

VERS LE DÉCLIN DU « POUVOIR MÉDICAL » ?

UN ÉCLAIRAGE EUROPÉEN :
FRANCE, ALLEMAGNE, GRANDE-BRETAGNE

LE « POUVOIR MÉDICAL » suscite deux types de discours tout à fait antinomiques. Le premier est celui de la dénonciation de la toute-puissance du « lobby médical ». Ce discours, qui est en particulier celui des hommes politiques et des médias, se fonde notamment sur la mise en avant des relais politiques dont dispose ce groupe professionnel, largement représenté au sein du personnel politique tant national que local. Le second discours, émanant du corps médical lui-même, est celui de la plainte de l'impuissance des médecins face à un État imposant de plus en plus de normes financières à l'exercice des soins. Est ici déploré, en lorgnant parfois sur les cheminots, l'absence de pouvoir de blocage des médecins, qui n'ont pas à leur disposition l'arme de la grève totale des soins.

51

Ces deux discours contradictoires témoignent des difficultés que pose l'analyse du pouvoir médical et de la nécessité de dépasser les propos publics de tel ou tel acteur impliqué dans les politiques de santé. Plus précisément, il apparaît nécessaire de s'interroger préalablement sur cette notion même de « pouvoir médical ». Il est à mes yeux plus juste de parler des pouvoirs des médecins que du pouvoir médical dans l'absolu. On peut en effet distinguer quatre types de pouvoirs que les médecins sont susceptibles d'exercer :

– le pouvoir professionnel qui renvoie à l'autonomie de la pratique médicale (c'est-à-dire l'autocontrôle), à la monopolisation de l'exercice des soins (c'est-à-dire la domination sur les autres soignants) et aux rapports de pouvoir vis-à-vis des patients ;

– le pouvoir politique qui renvoie à la capacité d'intervention des médecins comme groupe organisé sur les décisions publiques en matière de santé ;

– le pouvoir économique qui renvoie au niveau de revenu des médecins (c'est-à-dire à leur position dans l'échelle des revenus) et à son évolution ;

– le pouvoir social, enfin, qui renvoie au prestige social des médecins, à leur image auprès de l'opinion publique.

52 Si l'on se place du point de vue de la littérature scientifique, en particulier la sociologie des professions anglo-saxonne, cette question est aujourd'hui essentiellement abordée sous l'angle du déclin de ce « pouvoir médical »¹. Ces analyses portent principalement sur le pouvoir professionnel puisqu'elles soulignent l'intégration croissante de la pratique de la médecine à un complexe technico-bureaucratique étranglant progressivement l'autonomie du médecin. Il peut d'ailleurs sembler assez paradoxal que ce thème ait d'abord été mis en avant dans le pays où, *a priori*, la pratique de la médecine est la plus libérale : les États-Unis. Les phénomènes les plus significatifs sont les contrôles exercés dans le cadre des cliniques privées et par les assurances privées². Si les travaux portant sur le cas américain sont fort nombreux, il n'en va pas de même pour l'Europe. C'est pour cela que notre propos est ici de discuter cette hypothèse en partant de trois pays européens : la France, l'Allemagne et la Grande-Bretagne.

Ce travail suppose tout d'abord de ne pas se cantonner à la question, certes centrale, du pouvoir professionnel. Si du pouvoir professionnel découlent notamment les pouvoirs économiques et sociaux du médecin, le pouvoir professionnel lui-même dépend aussi du pouvoir politique des médecins. En effet, l'affirmation de la domination professionnelle des médecins n'est pas la simple traduction de l'évolution du savoir médical, de l'extension continue de la capacité du médecin à faire reculer les limites de la maladie et de la mort ; c'est aussi le produit d'une mobilisation politique de la profession. Le pouvoir médical est étroitement lié à l'interaction entre les médecins et l'État³. Rappelons que seul

1. On se reportera en particulier à Donald Light, « Countervailing Powers : A Framework for Professions in Transition » in Terry Johnson, Gerry Larkin et Mike Saks (dir.), *Health Professions and the State in Europe*, Londres, Routledge, 1995 ; David Mechanic « Sources of Countervailing Power in Medicine » (et la réponse de D. Light), *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 16, n° 3, 1991.

2. John William Salmon (dir.), *The Corporate Transformation of Health Care*, New York, Baywood, 1990.

3. Patrick Hassenteufel, *Les Médecins face à l'État, une comparaison européenne*, Paris, Presses de la FNSP, 1997.

l'État est en mesure de conférer aux médecins le monopole sur la pratique médicale, une position dominante dans la hiérarchie des soins et l'autonomie professionnelle sous la forme d'institutions telles que l'Ordre des médecins dans le cas français. Aussi m'intéresserai-je ici également au pouvoir politique de la profession médicale.

Une analyse de l'évolution des pouvoirs des médecins suppose aussi d'inscrire la réflexion dans un cadre historique. Il n'est pas possible de parler de déclin du pouvoir médical sans faire référence à une situation antérieure, à des trajectoires historiques. Le déclin est par définition une notion relative, dont l'usage n'est pertinent qu'à la condition de ne pas se référer à un âge d'or mythique, mais à des situations historiques précises.

Enfin, la démarche comparative permet d'interroger le degré de généralité de la thèse du déclin du pouvoir médical, tout en tenant compte des formes spécifiques qu'il prend dans une configuration nationale donnée. En effet, il semble bien que les pouvoirs tant professionnels que politiques des médecins connaissent des modalités multiples de remise en cause sans que pour autant on puisse parler de convergence inéluctable au niveau européen : les modalités d'exercice du pouvoir médical conservent des spécificités nationales importantes.

53

LE POUVOIR PROFESSIONNEL ÉRODÉ : LE CONTRÔLE CROISSANT DE LA PRATIQUE MÉDICALE

Le pouvoir professionnel des médecins repose sur trois piliers : le monopole des soins, la position dominante dans la hiérarchie des soins et l'autonomie au niveau de la pratique médicale. Les deux premiers aspects sont liés : c'est bien parce que, historiquement, les docteurs en médecine se sont vu conférer par l'État le monopole de l'administration des soins médicaux (en France par la loi de 1892) que l'activité des autres soignants leur est subordonnée. Ainsi la majeure partie des actes accomplis par les professions paramédicales dépend-elle du diagnostic effectué par les médecins. C'est pour cela que l'on parle de professions « prescrites » pour les désigner. Ces deux pans du pouvoir médical n'ont pas été nettement remis en cause même si on peut noter, par exemple, que le domaine de compétence propre des infirmières a été accru, suite à la mobilisation de ce groupe professionnel dans le cas de la France⁴. On peut également

4. Id., « Les automnes infirmiers (1988-1992) : dynamiques d'une mobilisation », in Olivier Filleule (dir.), *Sociologie de la protestation*, Paris, L'Harmattan, 1994, p. 93-120.

mentionner la possibilité donnée en France aux pharmaciens, dans le cadre de la dernière loi de financement de la Sécurité sociale (1998), de délivrer des génériques en lieu et place des médicaments prescrits par le médecin, ce qui a suscité une vive réprobation des représentants du corps médical. Toutefois, il ne s'agit là que d'éléments relativement marginaux⁵. Le monopole des médecins reste solidement établi. On peut ajouter que la représentation biomédicale et clinique de la santé, véhiculée par l'élite médicale hospitalo-universitaire, continue elle aussi à prédominer dans ces trois pays européens.

54 Il n'en va pas de même pour le dernier aspect du pouvoir professionnel des médecins, à savoir l'autonomie professionnelle. Il s'agit là d'un élément essentiel dans la mesure où la profession médicale s'est construite historiquement sur la base de la conquête de ce pouvoir. Si l'on suit les sociologues de la profession médicale, en particulier Elliott Freidson⁶, la marque du passage de métier de soignant à celui de profession médicale est l'acquisition d'un statut garantissant l'autonomie professionnelle. Celle-ci renvoie à deux éléments : d'une part la pleine liberté de choix du médecin dans la poursuite de l'objectif de la guérison ; d'autre part le contrôle par la profession elle-même de la pratique médicale dont elle fixe les règles déontologiques. Historiquement cet autocontrôle s'est traduit par la mise en place d'instances de représentation professionnelles composées de médecins et chargées de l'observation et du suivi de l'activité des pairs : Royal College britannique (créé en 1858), Chambre des médecins allemande (mise en place en 1935) ou encore Ordre des médecins français (institué en 1940).

C'est ce pilier du pouvoir médical qui paraît aujourd'hui le plus directement menacé. La raison fondamentale en est, bien sûr, la priorité accordée par les pouvoirs publics à la maîtrise des dépenses de santé depuis les années 1980. Cette réorientation majeure des politiques de protection maladie transforme en profondeur la définition de la finalité et des critères d'évaluation de la pratique médicale. D'après le serment d'Hippocrate, le médecin doit tout faire, selon les moyens et les connaissances dont il dispose, pour soigner son patient. Le critère pri-

5. Ajoutons que, dans cet exemple, le médecin a la possibilité d'empêcher la substituabilité en inscrivant « non substituable » sur l'ordonnance. Et en Grande-Bretagne les généralistes ont obtenu, par un jugement rendu en 1998, le droit de délivrer directement des médicaments. Surtout, l'intégration des soins communautaires aux budgets directement gérés par les généralistes en 1993 a renforcé leur pouvoir sur les infirmières.

6. *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

mordial, voire unique, est celui de l'efficacité thérapeutique. Or, avec les politiques de maîtrise des dépenses de santé, le critère des coûts, l'évaluation économique des actes médicaux occupe une place croissante, ce qui modifie les conditions mêmes de la pratique médicale. Le médecin ne doit plus seulement guérir, mais aussi contribuer à l'équilibre financier des systèmes de protection sociale !

Plus précisément, ces politiques ont renforcé, en particulier en France et en Allemagne, le poids de la norme financière dans la définition de l'activité médicale. La pratique médicale est de plus en plus considérée (et traitée) comme une activité de type économique, ou tout au moins comme une activité susceptible de faire l'objet d'une évaluation économique. Ainsi, en France et en Allemagne, la maîtrise des dépenses d'assurance maladie a conduit à des formes économico-financières d'encadrement de l'activité des médecins. Leur traduction la plus évidente est celle des enveloppes, enserrant les actes (et les prescriptions) des médecins dans des limites financières. En France comme en Allemagne, les médecins en secteur ambulatoire se voient contraints de respecter, sous peine de sanctions financières, des taux d'évolution de leur activité. Le plus marquant est ici le fait que le taux d'évolution (national et régional en France, individuel en fonction de la spécialité et du lieu d'exercice en Allemagne) repose sur des critères essentiellement économiques, à savoir l'évolution prévisible des recettes en France⁷, le taux d'activité moyen par catégorie de médecin en Allemagne⁸. Les objectifs sont définis avant tout comme des objectifs financiers et non pas comme des objectifs sanitaires. Il s'agit bien d'une « économisation » de la pratique médicale dans la mesure où il est demandé au médecin non seulement de soigner mais aussi de contribuer à l'équilibre financier de l'assurance maladie et de prendre en compte dans sa pratique individuelle le coût économique de ses actes.

Or, à partir du moment où interviennent des critères d'évaluation non médicaux de la pratique de soins, l'intervention de tiers extérieurs

7. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), fixé annuellement par le Parlement depuis le plan Juppé, se base plus sur des données financières que sur des données sanitaires, même si la discussion parlementaire est précédée par la réunion de la conférence nationale de santé publique.

8. La récente loi de « renforcement de la solidarité » (*Solidaritäts Stärkungsgesetz*), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1999, établit un budget annuel pour les honoraires médicaux dont le taux de croissance est déterminé uniquement par le taux d'évolution des salaires. La priorité est clairement donnée à un alignement strict des dépenses sur les recettes de l'assurance maladie.

à la profession est facilitée. On passe ainsi progressivement, au fur et à mesure de l'intensification des politiques de maîtrise des dépenses, de l'autocontrôle au contrôle externe. En France, il est le fait des caisses d'assurance maladie, qui ont progressivement accru leurs instruments de contrôle. En particulier, la mise en place, depuis 1993, de références médicales opposables (RMO) permet aux caisses de sanctionner les médecins en fonction de normes thérapeutiques⁹. Cette évolution s'est accompagnée d'un développement des outils d'information pour surveiller l'activité des médecins, avec le codage des actes et l'informatisation. On retrouve, par ailleurs, ce double encadrement économique et médicalisé dans le secteur hospitalier, avec, d'un côté, les effets du budget global (et l'affirmation du pouvoir des directeurs d'hôpitaux) et, de l'autre, ceux de la mise en place progressive du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettant de comparer, sur la base de groupes homogènes de malades, les performances économiques et thérapeutiques des différents hôpitaux. Le plan Juppé renforce cette tendance par le rôle attribué aux agences régionales d'hospitalisation et la mise en place d'une procédure d'accréditation des services.

Toutefois, en France, l'effectivité des sanctions apparaît relativement limitée, comme le montre le cas des RMO. La faiblesse des sanctions est liée à la fois aux résistances des médecins, représentés dans les commissions conventionnelles décidant de ces sanctions, et au manque de moyens des caisses pour exercer un contrôle systématique. De plus, la mise en place des outils d'information et d'évaluation se heurte à la fois à l'opposition des médecins (on peut mentionner le mouvement récent de boycott de la prime à l'informatisation et la contestation de la carte Sésame-Vitale) et aux problèmes techniques rencontrés (notamment pour le codage des actes).

En Allemagne, la question du contrôle économique de l'activité médicale se pose depuis la mise en place de normes de comportement économique par la loi de 1977, renforcée par l'enveloppe fermée pour les prescriptions de médicaments instituée par la réforme Seehofer de

9. Ajoutons que le règlement conventionnel minimal, en vigueur depuis décembre 1998 pour les spécialistes, accroît les possibilités de contrôle des caisses pour les dépassements d'honoraires (secteur 2). La nouvelle convention pour les généralistes prévoit quant à elle que les médecins, devenant des «médecins-référents» auxquels les patients pourront s'abonner, seront obligés de respecter un seuil maximal d'activité, devront prescrire un minimum de 15 % des médicaments «les moins chers» d'une classe thérapeutique et seront soumis à des évaluations régulières des connaissances suite aux actions de formation professionnelle continue.

1992. La mise en place des budgets individuels et de normes en matière de prescriptions de médicaments¹⁰ a, en 1997, renforcé l'encadrement de l'activité médicale et la menace de sanctions. Mais, ici, le contrôle reste, plus qu'en France, largement pris en charge par la profession elle-même puisque ce sont les Unions de médecins de caisse qui sont chargées du suivi de l'activité médicale et, éventuellement, des sanctions. Ce sont également elles qui définissent et mettent en œuvre les budgets individuels. Toutefois, de façon croissante, le contrôle n'est pas effectué uniquement par les médecins, mais aussi par des commissions paritaires médecins-caisses.

Cette différence s'explique avant tout par des stratégies collectives contrastées de la profession médicale. En Allemagne, les médecins, représentés de façon très institutionnalisée par les Unions de médecins de caisse, ont accepté de prendre en charge la régulation économique du système de soins, ce qui s'inscrit dans la logique à long terme de l'autoadministration du système d'assurance maladie¹¹. En France, la stratégie collective de la profession, elle-même plus divisée et moins institutionnalisée qu'en Allemagne, a été de s'opposer beaucoup plus frontalement à la maîtrise des dépenses dans une logique de défense d'intérêts segmentés et non pas d'implication dans la régulation du système d'assurance maladie. Ces différences de stratégie ont donc pour conséquence un moindre poids du contrôle externe dans le cas de l'Allemagne.

57

En Grande-Bretagne, la question du contrôle de la pratique médicale se pose dans des termes différents. Le « compromis historique » passé entre la profession médicale et l'État lors de la mise en place du National Health Service (NHS), en 1946, a conduit à la mise en place d'institutions largement dominées par les médecins et dont le rôle était celui de la régulation de l'activité professionnelle, garantissant une large autonomie professionnelle, malgré l'existence d'un système étatisé. Le partage des rôles était clair : à l'État de décider du montant des ressources allouées à la santé, aux médecins de décider de l'utilisation de ces res-

10. Dans le domaine du médicament, le nouveau gouvernement « rouge-vert » envisage la mise en place d'une « liste positive » de médicaments remboursables afin de réduire drastiquement leur nombre. Les représentants des médecins y voient une atteinte à la liberté de prescription, déjà fortement encadrée du fait de l'existence des budgets.

11. Marian Döhler et Patrick Hassenteufel, « Les politiques de régulation de l'assurance maladie en France et en Allemagne », *Revue française d'administration publique*, n° 76, octobre-décembre 1995, p. 549-560.

sources¹². Cette situation s'est progressivement modifiée depuis les années 1980 sous l'effet d'une double évolution. La première est l'apparition d'un nouveau type d'administrateurs du système de santé, à la suite du premier rapport Griffith de 1983 : les *new managers*, souvent issus du secteur privé, porteurs d'un référentiel d'efficience et soutenant le développement des outils d'évaluation de l'activité médicale¹³. La seconde évolution est liée à la réforme de 1991 qui introduit des mécanismes de concurrence à l'intérieur du système (quasi-marchés). La mise en place de la concurrence suppose l'existence d'instruments d'information permettant de comparer les performances des institutions sanitaires, en particulier des hôpitaux. La réforme s'est donc accompagnée de la diffusion de normes économiques et de la mise en place de nouvelles instances de contrôle de l'activité médicale, au sein desquelles les représentants du corps médical sont moins dominants qu'auparavant, en particulier au sein des *Family Health Service Authorities*. Toutefois, en Grande-Bretagne, la forte implication des médecins dans la mise en œuvre de la réforme de 1991 a conduit à la production d'une information à l'initiative des médecins eux-mêmes. De ce fait, le contrôle externe reste faible : la profession médicale a conservé une large autonomie en matière de décision médicale¹⁴. Ainsi peut-on dire que l'avènement du *new managerialism* a plus relevé du discours que de la réalité.

Comme on le voit, ces éléments, certes contrastés, de remise en cause du pouvoir médical sont étroitement liés aux différentes dispositions adoptées en matière de protection maladie dans les trois pays depuis les années 1980. L'érosion du pouvoir professionnel dépend aussi du pouvoir politique des médecins. L'évolution de celui-ci se révèle donc à travers l'analyse des processus décisionnels ayant conduit aux « réformes » des années 1990.

12. Rudolf Klein, *The New Politics of the NHS*, Londres, Longman, 1995 (3^e éd.).

13. Chris Ham, *Management and Competition in the NHS*, Oxon, Radcliffe Medical Press, 1997 (2^e éd.).

14. Anne Develay, Michel Naiditch et Gérard de Pouvourville, « Information médicale et régulation de la médecine générale : une approche comparative », *Revue française d'administration publique*, n° 76, octobre-décembre 1995, p. 649-661.

LE POUVOIR POLITIQUE CONTESTÉ : FRAGMENTATION DE LA PROFESSION ET PERTE DU POUVOIR DE VETO

Dans de nombreux travaux, les médecins sont présentés sous les traits d'un *veto-group* ou d'un lobby capable de s'opposer à toute mesure menaçant leurs intérêts collectifs. Ces analyses s'appuient sur des tentatives politiques avortées, notamment en Allemagne¹⁵ et en Grande-Bretagne¹⁶. Elles mettent en avant le poids de la représentation politique des médecins, l'importance des relais politiques dont ils disposent, ainsi que leur influence présumée sur l'opinion publique (« il est extrêmement difficile de faire une loi contre 70 000 médecins qui voient chacun trente patients par jour », aurait dit le chancelier Adenauer pour justifier le recul du gouvernement sur le projet Blank de réforme de l'assurance maladie).

59

Pourtant, dans les années 1990 ont été adoptées dans les trois pays considérés des réformes rejetées par une partie importante des médecins, parce qu'elles allaient à l'encontre d'un certain nombre d'intérêts collectifs de la profession. On mentionnera en particulier la réforme du NHS britannique de 1991, la réforme Seehofer en Allemagne (1992) et le plan Juppé en France (1996). Il s'agit là, à plusieurs égards, de défaites politiques pour les médecins, dans la mesure où ces réformes se sont traduites par un renforcement des normes financières et un poids accru des acteurs étatiques dans la régulation du système¹⁷. Pour comprendre ce résultat, on peut avancer deux facteurs explicatifs principaux : d'une part les stratégies politiques des décideurs, d'autre part la fragmentation des médecins face aux projets de réforme.

En effet ces réformes se caractérisent par une faible prise en compte des positions défendues par les représentants de la profession. Dans le cas du plan Juppé, le processus décisionnel s'est limité aux sommets de l'exécutif ; dans le cas de la réforme Seehofer, il s'est focalisé sur les négoc-

15. Bernd Rosewitz et Douglas Webber, *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*, Francfort, Campus, 1990.

16. Theodor Marmor et David Thomas, « Doctors, Politics and Pay Disputes », *British Journal of Political Science*, n° 4, 1972, p. 421-442.

17. Patrick Hassenteufel, « Les réformes des systèmes de protection maladie entre étatisation et libéralisation. Une comparaison européenne », *Revue internationale de politique comparée*, n° 2, 1998, p. 315-342.

ciations interpartisanes dans le cadre de la mise en place d'une « grande coalition » ponctuelle ; en Grande-Bretagne, enfin, l'adoption du rapport *Working for Patients* s'est faite en dehors du processus de concertation habituel incluant de façon centrale les médecins. Ces stratégies politiques de rupture s'expliquent notamment par la priorité politique donnée à ces réformes.

60 En France, le plan Juppé a été construit politiquement en symbole de l'action réformatrice du gouvernement, de sa capacité à « bousculer les immobilismes » dans la continuité de la rhétorique déployée par le candidat Chirac lors de la campagne pour les élections présidentielles de 1995. A également joué le contexte financièrement contraignant du respect des critères de déficit budgétaire définis par le traité de Maastricht et politiquement porteur du cinquantième anniversaire des ordonnances créant la Sécurité sociale. Le processus décisionnel a été particulièrement fermé, tant en aval qu'en amont. En amont le projet a été préparé dans le plus grand secret par un groupe très restreint de hauts fonctionnaires ; en aval le recours aux ordonnances a empêché toute intervention parlementaire : le processus décisionnel s'est limité aux interactions entre cabinets ministériels et directions administratives concernées. On peut ajouter que la mobilisation syndicale contre d'autres aspects de la réforme en novembre-décembre 1995, qui a conduit au recul du gouvernement sur la question des retraites, a renforcé la contrainte politique dans le sens de l'adoption des mesures concernant l'assurance maladie.

En Allemagne, les coûts financiers de la réunification, largement supérieurs aux prévisions, ont là aussi fonctionné comme un système de contraintes fort en faveur de mesures drastiques de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Le ministre de la Santé, soucieux de ne pas répéter le scénario d'évidement de la réforme précédente par l'intervention des professionnels de santé, a poursuivi une stratégie d'accord politique avec le principal parti d'opposition, le SPD, afin de marginaliser le parti libéral, pourtant membre de la coalition gouvernementale, mais soutien traditionnel de la profession médicale.

Dans le cas britannique, le contexte de pression publique et médiatique autour des dysfonctionnements du NHS et de rapports dégradés entre les principaux acteurs du système de santé et le gouvernement a favorisé la réforme. Le conflit était devenu quasi permanent : le gouvernement n'avait politiquement plus grand-chose à perdre, d'autant plus que Margaret Thatcher venait d'entamer un quatrième mandat, ce qui laissait un délai suffisant avant les prochaines élections pour mettre en

œuvre une réforme radicale. Il en a résulté un choix politique de rupture qui s'est traduit par la constitution d'un comité de cabinet (*Cabinet Committee*) restreint comprenant le Premier ministre lui-même, Nigel Lawson et John Major pour le Trésor, deux membres de la direction générale de la santé et deux membres de la *Policy Unit* auprès du Premier ministre, représentant les *think tanks* conservateurs. Ce groupe, qui a exclu délibérément les représentants des médecins, a élaboré le rapport *Working for Patients*, rendu public en janvier 1989, noyau dur de la réforme du NHS entrée en application en avril 1991.

L'autre élément d'explication de l'adoption de ces réformes est la division des médecins tant face au plan Juppé que face à la réforme Seehofer et à la réforme Griffith. La profession médicale n'a pas été en mesure de former un front uni s'opposant aux mesures les plus lourdes de conséquences.

61

En France, le principal syndicat de généralistes, MG France, s'est posé clairement en soutien au plan Juppé, en refusant notamment de participer au « front libéral » d'opposition à la réforme et en acceptant de signer la convention médicale mettant en œuvre les principales dispositions des ordonnances d'avril 1996. La position des médecins a également été affaiblie par l'absence de mobilisation des autres professions de santé, contrairement à ce qui s'était passé en 1991, où les importantes manifestations regroupant l'ensemble des professionnels de santé, notamment les cliniques, avaient conduit au retrait du projet de mise en place d'enveloppes globales.

En Allemagne, les médecins n'ont pas plus été en mesure de former un front uni face au gouvernement, qui s'est également appuyé sur les généralistes, représentés par le syndicat BPA qui a affirmé publiquement à plusieurs reprises son soutien à la réforme. Il en a été de même pour les médecins « alternatifs » (de gauche) du VDÄA. De plus, la position des porte-parole institutionnels de la profession, partenaires traditionnels des caisses (Unions) et de l'État (Chambres), a été affaiblie par des divergences stratégiques (les opposants les plus radicaux prônant une sortie collective du système d'assurance maladie) et par des divergences entre médecins hospitaliers et médecins installés en ambulatoire.

Enfin, en Grande-Bretagne, la réforme a été rapidement acceptée par les généralistes en mesure de devenir des gestionnaires de budgets (*fundholders*), qui y ont vu un moyen de renforcer leur position et leurs ressources.

Peut-on pour autant diagnostiquer un déclin irrémédiable du pouvoir politique des médecins ? Une réponse plus nuancée me semble plus pertinente pour deux raisons.

La première repose sur le constat que les médecins ont, après l'adoption de ces réformes, été en mesure de faire la preuve de leur capacité d'intervention. En France, on peut mentionner les formes multiples d'opposition à la mise en œuvre du plan Juppé, dont la dernière en date est la grève des cabinets de spécialistes observée fin 1998 contre les pénalités financières en cas de dépassement de l'objectif d'évolution des dépenses d'assurance maladie, dont les modalités ont par ailleurs été censurées par le Conseil constitutionnel¹⁸.

62 En Allemagne, les médecins ont été en mesure de peser bien plus fortement sur la troisième étape de la réforme de l'assurance maladie adoptée en juin 1997. Elle s'est traduite par un relâchement de l'encadrement budgétaire et par un accroissement des paiements directs (tickets modérateurs) assurés par les patients. Toutefois, le gouvernement Schröder est déjà revenu sur ces mesures, comme l'annonçait l'accord de coalition SPD-Verts, dans le cadre de la loi dite de « renforcement de la solidarité » entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1999. Le retour d'un encadrement budgétaire plus strict (notamment la baisse du budget global des prescriptions de 7,5 %) a entraîné la plus importante manifestation de médecins de l'histoire de l'Allemagne fédérale (plus de 10 000 manifestants), en décembre 1998, sans que celle-ci n'infléchisse le contenu de la loi.

La seconde raison est le fait qu'une partie des médecins peut être vue comme bénéficiaire des réformes, c'est en particulier le cas des généralistes.

En France, la valorisation de la médecine générale fait partie intégrante de la stratégie poursuivie par les gouvernements successifs depuis la fin des années 1980. Si les « contrats de santé » revendiqués par MG France n'ont pas pu être mis en place en 1991, la séparation de la médecine ambulatoire en deux domaines séparés a été largement favorisée par les pouvoirs publics, au nom de l'amélioration de la coordination des soins. Ainsi, le plan Juppé permet la signature de conventions séparées pour les généralistes et les spécialistes et l'adoption d'objectifs distincts en matière d'évolution des dépenses. C'est ce qui permet de comprendre,

18. L'utilisation des recours juridiques pour contester les dispositifs de maîtrise des dépenses est une constante dans les conflits entre les médecins et l'État et a entraîné à plusieurs reprises l'annulation des conventions médicales par le Conseil d'État.

d'une part, l'adoption du dispositif du médecin généraliste « référent », dans le cadre conventionnel puis législatif, restreignant le libre accès au spécialiste, d'autre part la définition d'objectifs de dépenses moins restrictifs pour les généralistes par rapport aux spécialistes.

En Allemagne, la réforme Seehofer a permis la reconnaissance de la médecine générale comme une véritable spécialité médicale et la définition d'un domaine de compétence propre. Ajoutons que le nouveau gouvernement a, dans l'accord de coalition, annoncé le renforcement du rôle pivot du généraliste comme premier recours au système de soins, faisant ainsi écho aux revendications du BPA (principal syndicat de généralistes).

Enfin, en Grande-Bretagne, la mise en place des quasi-marchés a clairement renforcé la position des généralistes gestionnaires de budgets (*GP fundholders*). D'une part ceux-ci ont pris en charge de façon croissante des prestations de soins auparavant effectuées à l'hôpital (en matière de chirurgie légère par exemple) ; d'autre part ils disposent de pouvoirs vis-à-vis des trusts hospitaliers pour négocier des conditions favorables pour leurs patients, du fait de leur nouveau rôle d'acheteurs de soins¹⁹.

63

Peut-on alors parler de déclin du pouvoir médical ? Le terme est probablement inadéquat dans le cas européen, parler d'érosion serait peut-être plus juste. Ce constat, fait ici pour le pouvoir professionnel et le pouvoir politique des médecins, vaut probablement aussi pour leur pouvoir économique et leur pouvoir social. En effet, s'il apparaît très excessif de parler de « prolétarianisation », comme l'ont fait certains²⁰, il est net que les revenus de la profession évoluent de façon moins favorable, tant en valeur absolue qu'en valeur relative (par rapport à d'autres catégories socioprofessionnelles). Et, sur le plan social, il est vrai que le prestige social des médecins a été écorné, notamment du fait de leur silence face à un certain nombre d'enjeux fortement médiatisés de santé publique (contamination par le sida, « vache folle », dopage...). De plus, les formes de « démocratisation » de l'accès au savoir médical (*via* internet notamment) rendent les patients plus exigeants vis-à-vis des méde-

19. Brian Salter, *The Politics of Change in the Health Service*, Londres, Macmillan, 1998.

20. James Bernard Mac Kinlay et John Arches, « Towards the Proletarianization of Physicians », *International Journal of Health Services*, n° 15, 1985. Selon les statistiques de la CNAM, le revenu moyen des médecins (avant impôts, charges sociales et professionnelles incluses) était de 433 000 francs en 1996.

cins. La lente émergence d'un « pouvoir des patients », progressivement reconnu juridiquement et institutionnellement, modifie elle aussi l'équilibre des forces au sein des systèmes de protection maladie européens.

R É S U M É

Plutôt que de déclin du pouvoir médical, la comparaison européenne conduit à parler d'érosion du pouvoir médical. Cette évolution se donne tout d'abord à voir au niveau du pouvoir professionnel du fait de l'encadrement croissant de la pratique médicale par des acteurs externes, en fonction de critères économiques. C'est aussi une conséquence d'une certaine perte du pouvoir d'influence des médecins sur les décisions de politique publique.