne en sont probablement les exemples les plus nets) mais elles ont été souvent compensées par la suite (ainsi l'évident des mécanismes de sanctions du plan Juppé en France ou le retour à la rémunération fixe des actes en Allemagne en 2007), traduisant la persistance du poids politique des médecins reposant sur leur capacité d'accès au monde politique, de mobilisation⁶² et d'influence sur leur patients pouvant aller jusqu'au vote, aux yeux d'une partie des acteurs politiques tout au moins. De plus, le thème de la « pénurie de médecins » en lien avec les « déserts médicaux », mis en avant par les organisations de médecins en France et en Allemagne, est une nouvelle ressource stratégique pour

62 Dans le cas de la France nous avons pu observer le rôle spécifique des mobilisations d'internes. Si elles ne sont pas sans liens avec celles d'autres syndicats de médecins libéraux ou hospitalier soulignons que, d'une part, les internes jouent un rôle clef dans le fonctionnement des hôpitaux, ce qui fonde une forme d'échange politique entre la difficulté des années d'internat et des perspectives financières attractives dans le cadre du secteur 2, et, d'autre part, qu'ils sont fortement organisés collectivement. Ces deux éléments leur donnent un poids particulier en France que l'on ne retrouve ni en Allemagne, ni en Suède.

déplacer le débat. Toute contestation peut désormais être légitimée par le risque qu'elle fait peser sur l'attractivité de l'exercice médical, autrement dit d'aggravation du manque de médecins. Cette évolution est particulièrement nette en Allemagne où elle a permis aux organisations de médecins de fortement peser sur la loi structurelle sur l'organisation des soins de 2011.

Toutefois, les enjeux aujourd'hui fortement mis en avant, en particulier par le gouvernement de Jean-Marc Ayrault, à savoir l'amélioration de la coordination des soins (avec la mise en avant de «la médecine de parcours») et l'accès aux soins (limitation des dépassements et lutte contre les «déserts médicaux»), impliquent de manière plus centrale la profession médicale que la maîtrise des dépenses de santé (qui concerne d'autres acteurs et d'autres aspects que l'activité médicale). Par ailleurs, les réformes menées depuis vingt ans ont renforcé la capacité d'action des régulateurs (État et assurance maladie) à la fois en termes d'instruments disponibles et de rapport de pouvoir (par exemple les rééquilibrage des rapports de pouvoir entre caisses et unions de médecins dans le cadre de la mise en concurrence en Allemagne). La poursuite, et surtout le renforcement, des politiques de coordination et d'accès aux soins peuvent aussi passer par l'appui sur trois catégories d'acteurs comme le montrent les exemples allemands et suédois. Il s'agit tout d'abord de certains segments de la profession médicale (notamment les généralistes) plus favorables à ces évolutions. De ce point de vue la baisse de l'attrait de l'exercice individuel dans un cadre libéral (que l'on constate en France comme en Allemagne) parmi les nouvelles générations de médecins et la féminisation de la profession sont des leviers sur lesquels il est possible de s'appuyer et qui pourraient être renforcées (par une action sur la représentation et la formation notamment). Les professions para-médicales sont un second levier sur lequel des stratégies de réforme peuvent s'appuyer comme le montre le cas suédois, où un moindre ratio médecins/non médecins parmi le personnel soignant favorise la coordination des soins et un niveau moins élevé de dépenses. Enfin, les organisations de patients représentant un troisième levier. L'approfondissement de la démocratie sanitaire est aujourd'hui au cœur des stratégies de réforme dont l'un des enjeux centraux est bien la transformation des conditions de l'exercice médical.

Références Bibliographiques

Åmark, K., 2005, *Hundra år av välfärdspolitik : välfärdsstatens framväxt i Norge och Sverige*, Umeå: Boréa.

Anell, A. , 2011, "Choice and privatisation in Swedish primary care", *Health Economics, Policy and Law*, n°6, p.549-569.

Badel, M., 2012, «La convention médicale de 2011 : la montagne a-t-elle accouché d'une souris ?», *Revue de droit sanitaire et social*, 3, p.520-532.

Benamouzig, D., 2005, *La santé au miroir de l'économie*, Paris, P.U.F.

Bergoignan-Esper, C., 2009, «Les formes nouvelles de coopération entre acteurs de santé : entre innovation et modernisation», *Revue de droit sanitaire et social*, n°5, p.806-819.

Blomqvist, P., 2005, "Privatisering av sjukvård: politisk lösning eller komplikation?" *Socialvetenskaplig tidskrift*, nr 2-3

Blomqvist, P., Rothstein, B. 2000, *Välfärdsstatens nya ansikte. Demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*, Stockholm : Agora

Bras, P.-L., 2004, «Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné ?», *Droit social*, 11

Bras, P.-L., 2006, «Le médecin traitant : raisons et déraison d'une politique publique», *Droit social*, 1, p. 59-72

Bras, P.-L., 2009, «La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné?», 11, p.1126-1135

De Kervasdoué, J., 2012, «Les nouvelles technologies et la santé., que peut-on en attendre ? A quel horizon ?», dans J. de Kervasdoué (dir.), *Carnet de santé de la France 2012*, Economica, 2012, p95-114

Deplaupe, M.O., 2007, *L'emprise des quotas. Les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical*, thèse de science politique, Université Paris 1

M. Döhler, P. Hassenteufel, 1995, «Les politiques de régulation de l'assurance

maladie en France et en Allemagne», *Revue française d'administration publique*, n°76, p.549-560

Jobert, B., 1994 « Mobilisation politique et système de santé en France », dans B. Jobert et M. Steffen (dir.), *Les politiques de santé en France et en Allemagne*, Paris, Observatoire européen de la protection sociale, p.79-80

Hassenteufel, P., 1997, *Les médecins face à l'État, un comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po

Hassenteufel, P., 2009, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Sève*, n°18, printemps 2008, p.21-28.

Hassenteufel, P. 2010, « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes », dans G. Bloy, F-X. Schweyer (dir.), *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, p. 403-418.

Hassenteufel, P. 2012, « Les transformations du mode de gouvernement de l'assurance maladie : une comparaison France/Allemagne », *La Revue de l'IREES*, n°70, p.35-64.

Heidenheimer A., Elvander, N., 1980, *The Shaping of the Swedish Health System*, New York: St. Martin's Press, London: Croom Helm.

Immergut, E., 1992, *Health politics: interests and institutions in Western Europe*, Cambridge: Cambridge University Press

Larcher, P., Polombéni, P., 2001 *La santé en réseaux, objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital*, Paris, Masson, 2001

Moret-Bailly, J., 2009, « La loi HPST et l'accès aux soins », *Revue de droit sanitaire et social*, n°5, p.820-831.

Palier, B., 2006, « Régions et santé. Un système régionalisé en constante évolution : le cas suédois », *Sève*, n°12, automne 2006.

Qvarsell, R., 2007, "Den Svenska Sjukvårdens organisation I ett historiskt perspektiv", in P. Blomqvist (dir.) (2007), *Vem styr vården ? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*, Stockholm: SNS förlag, p.53-76.

Weinehall L., Hellsten G., Boman K. (2001), "Can a sustainable community intervention reduce the health gap? 10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease", *Scandinavian Journal of Public Health*, Suppl. 2001, n°56, p.59-68

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Winblad, U., Andersson C., 2010, *Kåren och köerna*, Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO), Stockholm: Finansdepartementet

Institut Montparnasse
3, square Max-Hymans - 75015 Paris
Tél. : 01 40 47 20 27
e-mail : contact@imontparnasse.fr
www.institut-montparnasse.fr

