

## **La médecine de ville en France : la grande transformation ?**

Nicolas Da Silva et Maryse Gadreau

La récente loi de modernisation du système de santé a fait du tiers-payant le pilier d'une réforme dite "sociale". Un détour par l'histoire de la médecine libérale montre toutefois l'ambivalence de cette réforme qui va également dans le sens d'une privatisation plus prononcée de la médecine de ville.

Les évolutions récentes des politiques de santé à destination de la médecine libérale secrètent un paradoxe étonnant. D'un côté, le caractère libéral de la profession est conforté par l'inaction volontaire sur un certain nombre de sujets désormais bien documentés : les dépassements d'honoraires sont toujours plus nombreux et plus coûteux (même chez des médecins dits en « secteur 1 »), les déserts médicaux ne sont pas repeuplés, la qualité des prescriptions est peu contrôlée, un nombre croissant de médecins refusent de prendre en charge les patients titulaires de la Couverture maladie universelle (CMU), etc. D'un autre côté, il semble qu'une certaine remise en cause de la médecine libérale soit engagée par l'actuelle Ministre de la Santé, Marisol Touraine. Le vote du projet de loi de « modernisation de notre système de santé », adopté à l'Assemblée nationale en première lecture le 14 avril 2015 et voté définitivement le 17 décembre 2015, instaure la généralisation du tiers-payant. Ce mécanisme financier, déjà actif pour certaines catégories de patients (notamment les titulaires de la CMU), supprimerait toute forme de paiement direct entre le médecin et son patient puisque c'est un tiers (l'assurance santé) qui paierait le médecin après la consultation. À première vue, ce paradoxe semble insoluble. La politique de santé naviguerait à vue et les évolutions législatives dépendraient de l'efficacité du lobbying médical. Dans cet article, contre cette vision d'une politique publique erratique, nous proposons de replacer les débats contemporains dans l'histoire longue de la régulation de la médecine libérale, elle-même étroitement liée aux transformations de l'Etat social (Da Silva et Gadreau, 2015). Notre thèse est, qu'au-delà des à-coups de la politique publique, la loi de santé s'inscrit dans une histoire de la médecine qui conduit pas après pas au désengagement de la puissance publique et, simultanément, à la perte d'autonomie des médecins au détriment des financeurs (notamment privés). Ceci nous incite à relativiser le contenu progressiste de cette loi.

Si l'on prend comme point de départ la Révolution française, l'histoire de la médecine en France est l'histoire de ses relations avec l'Etat, tantôt conflictuelles, tantôt conniventes. Selon l'accent mis sur l'exercice libéral de la médecine ou la solvabilité de la demande, les objectifs de santé publique vont conditionner (sans les déterminer) l'évolution de la régulation de la médecine libérale. Dans un premier temps, nous rappelons les conditions difficiles du mariage entre profession médicale et solidarité nationale, dans un contexte de mutation de l'Etat libéral en Etat social. L'objectif prioritaire est alors d'étendre l'accès au soin par la socialisation et la négociation sur les prix. Dans un second temps, nous montrons comment, à partir des années 1980, la crise économique et la modification de l'agenda politique qui en découle provoquent une évolution lente mais certaine de la régulation de la médecine libérale : d'une politique de contrôle des prix destinée à étendre l'accès aux soins, nous passons à une politique de contrôle des pratiques destinée à maîtriser les dépenses. Nous nous interrogeons en conclusion sur la relation entre cette mutation de la régulation de la médecine de ville et la mutation du financement des soins.

### **Le mariage forcé entre médecine libérale et solidarité nationale (1893-1980)**

La solvabilisation de la demande est l'un des éléments majeurs de l'émergence de l'Etat social (Hatzfeld, 1971). Le 15 juillet 1893, l'Aide médicale gratuite (AMG) est mise en place pour assurer les soins aux plus démunis. Malgré l'opposition farouche de la majorité de

l'Assemblée nationale, la naissance des assurances sociales est facilitée par le recouvrement de l'Alsace-Lorraine en 1918, où existe un système de cotisation sociale finançant les dépenses de santé, créé par Bismarck en 1883. Un projet de loi est déposé en 1921 qui aboutira quelques années plus tard aux lois d'Assurance sociale de 1928-1930.

La socialisation du financement des soins implique un minimum de coordination entre les médecins, les patients/cotisants et les assureurs : si l'on veut assurer la viabilité financière du système, il faut s'entendre sur les prix. Or, une partie d'abord minoritaire puis majoritaire de la médecine libérale va s'organiser contre toute forme de socialisation des soins, décrite comme une perte d'autonomie synonyme de moindre qualité (Hassenteufel, 1997, 2015). La Charte de la médecine libérale de 1927 prévoit ainsi qu'aucun tiers ne peut s'introduire dans la relation bilatérale patient/médecin – ce qui exclut de fait les assurances sociales (publiques ou privées). Financièrement, la Charte retient le principe de l'entente directe : le montant des honoraires est décidé d'un commun accord et directement entre le patient et son médecin, libre ensuite au patient et à son assureur de convenir des modalités de remboursement éventuel.

Cette opposition de la médecine libérale au principe de solidarité nationale va durer près d'un demi-siècle et, en ce qui concerne la médecine de ville, les ordonnances de 1945 créant la Sécurité sociale sont un trompe-l'œil (Valat, 2001). Bien que la Sécurité sociale prévoit un remboursement à 80% des soins de ville, celui-ci ne sera effectif sur l'ensemble du territoire qu'à partir de l'ordonnance du 12 mai 1960. En effet, depuis les lois d'Assurance sociale de 1928-1930, le système de prix en médecine de ville relève du conventionnement (voir l'encadré 1).

#### Encadré 1 : Le conventionnement médical

La convention médicale est un accord départemental entre les caisses d'assurance maladie et les médecins portant sur le prix des soins dont un certain pourcentage est remboursé. Ce prix négocié se nomme le tarif opposable : un patient peut exiger d'un médecin conventionné le tarif négocié. Lorsqu'une convention est signée au niveau du département, elle engage tous les médecins qui y exercent : ils doivent systématiquement appliquer le tarif opposable. Ceux qui s'opposent à l'accord peuvent néanmoins exercer leur liberté tarifaire mais, ils sont de fait non conventionnés ce qui implique que leurs patients ne seront pas remboursés par l'assurance maladie.

Pour être opérationnel, le mécanisme conventionnel suppose un minimum de concessions de la part de la profession médicale. Or, en dehors de certains départements, que ce soit avec les lois d'Assurancesociale de 1928-1930 ou avec la Sécurité Sociale de 1945, le système conventionnel est un échec car les médecins ne sont pas contraints, ni à signer une convention (très peu de conventions sont signées jusqu'en 1960), ni au respect des tarifs négociés(même lorsqu'une convention départementale est signée, certaines clauses permettent aux médecins de déroger au tarif opposableen raison de motifs imprécis tels que « l'état du malade » ou la « notoriété » du médecin). Dès lors, l'écart entre les prix pratiqués et le montant du remboursement par les caisses d'assurance maladie est important et la demande n'est toujours pas solvable.

Face à cette situation, l'ordonnance, du 12 mai 1960 créé la possibilité pour les médecins qui le souhaitent de signer des conventions individuelles dans les départements où il n'y a pas d'accord collectif (Hatzfeld, 1963), ce qui instaure deux catégories de médecins : les médecins non conventionnés dont les honoraires ne sont pas remboursés et les médecins conventionnés (individuellement) dont les honoraires sont remboursés à 80%. En quelques années, là où il n'y a pas de convention collective, les patients vont se tourner quasi exclusivement vers les médecins conventionnés individuellement. Le principe de l'entente directe se meurt et la médecine se dé-libéralise(en partie).L'objectif d'extension de l'accès

aux soins conforme à la logique de l'Etat social atteint son maximum en 1971 lorsqu'est signée la première convention médicale nationale : désormais le tarif opposable est uniforme sur l'ensemble du territoire.

### **D'une régulation par les prix à une régulation par les pratiques (1980-2015)**

Si la décennie 1970 marque le paroxysme de la logique d'extension de l'accès aux soins, elle annonce également les reculs à venir à partir de 1980. En effet, avec la crise économique consécutive aux chocs pétroliers de 1973 et 1979, cette décennie est celle du retournement de l'agenda de la politique publique de santé : l'Etat social jugé trop généreux et inefficace doit réaliser une cure d'amaigrissement et libérer les énergies que recèle le secteur privé, anémié par le montant des prélèvements obligatoires. Pour l'Etat néolibéral, selon lequel la seule intervention légitime procède de l'organisation de la mise en concurrence (entre public et privé mais aussi entre acteurs publics), la maîtrise des dépenses devient la règle dans le champ de la santé comme ailleurs (Dardot et Laval, 2009). L'hôpital est considéré comme l'enjeu prioritaire, mais les dépenses en médecine de ville sont elles aussi concernées.

Au nom de la maîtrise des dépenses, 1980 est le point de départ du recul du tarif opposable en médecine de ville (Hassenteufel, 1997) : une convention médicale est signée, qui autorise les médecins conventionnés qui le souhaitent à fixer eux-mêmes le montant de leurs honoraires. C'est la revanche de l'entente directe et la naissance des dépassements d'honoraires (le « secteur 2 »). L'avantage est double pour les médecins qui pratiquent ces dépassements d'honoraires : d'une part, leur prix est plus élevé qu'auparavant et, d'autre part, leurs patients restent remboursés de la part prise en charge par la sécurité sociale. Ces médecins peuvent ainsi capter tout le pouvoir d'achat au-dessus du tarif opposable sans craindre l'insolvabilité de la demande. L'idée du régulateur avec l'ouverture du secteur 2 est de satisfaire les revendications des médecins qui veulent une revalorisation d'honoraires sans toutefois augmenter le budget de la sécurité sociale. La convention médicale de 1990 va chercher à corriger ce recul, particulièrement lourd de conséquences en termes d'accès aux soins. Elle prévoit le gel du secteur 2 – c'est-à-dire l'interdiction pour les nouveaux médecins de s'installer en secteur 2. Pourtant, s'il est effectivement plus difficile depuis 1990 de s'installer en secteur 2, c'est loin d'être impossible : aujourd'hui, presque la moitié des spécialistes s'installent en secteur 2 (Aballea et al., 2007)<sup>1</sup>.

La fin des années 1990 et les années 2000 sont marquées par un désintérêt apparent des pouvoirs publics pour les prix en médecine de ville : les dépassements d'honoraires sont hors contrôle, sans que les budgets sociaux ne se stabilisent. Un spectateur distrait pourrait alors conclure à l'abandon de la régulation de la médecine libérale. Ce serait une erreur. Il s'agit d'un changement de stratégie de politique publique : d'une régulation par les prix à une régulation par les pratiques. La loi Teulade de 1993 crée les Références médicales opposables (RMO) qui peuvent se définir comme l'obligation de ne pas réaliser telle ou telle pratique médicale jugée dangereuse, thérapeutique ou prescriptive. L'idée est d'améliorer la qualité des soins tout en optimisant l'usage des ressources par le recours à des normes professionnelles communément partagées (Bloy et Rigal, 2012). Le désintérêt vis-à-vis du tarif opposable est compensé par un intérêt grandissant pour les pratiques opposables.

Cette normalisation de l'activité médicale s'inspire de l'univers de la production industrielle (Da Silva, 2014). La définition des normes passe par la technique de l'essai

---

<sup>1</sup> La convention nationale signée en 2011 prévoit plusieurs motifs justifiant l'accès au secteur 2. Par exemple, cet accès est autorisé aux anciens chefs de cliniques des universités, aux anciens assistants des hôpitaux, aux médecins ou chirurgiens des hôpitaux des armées, aux praticiens hospitaliers nommés titre permanent, aux praticiens des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions, etc.

clinique randomisé<sup>2</sup>, devenue la pierre angulaire de la médecine fondée sur les preuves. Là où l'art médical se définissait par un rapport singulier au malade, il devient le résultat de traitements statistiques à grande échelle. Ces normes sont ensuite certifiées par une agence de santé, depuis 2004, la Haute Autorité de Santé (HAS). Les médecins libéraux voient ainsi s'accumuler les normes de bonnes pratiques, les références médicales opposables ou autres *guidelines* censés standardiser leur activité. Par exemple, la HAS a publié en janvier 2013 une « Recommandation de bonne pratique » portant sur la *Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2* (HAS, 2013) qui explique quels sont les objectifs cibles pour les patients diabétiques de type 2. Dans le « cas général » et « pour la plupart des patients diabétiques de type 2 », « une cible d'HbA1c [indicateur de taux de sucre dans le sang] inférieure ou égale à 7% est recommandée ». Ce type de document décrypte pour cette maladie comme pour bien d'autres les multiples éventualités auxquelles pourrait faire face un médecin, et le comportement à suivre dans chacun de ces cas.

Puis vient le temps du contrôle, rendu réalisable par le développement de grandes bases de données informatisées, l'usage de la carte vitale et la réforme du parcours de soin qui impose à tous les patients le choix d'un médecin traitant. Il devient possible pour le régulateur de savoir quel médecin prescrit quel type de médicament à ses patients. La technique, *a priori* neutre, devient le pilier du contrôle. Depuis 2009, la régulation des pratiques est passée à un nouveau stade avec l'introduction du Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (généralisé en 2011 dans le cadre de la convention médicale nationale). Il s'agit d'un nouveau mode de rémunération (qui s'ajoute au paiement à l'acte) fondé sur l'atteinte d'objectifs chiffrés de performance. Par exemple, les médecins sont aujourd'hui récompensés si une part suffisante de leur patientèle a effectué le dépistage du cancer du sein, ou si telle autre part de la patientèle à risque a été vaccinée contre la grippe, ou encore si le médecin prescrit une part suffisante de médicaments génériques. Au total, depuis le milieu des années 1990, plutôt que de s'intéresser au contrôle des prix, le régulateur cherche à normaliser les pratiques médicales au nom de la qualité de soins.

### **D'une mutation de la régulation des soins à une mutation de son financement**

En solvabilisant la demande, la socialisation du financement des soins s'est accompagnée d'une augmentation des dépenses jugée insoutenable lorsque, à partir de 1973, la crise économique initie un changement d'objectif pour les politiques publiques en général et pour la politique de santé en particulier. L'Etat social amorce un tournant néolibéral avec l'évolution vers un capitalisme postfordiste où les politiques de l'offre prennent le pas sur les politiques de la demande. L'Etat devient un régulateur qui « fait son marché » (Batifoulier et al. 2009) en organisant la concurrence dans le champ de la santé comme ailleurs. En droite ligne du *New public management* l'intervention publique vise à « responsabiliser » les acteurs par une politique incitative : d'abord les usagers, par l'augmentation des tickets modérateurs, puis les médecins, par l'établissement d'une rémunération à la performance qui repose sur la standardisation des pratiques et l'édiction de normes chiffrées du travail médical. Cette mutation de la régulation des soins s'accompagne d'une mutation du financement des soins. La stratégie de reste à charge, dont on peut voir l'origine dans le retour à l'entente directe

---

<sup>2</sup> L'essai clinique randomisé est une technique de recherche médicale dont le but est de réduire la contingence des résultats cliniques par un brassage statistique des données. Les essais cliniques randomisés sont nécessairement multicentriques (plusieurs lieux de tests, pour éviter d'obtenir des résultats dépendants d'un contexte local) et randomisés (l'octroi ou non du traitement testé à tel ou tel patient est décidé par une loi statistique mimant l'effet du hasard, pour éviter de biaiser les résultats par une assignation intentionnellement ou non orientée). Par ailleurs, l'essai peut s'effectuer contre traitement ou contre placebo (l'efficacité de ce qui est testé est comparée à un traitement déjà existant ou à un placebo) et/ou en simple ou en double aveugle (le patient seulement ou le patient et le médecin ne savent pas si le patient prend le traitement testé ou le placebo).

avec la création du secteur 2 en 1980, favorise l'extension de l'assurance complémentaire, porteuse d'inégalités renforcées dans l'accès aux soins.

On peut alors s'interroger sur la loi de santé visant à généraliser le tiers-payant en médecine de ville. Si cette réforme a une dimension progressiste incontestable en termes d'accès aux soins, elle est un marchepied pour les assurances privées (à but lucratif ou non), qui financent déjà près du quart des dépenses en médecine de ville (DRESS, 2014). En ce sens, il faut noter que le désengagement de l'assurance maladie au profit des assureurs privés est une tendance lourde depuis les années 1980, et qu'il peut se déployer aujourd'hui avec d'autant plus de vigueur que l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 rend les assurances santé d'entreprises obligatoires. La croissance du marché des assurances privées a déjà fortement restructuré le secteur, dans le sens d'une concentration monopolistique : entre 2001 et 2012, le nombre de mutuelles, d'institutions de prévoyance et d'assurance a diminué de 66% (Abecassis et al., 2014) ; en 2013, le marché des assurances complémentaires santé s'élevait à 33 milliards d'euros (DREES, 2015)).

Cette évolution modifie les règles du jeu. Dans ce contexte, avec la loi de santé les médecins seront incités à négocier avec les complémentaires privées comme ils le font déjà avec la puissance publique. De fait, les assureurs privés ne rembourseront pas leurs clients sans exercer un contrôle sur les dépenses. En plus de restreindre l'accès aux soins du côté de la demande<sup>3</sup>, les complémentaires chercheront probablement, du côté de l'offre, à imposer aux médecins leurs conditions financières et organisationnelles (on peut par exemple imaginer une labélisation des médecins en fonction de l'atteinte d'objectifs chiffrés de productivité et/ou de qualité). Comme en 1960 lorsque l'assurance publique a créé le conventionnement individuel pour briser l'opposition médicale, le risque pour les médecins qui refuseraient les conditions imposées par les complémentaires privées serait l'insolvabilité des patients qui les consulteraient. Il y aurait alors les médecins « conciliants » pour lesquels les complémentaires acceptent de rembourser les soins... et les autres.

L'expérience de 1960 montre à quel point, lorsqu'il le veut, le financeur peut contraindre la profession médicale. Or, le financeur dont il s'agit maintenant n'est plus l'Etat social des Trente Glorieuses mais, l'un des plus puissants acteurs du capitalisme financier du 21<sup>ème</sup> siècle. L'extension et la mise en concurrence des complémentaires privées a conduit progressivement les mutuelles et autres institutions à but non lucratif à mimer le comportement des acteurs privés à but lucratif. Face à ces derniers et à leurs méthodes de gestion (sélection des risques, individualisation des prestations, etc.), l'abandon des principes mutualistes représentait un impératif de survie. Dès lors, l'objectif de rentabilité devient le critère central de gestion de tous les assureurs complémentaires publics et privés, la rentabilité étant en dernier ressort évaluée et sanctionnée par les marchés financiers et autres fonds d'investissements (détenteurs finaux des assureurs privés à but lucratif).

En conclusion, il semble que la logique industrielle, avec la standardisation des soins, et la logique marchande, avec la politique de responsabilisation et d'extension des assurances complémentaires, supplantent les logiques professionnelles et de solidarité. Cette évolution historique invite à repenser le sens de la généralisation du tiers-payant et les enjeux pour les usagers du système de soin : la loi de santé ne vise-t-elle que l'amélioration de l'accès aux soins ? Les médecins libéraux pensent-ils réellement pouvoir s'affranchir d'un compromis soit avec la puissance publique soit avec les assureurs privés ? Certaines libertés médicales ne valent-elles pas plus que d'autres (liberté tarifaire *versus* liberté thérapeutique et de prescription) ? L'identité du financeur et ses objectifs n'ont-ils pas un impact sur la qualité des soins et l'égalité d'accès aux soins ?

---

<sup>3</sup> Ce qui est déjà le cas lorsqu'un assureur privé ne rembourse qu'un nombre déterminé de consultations chez tel spécialiste, ou lorsqu'il ne rembourse pas intégralement telle prestation (optique et dentaire notamment).

Ce n'est évidemment pas l'objectif d'un renforcement de l'égalité d'accès aux soins inhérent à la généralisation du tiers-payant qui est en cause, mais les implications de cette généralisation dans un contexte de concentration capitaliste privée du financement des soins. Et si la généralisation du tiers-payant était, dans ces conditions, le cheval de Troie d'une privatisation accrue du système de santé, néfaste à l'accès aux soins ? Il convient d'être conscient de ce paradoxe pour porter un jugement éclairé sur l'évolution actuelle de la politique de santé.

### **Bibliographie**

- Aballea P., Bartoli F., Eslous L. et Yeni I. (2007), *Les dépassements d'honoraires médicaux*, Rapport n° RM 2007-054P, Inspection Générale des Affaires Sociales, en ligne.
- Abecassis P., Coutinet N. et Domin J-P. (2014), « Les principes mutualistes confrontés aux modalités de regroupement des organismes complémentaires d'assurance maladie », *Revue internationale de l'économie sociale*, Numéro 331, pp. 60-75.
- Batifoulier P., Domin J.P. et Gadreau M. (2005), « La gouvernance de l'assurance maladie au risque de l'Etat social marchand », *Economie Appliquée*, Volume 60, Numéro 2, pp. 101-126
- Bloy G. et Rigal L. (2012), « Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique », *Sociologie du Travail*, Volume 54, Numéro 4, pp. 433-456.
- Da Silva N. (2014), « La qualité des soins est-elle soluble dans la quantification ? Une critique du paiement à la performance médicale », *Working Paper EconomiX*, Numéro 2014-31.
- Da Silva N. et Gadreau M. (2015), « La médecine libérale en France. Une régulation située entre contingence et déterminisme. », *Revue de la Régulation*, Numéro 17, en ligne.
- Dardot P. et Laval C. (2009), *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*, La découverte, Paris.
- DREES (2014), *Comptes nationaux de la santé 2013*, Collection Etudes et Statistiques, en ligne.
- DREES (2015), « Le marché de l'assurance complémentaire santé : des excédents dégagés en 2013 », *Etudes et résultats*, Numéro 919.
- HAS (2013), *Stratégie médicamenteuse de contrôle glycémique du diabète de type 2*, en ligne.
- Hassenteufel P. (1997), *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Presses de Science Po, Paris.
- Hassenteufel P. (2015), « La défense de la médecine libérale », *La vie des idées*, en ligne.
- Hatzfeld H. (1963), *Le grand tournant de la médecine libérale*, Économie et Humanisme. Les Editions Ouvrière, Paris.
- Hatzfeld H. (1971), *Du paupérisme à la sécurité sociale : essai sur les origines de la Sécurité sociale en France (1850-1940)*, Colin, Paris.
- Valat B. (2001), *Histoire de la sécurité sociale (1945-1967) : L'État, l'institution et la santé*, Economica, Paris.