

LES SYNDICATS DE MÉDECINS
CONTRE L'ORGANISATION
DE LA PROTECTION SOCIALE,
TOUT CONTRE

LES SYNDICATS DE MÉDECINS se sont constitués, à l'origine, en France, autour de l'identité libérale et de la médecine de ville, puis ils se sont engagés dans la cogestion chaotique des tarifs opposables, pour finalement se confronter aujourd'hui à l'incontournable maîtrise des prélèvements sociaux. Mais, si ce raccourci historique peut paraître simple voire simpliste, c'est parce que l'histoire du syndicalisme se résume principalement à ses rapports avec les caisses et l'État. Et pourtant, depuis l'origine du syndicalisme, de multiples forces traversent la profession elle-même, au-delà de sa segmentation continue en spécialités, et traduisent les représentations contrastées voire contradictoires sur la façon de mener les transformations de l'exercice médical au sein de la société. Trois axes décrivent, schématiquement, ces tensions internes : l'opposition entre l'hygiène et la clinique, entre la pratique de ville et l'exercice hospitalier, entre une médecine sociale et une médecine individualisante. 119

Face à ces tensions, les syndicats n'ont pas eu d'autre préoccupation que de forger des discours réconciliateurs de la profession face à l'État, sans jamais se donner ou revendiquer les moyens de les explorer et de les travailler. Ces discours vont s'appuyer sur et renforcer ce qui est une constante depuis la naissance de la clinique : une incompréhension et une méfiance vis-à-vis de l'organisation du social.

Les syndicats de médecins n'ont ainsi jamais pu se constituer comme une véritable force de régulation professionnelle et ont dû se contenter de jouer le rôle de négociateurs de l'évolution des rémunérations des praticiens libéraux auprès des caisses. Aujourd'hui, les exigences de la maîtrise des prélèvements sociaux conduisent à penser la régulation du système de santé en termes d'efficience et d'organisation,

et non plus seulement en termes d'évolution des rémunérations des professions, ce qui fait resurgir ces tensions au sein du monde syndical.

LA NAISSANCE DU SYNDICALISME MÉDICAL

En novembre 1892, le président Sadi Carnot signe la promulgation de la loi Chevandier, qui autorise définitivement les médecins à former des syndicats pour la défense de leurs intérêts professionnels à l'égard de toute personne autre que l'État, les départements et les communes. Cette loi règle également le problème de l'officiat de santé en déclarant dans son article 1^{er} que « nul ne peut exercer la médecine que s'il est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État ». Cette loi vient satisfaire les attentes
 120 d'une partie du corps médical qui, s'étant rassemblée depuis 1879 autour de la création du journal *Le Concours médical*, plaidait pour la création d'une chambre syndicale veillant aux intérêts matériels et moraux de la profession. Ce mouvement s'était jusqu'alors développé dans l'illégalité (arrêt de la Cour de cassation en février 1885, refusant aux médecins le droit syndical). Ce refus s'appuyait sur le fait que les médecins, n'étant ni patrons ni salariés de l'industrie, du commerce ou de l'agriculture, n'avaient aucun intérêt économique à défendre. Cette interdiction du droit syndical n'avait toutefois pas réussi à empêcher, à l'époque, la création de syndicats (Montaigu en 1881), ni même la réunion d'une Union des syndicats médicaux en 1884.

Mais, dès lors, le syndicalisme médical naissant va voir s'instituer en son sein les tensions qui traversent le corps médical de l'époque.

Pourquoi des tensions puisque, en cette fin de siècle, les 16 000 médecins devraient s'inscrire dans une dynamique convergente avec celle de la nation ? Le dogme du positivisme rédempteur, relayé par un libéralisme républicain, vient nourrir l'idée d'un ordre « biomédical » qui pourrait concilier science et humanisme, dévouement et compétence, sacerdoce et loi du marché. Les hôpitaux se transforment (augmentation du nombre d'hôpitaux de 30 % entre 1871 et 1911), les pauvres y sont accueillis, non plus seulement comme objet de charité et de compassion, mais aussi comme objet du regard clinique et source d'apprentissage. A la conscience civique et morale de la nation s'ajoute une conscience « sanitaire » et « médicalisée » qui, par des dispositions législatives adaptées, vient soutenir la solvabilité des plus démunis face à la maladie, assure la lutte contre les épidémies, oblige à la vaccination,

facilite la prévention des accidents du travail, mais vient également garantir le libre choix, le paiement à l'acte et la reconnaissance sociale des médecins « libéraux ».

C'est dans la dualité de cette conscience, qui tente de concilier les faveurs d'Hygée et de Panacée, qu'on peut déceler les premières tensions qui traversent le corps médical. La plupart des médecins souhaitent se tenir à l'écart, voire à l'abri, de toute forme d'organisation bureaucratique qui viendrait régler leur pratique comme s'ils se méfiaient d'un social organisé ; l'organisation administrée de l'hygiène est en quelque sorte l'incarnation de ce danger.

Entre la physiologie sociale d'Auguste Comte (catéchisme positiviste) et la physiologie du corps de Broussais (catéchisme de la médecine physiologique) se sont dessinés des espaces d'interprétation très différents sur la façon de conduire l'émancipation des hommes en société. La médecine clinique a fait du corps un objet et le fondement de l'individuation de l'homme, en tenant à l'écart de son champ d'observation la personne en tant que sujet et être social. Cette rupture épistémologique est à l'origine d'une réelle difficulté des cliniciens, depuis un siècle, à comprendre ce que peut être la contribution des sciences et des technologies du social aux progrès de l'organisation de la société et de l'humanité. « Une sorte de particularisme et d'individualisme ontologique et épistémologique caractérisent le clinicien. Son travail l'absorbe et l'isole à tel point qu'il finit par voir et par juger le reste du monde en fonction de sa propre expérience¹. » Cette incompréhension, qui nourrit une défiance viscérale vis-à-vis de toute forme d'administration sociale qui n'aurait pas fait la preuve « scientifique » de son efficacité est clairement exprimée par ce médecin américain qui écrit, en 1933, dans le journal de l'American Medical Association (la puissante institution professionnelle), à propos de l'organisation de la santé aux États-Unis : « Le choix est entre les forces représentant les grandes fondations ou la bureaucratie de la santé publique, les théories sociales (jusqu'au socialisme et communisme) incitant à la révolution, et la profession médicale de ce pays poussant à une évolution organisée, guidée par une expérimentation contrôlée². » La recherche d'une autonomie sociale par le corps médical n'est pas un objectif en soi, elle est une façon de protéger l'exercice de la médecine face à une organisation sociale qui, de son point

1. E. Freidson, *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984, p. 179.

2. Cité par Jacques Attali, *L'Ordre cannibale*, Paris, Grasset, 1979, p. 203.

de vue, ne peut pas délivrer de sens pour l'homme ni, *a fortiori*, de cadre pour le guider.

Les médecins praticiens nourrissent à l'égard de toute forme d'organisation sociale une méfiance qui n'a d'égale que leur confiance dans la singularité du rapport au patient ; ils se savent travailleurs au service du social, mais ils redoutent, comme une compromission identitaire, l'esprit de système qui pourrait les éloigner des fondements de l'approche anatomo-clinique et de la décision individuelle. La médecine est, depuis Bichat, d'abord une science de l'individu et non pas de l'être social. Sa légitimité se borne à l'approche anatomo-clinique du corps malade, non à l'approche socio-clinique de ses déterminations sociales. Même si les disciples médecins d'Auguste Comte attendent des futurs « vrais médecins qu'ils interviennent dans les affaires publiques, où ils trouveront vacant le champ abandonné par les divers sacerdoces théologiques, pour pouvoir devenir les directeurs spirituels de la société³ », les médecins praticiens se tiennent à l'écart d'une vision positiviste de leur rôle dans l'organisation du fonctionnement social. Ils sont les artisans d'un progrès social réduit à la somme des progrès des guérisons d'individus solvables. A ce titre, ils s'opposeront fréquemment aux ingénieurs du progrès social, notamment les hygiénistes, même médecins, aux incontestables succès œuvrant dans le cadre d'une santé administrée.

Parallèlement, le fossé qui sépare l'exercice de ville de l'exercice hospitalier est creusé dès le début du siècle. Il est reproché aux professeurs des universités d'écarter les médecins de ville de l'hôpital, de fabriquer la pléthore médicale, d'abandonner à l'exercice libéral les tâches les plus ingrates, de pratiquer à l'aide des concours hospitaliers une sélection qui contribue à disqualifier ceux qui n'y ont pas réussi. Le 23 mai 1910, la réunion du jury d'agrégation est bloquée par une manifestation qui traduit cette irritation des étudiants vis-à-vis d'une médecine dite « savante » qui s'opposerait à une médecine dite « pratique ». Le meneur de cette manifestation, René Lafontaine, sera nommé deux ans plus tard au secrétariat général de l'Union des syndicats médicaux. Cette blessure narcissique de la médecine de ville face aux hospitalo-universitaires est à l'origine d'une fragilité du corps médical libéral et contribuera à affaiblir le syndicalisme dans sa prétention à vouloir organiser la régulation professionnelle.

3. G. Audiffrent, cité par P. Guillaume, *Le Rôle social du médecin depuis deux siècles*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 1996, p. 72.

Pourtant, le développement de la clinique doit beaucoup à l'organisation sociale et à l'hôpital qui l'a fait naître dans sa configuration moderne, notamment parce que les médecins s'y savent à l'abri du risque pour expérimenter : « à l'hôpital, les malades sont, sous plusieurs rapports, les sujets les plus propres pour un cours expérimental⁴ » ; la bienfaisance puis l'Assistance publique sont à l'origine d'une construction sociale qui délimite parfaitement l'échange de valeurs autour de l'expérience clinique entre les classes sociales : « Ce qui est bienveillance pour le pauvre se transforme en connaissances applicables pour les riches. Oui, riches bienfaisants, hommes généreux, ce malade que l'on couche dans le lit que vous lui avez fondé éprouve à présent la maladie dont vous ne tarderez pas à être attaqués vous-mêmes ; son sort peut éclairer votre médecin et vous sauver la vie⁵. »

Les forces qui travaillent le corps médical de l'époque sont admirablement résumées par ce médecin, en 1901, dans le bulletin syndical : « C'est le médecin praticien qui dépiste le fléau caché, qui le voit sournoisement caché dans la famille, qui peut indiquer les mesures applicables dans les milieux pauvres et ouvriers, et pourtant ce ne sont pas les praticiens qui mènent la campagne antituberculeuse, ce sont les professeurs et les académiciens qui ne voient le pauvre qu'à l'hôpital et qui, dans leur riche clientèle, ne trouvent aucun obstacle à l'application de la prophylaxie et de l'hygiène⁶. »

123

Pour pouvoir malgré tout guider la profession vers cet équilibre fragile entre corporatisme protecteur et autodiscipline, certains membres de l'Union des syndicats médicaux envisagent dès 1887 la création d'un Ordre. Mais cette initiative va remettre en lumière le fossé creusé entre dignitaires de la médecine (professeurs, hospitaliers et académiciens des grandes villes), spécialistes de ville et praticiens de première ligne et se trouve progressivement vidée de toute substance. La question de la création d'un Ordre sera régulièrement posée pendant près d'un demi-siècle, chaque fois que le syndicalisme semblera ne plus pouvoir guider la profession ; question sans réponse parce que l'instance ordinale apparaît soit comme la marque d'une volonté des élites hospitalières et universitaires

4. J. Aikin, *Observations sur les hôpitaux*, 1777, cité par Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963, p. 84.

5. Du Laurens, *Moyens de rendre les hôpitaux utiles et de perfectionner la médecine*, 1787, cité in *ibid.*, p. 85.

6. *Bulletin de l'Union des médecins*, août 1901.

de prendre le contrôle du corporatisme, et ainsi de mettre au pas les médecins de ville à travers des capacités disciplinaires, soit comme une façon de nourrir les ambitions d'une droite extrême.

Le 19 novembre 1893, se réunit l'Union des syndicats médicaux de France, qui regroupe plus de 122 syndicats dont le plus important est le Syndicat des médecins de la Seine (SMS). Globalement, les objectifs sont :

- d'apprendre aux médecins à se connaître et à se protéger mutuellement ;
- de résoudre, si possible, les conflits qui peuvent surgir entre confrères ;
- de venir en aide aux membres de l'Union et de se concerter pour la poursuite en justice de l'exercice illégal de la médecine ;
- de chercher toutes les solutions pratiques aux questions ayant trait à la défense professionnelle.

124

En somme, les syndicats cherchent avant tout à protéger les médecins de l'insolvabilité de la clientèle, d'une solvabilité tarifée ou d'une dépendance vis-à-vis d'organismes patronaux, caritatifs ou mutualistes, et de l'État. C'est ainsi que, de 1900 à 1910, l'Union des syndicats médicaux de France va s'opposer à toute tentative de compromis avec ce type d'organismes. Certains de ses membres vont même jusqu'à proposer, en 1909, une alliance avec les syndicats ouvriers, mais cette proposition est rejetée par l'Union.

Cette mise à l'écart de la frange la plus orientée vers une association avec le syndicalisme des prolétaires va donner naissance à une expérience originale, celle du Syndicat national de la médecine sociale, qui se veut ouvertement au côté de la classe ouvrière, face au capitalisme et à l'État. La doctrine de ce syndicat est clairement celle d'une médecine sociale : « Nous sommes de ceux qui pensent qu'étant donné l'incompréhension complète dont la grande majorité des médecins fait preuve vis-à-vis des problèmes sociaux actuels, la socialisation ou la fonctionnarisation de la profession médicale est le stade fatal de l'évolution professionnelle médicale. Dans ces conditions, seule, à notre avis, la classe ouvrière pourrait empêcher leur asservissement par l'État⁷. » Ce syndicat, qui connaît un certain écho (son bulletin est diffusé à 3 000 exemplaires en 1911), adopte des positions étonnantes, notamment en s'opposant à la vaccination contre la tuberculose et la typhoïde : « Tant que le droit à

7. SNMS, juillet 1913, cité par P. Guillaume, *Le Rôle social du médecin...*, op. cit., p. 133.

l'aisance ne sera pas entré dans la réalité pour tous, la tuberculose fera ses ravages, car c'est un mal de misère avant tout. Seules la libération des travailleurs et l'organisation de la solidarité entre gens égaux, n'ayant plus à entretenir un parasitisme capitaliste épuisant, pourront amener des conditions indispensables pour la lutte contre la tuberculose⁸ » ; « Oui, la grande industrie oblige la société, sous peine de mort, à remplacer l'individu morcelé, porte-douleur d'une fonction productive de détail, par l'individu intégral qui sache tenir tête aux exigences alternées, les plus diversifiées du travail, et ne donne dans des fonctions qu'un libre essor à la diversité de ses capacités⁹. »

Le discours syndical réconciliateur va donc se forger dès le début du siècle autour d'une médecine de l'individu, d'une médecine non administrée, d'une médecine de ville.

125

LA MONTÉE EN PUISSANCE DE LA PROTECTION SOCIALE

Après la guerre de 1914-1918, la République reconnaissante (loi des pensions du 2 avril 1919) offre la gratuité des soins à tous ceux qui bénéficient d'une pension pour blessure ou maladie, les tarifs des soins étant établis par décret de l'administration, pris après entente avec les représentants des organisations et des syndicats professionnels autorisés. En 1921, sont instituées les commissions départementales chargées de contrôler l'inscription sur les listes et le libre choix. On y retrouve des représentants de l'État, des usagers (les associations de mutilés), les syndicats et associations de médecins et pharmaciens. Le syndicalisme médical, qui rassemble plus de 60 % des médecins français, est divisé sur une double question : médecine organisée par les ingénieurs du social *ou* médecine organisée par les praticiens cliniciens, médecine sociale organisée par les caisses et/ou l'État *ou* médecine organisée par les syndicats. René Lafontaine, secrétaire général de l'USMF, est partisan d'une médecine libérale et d'une conception libertaire de la régulation sociale. Il est un opposant farouche de la fonctionnarisation des médecins et défend depuis toujours le rapprochement avec les syndicats ouvriers. L'Union des syndicats médicaux décide de s'opposer à cette dynamique générale de la nation, sous prétexte qu'elle introduit une discrimination

8. SNMS, décembre 1913, cité in *ibid.*, p. 132.

9. K. Marx, *Le Capital*, t. II, livre 1^{er}.

entre les bénéficiaires de la loi des pensions et les autres malades. La grève administrative, à laquelle appelle l'USMF, sera un échec : ni l'opinion publique ni même le groupe parlementaire des médecins ne soutiendront son attitude. Mais cette position va entraîner progressivement une scission au sein de l'Union, qui se recomposera en novembre 1927 sous le vocable de Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). 80 % des médecins français sont alors syndiqués.

126 René Lafontaine, trop visiblement anarchiste et anti-étatique, disparaît de la scène en 1925 ; la CSMF reconstituée sera menée par son ex-secrétaire général, Paul Cibrié, plus habile dans sa relation avec les différentes forces sociales qui travaillent le système de santé. La confédération est présidée par le Pr Balthazar, ce qui traduit aussi une certaine forme de réconciliation avec les universitaires. La CSMF va engager le corps médical derrière elle, dans son ralliement à la loi sur les assurances sociales et, le 27 juillet 1930, l'assemblée générale du syndicat vote, par 13 000 voix contre 1 668, « la collaboration du corps médical organisé aux fonctionnements des assurances sociales ». La charte, qui va constituer le cheval de bataille du syndicalisme médical jusqu'à aujourd'hui, s'articule autour de sept points :

- le libre choix ;
- le respect absolu du secret professionnel ;
- le droit à des honoraires pour tout malade soigné ;
- le paiement direct ;
- la liberté thérapeutique ;
- le contrôle des malades par les caisses ;
- le contrôle des médecins par les syndicats.

Cette charte est fondatrice de l'unité apparente du corps médical. Il y a en France, à cette époque, 25 000 médecins, soit un médecin pour 1 600 individus. Dans l'entre-deux-guerres, les médecins vont progressivement se reconnaître comme travailleurs intellectuels (ce qui va conduire certains syndicats appartenant à la CSMF à adhérer à la Confédération générale des travailleurs intellectuels) ; ils sont des bourgeois méritants et, à cet égard, ont délaissé leur velléité de s'associer au syndicalisme ouvrier. Il persiste, pourtant, une nette tendance à l'anti-étatisme que l'acceptation des assurances sociales n'a pas gommée.

« Si nous avions dit à l'État, tu veux des esclaves, nous sommes des hommes libres, il eût fait sa loi et trouvé des esclaves et marché sans nous à la catastrophe qui l'attend ; et serait-il seulement resté vingt médecins fidèles à notre idéal traditionnel, c'était assez pour garder pure la flamme sacrée et pour la transmettre à ceux qui nous suivent en

attendant des jours meilleurs¹⁰ » ; « L'étatisme est une doctrine qui, pour l'organisation de la société, pour la réforme des institutions, pour la gestion temporelle et spirituelle du monde, donne à l'État tous les pouvoirs, tous les devoirs et tous les droits dont l'individu se trouve conséquemment exonéré ou dessaisi¹¹ » ; ou encore : « Dans le monde nouveau qu'on nous prépare, avec Marx comme évangile et la soviétie comme paradis, nous sommes destinés à devenir des employés patentés d'un État tout-puissant¹². »

L'entre-deux-guerres, c'est aussi la confirmation de l'émergence des spécialités en médecine libérale, ce qui contribue à fragiliser le rôle du médecin de famille tel que le rappelait le doyen Brouardel dès 1898 : « Il y a trente ans, il y avait dans la famille un seul médecin. Quand l'un des membres de la famille était atteint d'une affection réclamant un spécialiste, c'était le docteur de famille qui le choisissait. Que se passe-t-il aujourd'hui ? C'est à la dernière page des journaux que l'on cherche le nom du médecin spécialiste¹³. »

127

La CSMF va bloquer les tentatives universitaires de certification de « spécialistes brevetés », qui n'existeront, de fait, qu'à partir de 1947. La Confédération souhaite accepter en son sein les syndicats dits « de spécialistes », tel le syndicat des chirurgiens, sous réserve qu'ils acceptent d'adhérer aux syndicats départementaux, ce qui ne sera pas le cas. En 1926, naît un groupement des syndicats généraux de médecins spécialistes qui réunit les ophtalmologues, les chirurgiens, les ORL, les stomatologistes. La question centrale qui se pose au syndicalisme est de ne surtout pas voir se déployer une tarification qui prendrait en compte la reconnaissance de la spécialité, d'où son opposition à la reconnaissance officielle des diplômes de spécialité. De la même façon, du haut de leur position de conservateurs humanistes, les médecins des années 1930, pour une fois réunis (hospitaliers, universitaires et libéraux), récusent l'accès de la profession aux bacheliers titulaires d'un bac « moderne », sous l'argument que « seule une culture humaine, humaniste, individualiste, peut permettre à l'homme de dominer ses conquêtes, de n'être pas la dupe et la victime ».

10. A. Garrigues, *La Vie médicale*, 10 mai 1931, cité par B. Vergez, *Le Monde des médecins au XX^e siècle*, Bruxelles, Complexe, 1996, p. 217.

11. G. Duhamel, *Cahiers Laennec*, septembre 1935, cité in *ibid.*, p. 220.

12. « Avis aux futurs médecins », *Les Étudiants de France*, 15 mars 1933.

13. Cité par P. Guillaume, *Le Rôle social du médecin...*, op. cit., p. 136.

128 Au lendemain de la Libération, la généralisation de l'assurance maladie et l'instauration d'un tarif opposable (mars 1945) va se heurter, encore une fois, à la CSMF, recomposée en début d'année. L'ordonnance du 19 octobre 1945 prévoyait que les tarifs des actes médicaux seraient négociés dans le cadre de conventions départementales conclues entre les caisses régionales et les syndicats départementaux. Ces conventions deviendraient applicables après accord d'une commission tripartite nationale. Dans les départements qui s'inscrivent dans ce système, les assurés sociaux sont remboursés à 80 % des tarifs opposables, tandis que, dans les autres, ils sont remboursés sur la base de tarifs d'autorité. En 1950, les avatars conventionnels avaient amené 50 départements à la signature, en 1960, 60 ont signé. Le décret du 12 mai 1960 prévoit l'adhésion individuelle à la convention dans les départements non conventionnés et le droit au dépassement pour certains médecins autorisés. La CSMF, confrontée à la multiplication des adhésions individuelles, signe en juillet 1960 un accord avec la Fédération nationale des organismes de sécurité sociale, marquant ainsi son retournement face au décret. Cette étape constitue le démarrage d'une intervention accrue de l'État dans la régulation du système. Une partie des adhérents de la CSMF manifeste son désaccord avec cette signature en (re)formant, en 1961, l'Union nationale des syndicats de France avec certains syndicats départementaux non signataires (notamment Rhône et Seine). En 1968, cette union prend le nom de Fédération des médecins de France. De 1960 à 1971, ce système conventionnel va parfaitement fonctionner puisqu'en 1970 80 % des médecins libéraux sont conventionnés, soit à titre collectif, soit à titre individuel. Toutefois, face aux menaces des caisses et des pouvoirs publics de remettre en question le paiement à l'acte, compte tenu de la croissance des dépenses de santé, l'idée d'une convention nationale est avancée par la CSMF. Le 3 juillet 1971, une loi fixe les règles des rapports entre les caisses nationales et les syndicats de médecins dits « représentatifs ». Ces conventions nationales sont renouvelées tous les quatre ans. En 1971, la convention est signée par la CSMF et, en 1976, par la FMF et la CSMF ; en 1980, l'apparition d'un secteur à honoraires libres est l'objet de fortes tensions au sein de la CSMF, notamment parmi les généralistes, qui s'y opposent, ce qui donne naissance, au sein de la CSMF, à la Fédération nationale des omnipraticiens français qui deviendra, en 1984, l'Union nationale des omnipraticiens français.

LA RÉGULATION ÉCONOMIQUE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Si le syndicalisme médical se confond jusque dans le début des années 1970 avec la CSMF, la décennie qui débute dans le milieu de ces années va voir réapparaître le clivage entre une médecine sociale et une médecine libérale. Cette effervescence constitue, pour une part, une conséquence de mai 1968 et des idées alternatives portées par les médecins de groupe visant à recentrer l'exercice de la médecine autour des véritables causes des maladies (on retrouve là les thèses développées soixante-dix ans plus tôt par le SNMS) et, d'autre part, une réaction aux champs de forces qui semblent vouloir peser de plus en plus sur la régulation du système de santé, en premier lieu la maîtrise des dépenses de santé. Cette préoccupation n'est pas nouvelle puisque, déjà en 1946, le ministre Croizat adressait une circulaire aux directeurs régionaux des assurances sociales dans laquelle il exposait les éléments d'une maîtrise des dépenses de santé : « Il est nécessaire qu'une franche collaboration entre le corps médical et les caisses permette de restreindre, dans toute la mesure du possible, les dépenses qui ne sont pas nécessaires au rétablissement de la santé des individus¹⁴. »

129

La nouveauté, depuis la fin des années 1970, est que le problème de la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie est présenté comme un facteur indispensable à la dynamique et à la compétitivité de notre pays, ce qui aurait dû inciter les partenaires sociaux à penser et travailler la transformation de notre système de santé.

Mais la résistance du corps médical vis-à-vis de l'évaluation, la dégradation des rapports entre la médecine de ville et celle de l'hôpital, l'absence de véritables élites technocratiques au sein du monde de la santé, capables de négocier la mise en place de nouveaux modèles d'organisation et de régulation, et, surtout, le manque d'implication des véritables élites médicales, qui s'attachent depuis 1958 à étayer l'hôpital universitaire comme l'élément central du dispositif sanitaire, ont conduit, pendant les années 1980, les partenaires sociaux à évacuer cette réflexion vers l'avenir.

Dès lors les questions suivantes sont restées sans réponse :

14. Cité par *Médecin de France*, n° 883, 3 décembre 1998.

Comment mettre en place des mécanismes de contrôle et de reddition de comptes qui permettent effectivement de cogérer la dépense ?

Comment bâtir des formes d'organisation plus efficaces face à l'évolution de la demande de soins et aux besoins de santé ?

Comment faire évoluer les revenus de chaque segment de la profession et anticiper sur les besoins démographiques ?

Comment promouvoir de nouveaux mécanismes de financement de la protection sociale ?

130 Pourtant, les thèses d'une médecine alternative auraient pu constituer, dès la fin des années 1970, le fondement d'un syndicalisme médical orienté vers une médecine plus sociale et vers une transformation des modes de régulation du système de santé qui auraient pu s'épanouir avec la gauche triomphante et auraient peut-être ainsi permis de créer de l'irréversibilité dans le système. Mais l'espace de manœuvre politique, pour ce type d'initiative, s'est rapidement restreint entre l'hostilité des hospitaliers aux réformes de structure et les revendications des médecins libéraux s'exprimant dans la rue.

A côté de la CSMF et de la FMF, vont naître le Syndicat de la médecine libérale (SML), fin 1981, qui forge son identité sur l'appartenance au secteur 2 et qui va se poser comme un concurrent de la FMF, ainsi que, début 1985, le syndicat MG France, qui est, à la base, constitué d'un regroupement de membres du Syndicat de la médecine générale (créé en 1975 et transformé en 1979 en Union des syndicats médicaux), du Comité Vigilance et Action de la CSMF (créé en 1981 en réaction à la création du secteur 2) et du Mouvement d'action des généralistes. Par ailleurs, est née en 1985 l'Union des médecins spécialistes au sein de la CSMF. En dehors de l'UCCSF (Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français) créée en 1992, le paysage actuel du syndicalisme médical français libéral, appelé à une éventuelle négociation avec les caisses nationales, est donc en place depuis 1985.

Dans les années 1980 et au début des années 1990, le rythme de vie des syndicats est simple ; il consiste dans un premier temps à obtenir le label de syndicat représentatif, dans un deuxième temps à signer ou ne pas signer la convention, puis dans un troisième temps à participer aux différentes instances qui accompagnent la mise en œuvre conventionnelle, dont la commission de la nomenclature, les commissions paritaires, et enfin, éventuellement, à descendre dans la rue et agiter le spectre de la liste d'attente. Cette vision de la vie des syndicats pendant treize ans montre à quel point leur rôle se limite principalement à un quadrille avec

les caisses. Même si progressivement, pendant cette période, se révèle l'habileté de certains danseurs qui tentent d'introduire de nouvelles figures (l'avenant n° 1 de la convention de 1990 signé par MG France, qui prévoyait la possibilité d'un abonnement auprès du généraliste, par exemple), aucune réelle avancée n'a été notée dans l'organisation du système de santé libéral. A l'inverse, les rapports de forces entre syndicats ont considérablement changé durant cette période, ce qui sera confirmé par les élections aux unions professionnelles de 1994. Le SML a réussi sa percée et l'ultralibéralisme est en place. MG France est devenu le premier syndicat de généralistes. La FMF est affaiblie. La CSMF apparaît plutôt comme un syndicat de spécialistes malgré l'UNOF.

Parallèlement, mais sans grande ampleur, se confirme dans les hôpitaux publics un syndicalisme qui va se mobiliser, d'abord en 1982 pour la défense du secteur privé à l'hôpital, puis s'organiser autour de deux pôles : l'Intersyndicale nationale des médecins hospitaliers créée en 1983 et, par scission, en 1984 la future Coordination nationale, la première plutôt organisée pour accompagner l'évolution de l'organisation hospitalière, la seconde plutôt orientée vers la défense statutaire.

131

Derrière cette première approche de la division de la représentation syndicale existent d'innombrables segmentations, par spécialités et à l'intérieur même de chaque spécialité. Les disciplines médicales peuvent créer plusieurs syndicats qui peuvent ainsi investir chacun les syndicats « rassembleurs ». C'est ainsi que la dernière enquête de représentativité au niveau des syndicats de spécialistes montre la hiérarchie suivante (un syndicat est représentatif si le nombre des cotisants dépasse le seuil de 5 % du total des spécialistes) : CSMF (UMESPE) = 6 221, FMF = 3 883, SML = 3 383, UCCSF = 3 369. A titre d'exemple, l'UMESPE regroupe 37 syndicats de spécialistes.

Ce qui semble frappant, dans cette période, c'est la capacité des syndicats à réduire la convention à une perspective essentiellement tarifaire, ce qui a concouru à rendre de plus en plus fragile la crédibilité du système conventionnel et conduit progressivement à l'idée d'enveloppes globales et sectorielles. Même si l'avènement de l'économie dans le système de soins s'est traduit par la mise en place du tableau statistique d'activité du praticien depuis 1971, par l'engagement des partenaires de la convention d'organiser la maîtrise concertée des dépenses d'assurance maladie, par la création d'instances paritaires départementales chargées de contrôler l'activité des praticiens libéraux depuis 1980, et par l'instauration du budget global et l'implantation progressive du PMSI pour

les hôpitaux publics depuis 1983, ces dispositifs, pour des raisons évoquées dans de multiples rapports, n'ont pas pu infléchir durablement l'évolution à la hausse des dépenses d'assurance maladie.

La loi Teulade du 4 janvier 1993, qui instaure la « maîtrise médicalisée », va représenter la victoire des tenants d'une régulation individuelle des pratiques professionnelles. Cette loi prévoit la mise en forme de dispositifs adaptés : les unions professionnelles, le codage des actes en nature, les références médicales opposables, le dossier médical pour les patients polyopathologiques. Le 21 octobre 1993, la CSMF et le SML signent une nouvelle convention, qui met en œuvre les principes de la loi. Ce modèle de régulation individuelle, par les outils qu'il suppose (notamment, un système d'information adapté aux exigences de suivi de l'activité individuelle par rapport aux normes de bonnes pratiques), est très complexe à installer parce qu'il nécessite un investissement considérable des syndicats et des caisses dans un savoir-faire qui est quasiment inexistant en France. La montée en charge extrêmement lente du PMSI dans les établissements hospitaliers a révélé la difficulté de bâtir des systèmes d'information médicalisée, pour des raisons politiques certes, mais également pour des raisons techniques (aux États-Unis, la tradition de collecte systématique de données médicalisées remonte aux années 1950). Au-delà de cet aspect technique, la « maîtrise médicalisée » individuelle repose également sur un apprentissage conjoint des personnels des caisses et des représentants professionnels, ce qui nécessite un minimum de confiance entre partenaires et l'adhésion des professionnels de terrain. L'impact de la « maîtrise médicalisée » va s'avérer payant, dans un premier temps, puisqu'en 1994 la croissance des dépenses d'assurance maladie sera inférieure à celle du PIB (l'effet « radar »). Toutefois, en 1995, elle n'atteindra pas le résultat escompté (faute, peut-être, d'outils de suivi adapté ou d'une stabilité électorale prévisible).

La convention de 1993 repose principalement sur le contrôle individuel des pratiques à partir de normes validées par les professionnels ; ce dispositif signe l'aboutissement d'une vision individualisante de la régulation du système de soins libéral puisqu'il fait l'hypothèse que le contrôle de l'application de standards par praticien permettra d'optimiser l'usage des ressources collectives.

L'organisation scientifique du travail (la décomposition en tâches standardisées) appliquée à la médecine contribuerait à rendre plus efficient le système de santé. Schématiquement, la bonne régulation économique se conçoit comme la somme des bonnes pratiques individuelles de prescription, comme si la juxtaposition de comportements

professionnels vertueux pouvait entraîner par sommation une juste régulation économique collective¹⁵.

La médecine libérale considère que, si la réponse qu'elle apporte individuellement au patient est légitimée d'un point de vue scientifique, elle le devient socialement d'un point de vue économique. Cette vision de la régulation marque définitivement la victoire d'une médecine « libérale » qui se méfie de l'organisation du social.

Ce thème de la légitimité scientifique de la dépense va constituer également le cheval de bataille de l'opposition au plan Juppé d'une partie des syndicats autour du thème de l'objectif national des dépenses. « Imposer un taux d'évolution comptable n'est qu'une vision à court terme. Construire un taux médicalisé est la solution de l'avenir. L'opposabilité d'un taux ne pourrait être acceptée que sur une base médicale¹⁶. » L'objectif national des dépenses d'assurance maladie ne peut se déterminer qu'à travers une agrégation des besoins individuels « médicalisés », comme si les besoins de santé d'une société pouvaient se résumer à la somme des demandes individuelles de prise en charge médiatisée par le médecin. Il y a, dans cette prise de position, une vision extrêmement caricaturale de la régulation libérale, puisqu'il suffirait ainsi aux médecins d'évaluer les besoins du marché et de proposer à l'État et aux caisses de les solvabiliser. La médicalisation de la régulation est un piège idéologique, parce qu'elle oblige, en quelque sorte, l'État à faire la preuve qu'il peut contradictoirement et scientifiquement déterminer quels sont les besoins de santé. Les médecins ne peuvent dès lors être tenus pour responsables collectivement de la croissance des dépenses de l'assurance maladie puisqu'ils ne peuvent que répondre scientifiquement à la demande individuelle de prise en charge.

133

CONCLUSION

Un siècle est passé et une grande partie de la représentation syndicale libérale continue de montrer qu'elle ne croit toujours pas au rôle de l'organisation sociale comme facteur de progrès. Elle a malgré tout assimilé les discours technocratiques sur la nécessité de bâtir des instruments de régulation « scientifique » des pratiques individuelles, ce qui rend la

15. Rapport de la mission de concertation sur l'avenir de la médecine de ville, remis à Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, et à Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la Santé, par François Stasse, conseiller d'état, le 15 juin 1998.

16. Y. Decalf, président de l'UMESPE, *Le Médecin de France*, 30 mars 1996.

rédaction des conventions de plus en plus complexe puisqu'elles doivent décrire l'ensemble des mesures qui permettent d'encadrer l'exercice libéral. Mais cet exercice conventionnel ne peut résumer, à lui seul, le potentiel de transformation du système de santé parce qu'une grande partie des médecins libéraux, notamment les acteurs de la première ligne, ne se reconnaît plus dans ce façonnage idéologique de ce qui devrait théoriquement constituer son rôle. Les situations de travail dans la « vraie vie » nécessitent de plus en plus d'interactions et de négociations entre professionnels, mais aussi avec le patient.

Ces pratiques coopératives vont-elles progressivement s'organiser, s'institutionnaliser et constituer de nouveaux repères pour les professions libérales ou connaîtront-elles le même destin que les médecines alternatives ? L'enjeu, pour les pouvoirs publics, est aujourd'hui d'accompagner ces transformations organisationnelles « coûte que coûte », en essayant de dénouer le piège de la « maîtrise médicalisée ».

R É S U M É

Les syndicats de médecins n'ont pas pu s'inscrire comme acteurs de la régulation professionnelle depuis plus d'un siècle, parce qu'ils n'ont pas su travailler les tensions qui ont traversé et traversent le corps médical. Ils n'ont pu, dès lors, que porter une vision de la pratique médicale organisée autour d'une médecine de l'individu, d'une médecine non administrée, d'une médecine de ville, ce qui les a conduits à ne penser l'organisation et la régulation du système de soins qu'au travers d'une approche tarifaire. Aujourd'hui, l'indispensable maîtrise des prélèvements sociaux constitue une contrainte incontournable qui appelle de nouvelles formes d'organisation de la prise en charge des patients. Mais, pour avancer dans cette voie avec le corps médical, les pouvoirs publics devront se sortir de la « maîtrise médicalisée », qui constitue un véritable piège idéologique tendu par le syndicalisme libéral.