



HAL
open science

La médecine libérale entre Sécurité sociale et capitalisme sanitaire : vers une prolétarianisation du travail médical ?

Nicolas da Silva

► To cite this version:

Nicolas da Silva. La médecine libérale entre Sécurité sociale et capitalisme sanitaire : vers une prolétarianisation du travail médical ?. L'Économie politique, 2018. hal-02306254

HAL Id: hal-02306254

<https://hal.science/hal-02306254>

Submitted on 5 Oct 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La médecine libérale entre Sécurité sociale et capitalisme sanitaire : vers une prolétarianisation du travail médical ?

Nicolas Da Silva, maître de conférences, CEPN UMR 7234, Université Paris 13

Introduction

La médecine libérale est la cible de nombreuses critiques : dépassements d'honoraires, déserts médicaux, refus de soins aux titulaires de la couverture maladie universelle, médiocre qualité des soins, défaut de coordination, proximité avec les laboratoires pharmaceutiques et autres industries de la santé, etc. Traditionnellement les travaux en sciences sociales analysent ces questions à l'aune de la frontière toujours mouvante de l'activité médicale entre État et marché. La spécificité du cas français repose sur une construction historique dans laquelle la médecine de ville ne relève ni de l'État (contrairement au cas britannique) ni du marché (contrairement au cas états-unien). Dès lors, les débats s'organisent autour de diagnostics contradictoires sur le « trop d'état » ou le « trop de marché » avec pour enjeu central le poids qu'il faudrait laisser ou non aux mécanismes concurrentiels comme le prix.

Dans cet article je m'inscris dans les travaux critiques de la marchandisation de la santé¹ tout en déplaçant la focale. Plutôt que de centrer la discussion sur l'opposition État-marché, il s'agira de penser l'opposition entre Sécurité sociale et capitalisme sanitaire. J'entends par capitalisme sanitaire la relation symbiotique entre l'État et les grands secteurs capitalistes (assureurs et industriels).

La thèse défendue ici est que l'enjeu central dans les transformations récentes de la profession médicale n'est pas tant dans l'introduction de mécanismes marchands que dans la dépossession du pouvoir qu'ont les médecins sur leur travail. Alors que la médecine libérale n'a paradoxalement jamais été aussi libérée que pendant les grandes heures de la Sécurité sociale, avec le développement du capitalisme sanitaire, l'activité médicale perd peu à peu de son autonomie, notamment *via* le processus d'industrialisation des soins, ce qui est la condition nécessaire pour que des entreprises à but lucratif puissent extraire une partie du travail médical sous forme de profit. Si on appelle prolétaire celui qui est dépossédé de son travail du fait de la concentration des moyens de production dans les mains d'un propriétaire, alors en ne défendant pas la Sécurité sociale face aux complémentaires et à l'État, la médecine libérale s'expose au risque de la prolétarianisation. Quel médecin pourra en effet avoir le

¹ Voir la contribution dans ce numéro de Philippe Batifoulier qui propose un cadre analytique des différentes formes de marchandisation soulignant un point essentiel : l'État ne s'oppose pas au marché, il l'institue.

contrôle sur son travail quand il dépendra du bon vouloir des complémentaires santé pour accéder à une patientèle solvable ?

Le refus de la concurrence et de l'administration

L'histoire de la médecine se caractérise depuis la Révolution Française comme la tentative de construction d'un monopole sur l'activité médicale. La dimension libérale de la Révolution se donne à voir dans le champ de la médecine par la dissolution des protections professionnelles par les décrets d'Allarde de mars 1791 (suppression des corporations). Les médecins sont alors mis en concurrence avec ceux qu'ils appellent les charlatans tirant les prix à la baisse et rendant précaire l'activité médicale. Les années de lutte portent leurs fruits en 1892 avec la loi Chevandier qui rétablit le monopole de la médecine aux médecins en interdisant la pratique aux officiers de santé (profession créée en 1803²) et autres prétendants (rebouteux, guérisseurs, etc.).

Si les médecins refusent une médecine concurrentielle, ils refusent également une médecine administrée. Au même moment où la loi Chevandier écarte le péril de la mise en concurrence, la conflictualité sociale porte au-devant de la scène le spectre de la socialisation de la production de soin. La loi sur l'Assistance médicale gratuite de 1893 pose le problème central pour les médecins au cours de la période suivante : faut-il accepter l'immixtion d'un tiers (assureur public ou non) pour le financement des actes médicaux et donc la détermination du prix et des modalités de paiement ?

La profession est loin d'être unifiée sur la question notamment du fait de l'insécurité vécue par de nombreux médecins n'ayant pas en face d'eux une patientèle solvable. Néanmoins, les médecins adoptent en 1927 la Charte de la médecine libérale qui constitue aujourd'hui encore le fond commun de la profession (Hassenteufel, 1997). Entre autres principes, la Charte dispose que le financement des soins doit se faire par l'entente directe entre la patient et le médecin (sans intervention du financeur) par le jeu d'une négociation où le médecin prend en compte la situation particulière du patient et est prêt à pratiquer, lorsque c'est nécessaire, des actes gratuits ou peu chers.

L'entente directe ne peut pas se concevoir uniquement comme un mécanisme financier, elle est aussi un principe censé garantir la qualité des soins. En ce sens, la non-participation de tiers (au même titre que le refus de la concurrence) se justifie au nom de la qualité des soins.

² Les officiers de santé sont des personnels exerçant la médecine sans le titre de docteur mais en ayant fait valoir une expérience reconnue par un jury. Ils sont destinés principalement aux populations pauvres dans les campagnes.

Lorsqu'un tiers intervient dans le financement (notamment l'État), il est à craindre qu'il cherche à intervenir dans l'organisation du soin et à administrer le travail au détriment du patient. Ainsi, à côté du principe d'entente directe, la Charte de la médecine libérale promeut la liberté thérapeutique et la liberté de prescription. Le médecin, en conscience, est le plus à même de définir quel est l'acte juste pour chaque patient.

Le paradoxe de la médecine libérale

Entre 1893 et 1960, la médecine libérale s'oppose au mouvement de socialisation de la production des soins. Que cela soit avec les lois d'assurance sociale de 1928-1930 ou avec les ordonnances de 1945, l'assureur ne peut pas s'engager à rembourser les soins de médecine de ville s'il ne maîtrise pas l'évolution des prix. L'équilibre financier de l'institution est en jeu. Or, la Confédération des syndicats médicaux français, seule organisation représentative jusque dans les années 1960, refuse de négocier les tarifs dans le cadre de la procédure de conventionnement. Le conventionnement (outil de régulation encore en vigueur aujourd'hui) est un accord entre les caisses et les syndicats de médecins sur un tarif que les médecins s'engagent à ne pas dépasser, ce qui permet en retour aux caisses de s'engager auprès des patients à en rembourser une part définie à l'avance – tarif que l'on appelle tarif opposable. En l'absence d'accord, les médecins pratiquent au minimum le tarif syndical, très élevé par rapport à ce que sont prêtes à rembourser les caisses, et ces dernières ne remboursent qu'un faible montant de ce qui est effectivement payé par les assurés.

Cette situation de blocage produit un double effet. D'une part, les patients n'ont pas accès à la médecine de ville dans la mesure où les remboursements sont faibles. Le principe de remboursement à 80 % des soins de 1945 reste de l'encre sur du papier. D'autre part, les médecins travaillant dans des zones où les ménages sont peu aisés vivent dans des conditions économiques difficiles (surtout en campagne et en périphérie urbaine).

Le décret du 12 mai 1960 modifie en profondeur cette situation de blocage. De façon à forcer les syndicats de médecins à accepter le principe du conventionnement, le décret prévoit que dans les départements où les syndicats refusent de signer une convention, les médecins qui le désirent peuvent signer une convention individuelle. Cette stratégie casse l'unité apparente du syndicalisme médical et, en quelques années, les syndicats de médecins se résignent à négocier dans tous les départements des conventions. Cet épisode est le point de départ d'une massification de l'accès à la médecine de ville en France (Hatzfeld, 1963). En 1971, pour la première fois, une convention nationale est signée prévoyant un tarif opposable uniforme sur l'ensemble du territoire.

Paradoxalement, cette histoire conflictuelle produit pour la médecine libérale une considérable amélioration de ses conditions matérielles d'existence. Non seulement les médecins voient leurs revenus sécurisés par la solvabilisation d'une masse jamais vue de patients, mais de plus la Sécurité sociale ne s'est jamais sérieusement immiscée dans l'organisation du travail médical. À une période où la Sécurité sociale est gérée par les intéressés³, la confiance envers la profession se donne à voir par l'acceptation du principe d'autorégulation médicale. Les médecins étant les plus compétents pour évaluer la qualité du travail d'autres médecins⁴, la Sécurité sociale s'est attachée principalement à négocier les tarifs permettant de généraliser l'accès aux soins. Collectivement, la médecine libérale n'a jamais été aussi indépendante et libérée que lors de cet âge d'or.

De la régulation par les prix à la régulation par les pratiques

Parallèlement à l'avènement du tarif opposable dans les années 1960-1970, la médecine libérale subit une triple crise de légitimité. D'abord, le paternalisme médical est contesté dans le cadre du développement de nouvelles maladies comme le sida pour lesquelles les patients et leurs associations revendiquent un rôle au sein même du processus de soin. Ensuite, les différents scandales sanitaires comme celui du sang contaminé jettent une ombre sur les autorités médicales suspectes de ne pas tenir l'intérêt du patient comme premier principe d'action (Benamouzig, et Besançon, 2005). Enfin, la crise économique met en évidence que si la santé n'a pas de prix elle a un coût qu'il faut maîtriser.

Cette situation conduit à revenir sur le tarif opposable. Plutôt que d'accéder aux revendications de revalorisation tarifaire, l'État décide en 1980 d'ouvrir la possibilité pour les médecins qui le souhaitent de pratiquer des honoraires libres – ce que l'on appelle aujourd'hui le secteur 2 (à dépassements d'honoraires). De la sorte les médecins peuvent accroître leurs revenus sans que cela ne pèse sur le budget de l'Assurance maladie (créée en 1967). Le tarif opposable sur l'ensemble du territoire aura vécu 9 ans. Les années suivantes sont marquées par plusieurs tentatives avortées de re-régulation des prix (convention de 1990, plan Juppé de 1996, etc.). Mais, tant par intérêt budgétaire que par difficulté politique, l'État abandonne toute tentative sérieuse de remise en cause de l'entente directe (Pierru, 2007).

Cet abandon relatif de la régulation par les prix ne signifie pas absence de régulation. En effet, à partir des années 1990, l'État s'intéresse à la régulation des pratiques médicales. Plutôt que

³ L'originalité de la sécurité sociale de 1945 est l'octroi de la gestion des caisses aux intéressés. Les caisses sont administrées par $\frac{3}{4}$ de représentants élus d'ouvriers et $\frac{1}{4}$ d'employeurs.

⁴ Les institutions constitutives de l'autorégulation de la profession médicale sont multiples : études longues, Ordre des médecins, syndicats et associations professionnelles, codes éthiques, serment d'Hippocrate, etc.

de chercher un tarif opposable, il s'agit de définir une pratique opposable. Fort des différentes crises de la médecine libérale, le régulateur va produire de nombreuses institutions visant à contrôler le travail médical. Pour ce faire il s'allie à des acteurs médicaux issus du courant de recherche médicale nommé la médecine fondée sur les preuves. Schématiquement, il s'agit pour ces médecins de favoriser les connaissances médicales validées par des procédures statistiques drastiques et de mettre en second plan d'autres formes de connaissances médicales.

Pour l'État, l'intérêt de la médecine fondée sur les preuves provient de sa capacité à produire des normes professionnelles quantifiées et standardisées qui peuvent servir à contrôler le travail médical. Naissent alors un ensemble d'institutions en apparence décousues, mais en réalité cohérentes, de contrôle des pratiques professionnelles. À partir des normes produites dans la sphère médicale, l'État assure la certification et la diffusion de ces normes (par les agences de santé comme la Haute autorité de santé), le contrôle du respect des normes (par le développement des systèmes d'information, comme la généralisation de la carte vitale), la modification des pratiques (par des dispositifs incitatifs) et la sanction des pratiques déviantes (*via* l'usage de ces normes pour établir la responsabilité juridique des médecins).

Au total, on assiste à une véritable industrialisation de la qualité des soins par laquelle la définition du travail médical change (Tableau 1). Alors que traditionnellement le médecin est au cœur de l'activité de soin parce qu'il doit traiter la singularité de chaque cas qui s'impose à lui, désormais l'activité médicale est centrée sur le respect des standards professionnels. Il y a un déplacement de l'institution portant la responsabilité de la qualité des soins depuis le médecin lui-même vers les agences de santé. La qualité des soins n'est plus à attendre de la capacité d'adaptation du médecin au cas qu'il rencontre mais de sa capacité à attribuer un cas à une nomenclature. Ce qui prime n'est plus son jugement et son expérience mais l'application de la procédure correspondant au cas.

Tableau 1 : Convention de qualité des soins inspirée/domestique et industrielle

	Convention inspirée/domestique	Convention industrielle
Définition de la maladie	Rupture qualitative avec le normal	Variation quantitative avec le normal
Objet de l'activité	Couple patient-malade	Maladie
Problème médical résoudre	Singularité et complexité	Hétérogénéité des pratiques
Objet du soin	Malade singulier	Malade moyen
Particularité du savoir médical	Fondé sur l'expérience	Fondé sur les standards
Tâche du médecin	Adaptation au cas	Attribution du cas
Définition de la qualité	Professionnel	Médecine fondée sur les preuves
Éthique médicale	Primordiale	Secondaire
Institution de la confiance	Éthique médicale	Agence de certification

Source : Da Silva (2018), p. 24.

Lecture sous le tableau : Le concept de convention se rattache au courant de l'Economie des Conventions qui insiste sur le fait que les actions sont guidées par les représentations des acteurs sur ce qu'il convient de faire (principes de justice). Les conventions de qualité sont des principes d'évaluation de la qualité d'un bien ou d'un service. Ces conventions sont incommensurables (il n'y en a pas une meilleure qu'une autre) ce qui impose une délibération politique sur ce qu'il convient de faire. La convention inspirée/domestique de qualité des soins valorise la singularité de la réponse du médecin et sa proximité affective avec le patient. La convention industrielle valorise le respect inconditionnel des protocoles.

Les limites de l'industrialisation des soins

Le mouvement d'industrialisation des soins repose en partie sur un fondement légitime : la multiplication des savoirs médicaux difficiles à maîtriser pour les médecins et les crises évoquées de la médecine libérale justifient une réflexion sur les pratiques professionnelles. Néanmoins, l'État s'est saisi des outils de la médecine fondée sur les preuves en durcissant la réalité des débats existant dans la sphère médicale. L'industrialisation des soins pose en effet deux types de problèmes liés à l'épistémologie de la maladie et à l'épistémologie des statistiques.

Du point de vue de l'épistémologie de la maladie, les recherches récentes tendent à montrer que si la médecine fondée sur les preuves permet de nombreuses avancées, elle n'épuise pas l'ensemble de la réalité médicale. Dans de nombreux cas la relation de soin compte tout autant que la procédure de soin. Le cas emblématique illustrant cette idée concerne l'efficacité des placebos : les symboles peuvent guérir. Dans ce contexte, à côté de la médecine fondée sur les preuves, des voix s'élèvent pour défendre une médecine centrée sur les patients prenant en compte les émotions, les expériences et plus largement la singularité des patients (Bensing, 2000).

Du point de vue de l'épistémologie des statistiques, d'autres travaux montrent qu'il faut rester prudent quant à la généralisation de la médecine fondée sur les preuves. En effet, les conditions matérielles de production des preuves statistiques peuvent entacher leur pertinence. C'est le cas notamment dans la recherche sur les médicaments qui sont ensuite recommandés par les différentes autorités sanitaires et prescrits par les médecins. Les études étant particulièrement coûteuses, les laboratoires ont tendance à faire pression pour diminuer la durée légale des recherches ou pour prendre pour indicateur de qualité des soins des indicateurs intermédiaires (biomarqueurs) plutôt que des indicateurs finaux (réduction de la morbidité ou mortalité). Cela entraîne aujourd'hui une augmentation des effets indésirables découverts après la phase de test des médicaments alors qu'ils sont déjà sur le marché. Les conditions matérielles de production affectent également l'orientation des recherches des laboratoires financeurs (Keel, 2011) : est-il préférable pour eux de financer la recherche sur l'amélioration des pratiques alimentaires ou sur des médicaments coupe faim ?

Dans le champ de la médecine de ville, l'introduction en 2011 de la Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) illustre les difficultés de l'industrialisation des soins. La ROSP est un dispositif incitatif de rémunération en fonction de l'atteinte d'objectifs chiffrés de qualité des soins. Il s'appuie sur des normes quantifiées provenant notamment des travaux liés à la médecine fondée sur les preuves⁵. Ce dispositif a été développé en France en dépit du grand scepticisme des conclusions des études internationales sur ce type d'expériences (scepticisme relevé par un Rapport de l'IGAS publié en 2008). Les recherches dans ce domaine n'arrivent en effet pas à démontrer l'intérêt de suivre des normes standardisées tant pour réduire les dépenses de santé que pour améliorer la qualité des soins. Avec plusieurs années de recul, les études sur le cas français montrent l'absence d'efficacité de ce dispositif (par exemple, Sicsic et Franc, 2017). En outre, nombre d'indicateurs de qualité seraient contestables. D'après la revue médicale *Prescrire*⁶, sur 26 indicateurs introduits dans la ROSP en 2011, seulement 9 d'entre eux peuvent être retenus comme pertinents eu égard à l'état des connaissances médicales.

La rationalité cachée de l'industrialisation des soins

Cet accent sur la régulation des pratiques coïncide avec la phase d'étatisation de la Sécurité sociale. L'histoire de la Sécurité sociale peut en effet se lire comme le transfert progressif du

⁵ Voici un exemple d'indicateur concernant la prise en charge du diabète : part des patients traités par antidiabétiques et bénéficiant de 3 à 4 dosages d'HbA1c dans l'année parmi l'ensemble des patients traités par antidiabétiques.

⁶ Voir par exemple les numéros 352, 353, 355, 356 et 357 du volume 33 paru en 2013.

pouvoir de gestion des intéressés eux-mêmes vers l'Etat. Dès 1945-1946, celui-ci s'inquiète de voir lui échapper une sphère importante de l'activité économique. Il a toujours essayé de prendre le pouvoir sur la Sécurité sociale car il a une conception différente de la protection sociale (Friot, 2012). Alors que la Sécurité sociale s'auto-organise en posant les bases d'une production non capitaliste de santé, dans sa pratique de la protection sociale l'État adopte un double visage de prédateur et de protecteur⁷. Il propose une politique incontestable de protection des plus démunis (filets de sécurité comme la Protection maladie universelle) mais, simultanément, il ouvre des espaces pour l'accumulation de profit en solvabilisant les industriels et en organisant le marché des complémentaires dans les domaines rentables (couramment appelé petit risque). La reprise en main de l'État permet la réorientation stratégique de l'institution. Alors que la Sécurité sociale s'intéressait principalement à l'extension de l'accès aux soins pour les assurés quitte à augmenter les cotisations sociales, l'État préfère contenir l'évolution des cotisations sociales par la libéralisation des tarifs, le contrôle du travail médical et la mise en marché de la santé.

Dans les années 1990, face aux difficultés à maîtriser les tarifs en médecine de ville et étant donné le choix de ne pas augmenter le taux de cotisation, l'État renonce à étendre l'accès aux soins par la régulation des tarifs et décide d'organiser les pratiques médicales. Le paiement à la performance est ainsi présenté non seulement comme un outil d'amélioration de la qualité, mais aussi comme un moyen de réduction des dépenses par « rationalisation ».

L'industrialisation des pratiques peut en conséquence se lire à travers la volonté de l'État de mettre la main sur l'organisation de la médecine libérale. En santé comme ailleurs, l'État se mue en employeur (au sens où il cherche à imposer et à contrôler des normes de travail contre l'autorégulation) et applique les recettes du nouveau management public censées améliorer la qualité de service et réduire les gaspillages. Or, en santé comme ailleurs, non seulement les méthodes du nouveau management public n'ont pas fait la preuve de leur efficacité (au contraire elles produisent de la souffrance au travail et une détérioration du service public) mais en plus, malgré les critiques, aucune démonstration de l'inefficacité économique de la Sécurité sociale n'a été produite. Par exemple, alors que les frais de gestion de la Sécurité sociale s'élèvent à 5%, ceux des complémentaires varient entre 15 et 20%.

La montée des assureurs complémentaires : du marché au capitalisme sanitaire

⁷ On pourra se reporter aux travaux de Mehrdad Vahabi sur le concept d'État prédateur (Vahabi, 2016).

L'absence de régulation par les prix et les politiques de déremboursement engendrent des conséquences désastreuses en termes d'accès aux soins (Batifoulier, 2014, Batifoulier et al. 2018). Faire payer le patient n'est une bonne stratégie que si celui-ci est en mesure de payer. Or, de larges pans de la population choisissent de retarder le moment du recours et même de renoncer aux soins pour raisons financières. L'autre conséquence du recul de la part des soins financée par la Sécurité sociale est la montée en puissance des assureurs complémentaires.

Loin d'être l'antithèse du marché, l'État est à la manœuvre : il organise le marché de la santé pour le rendre acceptable et rentable pour les assureurs et industriels. L'assurance santé est progressivement dualisée avec d'un côté ce qui n'est pas rentable pour les entreprises capitalistes et de l'autre ce qui peut faire l'objet d'un profit. La puissance publique finance fortement les soins hospitaliers difficiles à rentabiliser. Elle finance également les patients atteints d'Affections de longue durée qui eux aussi sont difficilement assurables par des opérateurs privés. Enfin, l'État crée des filets de sécurité pour les populations dans l'impossibilité de s'offrir une complémentaire santé. Il s'agit principalement de la Couverture maladie universelle (remplacée récemment par la Protection universelle maladie) et de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

L'État organise aussi le marché des complémentaires avec comme idéal le principe de mise en concurrence. Ce processus s'enracine dans le temps long avec par exemple en 1989 une loi visant à structurer le marché pour faciliter la comparaison entre les différents acteurs (mutuelles, instituts de prévoyance et assureurs à but lucratif). Les contrats responsables introduits en 2005 ont pour objectif d'encadrer les dépenses de santé en proposant aux complémentaires des contrats types en échange d'avantages fiscaux. La réorganisation du marché s'opère aussi à l'échelle européenne avec la directive Solvency 2 qui impose des ratios financiers favorisant la concentration du marché (réduction du nombre d'acteurs complémentaires qui deviennent plus grands). Dans un contexte de désengagement sélectif du public, la construction du marché des complémentaires vise à rendre plus lisible les contrats existants pour des patients devenus consommateurs. La dernière étape date de 2013 avec l'obligation faite aux entreprises de proposer à leurs employés des complémentaires d'entreprise dont les contrats de base sont définis (avec des niveaux de garantie standards).

Les complémentaires se trouvent désormais dans une position où elles financent certains postes de soin de façon significative. Dans le cas dans la médecine de ville, la part de la consommation de soins financée par la Sécurité sociale est passée d'un peu moins de 80 % en 1980 à un peu plus de 60 % aujourd'hui. Les complémentaires financent 21,6 % des dépenses

ambulatoires en 2016, ce qui leur donne une légitimité forte pour infléchir l'organisation de la médecine libérale. Pour sécuriser leur rentabilité, elles ont intérêt à discipliner la profession médicale sur le modèle des réseaux de soin. L'industrialisation des pratiques offre un point d'appui idéal pour cela. À partir des standards de soins existants il est tout à fait possible d'organiser des parcours de soins et des prescriptions variables en fonction de la qualité (donc du prix) des contrats d'assurance souscrits par les patients. Avec le recul de la Sécurité sociale en médecine de ville, l'accès au patient solvable pour les médecins tend à se faire via des complémentaires santé qui calquent leur fonctionnement sur celui des assureurs à but lucratif⁸. Or, ces assureurs ont tout intérêt à réorganiser le travail de soin non pas tant dans l'intérêt du patient mais pour améliorer la productivité du travail et *in fine* accroître leur marge : hausse des cadences, contrôle des prescriptions, contrôle de la rémunération des médecins, contraintes à l'accès aux soins, etc. Face à cette évolution du système de santé la médecine libérale encoure le risque d'une prolétarianisation.

La médecine libérale à la croisée des chemins ?

La dépossession du travail médical est un mouvement en cours. L'intérêt principal de mettre en lumière ce phénomène est de montrer à quel point il est semblable à ce qui se produit pour tous les travailleurs de la santé indépendamment de leur statut et de leur type d'exercice⁹ (infirmiers, auxiliaires de soin, aide à la personne, hôpital, clinique, maison de santé, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, etc.). Plus largement le monde de la santé vit actuellement la même dépossession que le monde du travail connaît depuis l'industrialisation de l'économie. Le fonctionnement spécifique de la Sécurité sociale a retardé ce mouvement et il semble aujourd'hui que la profession médicale soit à la croisée des chemins et ait à choisir ses alliances.

Préfère-t-elle collectivement la maîtrise de son travail, fondement de son indépendance ? Dans ce cas elle a intérêt à se rapprocher des défenseurs de la Sécurité sociale¹⁰ face aux acteurs du capitalisme sanitaire (État, assureurs et industriels). Il faudrait néanmoins prévoir des concessions sur les tarifs et sur la liberté d'installation. En contrepartie de la liberté d'organisation du travail assurée par la Sécurité sociale, les modes de rémunération doivent

⁸ Les études montrent que les mutuelles et les instituts de prévoyance mis en concurrence avec les assureurs privés modifient leurs pratiques et se comportent comme ces derniers (voir par exemple Abecassis et al., 2018).

⁹ Voir sur cette question le numéro spécial de la Revue de l'IREC paru en 2017, *Crise et réformes au prisme de la santé*.

¹⁰ Certaines associations de praticiens et d'usagers réfléchissent aux possibilités d'une extension de la Sécurité sociale pour une couverture à 100% des besoins de santé. C'est par exemple le cas de l'association « Notre santé en danger » ou du regroupement de mutuelles « Alternative mutualiste ».

évoluer : le salaire peut être généralisé aux médecins qui le désirent et le tarif opposable doit redevenir la norme pour les autres. Les mécanismes incitatifs tels que la ROSP peuvent disparaître car ils ne sont pas efficaces et reposent sur l'idée aberrante que les médecins ne veulent pas faire correctement leur travail. Ces mécanismes dissimulent mal l'absence d'investissement sur la prévention en France (médecine du travail, médecine scolaire, centre de santé, éducation à la santé, etc.). Des négociations doivent être également menées sur les modalités d'installation des médecins. Bien sûr toutes ces évolutions reposent sur la revitalisation de la Sécurité sociale (*via* la défense du taux de cotisation) et de la démocratie sociale (retour des élections et du pouvoir aux caisses).

La profession médicale préfère-t-elle collectivement la liberté tarifaire et la liberté d'installation comme semble le montrer l'absence d'opposition significative à l'industrialisation des pratiques et à la montée des complémentaires ? Le risque est alors la prolétarianisation et la marginalisation au sein du capitalisme sanitaire, indépendamment de ce qu'exige la prise en charge du patient. On peut d'ailleurs se demander si en préférant leurs revenus à leur liberté au travail les médecins ne vont pas perdre leurs revenus et leur liberté au travail ? Dans le cadre de l'indispensable valorisation du capital, comment penser que les assureurs complémentaires vont se satisfaire du contrôle des pratiques et de l'intensification du travail et ne pas s'intéresser au niveau des revenus des médecins ?

Cette alternative suppose de poser la question des contradictions internes à la profession médicale dont la représentation syndicale est fortement divisée depuis les années 1960-1970. Il est évident qu'une socialisation élevée des dépenses *via* la Sécurité sociale implique une homogénéisation de la profession, alors que la prise en charge croissante par les complémentaires santé s'accommode fort bien d'une polarisation de la profession en fonction du niveau de vie des patients et de leur disposition à payer une complémentaire couvrante.

Au-delà de l'analyse traditionnelle opposant État et marché, la dialectique entre Sécurité sociale et capitalisme sanitaire offre un nouveau regard sur les enjeux liés à la profession médicale. Celle-ci est au cœur des contradictions du capitalisme qui, d'un côté, valorise symboliquement la figure de l'entrepreneur individuel, de l'indépendant libéré des contraintes extérieures dans la réalisation de son travail mais qui, simultanément, cherche de nouveaux marchés sur lesquels réaliser des profits – c'est-à-dire sur lesquels exploiter le travail d'autrui pour valoriser un capital¹¹ (ici le capital financier de l'assureur). L'État n'est alors pas une

¹¹ En ce sens l'évolution de la régulation de la médecine libérale semble suivre un chemin semblable à celui d'autres professions réglementées (avocats, notaires, taxis, etc.).

solution permettant d'éradiquer la marchandisation : État et marché sont main dans la main pour dessiner la frontière de ce qui est profitable ou non. Le capitalisme sanitaire se nourrit de l'État qui organise le marché de l'assurance et solvabilise des débouchés industriels (médicament, matériel technique, etc.).

Parce qu'elle était gérée par les intéressés, la Sécurité sociale a inventé des modalités de fonctionnement de la profession médicale permettant aux médecins d'être libérés du marché et de l'État au bénéfice des patients. Bien sûr le cadre de la Sécurité sociale ne fournit pas clé en main les solutions à toutes les problématiques mais il permet aux médecins de maîtriser leur travail et d'avoir prise sur la définition du soin. Une nouvelle alliance pourrait s'appuyer sur les aspirations des jeunes médecins à l'exercice collectif et au salariat. Jusqu'à maintenant toujours entre deux eaux, profitant du meilleur de chacun des systèmes, les médecins voient chaque jour se rapprocher le moment où ils devront choisir de soutenir le capitalisme sanitaire ou la Sécurité sociale.

Bibliographie

- Abecassis P., Coutinet N. et Domin, J-P. (2018), « Les transformations de l'assurance maladie complémentaire à la lumière de la démutualisation/hybridation des banques coopératives », *Revue d'économie industrielle*, Numéro 141, pp. 9-38.
- Batifoulier P. (2014), *Capital santé. Quand le patient devient client*, La Découverte, Paris.
- Batifoulier P., Da Silva N. et Domin J-P. (2018), *Economie de la santé*, Armand Colin, Paris.
- Benamouzig D. et Besançon J. (2005), « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du Travail*, Volume 47, Numéro 3, pp. 301-322.
- Bensing J. (2000), « Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine », *Patient Education and Counseling*, Volume 39, Numéro 1, pp. 17-25.
- Da Silva N. (2018), « L'industrialisation de la médecine libérale : une approche par l'économie des conventions », *Management & avenir santé*, numéro 3, pp. 13-30.
- Friot, B. (2012), *Puissances du salariat*, La Dispute, Paris.
- Hassenteufel P. (1997), *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Science Po.

Hatzfeld, H. (1963), *Le grand tournant de la médecine libérale*, Éditions ouvrières, Paris.

Keel O. (2011), *La médecine des preuves. Une histoire de l'expérimentation thérapeutique par essais cliniques contrôlés*, Champ libre, Québec.

Pierru F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Edition du croquant, Paris.

Sicsic J. et Franc C. (2017), « Impact assessment of a pay-for-performance program on breast cancer screening in France using micro data », *European journal of health economics*, Volume 18, numéro 5, pp. 609-621.

Vahabi M. (2016), *The political economy of predation. Manhunting and the economics of escape*, Cambridge university press, Cambridge