

## Point de vue

### Les médecins entre politique publique et aspiration libérale



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 ?

Le regard croisé France Allemagne Suède nous montre que 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 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 mobilisation médicale, humaine et technologique, n'est pas suffisamment efficace, ni dans son organisation, ni dans ses coûts. Le patient doit être le fédérateur, la pérennité d'une Assurance maladie universelle et solidaire doit faire conjonction d'intérêts.

Jean-Michel Laxalt  
Président de l'Institut Montparnasse

## Les médecins face aux réformes des systèmes de soins

Une mise en perspective comparative  
France - Allemagne - Suède

Bref aperçu de l'étude dans le cadre des réflexions conduites par l'Institut Montparnasse et publiée dans la revue *Droit Social* – Dalloz éditeur

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 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.

## France-Allemagne

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<sup>er</sup> janvier 2013, en France trois régimes principaux) historiquement plus autonomes (jusqu'au 1<sup>er</sup> 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, pour les assurés sociaux, d'un plafond de revenu (4000 euros brut en 2008) au-delà duquel l'obligation de cotisation n'a pas cours<sup>(1)</sup>, 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 donne un rôle important à la *région-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).

## Suède : système national de santé

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, on pourrait qualifier le système de santé suédois de "fédération d'Etats sanitaires". En effet, les 21 autorités locales 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 alors que les tickets modérateurs à la charge des patients 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 interactions entre trois types d'acteurs : les professionnels de santé, les comtés et les autorités centrales (ministère et agences).

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

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 manœuvres importantes pour expérimenter sur leur territoire diverses formes d'organisation des soins, de rapports entre les patients et les médecins, de

## Quelques conclusions

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 mise 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 ne sont probablement les exemples les plus nets) mais elles ont été souvent compensées par la suite (ainsi

## Des leviers d'évolution

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

modos de rémunération, de gestion des ressources hospitalières et de régulation de la démographie médicale. 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.

l'évidement 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 mobilisation<sup>(2)</sup> et d'influence sur leur patients pouvant aller jusqu'à influencer le vote pensent certains acteurs politiques.

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 déplacer le débat. Toute contestation peut désormais être légitimée par le risque qu'elle fait peser sur l'attractivité de l'exercice médicale, 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 relative à 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 rééquilibres des rapports de pouvoir entre caisses et unions de médecins dans le cadre de la mise en concurrence en Allemagne).

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

(2) 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 toujours organisés collectivement. Ces deux éléments leur donnent un poids particulier en France que l'on ne retrouve ni en Allemagne, ni en Suède.

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 troi-

sième 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.

Etude réalisée par Patrick HASSENTEUFEL, Université Versailles Saint-Quentin  
et Alban DAVESN, CEE-Sciences Po Paris.



**Bulletin d'information de l'Institut Montparnasse**

**Directeur de la publication :** Jean-Michel Laxalt  
**Comité de rédaction :** Jean-Michel Laxalt - Anne Babut  
**Maquette :** Armelle Adjovi, Dir. Com. MGEN  
**Crédits photos :** H. Thouroude, Phovoir  
**Impression :** Service Reprographie MGEN

Institut Montparnasse  
3 square Max-Hymans - 75015 PARIS  
Tél. : 01 40 47 20 27  
e-mail : [contact@imontparnasse.fr](mailto:contact@imontparnasse.fr)  
[www.institut-montparnasse.fr](http://www.institut-montparnasse.fr)