

## La défense de la médecine libérale

Patrick HASSENTEUFEL

**Les médecins libéraux ont été de virulents opposants à la loi de santé 2015. Cette mobilisation s'inscrit dans une tradition séculaire de défense des principes de la médecine libérale par des syndicats influents qui entretiennent une vision corporative de la profession.**

L'opposition virulente des représentants de la profession médicale à la généralisation du tiers-payant, inscrite dans le projet de loi santé<sup>1</sup> présenté par Marisol Touraine au conseil des ministres en octobre 2014, a fortement marqué les débats sur ce texte, au point de le réduire à cette mesure devenue « phare » alors que le texte comprend désormais, après son passage à l'Assemblée nationale, plus de 200 articles. Cette contestation, qui pour certains syndicats va jusqu'à la demande d'abrogation de l'ensemble de la loi, a commencé bien en amont de la discussion parlementaire. Elle a été marquée par le mouvement de grève, sous la forme de fermeture des cabinets, entamé fin décembre 2014 relayé par d'autres formes d'action (refus de télétransmission des feuilles de soins, boycott des caisses, augmentations « sauvages » d'honoraires...) et par la manifestation nationale fortement médiatisée du 15 mars 2015 qui, en mobilisant plus de 20 000 professionnels de santé libéraux, est la plus importante depuis le début des années 1990 .

Malgré le vote de la mesure lors du passage du texte à l'Assemblée nationale, une partie des syndicats de médecins reste aujourd'hui mobilisée contre celui-ci, en particulier le plus important d'entre eux, la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF). Ce syndicat a appelé mi-avril à la « désobéissance civile » pour ne pas appliquer le tiers-payant si celui-ci est adopté et recherche l'appui des sénateurs de droite pour obtenir la suppression de la généralisation du tiers-payant lors du passage de la loi au Sénat à l'automne, où ils sont majoritaires.

L'analyse de cette forte opposition, qui n'a pas concerné l'ensemble de la profession médicale puisque les médecins hospitaliers ne s'y sont pas associés, nécessite de prendre du recul historique pour deux raisons. La première est que cette opposition au tiers-payant est constitutive de l'identité libérale de la médecine française telle qu'elle a été définie à la fin des années 1920, en lien avec une vision corporative fermée de la profession médicale. Le retour à cette période clef permet donc de comprendre l'intensité de la contestation. La seconde tient au fait que cette mobilisation s'inscrit dans la récurrence des conflits entre les

---

<sup>1</sup> Devenu la « loi de modernisation de notre système de santé ».

médecins français et l'État qui elle aussi date de l'entre-deux-guerres mais qui s'est accentuée depuis le début des années 1980.

Le mouvement d'opposition à la loi de santé ne peut donc se comprendre qu'en référence aux mobilisations qui l'ont précédé depuis 35 ans. Cette mise en perspective historique nous conduira à souligner le fait que les médecins libéraux ont réussi dans une large mesure à préserver, dans la durée, les principes de la « médecine libérale » par leurs mobilisations. Elle nous permettra, pour finir, d'apporter des éléments de réponse nuancés à la question suivante : la généralisation du tiers-payant dans le cadre de la loi de santé pourrait-elle marquer un tournant majeur dans la place et le rôle des médecins libéraux dans le système de soins français ?

### **Sigles des organisations impliquées**

**CNAMTS** : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés  
**CSMF** : Confédération des Syndicats Médicaux Français  
**ISNIH** : Intersyndicat national des internes des hôpitaux  
**SML** : Syndicat des Médecins Libéraux  
**USMF** : Union des Syndicats Médicaux Français  
**UCCSF** : Union Collégiale des Chirurgiens et Spécialistes Français  
**FMF** : Fédération des Médecins de France

### **L'opposition au tiers-payant**

L'affirmation de la médecine libérale comme identité dominante de la profession médicale française date des années 1920. Jusqu'à la Première Guerre mondiale, la dimension hygiéniste mettant l'accent sur la prévention marque fortement l'identité professionnelle d'un groupe représenté principalement par des médecins issus de villes moyennes (à la tête de l'Union des Syndicats Médicaux Français (USMF) créé dans les années 1880) et républicains (comme le souligne en particulier le refus de création d'un ordre professionnel). Ce tournant s'opère dans un contexte spécifique : celui de la mise sur agenda du projet de loi sur les assurances sociales. Celui-ci cristallise l'opposition de la profession médicale du fait de la mise en place de tarifs imposés et du tiers-payant, perçus comme des menaces fortes vis-à-vis de l'autonomie professionnelle des médecins.

Ces derniers s'unissent, en 1928, sous la bannière d'une nouvelle organisation, la CSMF (voir *supra*), sur la base de sept principes « formant la charte commune de la profession qu'aucune loi, règlement ou contrat ne doit remettre en cause », adoptée en novembre 1927. Parmi ces principes on trouve en particulier le refus du tiers-payant comme le sous-entend le quatrième d'entre eux : « Le paiement direct par l'assuré en prenant pour base minimum les tarifs syndicaux ». S'y ajoutent notamment « le libre choix », le « secret professionnel » et le primat de la « liberté thérapeutique et de prescription » sur « le facteur économique ».

Comment expliquer l'adoption de cette charte et pourquoi continue-t-elle à être le texte de référence fondamental de la plupart des syndicats de médecins, à commencer par la CSMF ? Quatre éléments d'explication peuvent être dégagés. Le premier est le fait que le modèle de couverture maladie envisagé se base sur le système allemand, dont le tiers-payant est un

élément constitutif fondamental, utilisé, dans le contexte de l'après-guerre, comme un repoussoir par les porte-parole de la profession<sup>2</sup>.

On peut remarquer, ensuite, le poids pris par les représentants des médecins des grandes agglomérations urbaines, en particulier Paris où est localisée la part la plus importante de la clientèle privée ainsi que les grands centres hospitaliers, et où se déroulent les débats parlementaires. La frange supérieure de la profession (notamment des universitaires) est en première ligne de la défense de la médecine libérale. La forte légitimité de ces porte-parole facilite la diffusion de leurs conceptions qui deviennent majoritaires au sein de la profession. On note donc un changement net par rapport au syndicalisme des médecins des villes moyennes de province des débuts du syndicalisme médical.

En troisième lieu, l'affirmation de l'identité libérale va de pair avec la diffusion des idées corporatives, c'est-à-dire la conception de la profession médicale comme un corps fermé se réglementant lui-même. L'idéologie corporative, inspirée de l'Action Française, devient le discours public dominant de la profession au cours des années 1920. On le voit notamment à l'apparition d'un vocabulaire empruntant au registre, notamment clérical, de l'extrême droite<sup>3</sup>, au sein du syndicalisme médical. La xénophobie, alimentée par le nombre important d'étudiants étrangers reçus au doctorat (près d'un tiers au milieu des années 1930), fait également partie de ce registre discursif. Les leaders syndicaux n'hésitent pas non plus à faire étalage de leur antisémitisme : « on ne saurait nier que ces éléments israélites [les médecins juifs roumains] accroissent la tendance à la commercialisation de la profession, tendance réprouvée par les médecins dignes de ce nom »<sup>4</sup> et à dénoncer les naturalisations de médecins juifs allemands après 1933. C'est dans ce contexte idéologique qu'à partir de la fin des années 1920 la mise en place d'un Ordre et d'un code de déontologie professionnelle deviennent les principales revendications des représentants des médecins et semblent acceptées par une part de plus en plus importante de la profession.

Enfin, cette évolution du syndicalisme médical doit aussi se comprendre par rapport à l'évolution de la pratique médicale. Celle-ci est marquée par la valorisation croissante du traitement individualisant au détriment de la prévention collective et de l'hygiénisme, qui était au fondement du républicanisme des porte-parole de la profession au début de la Troisième République. L'idéologie corporative s'imbrique fortement avec la conception libérale et individualiste de la pratique médicale qui s'est propagée au sein du groupe professionnel, d'abord au niveau de son élite.

### **Des mobilisations incessantes depuis les années 1980**

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

---

<sup>2</sup> On peut, par exemple, mentionner le fait que la CSMF adresse à tous les parlementaires un ouvrage intitulé *Les méfaits des assurances sociales en Allemagne*. Voir Patrick Hassenteufel P., *Les médecins face à l'État*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997, p.100.

<sup>3</sup> Le glissement à droite du corps médical est très sensible au niveau parlementaire, où la représentation médicale reste forte dans l'entre-deux guerres (les médecins forment entre 7,5% et 10% des députés). En 1919 les deux tiers des médecins font partie du Bloc National; surtout en 1936 45% des députés médecins siègent à l'extrême droite; Ellis J., *The physician-legislators of France. Medicine and politics in the early third Republic*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990, p. 242-243.

<sup>4</sup> Professeur Balthazard, premier président de la CSMF, cité par François Raoux, *Naissance de la corporation médicale (1789-1943)*, Thèse pour le doctorat de médecine, faculté de médecine Saint-Antoine, Paris, 1979, p.121.

syndicalisme médical français. La défense des principes libéraux, en particulier le droit aux dépassements d'honoraires (formulé en termes de « libre entente », principe reconnu par la loi rectificative de 1930) et le refus du tiers-payant, deux éléments fortement interdépendants, sont des constantes du syndicalisme médical français. Ainsi, lors de la création de la Sécurité sociale, la CSMF se mobilise nationalement et localement pour préserver le droit au dépassement. Elle s'oppose alors à la mise en place d'un tarif opposable au non de la défense de la médecine libérale et prône la non-signature de conventions départementales avec les caisses fixant le montant de ces tarifs et demande le rétablissement de l'entente directe<sup>5</sup>.

Toutefois, en 1960, un décret rend plus contraignantes les conventions départementales, de plus en plus acceptées au sein de la CSMF elle-même dominée progressivement par des médecins soignant majoritairement des assurés sociaux. Mais une minorité les refuse au nom de la liberté de fixation des honoraires. Elle quitte la CSMF et fonde, en 1968, la Fédération des Médecins de France (FMF), qui représente principalement 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). La FMF revendique la mise en place d'un secteur à honoraires libres (rétablissant de fait l'entente directe) ce qu'elle obtient en 1980.

Cette réinstitutionnalisation de la liberté de fixation du montant des honoraires (qui renvoie au principe n°4 de la charte de 1927 signifiant également le refus du tiers-payant) s'opère dans un contexte de mobilisation des médecins contre la mise en place d'un mécanisme d'encadrement de l'activité médicale (sous la forme d'une « enveloppe globale »). Ce système, qui va à l'encontre du principe n°5 de la charte (« l'intérêt technique du traitement doit primer sur le facteur économique »), 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 la mise en place du secteur 2 ce qui satisfait la FMF mais pas la CSMF qui refuse la convention et qui obtient la suppression de l'enveloppe globale dans la convention de 1985 sans que le mécanisme ait été mis en oeuvre. La création du secteur 2 entraîne celle du Syndicat des Médecins Libéraux (SML) pour défendre spécifiquement les médecins de ce secteur en réactivant l'identité libérale dont on voit à nouveau à quel point elle structure la représentation syndicale française.

Une deuxième tentative de mise en place d'un mécanisme d'encadrement de l'activité médicale a lieu à la fin des années 1980 dans le cadre de la négociation d'une nouvelle convention médicale. Un premier accord cadre avec l'assurance maladie, prévoyant la mise en place de « références nationales d'évolution » et de « contrats locaux d'objectifs d'évolution des dépenses de santé », est signé par la FMF et la CSMF en juillet 1989. Il est à l'origine d'une mobilisation conflictuelle sous la forme de coordinations, souvent impulsées par le SML, mettant en avant la préservation des principes de la médecine libérale que les syndicats sont accusés de ne plus pouvoir garantir. Cette pression contestataire, qui se répercute au sein de la FMF et de la CSMF, conduit ces deux organisations à dénoncer l'accord. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) négocie alors avec MG France (un nouveau syndicat de médecins généralistes créé en 1986<sup>6</sup>) sur la base du gel du

---

<sup>5</sup> Hatzfeld H., *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, Les éditions ouvrières, 1963.

<sup>6</sup> Sur l'histoire de ce syndicat on peut se référer à Hassenteufel, P., « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes », dans G. Bloy et F-X Schweyer (dir.), *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, p. 403-418.

secteur 2 et la mise en place de « contrats de santé » revalorisant le rôle du généraliste dans le système de soins. Un avenant prévoyant leur mise en place 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 mises 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 professionnels de santé) conduit au gel de l'avenant.

La troisième tentative s'opère dans le cadre du plan Juppé en 1996 sous la forme de mécanismes d'ajustement économique découlant des objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) votés dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS). 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 (UCCSF) 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 SML, la CSMF et la FMF. Elle se traduit par des manifestations au printemps 1997 et surtout par un nouveau mouvement des internes (les médecins en formation exerçant à l'hôpital), suscité par l'inscription du principe des reversements (en cas de dépassement des objectifs) dans les conventions médicales. Ils obtiennent un moratoire de sept ans pour les jeunes médecins qui s'installent, 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. L'opposition du « front libéral » des médecins a 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 effet, 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 fin 2001. Du fait de l'opposition des médecins libéraux, la logique d'encadrement de leur activité à partir d'indicateurs économiques a été *de facto* abandonnée depuis la loi sur l'assurance maladie d'août 2004.

Ces dernières années, la défense des principes de la médecine libérale a plutôt concerné l'opposition à toute limitation de la liberté d'installation. Celle-ci s'inscrit plus généralement dans une dénonciation de « l'étatisation » du système de soins du fait de la création des agences régionales de santé par la loi « hôpital, patients, santé, territoire » (HPST) votée en 2009<sup>7</sup>. La disposition de cette loi qui a suscité le plus d'oppositions de la part des médecins libéraux a été celle de la mise en place de « contrats santé solidarité » par lesquels ils 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

---

<sup>7</sup> Cette argumentation a été également fortement utilisée par la CSMF pour s'opposer au renforcement du rôle des ARS dans le cadre de la loi de santé actuellement débattue.

permanence des soins, en particulier les déclarations d'absence pour congés auprès des agences régionales de la santé). 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. Par la suite 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-dotée<sup>8</sup>, ont suscité une levée de boucliers des syndicats de médecins libéraux et d'internes<sup>9</sup>. Ainsi, du fait de cette opposition à toute remise en cause de la liberté d'installation, les gouvernements successifs ont privilégié les mesures incitatives comme l'illustre le « pacte territoire-santé » rendu public par Marisol Touraine à la mi-décembre 2012<sup>10</sup> et intégré à la loi actuellement débattue.

### **Les raisons d'un succès**

Comment expliquer cette forte capacité des syndicats de médecins à défendre plus de soixante ans après les principes de la charte de 1927 ? On peut d'abord souligner la très forte légitimité dont bénéficie la profession médicale dans son ensemble, attestée depuis les années 1950 par de multiples enquêtes d'opinion la plaçant systématiquement parmi les métiers préférés des Français<sup>11</sup>. Elle peut notamment se comprendre par le rapport direct et privilégié qu'entretient le médecin avec la vie et la mort, rapport renforcé par les récents progrès de la génétique : non seulement le médecin peut sauver la vie mais il peut aussi contribuer à la créer à travers la procréation artificielle. L'exercice médical renvoie aussi aux activités individuelles les plus intimes et les plus fondamentales : la façon de manger, de boire ou de faire l'amour. Le savoir médical permet ainsi aux médecins de s'ériger en guides des conduites privées.

À cela s'ajoute le prestige social du savoir scientifique sur lequel le médecin fonde sur exercice professionnel. L'autorité médicale étant fondée sur la capacité à soigner, à combattre la maladie, qui elle-même repose sur un savoir spécifique, l'affirmation du pouvoir médical va de pair avec les avancées de la science médicale. Par conséquent les médecins sont en mesure de légitimer leurs revendications professionnelles au nom d'un intérêt bien plus large et fortement acceptable socialement : celui de la santé de la population tout entière. « La santé en danger » est ainsi un mot d'ordre récurrent lors des mobilisations de la profession médicale qui était à nouveau très présent dans le cadre de l'opposition à la loi de santé. Le SML a ainsi été à l'initiative du « mouvement pour la santé de tous » regroupant une cinquantaine d'organisations médicales et para-médicales. Les banderoles et les autocollants reprenant ce slogan étaient très visibles lors de la manifestation du 15 mars 2015.

Entre également en compte la façon dont les hommes politiques se représentent le pouvoir des

---

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> 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 Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS).

<sup>10</sup> Il prévoit la mise en place de praticiens territoriaux de médecine générale dans les zones sous-dotées avec un revenu garanti de 3640€ nets, 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.

<sup>11</sup> Mi-avril un sondage CSA pour Direct-Matin plaçait les médecins en tête du classement du « métier idéal ». Dans un autre classement des métiers préférés des Français (IFOP pour France Soir, 2011) les médecins ont recueillis 94% de bonnes opinions et ont été placés en 2<sup>ème</sup> position (derrière les infirmières).

médecins. Aux yeux d'une partie des élus, le médecin est supposé exercer une forte influence sur les choix politiques de ses patients. L'ancien chancelier allemand Adenauer justifiait ainsi l'impossibilité de réaliser une réforme structurelle de l'assurance-maladie: « *il est extrêmement difficile de faire une loi contre 70 000 médecins qui voient chacun 30 patients par jour* »<sup>12</sup>. Même s'il s'agit là d'un mythe aux fondements empiriques très fragiles<sup>13</sup>, le pouvoir électoral des médecins est souvent perçu comme décisif. La volonté politique du nouveau gouvernement formé en 2002 de se réconcilier avec les médecins libéraux, qui avaient fait défection à la droite en 1997 à cause du plan Juppé, en accordant des augmentations d'honoraires puis en abandonnant tout mécanisme contraignant en matière de maîtrise des dépenses en est une bonne illustration. Par la suite, de nouvelles augmentations d'honoraires ont été accordées en 2006 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. Cette logique a, enfin, joué en 2011 pour l'abrogation des mesures les plus contestées de la loi HPST de 2009 par les syndicats de médecins libéraux, Nicolas Sarkozy visait alors clairement le ralliement de groupes socio-professionnels considérés comme électoralement clefs, parmi lesquels les médecins.

On peut également souligner la capacité de mobilisation de ce groupe professionnel, en particulier des jeunes médecins en internat qui ont joué un rôle clef notamment en 1990 (contre les mécanismes d'encadrement), en 1997 (contre les reversements prévus par le plan Juppé) et en 2007 (contre les restrictions à la liberté d'installation). Les internes forment le segment de la profession le plus fortement organisé collectivement : ainsi l'Intersyndicat national des internes des hôpitaux (ISNIH) regroupe environ les deux tiers des internes de spécialité. Cette importance du taux de syndicalisation des internes s'explique par l'homogénéité de ce groupe, sa plus grande concentration (dans les Centres hospitalo-universitaires ou CHU) et les nombreux services et activités que les syndicats de médecins en formation proposent<sup>14</sup>. Même si le taux de syndicalisation des médecins libéraux a fortement décru depuis le début des années 1960 (passant de 60% à 30% au début des années 1980) il est loin d'être négligeable (25%), surtout comparé à d'autres groupes professionnels.

La capacité de mobilisation des médecins libéraux se traduit aussi par la création récurrente, depuis la fin des années 1980, de nouveaux modes de mobilisation sous la forme de coordinations au mode d'organisation plus souple et moins hiérarchisé que les syndicats. Ainsi, c'est une coordination de généralistes qui a joué un rôle moteur 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 » 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 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.

Enfin, les médecins forment un groupe professionnel fortement représenté politiquement : au

---

<sup>12</sup> Naschold F., *Kassenärzte und Krankenversicherungsreform : zur einer Theorie der Statuspolitik*, Freiburg, Rombach, 1967.

<sup>13</sup> Pierru F., « Les conséquences électorales des conflits dans la santé : mythe ou réalité ? », *Les tribunes de la santé*, n°46, 2015, p.65-76.

<sup>14</sup> Déplaud M.-O., *L'emprise des quotas. Les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical*, thèse pour le doctorat de science politique, Université Paris 1, 2007, p.190-198.

Parlement<sup>15</sup>, dans les cabinets ministériels (non seulement du ministre en charge de la santé mais aussi auprès du Premier ministre et du Président de la République), au gouvernement<sup>16</sup>, au niveau local... Il faut y ajouter les médecins qui « murmurent à l'oreille de l'État » : ces confidents des principaux responsables politiques, souvent liés à eux par l'histoire médicale de leur famille, qui peuvent être des conseillers officieux et néanmoins très écoutés lors de certains choix de politique de santé »<sup>17</sup>. En résulte un autre mythe tenace : celui de l'existence d'un « lobby médical » (en faisant fi des divisions internes de ce groupe professionnel) contre lequel les hommes politiques seraient impuissants.

### **Vers une remise en cause de la médecine libérale ?**

Le vote à l'Assemblée nationale de la généralisation du tiers-payant semble marquer une rupture importante puisque la mise en place de ce principe, central dans le système d'assurance maladie allemand qui a servi de modèle à la loi de 1928, avait jusqu'alors toujours été bloquée par les médecins libéraux. Toutefois, plusieurs éléments viennent nuancer ce constat. On peut tout d'abord remarquer que le tiers-payant est déjà effectif à l'hôpital, dans les laboratoires de biologie, dans les centres de santé et dans les pharmacies, ainsi que dans la médecine de ville pour les détenteurs de la Couverture maladie universelle (CMU). Ensuite, l'inscription de ce principe dans la loi n'est pas assurée puisqu'elle doit encore faire l'objet d'un passage du Sénat où le gouvernement est en minorité. Surtout, la mise en œuvre prévue est étalée dans le temps (d'ici 2017) et se heurte à de nombreuses difficultés techniques pour garantir le paiement aux médecins dans les 7 jours promis par le ministre. Comme plusieurs précédents l'ont montré, la mobilisation des médecins lors de la phase de mise en œuvre a permis la remise en cause d'instruments fortement contestés, comme ce fût le cas pour les versements d'honoraires prévus par le plan Juppé<sup>18</sup>. Par ailleurs les autres principes de la médecine libérale ne sont pas touchés par la loi. C'est le cas en particulier des dépassements d'honoraires, même si la généralisation du tiers-payant constitue un frein à la pratique de ceux-ci en les rendant plus apparents<sup>19</sup>. La loi ne prévoit pas non plus de restriction à la liberté d'installation (numerus clausus territorialisé, conventionnement sélectif ...) ni d'obligation. De plus, au cours du débat à l'Assemblée nationale, une nouvelle terminologie, demandée par les syndicats médicaux a été adoptée : celle du « pacte national territoire santé » reposant sur des « communautés professionnelles territoriales de santé », pilotées par les professionnels eux-mêmes, et non plus par les ARS. Enfin, la loi ne promeut pas les modalités d'organisation des soins collectives et pluridisciplinaires (maisons de santé pluri-professionnelles et centre de santé) reposant sur d'autres modes de rémunération que le paiement à l'acte.

Il n'en reste pas moins qu'une suppression du principe de la généralisation du tiers-payant n'est pas l'hypothèse la plus probable dans la mesure où le gouvernement en a fait un « marqueur politique » de gauche et où ce principe recueille une approbation majoritaire dans

---

<sup>15</sup> Les médecins forment entre 5% et 10% des parlementaires sous la Vème république ce qui en fait un des groupes professionnels les mieux représentés. Pierru F., « Un mythe bien fondé : le lobby des professionnels de santé à l'Assemblée Nationale », *Les tribunes de la santé*, n°14, 2007. En 2007, 41 médecins avaient été élus à l'Assemblée nationale, en 2012 28.

<sup>16</sup> Depuis 1986 un ministre médecin a été en charge de la santé au sein des gouvernements successifs pendant 11 ans, soit un peu plus de la moitié du temps.

<sup>17</sup> Tabuteau D., « Pouvoirs publics et professions de santé », 2010 *Les tribunes de la santé*, n°29, 2010, p. 120.

<sup>18</sup> Hassenteufel, P., « Les médecins contre le plan Juppé : une mobilisation dans la durée », *Les tribunes de la santé*, n°46, 2015, p. 49-56.

<sup>19</sup> Ajoutons qu'au cours du débat à l'Assemblée nationale un amendement, visant à mieux encadrer les dépassements des médecins hospitaliers ayant des consultations privées à l'hôpital public et les obligeant à être conventionnés, a été adopté avec l'approbation du gouvernement.



l'opinion publique, si l'on en croit les différents sondages publiés sur cette question<sup>20</sup>. Et comme l'ont reconnu plusieurs parlementaires de droite, il sera très difficile de revenir sur ce principe, s'il est adopté, en cas de changement de majorité en 2017. Par ailleurs, la loi renforce une tendance déjà à l'œuvre, depuis la loi HPST en particulier, vers un encadrement croissant de l'exercice médical en augmentant les pouvoirs des ARS sur l'organisation de la médecine de ville et à travers la mise en place du tiers-payant généralisé qui va faciliter le contrôle des pratiques médicales par l'obligation du recours à la carte vitale. La généralisation du tiers-payant porte en elle une évolution vers un payeur unique plus à même de peser face aux médecins. Cette évolution est également nette au niveau de la convention médicale comme le montre l'avenant n°8, signé à l'automne 2012, mettant en place le contrat d'accès aux soins. Le tiers des médecins de secteur 2 qui l'ont signé acceptent de limiter leur taux de dépassements (qui est passé de 27,7% en 2012 à 23% en 2014 selon la CNAMTS) et de maintenir la part de leur activité à tarif opposable (passée de 51,9% en 2012 à 56,4% en 2014), en contrepartie d'une meilleure prise en charge de leurs cotisations sociales<sup>21</sup>. On peut aussi mentionner le développement des nouveaux modes de rémunération, à côté du paiement à l'acte, et des structures de soins collectives (essentiellement sous la forme de maisons pluridisciplinaires de santé). Enfin, la médecine libérale est remise en cause par la profession elle-même. Celle-ci n'est pas unie dans son opposition à la généralisation du tiers-payant puisque les médecins hospitaliers ne se sont pas joints à la contestation et que les internes ont privilégié d'autres revendications. Surtout, depuis le début des années 2000 un nombre croissant de jeunes médecins se détournent de ce mode d'exercice. Selon les chiffres du Conseil de l'Ordre des médecins, publiés par le *Quotidien du médecin* du 2/4/15, sur les 19 625 postes d'internat ouverts en médecine générale entre 2004 et 2010, seulement 9 090 médecins ont obtenu le DES. Et parmi ceux-ci, ils ne sont que 5 503 à exercer finalement en libéral, en cabinet ou avec le statut de remplaçant, soit seulement 28 % de la cohorte initiale. De manière plus générale seuls 10% des médecins exercent aujourd'hui en libéral à la sortie de leurs études, un tiers environ cinq ans après. Plutôt qu'une rupture, la loi de santé est une nouvelle étape dans la transformation structurelle de la médecine ambulatoire dont les conditions d'exercice s'éloignent progressivement des principes de la charte de 1927.

Elle ne signifie toutefois pas pour autant un affaiblissement net de la capacité de la profession médicale à peser sur les politiques de santé. Certes, les médecins ne forment plus un groupe aussi homogène qu'à l'époque de « l'âge d'or » de la médecine libérale, conformément à l'idéologie corporative devenue dominante au sein de la profession dans l'entre-deux-guerres, parce qu'ils sont fragmentés par des lignes de clivages multiples (notamment entre hospitaliers et libéraux mais aussi entre généralistes et spécialistes et entre générations). Mais du fait de leur prestige social, de leurs relais politiques et de leur capacité de mobilisation, les médecins, comme groupe professionnel, restent influents.

### **Pour aller plus loin :**

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

Ellis, J., *The physician-legislators of France. Medicine and politics in the early third Republic*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

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

---

<sup>20</sup> Ainsi on trouve 60% d'opinions favorables dans le sondage Odoxa publié par le Figaro le 14 mars 2015, à la veille de la manifestation nationale des professionnels de santé libéraux.

<sup>21</sup> Toutefois, selon l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé, animé par les principaux représentants des patients, le montant total des dépassements continue à augmenter : la progression serait de 6,6 % par rapport à 2012.

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

Hassenteufel, P., « Les médecins contre le plan Juppé : une mobilisation dans la durée », *Les tribunes de la santé*, n°46, 2015, p. 49-56.

Hatzfeld H., *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, Les éditions ouvrières, 1963.

Naschold F., *Kassenärzte und Krankenversicherungsreform : zur einer Theorie der Statuspolitik*, Freiburg, Rombach, 1967.

Pierru F., « Les conséquences électorales des conflits dans la santé : mythe ou réalité ? », *Les tribunes de la santé*, n°46, 2015, p.65-76.

Pierru F., « Un mythe bien fondé : le lobby des professionnels de santé à l'Assemblée Nationale », *Les tribunes de la santé*, n°14, 2007, p. 65-76.

Tabuteau D., « Pouvoirs publics et professions de santé », 2010 *Les tribunes de la santé*, n°29, 2010, p. 103-121.

Publié dans [laviedesidees.fr](http://laviedesidees.fr), le 16 juin 2015

© [laviedesidees.fr](http://laviedesidees.fr)