

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine
Laboratoire d'Éthique Médicale
et Médecine Légale
Directeur : Professeur Christian HERVÉ

MASTER 2 "RECHERCHE EN ÉTHIQUE"

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2011-2012

**LES ENJEUX DE L'INTRODUCTION DU PAIEMENT
À LA PERFORMANCE DANS LA CONVENTION NATIONALE
MÉDICALE DE 2011**

Présenté et soutenu par Annie Le Meur

Directeur du mémoire : Éric Martinet

SOMMAIRE

Remerciements.....	p. 4
Liste des sigles.....	p. 5
Introduction.....	p. 7
I] <u>la conceptualisation difficile d'une rémunération à la performance appliquée au généraliste libéral français</u> :	p. 22
A] L'ubuesque dessein de valorisation de la rétribution des médecins généralistes :	p. 22
B] La remise en question de la notion de médecine libérale inhérente à l'étude de l'évolution de la rémunération des médecins libéraux :	p. 54
II] <u>la banalité finale d'une étape impressionnante de l'évolution de la rémunération des généralistes</u> :	p. 100
A] La mise en perspective historique de l'accueil fait au paiement à la performance en France :	p. 100
B] La rémunération sur objectifs de santé publique, évolution stimulante de la situation des médecins :	p. 139
Conclusion.....	p. 162
Annexes.....	p. 168
Bibliographie.....	p. 172
Table des matières.....	p. 186

REMERCIEMENTS

Je remercie M. Martinent, pour m'avoir supportée jusqu'au bout,

Je remercie le Pr. Hervé, pour m'avoir donné la chance d'intégrer cette formation d'exception,

Je remercie le Pr. Moutel et le Pr. Coffin, pour leurs enseignements enrichissants,

Je remercie le Dr. Battistoni, le Dr. Urbejtel et le Dr. Leicher, respectivement secrétaire, trésorier et président du syndicat MG France, pour leur accueil chaleureux et leur juste discernement,

Je remercie le Dr. Chassang, président de la CSMF, pour son intéressante opinion,

Je remercie le Dr. Ménard, président du SMG, pour sa cordialité et son saisissant éclairage,

Je remercie Mme Polton, pour m'avoir accordé sa pertinente expertise,

Je remercie le Dr. Saint-Lary, pour nos aimables échanges,

Je remercie mes collègues du Master 2 de recherche en éthique médicale, pour la convivialité de cette réjouissante année d'études,

Je remercie Caroline et Renaud, pour leur précieuse aide,

Je remercie Cédric, pour son soutien indéfectible,

Je remercie Léna et Pierre, pour ce qu'ils sont,

Je remercie mes parents, pour m'avoir supportée depuis le début.

LISTE DES SIGLES

ACIP	Accord-cadre inter-professionnel	EIP	Évaluation individualisée des pratiques
AGMF	Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France	ENMR	Expérimentations de nouveaux modes de rémunération
Ass.	Assemblée	FMF	Fédération des médecins de France
BJGP	<i>British journal of general practice</i>	HAS	Haute autorité en santé
BMJ	<i>British medical journal</i>	JAMA	<i>Journal of the american medical association</i>
C	Lettre-clé des consultations	J Med Ethics	<i>Journal of medical ethics</i>
CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles	JORF	Journal officiel de la République française
Cass.	Cour de cassation	MT	Médecin traitant
CC	Conseil Constitutionnel	NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
CCAM	Classification commune des actes médicaux	OMS	Organisation mondiale de la santé
CE	Conseil d'État	P4P	<i>Pay for performance</i>
civ.	Chambre civile	QOF	<i>Quality & outcomes framework</i>
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie	RMO	Références médicales opposables
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	SMG	Syndicat de la médecine générale
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins	SML	Syndicat des médecins libéraux
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie	SSR	Sous-sections réunies
CS	Lettre-clé des consultations de spécialités médicales	UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français	UNPS	Union nationale des professionnels de santé libéraux
CSP	Code de la santé publique	URML	Union régionale des médecins libéraux
CSS	Code de la sécurité sociale	URPS	Unions régionales des professionnels de santé
ECN	Épreuves classantes nationales	USMF	Union des syndicats médicaux français
EBM	<i>Evidence-based medicine</i>	EIP	Évaluation individualisée des pratiques

Avant-propos :

Dans ce mémoire nous utiliserons indifféremment les termes de rémunération à la performance, rémunération sur objectifs de santé publique, paiement à la performance, et autres *synonymes*, sans aborder réellement les conflits idéologiques entourant le nom de cette rétribution.

INTRODUCTION

L'éthique médicale est une discipline à part entière qu'il est difficile de définir. Elle peut être considérée comme un art de diriger la conduite, un ensemble de règles pour vivre ensemble. Avoir une réflexion éthique pour prendre une décision juste c'est faire s'entre-croiser des disciplines aux problématiques différentes pour atteindre la solution la moins mauvaise. Le terme d'éthique recouvre de vastes concepts, que certains rapprochent de la morale quand d'autres l'en séparent.

Faire de la recherche en éthique médicale, c'est avoir une réflexion pluridisciplinaire qui se penche sur des situations pratiques ou théoriques pour accéder à une situation qui, sans forcément être idéale, sera meilleure. Les normes juridiques peuvent être concernées, tout autant que les pratiques professionnelles, l'économie de la santé, etc.

Le travail de recherche en éthique médicale que nous vous proposons ici passe par une analyse critique de la mise en place du paiement à la performance, qui se réalise autour de pratiques administratives et juridictionnelles.

L'apparition du paiement à la performance dans le système de soins français est relativement récente. Appliqué depuis plus de dix ans déjà dans la gestion hospitalière¹, ce mode de rémunération est aujourd'hui étendu à une grande partie de la médecine libérale par la convention nationale médicale de 2011².

Issue d'essais internationaux plus ou moins concluants³, l'idée d'une rétribution de ce type nous est surtout parvenue par le biais de l'expérience la plus

1 Voir TEIL Alice, *Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière*, Thèse de doctorat es sciences de gestion, Lyon : Université Jean Moulin, 2002.

2 Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, JORF n°0223, 25 septembre 2011, p. 16080.

3 Notamment aux États-Unis, mais de plus en plus d'initiatives sont constatées dans d'autres pays.

poussée du genre : le *Quality & outcomes framework*¹ (QOF) du *British national health service*². Mis en place en 2004, ce programme concerne plus de 50 millions de patients, pris en charge par 8400 centres d'exercice en groupe de professionnels de santé. Le but annoncé par le service public britannique était d'améliorer la qualité des pratiques médicales et l'accès aux soins. Cette rémunération a permis aux praticiens concernés d'augmenter leurs revenus de 25% en moyenne (40000 \$ supplémentaires par an et par médecin), coûtant 3,2 milliards de dollars³. De ces expérimentations est née la notion de *pay for performance* (P4P), traduit en français de façon littérale.

En France, c'est par la mise en place des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) que la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a introduit le paiement à la performance en 2009⁴. Ces conventions étaient conclues entre la caisse et le médecin *traitant*, sur la base du volontariat de ce dernier et sans intermédiaire. Plus de 15000 praticiens ont signé cet accord, avant sa suppression en 2011⁵. Le modèle britannique a été réutilisé en France, avec un système d'indicateurs valorisés en points qui déterminent la rémunération qui sera attribuée au praticien. En ce qui concerne le CAPI, la liste d'indicateurs est néanmoins plus restreinte, la CNAMTS se contentant d'un test sur 15 données contre plus d'une centaine au Royaume-Uni. Il faut savoir que l'investissement financier de la caisse en France a été bien moindre, la logique d'efficience étant plus présente. Par ailleurs, la base de la rémunération des

1 Que l'on peut traduire par *indicateur de qualité et de résultats*.

2 La Sécurité sociale britannique.

3 Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière, *Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français : État des lieux et Perspectives*, juillet 2008.

4 Décision du 9 mars 2009 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés, JORF n°0093, 21 avril 2009, p. 6839.

5 Décision du 28 septembre 2011 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie abrogeant la décision du 9 mars 2009 relative au contrat d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés, JORF n°0269, 20 novembre 2011, p. 19517.

médecins diffère entre les deux pays : au Royaume-Uni c'est la capitation qui prévaut, tandis qu'en France c'est le paiement à l'acte. Cette précision est importante puisqu'elle modifie le postulat de base concernant l'étude du paiement à la performance dans ces deux applications. De plus, le CAPI rémunère la performance des médecins, leurs résultats, autant que leur progression d'une année sur l'autre, c'est-à-dire leurs efforts. Le but de cette innovation était là encore l'amélioration de la qualité des soins, néanmoins quelques interrogations éthiques ont pu être soulevées.¹

Avec l'institutionnalisation de ces contrats, ces problématiques refont surface. C'est là que nous intervenons, en essayant d'analyser les enjeux de l'introduction du paiement à la performance dans la convention nationale médicale de 2011. La mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique en France a été un petit électrochoc. Pour certains inattendu, pour d'autres prévu depuis longtemps, nous allons nous attacher dans ce travail à comprendre ce que le paiement à la performance représente pour les acteurs du monde médical.

Dans une première partie, nous réfléchissons à ce que le paiement à l'efficience peut représenter pour les médecins de façon abstraite, théorique. Nous décrivons les idées qu'il véhicule quant à l'évaluation d'une médecine normée, et l'impact que cela implique quant à la définition de la médecine libérale traditionnelle, déjà bien contestée par la mise en place du conventionnement médical.

Ensuite, nous observerons la mise en place pratique de cette nouvelle rétribution, afin de démontrer que sa réception par les différents protagonistes

¹ Pour plus de détails concernant les CAPI, voir : SAINT-LARY Olivier, *Problématiques éthiques soulevées par l'introduction du paiement à la performance en France dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)*, Mémoire de master 1 en santé publique, spécialité : recherche en éthique, Paris : Laboratoire d'éthique médicale de l'Université René Descartes, 2010 ; SAINT-LARY Olivier, *Quelle appréciation les médecins généralistes français ont-ils des problématiques éthiques induites par l'introduction du paiement à la performance ?*, Mémoire de master 2 de recherche en éthique, Paris : Laboratoire d'éthique médicale de l'Université René Descartes, 2011.

institutionnels du domaine de la santé a été conditionnée par leur passé, ainsi que par le rôle et les valeurs qu'ils ont décidé de porter depuis leur création. Au final nous remarquerons que ces prises de positions étaient cousues de fil blanc, et que le paiement à la performance n'est vraisemblablement qu'une mesure anecdotique dans un projet plus ambitieux de réforme de la rémunération des professionnels de santé.

Mais avant toutes choses, pour préciser notre champ d'étude, nous allons décrire ici la rémunération sur objectifs de santé publique, P4P à la française, et définir la notion de médecine générale puisque nous avons décidé de limiter notre travail à celle-ci. Ensuite, et juste avant de rentrer dans le vif du sujet, nous détaillerons notre méthodologie.

1] La présentation objective du paiement à la performance conventionnel à la française :

Il nous paraît important de commencer notre exposé de cette rémunération sur objectifs de santé publique par une description des textes effectivement en vigueur. Nous allons donc présenter succinctement les dispositions relatives à ce nouveau mode de rétribution, d'abord d'un point de vue global [A] puis en s'attachant à détailler les critères conditionnant la rémunération visée [B].

A] Les dispositions d'ordre général :

La rémunération sur objectifs de santé publique est confinée dans le titre 3 de la convention, « Valoriser la qualité des pratiques médicales et favoriser l'efficience

du système de soins », qui comprend des sous-titres relatifs à la formation professionnelle continue, à la prévention, à l'accompagnement des patients, à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et enfin à la rémunération sur objectifs de santé publique, dans un sous-titre 5 « Compléter la rémunération pour valoriser la qualité des pratiques médicales et l'efficience ».

Ce nouveau mode de rémunération a été mis en place de manière effective au 1^{er} janvier 2012. Cela signifie que les rémunérations commenceront à être versées en 2013, en se basant sur les résultats de 2012.

Ce dispositif n'est pas considéré comme une option à proprement parler : le médecin ne souscrit pas au paiement à la performance, il y adhère de façon automatique, comme à la convention¹. À ce jour les praticiens ne peuvent plus se désengager de ce mode de rémunération : ils ne disposaient dans cette optique que des trois mois suivant la publication au Journal officiel de la République française (JORF) de la convention² pour envoyer à leur Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) une lettre recommandée avec accusé de réception. Les médecins qui s'installent tout juste ont toujours trois mois pour indiquer leur refus du paiement à la performance. A contrario, il faut préciser qu'un médecin qui se soustrait à cette rémunération peut toujours changer d'avis ultérieurement pour en bénéficier.

Cette rémunération est destinée à s'appliquer à l'ensemble des spécialités médicales, pour tous des médecins qui le souhaitent. Selon les termes de la convention en vigueur elle n'est actuellement disponible que pour les médecins traitants ; néanmoins un avenant l'a déjà appliquée à la cardiologie³ et d'autres devraient bientôt être négociés en commissions paritaires pour adapter le principe aux spécificités des endocrinologues, gastroentérologues et pédiatres. Ces

1 Voir Infra, paragraphe IB2, p. 74.

2 Jusqu'au 25 décembre ; art. 26 convention nationale médicale de 2011.

3 Avenant n°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, signé le 14 mars 2012.

différentes spécialités ont été choisies pour tester l'adaptation du paiement à la performance aux spécialités médicales : les indicateurs vont différer en partie puisque l'on passe d'une généralité à différentes spécialités techniques.

Nous allons nous intéresser plus particulièrement aux « objectifs de santé publique » retenus pour les médecins traitants. Dans le texte conventionnel ces indicateurs sont divisés en deux catégories : la première concerne l'organisation du cabinet et la qualité de service et la seconde la qualité de la pratique médicale. Avant d'étudier en détail ces indicateurs, il convient d'expliquer brièvement les spécificités relatives au calcul de cette rémunération à la performance, sans pour autant se perdre dans ses complexes modalités¹.

Le système de valorisation de la rémunération retenu se fait avec des points : l'ensemble des catégories et thèmes est divisé en indicateurs qui totalisent 1300 points s'ils sont remplis à 100%. Un point est égal à 7 euros².

Le calcul de base présenté dans la convention est valable pour une patientèle moyenne de 800 patients, une pondération devant être effectuée selon le volume de la patientèle réelle pour la plupart des indicateurs³. En ce qui concerne les médecins généralistes, on se base sur la patientèle médecin traitant (MT)⁴ pour effectuer ces calculs.

Les objectifs à atteindre par le praticien sont tous indépendants les uns des

1 L'annexe XVII de la convention nationale médicale les décrit avec force détails.

2 Convention nationale médicale de 2011, Art. 26.3. *Le contenu de la rémunération* ; malgré une exception, *ibid.* : « Les parties conventionnelles conviennent de soutenir la première installation en libéral en majorant la valeur du point pendant une durée de trois ans, selon des modalités définies en annexe. »

3 Convention nationale médicale de 2011, Art. 26.4. *Les modalités de calcul de la rémunération* : « pour les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service, le nombre de points attribués est indépendant du nombre de patients, à l'exception de l'indicateur relatif au volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé. »

4 *Ibid.* : « la patientèle médecin traitant (MT) affiliée au régime général hors sections locales mutualistes, dans l'attente de la mise à disposition des données par les autres régimes d'assurance maladie obligatoire » ; « le nombre de patients entrant dans le calcul de la rémunération est comptabilisé à chaque date anniversaire. Tous les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant sont dénombrés quel que soit leur régime d'affiliation. »

autres. Chacun est évalué selon les résultats du médecin : on commence par définir son niveau initial dans le domaine visé¹, puis on décrit l'objectif cible du médecin², ainsi qu'un objectif intermédiaire³.

Les calculs sont effectués avec des données que le médecin déclare aux caisses d'assurance maladie. Les logiciels qu'il utilise pour les recevoir, dits *logiciels d'aide à la prescription*, doivent être agréés par la Haute autorité en santé (HAS). Un contrôle de ces données déclaratives peut être effectué : dans ce cas il est prévu que les éléments les justifiant puissent être demandés au médecin, qui doit alors les mettre à disposition des praticien-conseils de l'assurance maladie.

Les Commissions paritaires nationale, régionales et locales sont désignées pour assurer le suivi du dispositif de rémunération à la performance. Cela signifie qu'elles devront étudier les résultats que le paiement à la performance permettra de constater, dans le but d'améliorer ensuite les pratiques des praticiens de la zone géographique qu'elles recouvrent, « dans le respect des données acquises de la science »⁴.

En ce qui concerne le suivi individuel des médecins, ce sont les caisses d'assurance maladie qui s'occupent de communiquer à ces derniers les informations les concernant, que ce soit une « analyse chiffrée de [leur] patientèle dans les domaines visés par les objectifs retenus » ou « les données nécessaires au suivi de ses indicateurs »⁵. Les médecins peuvent néanmoins demander un rendez-vous auprès d'un praticien-conseil ou d'un représentant de la caisse, pour compléter ces informations.

1 Ibid. : « situation médicale initiale du médecin au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou de l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation (T0) ».

2 Ibid. : « déterminé selon l'indicateur, il est commun à l'ensemble des médecins ».

3 Ibid. : « déterminé en fonction de la distribution actuelle des médecins au regard de cet indicateur ».

4 Ibid., Art. 26.5. *Le suivi du dispositif*.

5 Ibid. : « au moins chaque trimestre ».

Le dispositif mis en place pour la rémunération sur objectifs de santé publique est de façon évidente voué à évoluer : le texte conventionnel envisage la définition de futurs objectifs¹ et les modifications qu'il pourrait être nécessaire d'apporter dans l'avenir². Néanmoins nous allons ici nous contenter de présenter les indicateurs en place.

B] Les critères d'évaluation en détails :

Nous allons nous employer à expliciter les indicateurs retenus par les partenaires conventionnels, en utilisant le modèle des syndicats de médecin qui ont fait la publicité de ce dispositif : ils présentaient quatre thèmes au lieu des deux catégories décrites dans la convention. Ces quatre types d'indicateur, que nous étudierons tour-à-tour, sont les indicateurs d'organisation du cabinet, les indicateurs cliniques, les indicateurs de prévention et de santé publique et les indicateurs d'efficience.

Il existe cinq modules d'**indicateurs d'organisation du cabinet**, pour un total de 400 points³. Ces indicateurs concernent l'ensemble des médecins libéraux, à l'exception du volet annuel de synthèse, indicateur réservé au médecin traitant.

1. Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de patientèle :

La tenue d'un tel dossier permet de regrouper des données cliniques issues d'examens médicaux, des résultats d'examens para-cliniques et des données

1 Ibid. Art. 26.3. *Le contenu de la rémunération* : pour la patientèle de moins de 16 ans par exemple.

2 Ibid. : pour tenir compte des conditions d'exercice des praticiens exerçant dans les zones urbaines sensibles par exemple.

3 Voir Annexe 1.

thérapeutiques (traitements, allergie, contre indications). À terme, ce dossier médical est censé « bénéficier d'un accès partagé afin de faciliter le travail en équipe et les échanges avec les autres professionnels »¹.

2. Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié :

Le praticien libéral est encouragé à utiliser des logiciels pour gérer les données du dossier médical et l'aider dans ses prescriptions « afin d'optimiser le suivi des patients et leur prise en charge »². Ces logiciels doivent être certifiés par la HAS.

3. Informatisation permettant de télé-transmettre et d'utiliser des télé-services :

Les partenaires conventionnels souhaitent ici valoriser le déploiement des Technologies de l'Information et de Communication (TIC), car la télétransmission et les télé-services peuvent faciliter les échanges avec l'assurance maladie et être utilisés à des fins médicales.

4. Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé :

L'élaboration et la mise à disposition informatique d'une fiche de synthèse annuelle sont réservées aux médecins traitants pour suivre leurs patients et « planifier la prise en charge notamment des calendriers de suivi et la coordination avec les autres professionnels de santé »³. Le nombre de points rapporté par cet indicateur est pondéré selon le volume de la patientèle réelle.

5. Affichage dans le cabinet et sur le site ameli des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients :

On essaye ici de promouvoir l'accès aux soins des patients en améliorant la communication des médecins sur l'organisation de leur cabinet. Le site ameli est le site d'information de l'assurance maladie : le praticien doit transmettre à la CPAM les données concernant « les horaires d'ouverture du cabinet, les plages de

1 Convention nationale médicale de 2011, Art. 26.1. *La valorisation de la qualité des pratiques.*

2 Ibid.

3 Ibid.

consultations avec et sans rendez-vous, et les informations sur les conditions d'accessibilité à destination des personnes présentant un handicap »¹.

Il existe ensuite neuf **indicateurs cliniques**, pour un total de 250 points. Ce sont des indicateurs de suivi des pathologies chroniques qui concernent tous le diabète, excepté le dernier, relatif à l'hypertension artérielle². Il y a aussi huit **indicateurs de prévention et de santé publique**, pour un total de 250 points³. Il existe enfin sept **indicateurs d'efficience**, pour un total de 400 points⁴.

Dans le texte conventionnel de 2011, ces trois types d'indicateurs ne concernent que les médecins traitants.

1. Indicateurs cliniques :

Ils mesurent « l'implication des médecins dans le suivi et la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques comme le diabète et l'hypertension artérielle »⁵.

2. Indicateurs de prévention et de santé publique :

Révélateurs de la place des médecins traitants dans le système de soins, notamment dans leurs relations avec le public (éducation à la santé, prévention, etc.), ces critères mesurent l'impact du praticien sur l'amélioration de la santé publique.

3. Indicateurs d'efficience :

Ces indicateurs concernent l'optimisation des dépenses de santé pour les médicaments, que doivent s'efforcer d'atteindre les praticiens en « privilégiant la prescription dans le répertoire des génériques et en préférant des molécules à efficacité comparable moins onéreuse »⁶.

1 Ibid.

2 Voir Annexe 2.

3 Voir Annexe 3.

4 Voir Annexe 4.

5 Convention nationale médicale de 2011, Art. 26.1. *La valorisation de la qualité des pratiques*.

6 Ibid.

Ces trois types d'indicateurs mesurent la qualité des pratiques médicales et sont accordés avec la loi de santé publique, les avis et référentiels de la HAS ou encore les recommandations internationales, « afin d'être adaptés aux données acquises de la science »¹.

Ces données acquises de la science n'étant pas immuables, il est prévu que le texte conventionnel fasse l'objet d'avenants pour prendre en compte leurs évolutions possibles. Il est précisé qu'il sera aussi possible de créer de nouveaux indicateurs par l'adoption d'avenants.

2] L'application du paiement à la performance aux médecins généralistes comme sujet principal :

Très vite il nous est apparu nécessaire de limiter l'objet de notre étude [A], qui nous paraît très substantielle malgré sa restriction [B].

A] La justification du choix de cette limite :

Maintenant que nous avons détaillé les limites de notre sujet il apparaît important de les définir, à commencer par la notion de médecin généraliste. En effet, malgré les généralités que nous ferons parfois en parlant de la médecine et des médecins, la majorité de notre propos concernera spécifiquement la médecine *générale* et les médecins *généralistes*. Ce choix se justifie pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, traiter du sujet en ne pensant qu'aux généralistes dits libéraux a

1 Ibid.

nécessité un travail considérable, appliqué à tous les médecins généralistes ou à la médecine dans son ensemble nous serions passé à l'adjectif pharaonique et n'aurions pu rendre à temps ce mémoire.

Ensuite le paiement à la performance en France a pour le moment plus concerné les médecins traitants, or ce sont pour la grande majorité d'entre eux des médecins généralistes.

Enfin, les spécificités de cette spécialité en font un objet d'étude très intéressant, ce que nous allons maintenant vous exposer.

B] La riche définition de la médecine générale :

Les problématiques de notre exposées seront toutes traitées sous l'angle de vue de ce qu'on a pu appeler le médecin de campagne ou le médecin de famille. Pour mieux cerner l'activité dont nous allons parler, nous avons décidé de vous présenter deux définitions qui, bien qu'issues d'époques complètement différentes, décrivent avec certaines similarité et beaucoup de justesse la vision que nous pouvons avoir des omnipraticiens.

La première définition choisie est tirée du livret *Médecine générale et santé*¹ et date de 1986 :

« La médecine est une science qui a pour objet d'identifier, de guérir les maladies, de soulager la souffrance, et de préserver la santé.

Le médecin généraliste est le médecin qui, par sa formation spécifique et sa pratique, est le médecin du premier recours, de la continuité des soins et de la synthèse diagnostique et thérapeutique.

Outre ce rôle curatif primordial, le généraliste se doit toujours d'étendre son action

1 Mouvement d'Action des Généralistes, *Médecine générale et santé : principes et perspectives*, février 1986, p. 2.

à la prévention, l'éducation sanitaire, la recherche, l'épidémiologie...

Ce médecin, choisi par son patient, connaît son environnement familial et social et considère l'individu comme un tout. À son écoute, il établit avec lui une relation privilégiée qui autorise à la fois un abord scientifique et humain ».

Malgré son ancienneté, cette vision du médecin généraliste nous semble très actuelle, ce qui explique qu'elle fasse écho à des présentations plus récentes, telle que celle issue d'une publication du *European Academy of Teachers in General Practice*¹, dont le but est spécifiquement de faire consensus en ce qui concerne la définition de la médecine générale.

Le texte, détaillé et d'un intérêt indéniable, nous semble décrire de façon très juste le rôle des omnipraticiens :

« *General practice/family medicine is an academic and scientific discipline, with its own educational content, research, evidence base and clinical activity, and a clinical specialty orientated to primary care.* »²

On y trouve entre autres une liste de onze caractéristiques spécifiques au médecin généraliste :

- il représente le premier contact dans le système de soin, fournissant un accès illimité et ouvert aux patients, traitant tous problèmes de santé sans discrimination envers les malades (âge, sexe, etc...),
- il permet une utilisation efficace des ressources du système de santé via la coordination des soins, travaillant avec d'autres professionnels dans le domaine des soins de premier recours et en faisant le lien avec d'autres spécialités,

1 ALLEN J., GAY B., CREBOLDER H., HEYRMANN J., SVAB I., RAM P., « The European Definitions of the Keys Features of the Discipline of General Practice », *BJGP*, juin 2002.

2 La médecine générale (ou médecine de famille) est une discipline universitaire et scientifique, avec son propre contenu d'enseignement, de recherche, de données probantes et de pratique clinique, ainsi qu'une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

- il développe une approche centrée sur le patient, orientée sur l'individu, sa famille et leur communauté,
- il possède un système de consultation unique, qui permet d'établir une relation effectivement basée sur la communication entre le praticien et le patient,
- il fournit une continuité des soins au long cours, déterminée par les besoins du patient,
- il a un processus de prise de décision déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies dans la population,
- il peut gérer simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques des patients,
- Il intervient précocement dans le développement des maladies, à un stade qui peut être urgent et où il est parfois difficile de les différencier,
- il promeut la santé et le bien être par des interventions efficaces et appropriées (prévention, éducation),
- il a une responsabilité spécifique envers la communauté en plus de celle envers ses patients (santé publique),
- il offre une réponse globale aux problèmes de santé, dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et humaine.

3] Méthodologie :

En plus d'une bibliographie traditionnelle, nous avons décidé d'étoffer notre travail en recueillant de façon direct l'avis de certains acteurs concernés par la mise en place du paiement à la performance.

Nous avons donc réalisé des entretiens, de façon très ouverte : ce sont plus des discussions (voire des discours) que des entretiens semi-directifs. Ils ont été enregistrés avec un dictaphone mais n'ont pas été retranscrits. Pour disposer d'un éclairage plus dynamique, approfondi et contradictoire des enjeux entourant la rémunération sur objectifs de santé publique, nous avons décidé de rencontrer différentes personnes *influentes* :

- Dr. Jacques BATTISTONI, Secrétaire général du Syndicat MG-France.
04 avril 2012
- Dr. Gilles URBEJTEL, Trésorier du Syndicat MG-France.
12 avril 2012
- Dr. Claude LEICHER, Président du Syndicat MG-France.
18 avril 2012
- Dr. Michel CHASSANG, Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français.
26 avril 2012
- Dr. Didier MÉNARD, Président du Syndicat de la Médecine Générale.
02 mai 2012
- Dominique POLTON, Directrice de la stratégie, des études et des statistiques à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.
31 mai 2012

I] La conceptualisation difficile d'une rémunération à la performance appliquée au généraliste libéral français :

La rémunération sur objectifs de santé publique est une nouveauté conventionnelle dont certaines facettes paraissent équivoques. En effet, que ce soit la volonté d'évaluer le travail d'un médecin pour en apprécier la rémunération [A], ou le nouveau coup porté au caractère libéral de la médecine [B], cette nouvelle option a toutes les qualités requises pour susciter de vifs débats.

A] L'ubuesque dessein de valorisation de la rétribution des médecins généralistes :

Le paiement à la performance est, en France, un mode de rémunération basé sur l'atteinte de différents objectifs. Les critères dont dépendent ces résultats à atteindre sont mis en place lors des négociations conventionnelles puis révisés, actualisés, modifiés ou supprimés lors de commissions paritaires. Résultant d'une forme de foi en l'avenir de la bio-médecine, ces références négociées entre l'assurance maladie et les syndicats médicaux paraissent contestables [1]. Leur utilisation en tant qu'étalon de mesure de l'efficacité des médecins est par ailleurs symptomatique de l'institutionnalisation d'un nouveau modèle de médecine, dans lequel soigner n'est plus un but en soi [2].

1] La définition impossible d'une pratique normée du médecin généraliste, nécessaire à son évaluation :

La *consultation* donnée par un médecin généraliste est difficile à définir précisément : on ne peut connaître à l'avance son contenu, qui dépend en grande partie du patient, et sa durée est très variable. Le secret médical est par ailleurs souvent utilisé pour justifier l'impossibilité de dévoiler les détails de ce colloque privé. Pourtant la nouvelle rémunération sur objectifs de santé publique fait fi des difficultés liées à cette question et bouleverse les habitudes, appliquant aux médecins des normes issues d'avis et référentiels de la HAS ou de recommandations internationales [a], tout en planifiant de décortiquer leur activité plus en détail [b].

a] la rationalisation à outrance, responsable du sacre d'une médecine restreinte à ses aspects techniques :

Depuis toujours les praticiens ont cherché à se protéger des ires de leurs patients en pesant grandement le *pour* et le *contre* de leurs actions. Ainsi à l'époque d'Hippocrate étaient accolés les deux principes « être utile ou ne pas nuire » : le premier était mis en avant, critère positif absolu voulant qu'un acte soit utile ou nocif et que le médecin fasse la balance et décide de ce qu'il devait faire. Galien commentera ce précepte en soulignant que malgré sa simplicité il n'était pas si évident de l'appliquer, le praticien pouvant être accusé dans sa pratique et devant donc se protéger en s'assurant au maximum qu'il *ne nuirait pas*.

Il est vrai aujourd'hui que l'on pense tout d'abord à ne pas nuire, et que dans une optique d'assurance juridique les médecins s'entourent de protections :

consentement libre et éclairé -souvent réitéré-, précautions techniques, formation continue, suivi des recommandations de bonne pratique et autres référentiels, etc.

C'est dans ce contexte qu'il nous semble intéressant de présenter l'*evidence-based medicine* (EBM) : issue d'une volonté originellement pédagogique, elle s'est entre autre développée grâce à la facilité avec laquelle on peut démontrer son efficacité et justifier ainsi ses choix avec des preuves scientifiques, permettant au praticien de se prémunir efficacement des attaques dont pourrait l'assaillir un patient contrit par sa pratique.

Après avoir exposé quelques données quant à l'apparition de ce phénomène et son actualité, nous pourrions présenter ses carences et expliquer en quoi son application dans les critères retenus pour justifier la *performance* des médecins n'est pas tellement la preuve du choix d'une grande *validité* médicale et scientifique.

– **La médecine scientifiquement normée faite reine mésusée de la qualité des soins :**

Dans le corpus hippocratique, datant du V^{ème} siècle av. J.C., il existe des tableaux pathologiques : dans ceux-ci on essayait de distinguer et d'ordonner des faits et symptômes qui pourraient permettre de dégager les troubles liées à une maladie. De ce travail d'observation et de codification résulte à l'époque déjà une connaissance quasi-complète de l'anatomie ainsi qu'un vocabulaire très riche pour le praticien¹. Le diagnostic clinique s'améliore et s'accompagne alors des premiers pronostics.

« Il faut dire les antécédents de la maladie, connaître l'état présent, prédire les évènements futurs. »²

Cette rationalisation de la médecine a été salutaire, permettant de sortir d'une

1 Selon Armelle Debru, 90% des noms de maladies ont été inventés à cette période.

2 LITTRÉ Émile, *Œuvres complètes d'Hippocrate*, vol. II, Paris, J.-B. Baillière, 1840, p. 635.

vision miraculeuse d'une guérison liée à la religion. Elle a bien sûr évolué, étant agrémenté de nouvelles recherches et découvertes.

Actuellement c'est l'*evidence-based medicine*¹, qui domine la pratique de la médecine mondiale. On peut la définir comme la médecine qui prend en compte les meilleures preuves disponibles et applicables issues de la recherche pour s'occuper le plus efficacement possible des patients. Pour ses inventeurs, il n'a jamais été question que l'EBM remplace l'expérience clinique du praticien : elle doit bien sûr être accompagnée de son expertise de la situation, ainsi que de la prise en compte effective du patient, pour obtenir une prise en charge réellement globale de la problématique de santé observée. À l'origine manière d'envisager l'apprentissage de la médecine en évaluant la qualité scientifique des publications médicales, l'EBM est pourtant devenue par sa pratique un *modèle à part entière* de médecine², qui sert de référence à la qualité médicale. Le Dr. Ménard, qui parle à ce propos de « tyrannie des normes en médecine »³, n'est pourtant pas opposé à l'EBM ou aux recommandations en tant que telles : « nous disons que la bonne médecine c'est l'art ou la capacité à adapter ces recommandations à la situation des gens, à la réalité, ce n'est pas seulement les connaître »⁴.

« L'EBM est maintenant utilisée par des gestionnaires, des cliniciens, etc., et ce pour des objectifs aussi divers que le renouvellement de la pédagogie médicale, l'aide au jugement clinique ou encore comme justification de programmes de "rationalisation" des ressources financières et matérielles dans les

1 Evidence-based Medicine Working Group, « Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice », *JAMA*, 268/17, 1992, p. 2420-2425 ; SACKETT D., ROSENBERG W., GRAY J. A. M., HAYNES R. B., RICHARDSON W., « Evidence based medicine : what it is and what it isn't », *BMJ*, vol. 312, n°7023, 13 janvier 1996, p. 71-72.

2 Pour aller plus loin il est possible de se référer à un travail de 2003 : SAVARD Guillaume, *Enjeux et limites de la médecine factuelle (Evidence-based medicine)*, Mémoire pour le DEA en éthique médicale et biologique, Paris : Laboratoire d'éthique médicale de l'Université René Descartes, 2003.

3 MÉNARD Didier, Entretien du 02/05/2012, 18'15, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

4 MÉNARD Didier, Entretien du 02/05/2012, 19'48, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

organisations de soins. »¹

Pour notre développement nous avons choisi de reprendre certains aspects d'une réflexion de Guy Jobin datant de 2002², dans laquelle il se pose la question de la place de l'éthique dans l'EBM. Cette question apparaît essentielle à aborder dans notre travail, vu la place des référentiels et de la normalisation dans la mise en place des critères de qualité sur lesquels sont basés le paiement à la performance.

- « l'EBM s'inscrit dans la foulée des transformations modernes et contemporaines de la médecine »

Si l'EBM a eu autant de succès auprès des praticiens, c'est qu'aujourd'hui le monde médical est gouverné par un modèle scientifique et technique qui s'impose comme conception principale de la médecine, au détriment d'une vision plus holistique incarnée par la médecine sociale. Ce terrain est très fertile pour la doctrine ici étudiée, friande de chiffres et autres données quantitatives et empiriques.³

Parce qu'il faut effectivement souligner que les *données probantes* utilisées actuellement ont une acception étriquée, limitée à un sens scientifique.

- « du point de vue éthique, elle n'a pas tenu ses promesses au regard de la singularisation du jugement clinique »

L'EBM a été plus ou moins viciée dans sa pratique, devenant une idéologie plus qu'une méthode : elle est vraisemblablement applicable de façon brute aux opérations de pointe pratiquées dans les plus grands hôpitaux, néanmoins en ce qui concerne le

1 JOBIN Guy, « La médecine basée sur les données probantes, Quelle place pour l'éthique ? », 15 décembre 2002, [consulté le 23/05/2012] [http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/824f6749b452e94dc125703f003c3d4d/76070534a0d199a6c12570a500515290/\\$FILE/Jobin.pdf](http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/824f6749b452e94dc125703f003c3d4d/76070534a0d199a6c12570a500515290/$FILE/Jobin.pdf)

2 JOBIN Guy, op. cit.

3 JOBIN Guy, op. cit., p. 198 : « En effet, l'approche de l'EBM est tout à fait appropriée dans le contexte d'une médecine à sa haute teneur technologique, où la connaissance biomédicale est produite de manière pléthorique, l'approche de la maladie et de la thérapeutique s'appuie sur des modèles statistiques, où la maladie n'est plus envisagée que du point de l'individu, mais du point de vue de la population. Enfin, l'EBM s'appuie également sur un outil de production de connaissance biomédicale qui a la faveur des chercheurs depuis quelques décennies : l'essai clinique randomisé. ».

généraliste libéral il nous apparaît évident qu'elle ne doit être qu'un indicateur, une aide de plus pour le médecin dans sa pratique. Avec la mise en place du paiement à la performance, elle devient utile à l'évaluation de la qualité de l'activité du praticien, ce qui n'est pas le but premier d'un enseignement et laisse présager une appréciation incomplète de cette activité.

En effet, le patient et toutes ses spécificités sont au moins aussi importants que des référentiels standardisés pour prendre de bonnes décisions thérapeutiques.

- il faut « penser l'intégration des données probantes et des données contextuelles dans le cadre d'une réflexion épistémico-éthique du jugement clinique »

Il apparaît ainsi à Guy Jobin que mettre en œuvre l'éthique au sein de l'EBM ne peut pas se résumer à l'invocation de la non-malfaisance pour expliquer l'élimination de pratiques dont on a prouvé qu'elles étaient dommageables¹, ce qui conduit à une certaine uniformisation, ou encore le recours à la notion de justice pour justifier son utilisation dans « des soi-disant rationalisations budgétaires ou organisationnelles dans les systèmes de soins de santé ».

Cela nous renvoie au paiement à la performance, qui utilise les référentiels de l'EBM en se basant sur des recommandations de sociétés savantes² : des données brutes sont utilisées comme références de la qualité des activités médicales, ne laissant au médecin qu'un nuancier restreint pour sa pratique. En effet, puisque l'EBM n'est pas toujours applicable, les critères retenus ont du être réfléchis pour ne contenir que des normes dans lesquelles le facteur patient n'est pas influent. Ceci étant foncièrement impossible, nous pouvons remarquer qu'aucun des objectifs ne va jusqu'à 100%, évitant ainsi de friser l'absurdité de demander aux praticiens et aux

1 Pratique bien plus ancienne que le paiement à la performance, voir infra, paragraphe IB2, p.79 et s.

2 Notamment la HAS et le Conseil scientifique de la CNAMTS en ce qui concerne le paiement à la performance en France.

patients des résultats parfaits. Mais cette marge de manœuvre est-elle suffisante ?

Pour revenir au croisement des données nécessaire à l'adoption d'un jugement clinique éthique, même s'il commence à être abordé c'est là encore via des outils impersonnels et pratiques qui restreignent les enseignements que peut par exemple apporter le patient. Ainsi présente-t-on des échelles numérotées aux individus pour une auto-évaluation mesurable de leur point de vue¹. Ces pratiques réduisent l'apport que pourrait fournir une prise en compte du patient dans sa globalité.

- « La pertinence de l'approche narrative en bioéthique comme un moyen de penser et de réaliser pratiquement cette intégration des données probantes aux caractéristiques propres d'un cas est soulignée. »

L'éthique narrative consiste en la prise en compte des récits de tous les acteurs qui participent à la situation médicale, donc tout particulièrement le patient lui-même, en les contextualisant dans une vie entière, globale. Cette vision met entre autres en lumière le fait que par une normalisation de la médecine il est possible de réduire l'autonomie du patient en ne le laissant pas faire un choix lui-même entre deux thérapeutiques : si l'une d'entre elles est réellement moins efficace que l'autre, il saura avec son praticien décider de ne pas l'utiliser...

« Or d'après Slowther et al, l'introduction d'indicateurs de qualités en soins de premiers recours risque d'entraîner une dérive paternaliste de la relation médecin/patient. Dans le but d'obtenir les meilleurs indicateurs possibles, l'information délivrée aux patients risque d'être orientée et l'autonomie à laquelle les patients peuvent prétendre abaissée. »²

Même si l'on peut considérer l'utilité de l'EBM quant au rendement du médecin sur ce

1 En ce qui concerne la douleur ou le désagrément ressentis, ou l'utilité d'une thérapeutique par exemple.

2 SAINT-LARY Olivier, 2010, op. cit. ; référence à Slowther A., Ford S., Schofield T, « Ethics of evidence based medicine in the primary care setting », *J Med Ethics*, 2004, 30 (2) : 151-155.

point, il ne paraît pas très éthique de priver le patient d'une partie de la décision. Si en plus ce choix de l'en exclure est rémunéré comme avec le paiement à la performance, le tout prend une allure plus que douteuse quelles que soient les intentions d'origine du médecin, des caisses d'assurance maladie et des créateurs de l'EBM. Se pose alors la question d'une atteinte à la déontologie.

– **La déontologie abusée par l'intéressement à la qualité :**

Même si l'EBM semble en accord avec l'obligation du praticien d'« assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science »¹, on peut se demander si elle ne contrevient pas par principe à l'indépendance professionnelle du praticien, qu'il ne peut aliéner sous quelque forme que ce soit². Le principe a été détaillé pour ne pas être obscur :

« Cette indépendance est acquise quand chacun de ses actes professionnels est déterminé seulement par le jugement de sa conscience et les références à ses connaissances scientifiques, avec, comme seul objectif, l'intérêt du malade. »³

Il faut donc retenir ici l'indépendance du praticien vis-à-vis de toute influence hormis sa conscience, ses connaissances scientifiques et l'objectif de l'intérêt du malade. Cette obligation nous semble difficilement atteinte à l'heure actuelle, notamment en ce qui concerne la nature des connaissances médicales qu'on lui impose avec le paiement à la performance. Même si aucune réelle *contrainte* ne peut être relevée dans la mise en place de cette rémunération, l'influence est loin d'être inexistante puisqu'on parle ici d'intéressement financier du médecin. Quand on sait que « malgré le recul critique des médecins, la visite médicale a une influence certaine sur les

1 Art. R.4127-32 du CSP.

2 Art. R.4127-5 du CSP.

3 KLOTZ Henri-Pierre, Premier congrès international de Morale médicale, Paris, Masson, 1955, p. 248.

prescriptions »¹, il paraît illusoire de penser qu'une prime directe délivrée au médecin n'entachera pas son indépendance. Pour le Dr. Urbejtél, « l'indépendance ne s'acquiert que si on a une indépendance financière complète »².

Si le doute était possible quant à savoir si l'EBM ne pouvait pas plutôt favoriser l'esprit critique du médecin, cela nous semble maintenant compromis. Mais ce n'est pas la seule façon dont son utilisation dans le paiement à la performance pourrait pervertir la relation entre le médecin et son patient.

– **Conformité : du jugement du soignant à celui du soigné ?**

Des tableaux statistiques d'activité des praticiens, bon usage des soins, références médicales opposables et recommandations³ jusqu'à la rémunération sur objectifs de santé publique proprement dite : en 2011 la rationalisation des soins a passé le cap d'une réelle contractualisation avec des incitations positives. La convention met en place la rémunération sur objectifs de santé publique en la basant sur des critères scientifiques : pour ses signataires, la qualité des soins passe notamment par une homogénéisation des pratiques, mais ce n'est pas nouveau⁴. On veut « renforcer l'effectivité des référentiels »⁵, et pour ce faire on use d'une nouvelle carte : la promesse d'une contrepartie financière, encouragement concret et tangible, qui remplace les simples préconisations. Il est possible d'interpréter ce changement sous deux angles différents : pour certains les médecins ne remplissent pas leur part dans la qualité des soins, il faut donc les inciter à le faire, pour d'autres les médecins ne sont pas assez payés et reconnaître leurs efforts, les valoriser, était nécessaire.

Quoiqu'il en soit, il est dommage qu'à la lecture des différents critères mesurant la

1 IGAS, *L'information des médecins généralistes sur le médicament*, Rapport n°RM 2007-136P, septembre 2007, p. 1/4.

2 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 36'30, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

3 Voir infra, paragraphe IB2, p.79 et s.

4 Voir par exemple : KERLEAU Monique, « L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des dépenses de santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 16, n°16-4, 1998, p. 5-34.

5 Réunions du conseil de l'UNCAM, Procès Verbaux, 17 mars 2011, p. 14 et 04 avril 2011, p. 9.

performance on s'aperçoit que c'est parfois l'observance des patients qui est visée.

Nous avons vu précédemment qu'une certaine latitude était laissée au praticien dans la réalisation de ses objectifs, néanmoins elle ne nous semble pas satisfaisante. En effet, la rémunération ne dépend plus seulement des efforts que le médecin fournit, mais réellement des actions du patient dans la préservation de sa santé. Ainsi l'objectif de normalisation *avancée* que vient de dévoiler l'assurance maladie nous semble dangereux pour les patients, car si le praticien change ses pratiques et n'atteint pas les objectifs assignés, il peut décider de sortir de sa patientèle les éléments qui font *baisser sa moyenne*...

« La notion d'ajustement est dans ce domaine très importante. Un risque associé à la mesure est de produire une sélection adverse des patients pour lesquels l'objectif de performance est difficilement atteignable. Pour les indicateurs de résultats, ce phénomène conduit à exclure les patients à haut risque clinique qui atteignent plus difficilement les objectifs de prise en charge. Les caractéristiques socio-économiques des patients peuvent aussi modifier la capacité du médecin à atteindre un objectif de qualité : en particulier les patients en difficultés sociales ont souvent une plus grande difficulté à suivre le traitement, et ont moins accès à la prévention. Ces éléments conduisent à un risque d'exclusion de prise en charge des « mauvais » patients, aggravant ainsi les inégalités d'accès aux soins et la discrimination sociale. »¹

Cette sélection est envisagée par le Syndicat de la Médecine Générale. En effet, le Dr. Ménard nous fait remarquer² à ce sujet que l'observance dépend entre autres d'un aspect psycho-social qu'il n'est pas rentable pour le médecin de régler, puisque la rémunération sur objectifs de santé publique ne prend pas en compte ces efforts dans ses indicateurs... À ce propos, le Dr. Battistoni attire notre attention sur la mise

1 COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière, op. cit.

2 MÉNARD Didier, Entretien du 02/05/2012, 59'00, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

en place de commissions conventionnelles sur les inégalités sociales de santé, à la demande du syndicat MG France, pour « pallier à ces inégalités »¹.

Il paraît indécent de rémunérer le médecin en se basant sur la compliance de ses patients, la question du réel bien-fondé des indicateurs de la rémunération sur objectifs de santé publique se pose alors.

– **Les critères de qualité du paiement à la performance en pratique, une pertinence mitigée :**

D'après le Dr. Battistoni, « le débat sur la pertinence des indicateurs sur le plan sanitaire a été escamoté », « on nous a dit que les indicateurs avaient été étudiés, sans nous, par la Haute autorité en santé »². Le Dr. Urbejtel précise que tous les items sont indépendants : « cela permet au médecin de se polariser sur tel ou tel axe » et de se désintéresser d'un critère qui l'ennuie pour des raisons éthique ou médicale³.

Ici, nous allons effectivement montrer que, même scientifiquement choisis, les indicateurs du paiement à la performance ne sont pas tous pertinents. Cette réflexion étant principalement médico-scientifique, nous ne chercherons ni l'exhaustivité dans nos exemples, ni une parfaite rigueur dans nos explications. C'est néanmoins avec des références qui nous paraissent justes que nous essaierons d'argumenter.

En ce qui concerne la grippe, l'objectif fixé est la vaccination antigrippale chez 75% des patients d'âge égal ou supérieur à 65 ans. Or, selon une étude de 1994⁴, la vaccination serait moins efficace chez les personnes âgées. Plus précisément, elle serait efficace dans 58% des cas pour les plus de 60 ans, mais inefficace chez les

1 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 13'45, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 12'15, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

3 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 9'55, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

4 Govaert TM, Thijs CT, Masurel N, Sprenger MJ, Dinant GJ, Knotterus JA, « The efficacy of influenza vaccination in elderly individuals. A randomized double-blind placebo-controlled trial », *JAMA*, 1994, 272:1661-5.

personnes âgées de plus de 70 ans.

Dans le cas du dépistage du cancer du sein, il doit être fait chez 80% de la patientèle féminine du médecin traitant âgée de 50 à 74 ans. Pourtant les dépistages systématique et de routine n'ont pas prouvé leur utilité, les études tendent même plutôt à montrer leur absence d'effet¹. Il semblerait qu'ils s'accompagnent de sur-diagnostic et sur-traitement^{2,3}.

Pour le diabète il y a beaucoup d'indicateurs retenus. Nous nous contenterons de souligner que plusieurs études ont montré que c'est sur le patient qu'il faudrait concentrer les efforts de santé publique, car c'est de lui que dépend en majorité l'évolution de sa maladie⁴. Cette remarque est notamment juste en ce qui concerne les variations de niveau d'HbA1c⁵.

Cette liste ne cherche pas à être exhaustive, encore une fois, simplement à mettre en valeur la relativité de la probité des critères retenus pour évaluer la performance des médecins...

Nous pouvons ajouter à tout ce développement sur l'EBM que la normalisation de la médecine est une aubaine pour l'assurance maladie qui peut espérer une simplification propre à voir enfin naître la classification commune des actes médicaux (CCAM) clinique.

-
- 1 Jørgensen KJ, Zahl PH, « Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study », *BMJ*, 23 mars 2010, 340:c1241 ; Autier P, Boniol M, Gavin A, Vatten LJ, « Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database », *BMJ*, 2011, 343:d4411.
 - 2 JUNOD Bernard, intervention en séminaire et interview [consulté le 05/05/2012] http://www.dailymotion.com/video/xizae6_depistage-des-cancers-le-surdiagnostic-par-bernard-junod_tech et <http://www.youtube.com/watch?v=OKMcHsVb8H4>
 - 3 Voir aussi : CAMPERGUE Rachel, *No mammo ? Enquête sur le dépistage du cancer du sein*, éditions Max Milo, septembre 2011.
 - 4 Shojania KG et al., « Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis », *JAMA*, 26 juillet 2006, 296(4):427-40.
 - 5 O'Connor PJ et al., « Variation in quality of diabetes care at the levels of patient, physician, and clinic », *Prev Chronic Dis*, 2008 Jan;5(1):A15 ; Tuerk PW, Mueller M, Egede LE, « Estimating physician effects on glycemic control in the treatment of diabetes: methods, effects sizes, and implications for treatment policy », *Diabetes Care*, mai 2008, 31(5):869-73.

b] L'inventaire exhaustif inconcevable des caractéristiques de l'art médical :

Le classement des actes médicaux a un intérêt certain. Né avec la Sécurité sociale et installé durablement avec la mise en place du conventionnement¹, il a très certainement contribué à l'amélioration de l'accès aux soins en permettant de simplifier la mise en place par l'assurance maladie de remboursements justifiés.

Il nous semble néanmoins illusoire de vouloir étendre l'analyse détaillée de ces *actes* à ce qui compose une consultation de médecine générale. En effet, cette spécialité a la complexe particularité d'être touche-à-tout dans la discipline médicale et d'étendre ses compétences au domaine social. Pourtant il semble que ce projet de longue date ressurgisse avec le paiement à la performance, sûrement parce qu'il serait plus simple de le généraliser si toute l'activité médicale pouvait être définie, donc évaluable.

– L'identification et la mise en ordre des actes médicaux, nécessaire à la bonne gestion de l'assurance maladie :

Dès 1945², la création de la Sécurité sociale s'accompagne en France de la naissance de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), mise en place de manière effective en 1960³. Ce système se présente sous la forme d'un catalogue des actes médicaux, répertoriés puis valorisés par le gouvernement. Cette cotation permet au médecin de tarifier son activité à un prix opposable défini par la convention nationale médicale, que le patient se verra rembourser grâce à son affiliation à la Sécurité sociale. Ainsi tout le monde est gagnant : l'assuré récupère ce

1 Pour les détails concernant le conventionnement et les textes légaux voir infra, paragraphe IB2, p. 74 et s.

2 Art. 12 de l'ordonnance n°45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles, JORF, 20 octobre 1945, p. 6721-6731, p. 6723.

3 Art. 7 du décret n°60-451 du 12 mai 1960 relatif aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux, JORF, 13 mai 1960, p. 4356-4358, p. 4356.

qu'il avance, les caisses contrôlent ce qu'elles déboursent et le médecin peut faire valoir un tarif minimum auprès de toute sa patientèle.

Dans la NGAP, les actes sont classés et hiérarchisés les uns par rapport aux autres, ce qui fixe leur valeur. Ils sont indiqués par une lettre-clé¹ « dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux »² et un coefficient, « nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel »³. Cette liste permet une certaine cohérence et constance vis-à-vis des tarifs applicables aux actes.

C'est par arrêté ministériel que devait être fixée la NGAP. L'État disposait donc d'une influence directe quant aux prix finalement opposables : sa hiérarchisation des actes adaptait les tarifs issus des négociations conventionnelles, auxquelles il ne participait pas. Pour l'aider dans sa gestion de l'évolution de la nomenclature, l'ordonnance de 1945 avait prévu la création d'une commission permanente de la NGAP, mise en place la même année⁴. La formation de la commission changeait selon les questions examinées, se composant de représentants des caisses et des professionnels de santé concernés⁵. L'avis de cette commission était facultatif⁶ et ne s'imposait en aucune façon⁷, malgré le travail considérable qu'elle a souvent fourni. En 1985, le Conseil d'État a recommandé que, eu égard à la prérogative conventionnelle de la tarification, « les modifications apportées à la nomenclature,

1 C pour les consultations au cabinet par le médecin généraliste, par exemple.

2 Arrêté du 27 mars 1972 relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, JORF, 31 mars 1972, p.3282-3286, p. 3282.

3 Ibid.

4 Arrêté du 6 novembre 1945 portant institution d'une commission permanente de la nomenclature générale des actes professionnels, JORF, 21 novembre 1945, p. 7736.

5 Voir CHENEVOY-GUERIAUD Marie, *Les conventions nationales médicales*, thèse de doctorat, Droit, Clermont-Ferrand, 2002, p. 231-235.

6 CE, 5/10 SSR, 31 octobre 1990, n°112105, « Syndicat des biologistes de Bretagne » ; CE, 1/4 SSR, 13 novembre 1995, n°163931, « Fédération des chirurgiens-dentistes de France » ; CE, 1/2 SSR, 22 novembre 2000, n°212002 212003, « Syndicat national des médecins biologistes ».

7 Cass., soc., 16 janvier 1985, n°83-11966, « CPAM des Bouches-du-Rhône contre Lavours ».

qui relèvent en droit de l'exercice unilatéral du pouvoir réglementaire, soient arrêtées le plus possible après concertation avec les parties à la convention »¹.

Ce système fut rapidement vicié et la loi Teulade de 1993 entendit y mettre fin en instaurant un système d'information avec codage des actes médicaux, des prescriptions et des pathologies. C'est sur cette base qu'en 1996 on décida d'unir la NGAP et le catalogue des actes médicaux, utilisés à l'époque dans les hôpitaux en ce qui concerne les actes techniques.

La convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour la période 1997-1999 fut le cadre d'une longue réflexion quant à la réforme de la nomenclature existante. Finalement quatre étapes furent identifiées pour parfaire à ce changement profond, trois concernant l'élaboration du classement en lui-même et une la réforme des procédures de conception et d'actualisation de sa traduction financière² :

1. Création de la classification commune des actes médicaux, « ensemble de libellés et de codes décrivant des actes techniques soit isolés, soit regroupés en procédures usuelles, réalisables dans l'ensemble des disciplines médicales et chirurgicales »³.
2. Présentation par l'État et la CNAMTS à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé d'actes considérés comme obsolètes ou innovants : il y en eut 300 en tout et, à la suite de cette validation, 7100 actes techniques médicaux et dentaires étaient listés.
3. Hiérarchisation des actes par une méthode élaborée par la CNAMTS et le pôle d'expertise et de référence nationale pour les nomenclatures de santé qui prévoyait d'analyser les actes selon le travail médical requis et les « coûts de

1 Avis du Conseil d'État, Section, 2 avril 1985, Droit social, n°6, juin 1985, p. 516-517, p. 517.

2 Cour des comptes, Rapport sur la Sécurité sociale, les éditions des journaux officiels, septembre 2000, p. 24-25.

3 Ibid., p.25.

la pratique » engagés.

4. Valorisation par voie conventionnelle de ces actes.

La mise en place opérationnelle de la CCAM était prévue pour 2003, mais elle intervint avec plusieurs années de retard.

C'est la convention nationale médicale de 2005¹ qui introduit de manière effective la CCAM technique. Elle remplace en grande partie la NGAP, toujours utilisée en ce qui concerne la majorité des consultations, notamment aux cabinets des praticiens.

Le site de l'assurance maladie met en ligne la CCAM², sous forme de fiches abrégées ou détaillées : elles comportent le code de l'acte, sa dénomination précise, le tarif lui étant applicable et une foultitude de détails tarifaires le concernant.

Cette classification permet de connaître les actes médicaux de façon précise et facilite grandement leur tarification, c'est pourquoi l'on cherche activement à la transposer à la médecine clinique, à l'heure du tout-évalué.

– La dissection de l'activité médicale, nécessaire à sa tarification efficiente :

En ce qui concerne la plupart des actes non-techniques et quelques actes techniques, la NGAP est toujours applicable. Depuis 2005³, ce sont des décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) qui permettent de modifier la liste des actes et prestations concernées. Le travail des médecins généralistes se compose dans sa grande majorité de consultations, sans instruments ni gestes techniques ; il dépend donc de la NGAP, non de la CCAM technique. C'est néanmoins en parallèle de la mise en place de cette dernière que ses partisans ont

1 Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, JORF n°35, 11 février 2005, p. 2275 ; mise en œuvre tarifaire par l'arrêté du 21 mars 2005 portant approbation de l'avenant n° 2 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, JORF n°74, 30 mars 2005, p. 5231.

2 Site de la CCAM [consulté le 25/05/2012] <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>

3 Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF n°190, 17 août 2004, p. 14598.

mûri l'idée de voir apparaître à ses côtés une CCAM *clinique*. Dans la convention de 2005, il en est fait mention à propos d'un accord de 2003 :

« Pour ce qui concerne la CCAM clinique, les parties reprennent les termes de l'accord du 10 janvier 2003 et s'entendent pour engager le processus d'entrée en vigueur avant la fin de l'année 2006, en parvenant à terme à une rémunération des actes cliniques qui tienne compte du contenu et de la nature de l'acte réalisé en écartant la référence, aujourd'hui prédominante, à la discipline du médecin qui la réalise. Cette ambition forte nécessite que les partenaires s'entendent sur les modalités et le rythme de sa montée en charge ; ils y procéderont en même temps qu'ils achèveront le travail de définition même de cette classification commune des actes.

Il est par ailleurs créé un Observatoire de la CCAM chargé d'étudier les conséquences de l'application de cette dernière et l'évolution du coût de la pratique des actes. »

Nous pouvons tout d'abord relever que la CCAM clinique qui devait être mise en place en 2006 ne l'est pas en 2012 : à notre sens elle est en train de devenir un serpent de mer, idée partagée par d'autres¹. Car en effet, il nous paraît surréaliste de chercher à codifier les consultations et ce qui les constitue de la même façon que l'on a codifié les actes techniques.

D'un côté, il est vrai que, selon l'article 53 du code de déontologie médicale, « un médecin doit répondre à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement »². La jurisprudence s'est prononcée très tôt en faveur de cette obligation³ qui, traditionnellement, est contenue dans tous

1 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 30'30, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/> ; URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 16'25, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 Art. R.4127-53 du CSP.

3 Trib. Paix Nice 25 septembre 1957, Gaz. Pal. 1957, II, p. 246.

les contrats¹. Ainsi si le médecin peut expliquer ses honoraires au patient il doit pouvoir analyser sa pratique et en faire ressortir des éléments mesurables, que l'on pourrait codifier pour mettre en place de nouveaux tarifs cliniques.

D'un autre côté, en revanche, le secret médical impose au praticien de rester silencieux quant à ce qu'il advient dans le colloque privé qui l'unit au patient. De plus, en ce qui concerne la médecine générale, la diversité de contenu d'une consultation est tellement vaste qu'il semble compromis de réellement qualifier ses composantes.

En 2011, la convention réaffirme la place de la rémunération à l'acte en tant que principe fondateur de l'exercice libéral². Ce choix, intimement lié à la mise en place de la CCAM clinique, nous laisse imaginer que le paiement à la performance n'est pas une pratique vouée à se développer de façon drastique, ce qui est dérangeant : d'une main les négociations conventionnelles débouchent sur la mise en place du paiement à la performance et le gel du C, de l'autre elles aboutissent à l'apologie explicite du paiement à l'acte et le renouvellement du projet d'une nomenclature relative aux consultations... C'est peut-être la volonté de diversifier une petite part de la rémunération des médecins qui justifie cette position ambiguë.

En effet, la mise en place de la CCAM clinique est envisagée pour début 2013, et des mesures sont instituées pour pallier à son absence. Ainsi sont mises en place des consultations à haute valeur ajoutée, qui prennent en compte des cas particuliers et sont mieux rémunérées. Ce genre de *revalorisation* est très ancienne.

En 2002³, on instauré une consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin omnipraticien, pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée (ALD) exonérées du ticket modérateur. Le tarif d'une consultation se

1 DE JUGLART, « L'obligation de renseignements dans les contrats », *Revue trimestrielle de droit civil*, 1945, p. 1.

2 Arrêté du 22 septembre 2011, op. cit.

3 Arrêté du 31 janvier 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale médicale des médecins généralistes, JORF, 1^{er} février 2002, p. 2143-2147.

montait alors à 23 € en France métropolitaine au 1^{er} mars 2002 (26 € en 2003). La même année¹, ce sont des revalorisations tarifaires de la visite à domicile et de la consultation au cabinet qui sont mises en place, en contre-partie desquelles les médecins s'engagent à réduire le nombre de leurs visites et à prescrire les médicaments en dénomination commune internationale². En 2003³, deux nouveaux contrats optionnels sur la base du volontariat sont mis en œuvre. L'un d'eux concerne plus particulièrement les médecins généralistes, à propos de la prise en charge à domicile de patients bénéficiant de soins palliatifs : il s'agit d'un contrat de santé publique rémunéré par un forfait mensuel de coordination de 40 euros, 80 euros lorsque le généraliste coordonne l'équipe de professionnels de santé en charge de ces soins. En 2005⁴, on instaure une rémunération similaire, spécifique au médecin traitant conventionné et pour les patients en ALD, fixée à 40 euros. En 2007, c'est la valeur du C qu'on prévoit d'augmenter à 23 euros en 2008, « en vue de la mise en place de la CCAM clinique »⁵, toujours pour patienter en attendant la CCAM clinique.

En 2011, il s'agit de la consultation familiale pour les psychiatres, du dépistage du mélanome pour les dermatologues ou encore de la visite longue pour les médecins généralistes. Celle-ci, par exemple, est codée VL et nommée « visite longue et complexe réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant ». Elle n'est utilisable qu'une fois par an, pour aller voir à domicile un patient atteint d'une maladie neurodégénérative, type Alzheimer. Sa cotation est de 2V, ce qui signifie qu'elle est payée au praticien le

1 Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes, JORF n°150, 29 juin 2002, p. 11215.

2 C'est-à-dire à prescrire des médicaments en n'indiquant pas un nom commercial mais le nom de la substance active, défini par l'OMS : cela permet entre autres de faciliter la délivrance de génériques par le pharmacien.

3 Avenant à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins généralistes libéraux et les caisses d'assurance maladie, JORF n°215, 17 septembre 2003, p. 15958.

4 Arrêté du 3 février 2005, op. cit.

5 Art. 5 de l'avenant 23 de la convention, arrêté du 2 mai 2007 portant approbation de l'avenant n° 23 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, JORF n°103, 3 mai 2007, p. 7826.

double d'une simple visite à domicile.

Pour le Dr. Urbejtel, la CCAM clinique apparaît être une mauvaise solution, calquée sur l'analyse de ce qu'il se passe dans les plateaux techniques et basée sur la durée, la difficulté, la technicité, etc.¹ Pour lui, on ne peut pas « découper en rondelles » le patient², il est très difficile de cataloguer la consultation, surtout pour les médecins généralistes qui gèrent des polypathologies. Au syndicat MG France, personne n'imagine que ce projet aboutira, ni même qu'il sera utilisable. *A contrario*, ils pensent qu'augmenter les forfaits permet de se rapprocher de cette valorisation, et de « régler assez finement les objectifs qu'on se donne »³. Par ailleurs, il explique que ce cheval de bataille de la CSMF est envisagé par celle-ci en un échelonnement de consultations faciles à difficiles, de la médecine générale à celui du grand spécialiste. Il juge cette vision « étonnante » en ce qu'il fait du travail du généraliste quelque chose de « viscéralement » simple, ce qu'il qualifie d'un doux euphémisme en disant que ce n'est « pas exact »⁴.

A priori, le chantier de la CCAM apparaît pharaonique, qu'il s'agisse de créer autant de consultations cotées que de consultations spécifiques, de mettre en place des cotations de fractions de consultation qu'il faudrait assembler, ou bien encore de moduler le C selon des facteurs énumérés. Il semble qu'il soit envisagé de créer trois consultations, les trois niveaux correspondant à des seuils de *complexité*⁵. Cela nous semble effectivement plus réalisable, mais peut-être encore trop dépendant du paiement à l'acte, qui n'est pas spécialement adapté à la pratique des médecins généralistes. D'ailleurs, le Dr. Ménard nous explique qu'à son sens un chirurgien très spécialisé ne fait pas le même travail qu'un généraliste : le premier fait effectivement

1 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 15'30, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 17'00, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

3 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 18'50, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

4 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 20'00, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

5 La variable la plus simple à prendre en compte est la durée, mais il y en aurait d'autres ; CHASSANG Michel, Entretien du 26/04/2012, 41'55 min, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>.

des actes mesurables¹.

En ce qui concerne spécifiquement notre sujet, la difficulté de recenser, qualifier, quantifier et mesurer toutes les activités des omnipraticiens conduit à la mise en place d'une rémunération sur objectifs de santé publique qui ne parvient pas à englober les nombreuses facettes de la *performance* des médecins.

2] La performance appliquée à la santé, une mise en place fatalement imparfaite :

Le concept de *performance* est une notion fourre-tout que nous allons essayer de délimiter, pour décrire les travers connus de son utilisation dans le monde du travail et les risques de son application au domaine médical, en particulier aux médecins généralistes.

Alice Teil, dans sa thèse intitulée *Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière*, remarque que le concept de performance n'a pas de définition précise. Elle note néanmoins qu'il est de plus en plus fréquemment utilisé, principalement pour deux raisons : la « volonté de répondre aux crises de légitimité que connaissent tant les secteurs publics que les secteurs privés » et « la volonté des institutions internationales [...] de comparer les systèmes de santé entre eux, de définir leurs principes communs et de dégager des leviers de convergences des systèmes vers ces principes ».

L'auteur se penche alors sur la presse pour faire ressortir la définition usuelle

1 MÉNARD Didier, Entretien du 02/05/2012, 1h00'00 [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

de la notion de performance :

« Dans le langage courant, la performance renvoie donc à quatre significations majeures :

- *Les résultats de l'action* : la performance correspond alors à un résultat mesuré par des indicateurs et se situant par rapport à un référent qui peut être endogène ou exogène.
- *Le succès* : la performance renvoie à un résultat positif, et par là même aux représentations de la réussite propres à chaque individu et à chaque établissement.
- *L'action* : dans ce sens plus rare en français qu'en anglais, la performance désigne alors simultanément des résultats et les actions mises en œuvre pour les atteindre, c'est-à-dire un processus. Cette acception est proche de celle utilisée dans les champs de la psychologie et de la linguistique générative.
- *La capacité* : la performance renvoie alors au potentiel. »¹

Finalement, elle posera que « la performance se définit comme la capacité à atteindre les *objectifs* fixés. Par conséquent, la performance repose sur des objectifs définis et des référentiels de *représentations* du réalisé »². Cette définition nous paraît très claire et nous sert de base de réflexion quant aux développements suivants.

Nous allons expliquer ici comment la notion de performance est source dans le monde du travail de consternation [a], ce qui n'augure rien de bon quant à son application au domaine médical [b].

1 TEIL Alice, *Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière*, op. cit., p. 42.

2 TEIL Alice, *Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière*, op. cit., définitions d'avant-propos.

a] Pathologies mentales liées au travail, les enfants illégitimes de la performance comme garde-fous :

Les primes à la performance existent depuis 1959¹ dans le secteur privé. Aujourd'hui, même nos médecins et nos fonctionnaires y sont confrontés². Pour étudier l'impact de la rémunération sur objectifs de santé publique, il nous a paru intéressant de revenir sur cette application plus ancienne du concept de performance à d'autres professionnels. Cet éclairage permet de douter du principe managérial en lui-même, comme le développe Christophe Dejours³. Ce psychiatre nourrit en effet une thèse concernant les liens entre la souffrance au travail et l'organisation de celui-ci. Nous allons succinctement la présenter pour éclairer nos doutes quant à l'apport réel du paiement à la performance, à l'heure où tous doivent le subir.

– La performance comme mauvais traitement :

Le Dr. Dejours a recherché les processus en cause dans le développement des pathologies mentales spécifiques au travail. Il explique que ces recherches concernant le lien entre santé mentale et travail ont débuté à la suite de la seconde guerre mondiale et n'ont pas réellement été probantes.

En effet, ce genre de maladie n'existe quasiment pas car les travailleurs créent des stratégies de défense, pour éviter la décompensation liée au stress et rester dans la *normalité*. Certaines de ces défenses sont construites, maintenues et

1 Ordonnance n°59-126 du 7 janvier 1959 portant association ou intéressement des travailleurs à l'entreprise, JORF, 9 janvier 1959, p. 641.

2 Via une prime de fonctions et de résultat et une prime d'intéressement à la performance collective : Décret n° 2008-1533 du 22 décembre 2008 relatif à la prime de fonctions et de résultats, JORF n°0304, 31 décembre 2008, Texte 186 sur 272 ; Décret n° 2011-1038 du 29 août 2011 instituant une prime d'intéressement à la performance collective des services dans les administrations de l'État, JORF n°0202, 1er septembre 2011, Texte 49 sur 146 ; etc.

3 DEJOURS Christophe, Allocution filmée, au Rendez-vous d'automne de l'Association Nationale des Médiateurs, Palais Bourbon, 24 octobre 2008, [consultés le 30/04/2012] http://www.dailymotion.com/video/x82e0c_christophe-dejours-stress-au-travail_news et http://www.dailymotion.com/video/x82ef9_christophe-dejours-stress-au-travail_news

transmises collectivement. La plupart sont « estampillées par le travail », leur développement reste spécifique à un corps de métier particulier. Il faut comprendre que ceci a toujours existé, néanmoins les maladies liées aux mauvais traitements au travail ne cessent d'augmenter. La question se pose alors de savoir quelles sont les contraintes dans le travail qui, aujourd'hui, ont un impact sur la souffrance et résistent à ces stratégies de défense.

À cette question, le Dr. Dejours répond que c'est l'évolution contemporaine de l'organisation du travail qui est en cause. En effet, actuellement le travail est plus divisé qu'auparavant, encadré par des procédures, règles et autres normes qui prescrivent à chacun ce qu'il doit faire et ne pas faire. Cette structure s'accompagne de tout un dispositif pour surveiller et contrôler le respect des ordres, ce qui divise encore les êtres humains dans des rapports hiérarchiques. Ce contexte apparaît favorable à la mise en place des deux réels facteurs expliquant les pathologies mentales au travail : l'évaluation individualisée des performances (EIP) et les contraintes de qualité totale.

- **La qualité totale**, tout d'abord, est un contresens théorique : elle n'existe pas. Au mieux c'est un idéal, mais, rendue nécessaire pour atteindre les référentiels, elle ne fait que pousser les individus à frauder, à mentir. Il est intéressant ici de citer une étude britannique qui montre que, dans le cadre du QOF, il existe un sous-codage important des données, destiné à influencer la prime à la performance¹.
- **L'évaluation individualisée des performances**, ensuite, est dénoncée par le praticien qui, loin d'être réfractaire à la notion d'évaluation, critique des mesures essentiellement quantitatives et objectives du travail effectué. Il

¹ Calvert M, Shankar A, McManus RJ, Lester H, Freemantle N, « Effect of the quality and outcomes framework on diabetes care in the United Kingdom : retrospective cohort study », BMJ, 2009 ; 338b1870.

relève plusieurs défauts à ce système :

- les bases scientifiques sur lesquelles ces évaluations s'appuient sont fausses : l'essentiel du travail est de nature subjective, invisible¹. On ne mesure pas le travail, au mieux on mesure les résultats du travail.
- accorder une importance à l'EIP nuit au travail collectif, à la coopération : elle crée une concurrence généralisée entre les individus. Une prime ou un avancement suffisent à créer l'envie, mais quand il est question d'un licenciement possible c'est la peur qui intervient et empire la situation, créant concurrence déloyale, croc-en-jambes, désinformation, etc. Cette déstructuration rapide de la loyauté et de la confiance entre les personnes est accompagnée d'une perte du respect et de la convivialité. On désenchante le monde du travail, on n'y apprend plus la coopération, l'entraide et la solidarité, mais l'instrumentalisation et l'utilisation stratégique : on veut des combattants.
- l'évaluation aboutit in fine à l'apparition de la solitude dans le monde du travail².

Les stratégies de défense collective sont ainsi détruites : tout le monde se planque, tout le monde a peur. Et seul face à ses problèmes au travail, l'individu craque.

Le Dr. Dejours décrit quatre types de pathologies mentales liées au travail :

- **Les pathologies de surcharge** : *burn-out* (épouement professionnel), *karôshi*³,

1 Le réel est objectif mais il résiste : travailler c'est échouer, chercher, endurer, échouer encore, réussir, etc., c'est toute une composition d'états affectifs qui, effectivement, débouche ensuite à un résultat.

2 Le Dr. Dejours n'hésite pas à reprendre les thèses de Hannah Arendt concernant les différents stades de la solitude (*solitude*, *isolation* et *loneliness*), considérant que cette déstructuration du *collectif* permet de mieux comprendre comment on peut arriver à un système totalitaire : en effet, du fait de la concurrence les individus se déshonorent tous les jours au travail en faisant des choses qu'ils réprouvent moralement, pourtant ils ne subissent pas de contrainte et de répression telle la violence physique, la torture, les menaces de déportations, etc. Un système de servitude volontaire et de collaboration s'est mis en place ; référence à ARENDT Hannah, *The Origins of Totalitarianism*, Harcourt Brace & Co, New-York, 1951.

3 Mort subite par infarctus du myocarde ou autre problème cardiaque d'individus parfois jeunes et sans aucun antécédent cardio-vasculaire : la seule cause est une charge de travail ou un stress trop importants.

troubles musculo-squelettiques¹.

- **Les pathologies post-traumatiques**, c'est-à-dire en rapport avec les violences que les professionnels subissent de la part des usagers ou du public qu'ils côtoient au travail.
- **Les pathologies du harcèlement**, plus facilement subi par des personnes très motivées par leur travail, qui pensent que les reproches qu'on leur fait sont justifiés, qu'ils sont incapables : la prévenance et le regard des autres pourraient les aider, mais l'individualisme et la concurrence les en empêchent.
- **Les tentatives de suicide et suicides**, qui depuis une quinzaine d'année peuvent aussi survenir *sur le lieu de travail* : ils marquent une rupture à l'intérieur du monde du travail, celle du lien social, du vivre-ensemble.

– **L'application difficile de la performance aux témoins de ses travers :**

Les professionnels de santé sont les premiers témoins des effets désastreux de la nouvelle organisation du travail sur la santé mentale des individus : médecins du travail, généralistes, nombreux sont ceux qui, confrontés de plein fouet à ce fléau par les manifestations qu'il occasionne chez leurs patients, appréhendent l'évolution du paiement à la performance qu'on leur propose aujourd'hui. Le Dr. Ménard, président du syndicat de la médecine générale (SMG), nous a interpellé sur cette question².

Ainsi, par exemple, le docteur en psychologie Marie Pezé a publié en 2008 un livre dans lequel elle présente et analyse les différents cas qu'elle a pu rencontrés dans sa consultation spécifique *souffrance et travail*³. Celle-ci était la première du genre, créée en 1997 au centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre. M.

1 Maladie physique centrée par un processus psychique selon le Dr. Dejours.

2 MÉNARD Didier, Entretien du 02/05/2012, 16'20, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

3 PEZÉ Marie, *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*, *Journal de la consultation Souffrance et Travail*, Pearson, août 2008.

Pezé a plus tard créé un site internet dédié à la souffrance au travail¹, qui fournit des « guides pratiques » en libre accès pour aider les travailleurs, les acteurs de l'entreprise, les professionnels de santé, les médecins du travail et les professions juridiques.

Alors que le Dr. Dejours explique qu'une action rationnelle consisterait à transformer l'organisation du travail, en réfléchissant à ce qu'est une bonne évaluation, il déclare que « pour pouvoir reconnaître le travail des gens il faut d'abord le connaître ». Or il nous apparaît évident que la mise en place du paiement à la performance reflète une grande méconnaissance du travail des médecins, notamment des omnipraticiens.

b] La performance des soins, notion instable aux amères conséquences :

Il nous paraît très compliqué de mesurer et donc de gratifier la performance des médecins, car il est difficile de la définir de façon claire et précise, donc de la quantifier. C'est donc en contrariant sa nature qu'on peut la mettre en place, laissant la porte ouverte à des résultats différents de la *qualité* promise.

– La trop complexe substance de la performance appliquée à la santé :

Revenons à la thèse d'Alice Teil. Elle constate la difficulté de déterminer la signification de la performance, appliquée à la santé : d'abord parce que la santé est un champ très vaste², ensuite parce que le terme de performance, par sa

1 <http://www.souffrance-et-travail.com/>.

2 TEIL Alice, *Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière*, op. cit., p. 43 : « Avant les années 1970, l'OMS définissait la santé comme « un état de non-maladie ». Dans ce cas, la performance des systèmes de santé renvoyait à la prévalence et à l'incidence des pathologies dans une population donnée. Depuis les années 1970, l'OMS définit la santé comme « un état complet de bien-être physique et mental », la performance des systèmes de santé devient alors beaucoup plus difficile à appréhender. En effet, les épidémiologistes savent

vulgarisation, est devenu un terme « extrait de l'ensemble des mots *communs* pour rentrer dans l'ensemble des mots *scientifiques* et *techniques* » qui « génère le consensus [...] parce que chacun en a une interprétation positive quel que soit le sens exact qu'il lui accorde »¹. Pour être bref, nous pouvons retenir de ses développements suivants que la notion de performance accueille un sens de réussite plus large et global qu'auparavant, permettant une appréciation fondée sur des éléments plus nombreux, diversifiés et interdépendants.

Cela se traduit au niveau hospitalier par une évaluation de la performance « qui fait alors référence à la qualité des soins, mais aussi à l'environnement économique et financier de ces soins, donc à la gestion de l'offre de soins »². Ainsi, différentes dimensions sont englobées dans la performance : « les pratiques médicales, les processus de prise en charge, les systèmes d'information, la satisfaction des parties prenantes et les coûts »³.

Cette vision de la performance apparaît alors transposable à la médecine de premier recours. Pourtant cette application aujourd'hui réelle ne prend pas en compte tout ces éléments : de notre point de vue, la rémunération sur objectifs de santé publique est bien plus restreinte et ne prend en compte que *certain*s aspects de la performance en santé. Cette impression est confirmée à la lumière de rapports de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

L'omnipraticien doit être considéré comme appartenant au système de santé général, comme le décrit l'OMS en définissant les services de santé comme « la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production

mesurer la prévalence et l'incidence des maladies. En revanche la mesure du bien-être est quelque chose de beaucoup plus délicat, car elle demande de prendre en compte des aspects psychologiques et sociaux difficilement quantifiables. ».

1 Ibid.

2 TEIL Alice, *Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière*, op. cit., p. 47.

3 TEIL Alice, *Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière*, op. cit., p. 48.

d'interventions sanitaires. Une intervention sanitaire s'entend de tout effort dont l'objectif principal est d'améliorer la santé dans le cadre de soins de santé individuels, d'un service de santé publique ou d'une initiative intersectorielle »¹. Une fois ce constat établi, il est possible de comparer la performance du système de santé selon l'organisation internationale et la rémunération sur objectifs de santé publique. Selon l'OMS², les objectifs des systèmes de santé doivent être :

- l'amélioration de la santé, de la qualité des soins,
- une contribution financière équitable de chacun, voire des moindres coûts, et
- le perfectionnement des dimensions extra-sanitaires de l'interaction de la population avec eux.

Quant aux indicateurs de la performance des systèmes de santé dans l'atteinte de ces objectifs, ce sont :

- le niveau de santé général,
- la distribution de la santé dans la population,
- le degré général de réactivité et sa distribution, et
- la répartition de la contribution financière.

Plusieurs remarques nous viennent en tête à la lecture de ces objectifs et indicateurs.

Déjà, les objectifs de santé publique de notre P4P à la française ne peuvent être considérés comme une rémunération à la performance, puisque celle-ci est beaucoup plus large. Comme déjà-dit, une grande partie de l'activité des médecins généralistes ne peut se calculer : elle est donc tout simplement mise de côté dans le paiement à la performance. Cet aspect social est pourtant fondamental. Certains articles ont déjà fait ressortir l'inquiétude de voir tout un pan du métier de médecin négligé³.

1 OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 1999, Pour un réel changement*, 1999.

2 OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2000, Pour un système de santé plus performant*, 2000.

3 Snyder L, Neubauer RL, « Pay-for-performance principles that promote patient-centered care : an

Ensuite, l'appellation santé publique¹ nous semble abusive, puisqu'elle nécessite des objectifs à long terme. Peut-être qu'inciter un-à-un les acteurs de santé publique que sont les médecins est une manière de procéder, mais elle ne paraît pas aller dans le sens d'une efficacité sur la durée : en effet, si le paiement à la performance aboutit à une réelle mise en concurrence des praticiens, la coopération nécessaire à l'amélioration de la santé publique pourrait être difficile à mettre en œuvre. La coordination est en effet nécessaire à notre sens, pour reconnaître la place des professionnels de premier recours dans la santé publique. En effet, leur mission de service public ne s'arrête pas à la permanence des soins, elle s'étend à la continuité des soins, c'est-à-dire l'organisation des soins de jour². L'engorgement des hôpitaux est, par exemple, du au fait que l'on n'a pas donné de mission de service public aux médecins libéraux.

Par ailleurs, définir et évaluer la performance d'un professionnel de santé *seulement* de manière individuelle apparaît malvenue : la cohérence nécessaire au bon fonctionnement du système de soins devrait au contraire être recherchée par des programmes d'évaluations pertinents selon les acteurs visés et coordonnées entre eux. La seule absence de prise en compte de la population couverte par le généraliste selon le territoire qu'il occupe paraît contrevenir à cette idée.

– **Les finalités fortuites du paiement à la performance des médecins :**

Il nous paraît judicieux tout d'abord de rappeler que le contrat qui se forme entre le patient et le praticien libéral oblige actuellement le médecin à une obligation de moyens, non de résultat. En effet, le résultat médical est considéré comme

ethics manifesto », *Ann. Intern. Med.*, 4 décembre 2007, 147(11):792-794 ; Casalino LP, Alexander GC, Jin L, Konetzka RT, « General internists' views on pay-for-performance and public reporting of quality scores: a national survey », *Health Aff (Millwood)*, 26 avril 2007, (2):492-499.

1 État globalement sain de la population et moyens mis en œuvre pour y aboutir (taux de mortalité bas, lutte contre les fléaux sociaux, etc.).

2 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 1h16', [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

aléatoire, personne ne peut être tenu de guérir. Pratiquer l'art médical c'est avant tout soigner son patient, lui délivrer les meilleurs soins possibles. Une fois cette affirmation formulée, il apparaît évident que le paiement à la performance contrevient à la déontologie médicale.

Il nous faut souligner ici une modification récente de la déontologie : l'article R.4127-92 du code de la santé publique (CSP), qui figurait dans la partie sur l'« exercice en clientèle privée » de la sous-partie concernant l'« exercice de la profession » du Code de déontologie médicale et qui tenait en un avertissement aux médecins contre les dérives de rentabilité, a été déplacé pour devenir le deuxième de l'article R.4127-83 du CSP, qui donne les « règles communes à tous les modes d'exercice ». Nous voyons dans ce changement une réaffirmation claire du principe qu'« un médecin ne peut accepter un contrat qui comporte une clause portant atteinte à son indépendance professionnelle ou à la qualité des soins, notamment si cette clause fait dépendre sa rémunération ou la durée de son engagement de critères de rendement », quel que soit son mode d'exercice. Selon l'évolution de la forme et des critères du paiement à la performance cette revalorisation déontologique pourrait s'avérer gênante.

En effet, nous avons vu précédemment que l'indépendance du médecin est perturbée par le paiement à la performance et, si on considère ici le rendement comme ce que doit *rendre* le médecin, les résultats qu'il doit obtenir, alors la rémunération sur objectifs de santé publique est manifestement contraire à la déontologie. La contrepartie financière proposée au médecin en récompense de ses efforts pour atteindre des finalités chiffrées nous paraît vraiment correspondre à la notion de rendement.

Par ailleurs, avoir présenté quelques indicateurs qui nous paraissaient scientifiquement litigieux, nous pensons que le point commun de tous les critères de

la rémunération sur objectifs de santé publique n'est pas la qualité qu'ils sanctionnent, mais plutôt l'objectif d'efficience à plus ou moins long terme auquel ils pourvoient. En ce qui concerne l'organisation du cabinet par exemple, la bonne tenue d'un dossier médical peut permettre une meilleure continuité des soins qui se révélera rentable en ce qu'elle permettra de ne pas refaire plusieurs fois les mêmes examens. Les indicateurs cliniques quant à eux servent une surveillance de l'état de santé des patients diabétiques ou hypertendus, qui permet de réaliser des économies en évitant la progression de la maladie à des stades dont la prise en charge serait plus coûteuse pour la collectivité. Les indicateurs de prévention ont le même but, si ce n'est que la maladie n'est pas déclarée. Quant aux indicateurs d'efficience, leur nom parle pour nous.

À cela nous pouvons rajouter que le fait de remplacer l'augmentation du prix de la consultation par la rémunération sur objectifs de santé publique conduit lui aussi à une rationalisation plus poussée des dépenses de soins, porteuse d'économies.

Cette vision de la santé nous paraît dommageable, elle ignore des pendants de la performance médicale qui nous paraissent autrement plus importants.

« La crise de légitimité que connaissent les objectifs économiques est due à l'échec constaté de l'activité économique à répondre aux attentes de la population. Cette crise de légitimité est due à une remise en cause des fondements strictement économiques de la performance au profit des fondements sociaux de la performance. »¹

En effet, tout ce qui concerne la médecine sociale est occulté par le paiement à la performance autant que par le paiement à l'acte, sûrement car il est impossible de le mesurer ou de le quantifier. Peut-être serait-il nécessaire d'envisager de nouvelles

¹ TEIL Alice, *Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière*, op. cit., p. 63.

solutions au lieu de s'obstiner dans un mode de financement qui a eu le temps de faire ses preuves.

Mais toucher à la rémunération des médecins n'est pas chose aisée : si le paiement à l'efficacité attire la méfiance c'est en partie car altérer les libres honoraires des médecins libéraux est une hérésie, un sujet brûlant.

B] La remise en question de la notion de médecine libérale inhérente à l'étude de l'évolution de la rémunération des médecins libéraux :

Si la rémunération sur objectifs de santé publique suscite un certain intérêt, c'est entre-autres parce que le paiement des praticiens libéraux a été, est et espérons-le ne restera pas une question sensible. C'est à notre sens injustifié, et nous allons ici nous attacher à le démontrer. Il nous paraît important pour cela de revenir sur la notion de professionnel libéral, afin de la différencier de celle de professionnel indépendant et pour souligner la subsidiarité du mode de rémunération des médecins [1]. Cette explication nous permettra ensuite d'étudier le conventionnement médical, comme une simple évolution de la rémunération des médecins nécessaire à son temps dont le paiement à la performance assume la filiation [2].

1] La profession de médecin en France, systématiquement libérale et rarement indépendante :

Au sens de la directive n°2005/36/CE relative à la reconnaissance des

qualifications professionnelles, qui précise que cette définition lui est propre, une profession libérale est une « profession exercée sur la base de qualifications professionnelles appropriées, à titre personnel, sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du client et du public ». Il faut néanmoins noter qu'aucun consensus ne permet de définir précisément les particularités de ces professions. C'est pourquoi dans un premier moment nous nous attacherons à la thèse du Pr. Savatier sur les professions libérales¹ pour en préciser la signification que nous retenons dans ce travail [a], pour ensuite nous pencher sur la notion d'honoraires et discuter le caractère essentiel de cet attribut de la médecine libérale [b].

Cette réflexion en deux temps nous permet d'éclairer une nouvelle facette du paiement à la performance, qui est appliqué à la médecine libérale et, si l'on s'en tient à une vision traditionnelle des professions libérales, peut être rejeté car il est différent des honoraires. Ainsi, en expliquant que sont souvent confondues médecine libérale et médecine indépendante, nous pouvons entrevoir la rémunération pour objectifs de santé publique pour ce qu'elle est : une simple évolution de la rétribution des médecins, parmi tant d'autres.

a] Le caractère libéral de la médecine, indépendant de son mode d'exercice :

La médecine telle que nous la connaissons de nos jours est issue de toute une réflexion autour de la notion d'« art médical », distinguée par les grecs des « soins ordinaires » et fabriquée au sein du corpus hippocratique du V^{ème} siècle avant J.C. Cette notion implique des règles et des pratiques communes à toute la profession

1 SAVATIER Jean, *Étude juridique de la profession libérale*, thèse de doctorat, Droit, Poitiers, 1946.

médicale.

La notion de profession libérale, quant à elle, nous vient du droit romain : *operae liberales*, ou *artes liberales*, était le nom donné aux services rendus par des personnes exerçant une activité intellectuelle et digne d'un homme libre, telles que celles de rhéteur, grammairien, géomètre, avocat, etc.¹ La médecine a longtemps été considérée comme un travail manuel, dévolu aux esclaves et méprisé ; mais cette notion d'*operae liberales* lui sera très rapidement appliquée.

La signification de profession libérale a évolué avec le temps, notre conception contemporaine de cette expression n'est plus en phase avec l'époque du droit romain. Pour tenter une approche synthétique et utile à la réflexion principale de notre développement, nous avons choisi de limiter notre étude de la profession médicale comme profession libérale aux caractéristiques développées dans la thèse de Jean Savatier de 1946 : *Étude juridique de la profession libérale*. Force nous a été de constater que sa vision des professions libérales sonne particulièrement juste pour ce qui est de la médecine, bien qu'elle puisse être qualifiée d'idéaliste.

« Il faut certes reconnaître que la construction classique de la profession libérale se trouve menacée par les transformations sociales de notre époque et le déclin du respect qui s'attachait dans nos institutions aux droits de la personne. Mais c'est précisément parce que la profession libérale se trouve dans une large mesure liée au respect de la personne humaine qu'elle mérite de subsister. »²

Dans cette étude le Pr. Savatier soutient l'idée que tous les praticiens médicaux, quels que soient leurs modes d'exercice³, sont des professionnels libéraux. Dans son exposé l'auteur considère les principales professions libérales

1 BERGER Adolf, *Encyclopedic dictionary of Roman law, Transactions of the American Philosophical Society*, New Series, Volume 43, Partie 2, 1953, p. 609 (*operae liberales*) et 719 (*studium liberale*).

2 SAVATIER Jean, op. cit., p. 365-366.

3 Indépendant, salarié, agent de service public, médecin militaire, etc.

pour déterminer leurs points communs, leur véritable nature, et envisager une réglementation qui leur serait commune. Nous nous limiterons quant à nous à l'étude de la médecine en elle-même.

Une profession libérale est d'abord particulière par la nature de son activité : celle-ci est traditionnellement considérée comme une activité intellectuelle, indépendante et désintéressée.

Une rapide approche historique de la naissance des professions libérales permet de mettre en relief l'origine du critère **intellectuel** accordé à cette activité, secondaire car issu de préjugés archaïques, tenant du mépris pour les travaux manuels en général.

Le critère de l'**indépendance** a pour sa part un rôle essentiel dans l'organisation des professions libérales. Sa sauvegarde est par exemple une condition à la validité des contrats passés par les membres de ces professions¹. Il faut préciser que le principe d'indépendance ne doit pas être compris dans un sens strict et absolu, elle « ne s'oppose pas à une certaine subordination en dehors du domaine technique, ni à une dépendance économique »². Il nous paraît judicieux de rajouter, à l'indépendance *technique* mise en valeur par le Pr. Savatier, l'idée d'une certaine indépendance *morale* ou *intellectuelle* que le professionnel doit aussi conserver.

Le **désintéressement**, enfin, doit lui aussi être perçu de manière relative : il ne faut pas tant le considérer à un registre pécuniaire que comme le fait de faire passer l'intérêt de son client avant le sien. Pour les médecins ce but non-lucratif paraît particulièrement pertinent : « le médecin commettrait une faute à refuser de soigner un malade avant de savoir s'il est solvable alors qu'on ne saurait reprocher à un

1 Cass., civ., 15 mai 1928, *D*, 1929, 1, p. 53 ; comp. Paris 30 mars 1926, *D*, 1926, 2, p. 99.

2 SAVATIER Jean, op. cit., p. 64.

commerçant de ne pas faire crédit »¹.

Ce désintéressement est nécessaire du fait de la **nature des intérêts** confiés par le client au professionnel libéral : ceux-ci sont « étroitement attachés à la personnalité même de leur client »². Cette affirmation est très juste en ce qui concerne le médecin, puisqu'il s'occupe de la santé et de la vie de son patient et que l'on ne saurait trouver plus personnel.

La troisième caractéristique des professions libérales décrite par le Pr. Savatier est la **mission sociale** du professionnel. La relation particulière qui unit le professionnel libéral à son client implique une notion d'ordre public qui explique son indépendance vis-à-vis de son client comme vis-à-vis des tiers. L'originalité de la profession libérale réside dans cette conciliation entre la défense d'intérêts individuels et une fonction confiée par la société. Si on prend l'exemple du médecin, ces deux intérêts sont souvent partagés : le malade est soigné et ce soin participe de la lutte pour la santé publique. Néanmoins le malade peut parfois refuser le soin, ou aller à l'encontre de l'ordre public.

Depuis la loi Kouchner de 2002³, les droits des patients et leur autonomie sont très respectés. Parallèlement les médecins subissent de plus fortes pressions de l'assurance maladie en ce qui concerne les critères médico-économiques qu'ils doivent respecter et les dépenses de santé qu'ils engendrent. Les enjeux sont différents mais l'équilibre doit toujours être trouvé par le médecin, entre les intérêts de son patient et ceux de la santé publique⁴. Dans ce contexte, parler du paiement à

1 SAVATIER Jean, op. cit., p. 39.

2 Ibid.

3 Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF, 5 mars 2002, p. 4118.

4 Voir notamment la concurrence des visions *égalitariste* et *utilitariste* de la santé et des dépenses de soins : « Dans la perspective « égalitariste » (inspirée de Emmanuel Kant), est juste l'action qui respecte la dignité de la personne humaine. Le concept de « dignité » désigne une valeur

la performance dont nous avons quelques indicateurs litigieux paraît censé. En effet, que doit faire le praticien quand les caisses l'invitent ouvertement à privilégier la santé publique et la médecine globale, plutôt que l'individualité de ses patient ?

C'est au moment où se posent à lui des cas de conscience que le médecin révèle toute la grandeur du caractère libéral de son métier, usant de son indépendance thérapeutique et de son éthique professionnelle, quel que soit son mode d'exercice, pour prendre la meilleure décision clinique.

b] Le caractère accessoire du mode de rémunération du médecin, insignifiant devant l'essence de sa profession :

La médecine libérale est considérée de nos jours comme un des différents modes d'exercice de la médecine qui existent en France, au côté de la médecine salariée, la médecine hospitalière et la médecine militaire.

Ces divers modes d'exercice peuvent être caractérisés par leurs modes de rémunération distincts et ce qu'ils impliquent. La description de ceux-ci pourrait permettre de comprendre l'impact de la mise en place d'une *prime*, d'une *commission* à la performance.

Néanmoins nous verrons que l'indépendance de la profession médicale libérale dans son ensemble, telle que décrite par Jean Savatier, permet de douter de

inconditionnelle, à la différence du « prix » qui qualifie une valeur relative à l'usage d'un bien ou à l'utilité d'un service. Dans cette conception égalitariste de la justice (que l'article 2 du code de déontologie médicale français a privilégié), chacun doit être soigné en fonction de ses besoins, sans égard à ses conditions d'existence, son âge, à sa position hiérarchique ou son degré de rentabilité sociale. Étrangère à l'apparence physique, à la santé psychique et somatique, la dignité a le sens d'une grandeur morale qui impose un devoir d'hospitalité inconditionnel. L'utilitarisme à l'inverse fait valoir l'exigence d'une distribution rationnelle des services de soin en fonction des besoins à l'échelle collective. De ce point de vue, être juste c'est être équitable. Par conséquent, il n'est pas nécessairement conforme au devoir de justice d'investir des sommes d'argent considérables sur un trop petit nombre de cas. » ; Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, *Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*, Avis n°101, 28 juin 2007.

l'importance réelle du type de la rétribution du médecin. En effet, théoriquement, les praticiens respectent tous les mêmes principes déontologiques, dont la substantielle indépendance thérapeutique.

- la sacro-sainte tradition des honoraires payés au médecin *libéral*, une exclusivité rêvée :

Il est généralement admis que jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle les médecins français appartenaient à une profession libérale ; néanmoins nous utiliserons de préférence l'expression de *professionnel indépendant* du Pr. Savatier, plus pertinente dans le contexte de ce paragraphe. L'indépendance, donc, se traduisait entre autres par un caractère financier : le médecin était son propre patron et percevait de ses patients des honoraires.

Les premières sources connues d'un arrangement financier entre le médecin et son patient datent de 1750 avant J.C. : le code d'Hammurabi comporte plusieurs articles détaillant les tarifs qu'il est juste que le praticien réclame, selon le statut social du patient et le type d'acte pratiqué¹. Ce n'est néanmoins qu'à l'époque du droit romain que la notion d'honoraires voit le jour. La fixation des honoraires était alors libre, l'*honorarium* étant un cadeau, un remerciement du client au professionnel libéral². Il est important de souligner que cette libre fixation devait être faite avec discernement, en fonction par exemple de la richesse du patient, de l'acte effectué, etc.³

En ce qui concerne la France, il y eut d'abord les druides chez les gaulois, qui guérissaient en échange d'une offrande à leurs Dieux, puis dans le même ordre

1 GELLER Markham J., *Ancient Babylonian Medicine, Theory and Practice*, Malden et Oxford, 2010, p. 57-61, [consulté le 19/04/2012] <http://www.scribd.com/doc/54303374/Ancient-Babylonian-Medicine-Theory-and-Practice>

2 BERGER Adolf, op. cit., p. 488 (*honorarium*).

3 MÉLENNEC Louis et DORSNER-DOLIVET Annick, *Les honoraires médicaux*, Traité de droit médical, volume 5, Éditeur Maloine, 1981, p. 6.

d'idées les clercs des Hôtels Dieu, dans les couvents ou près des cathédrales, qui soignaient par charité au Moyen-âge. Ces hommes d'Église pouvaient subordonner leurs services au versement d'honoraires, qui n'étaient autres que « le témoignage tangible de la gratitude du malade », expression du Pr. Savatier. Au XII^{ème} siècle plusieurs conciles ont interdit au clergé d'exercer la médecine, suite à certains abus dans les honoraires demandés. Au XVI^{ème} siècle les médecins, devenus laïcs, pouvaient pratiquer leur art selon deux modes d'exercice différents : créer ou développer une clientèle personnelle, ce qui entraînait une rémunération à l'acte, ou être rattachés à une Cour, une Maison ou un hôpital, bénéficiant alors d'une rétribution à la fonction, fixe la plupart du temps. On peut voir dans ces dernières pratiques les prémices des médecines salariée et hospitalière, qui ne perçoivent pas d'honoraires.

Au XIX^{ème} siècle subsistait l'obligation morale du médecin de faire bénéficier les indigents d'une véritable gratuité¹, justifiée par la définition impossible d'un équivalent pécuniaire assurément défini à sa pratique. On s'éloigne de cette vision avec l'arrêt « Mercier » de 1936², qui expose l'existence d'un contrat synallagmatique entre le médecin et son patient : les obligations réciproques sont alors considérées comme le fait de prodiguer des soins conformes aux données acquises de la science pour le médecin et une obligation de payer des honoraires pour le patient. Cette situation n'a alors plus rien à voir avec la morale, c'est une situation de droit commun.³

En 1929 la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) reprend à son compte la Charte de la médecine libérale⁴, regroupant des principes qui feront très vite et très longtemps autorité auprès des professionnels de santé, notamment le

1 PORTES Louis, *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson, 1954, p. 94.

2 Cass., civ., 20 mai 1936, « Mercier », *DP* 1936, 1, p. 88.

3 MÉLENNEC Louis et DORSNER-DOLIVET Annick, *op. cit.*, p. 7.

4 Établie en 1926 par la Fédération nationale des syndicats médicaux.

paiement des honoraires par le patient, corolaire de l'entente directe des deux parties au contrat médical sur le montant de ces honoraires. Pourtant la CSMF sera à l'origine en 1936 d'un Règlement de déontologie médicale¹ doté d'une partie sur les honoraires très longue et « très ferme sur les dangers de casser les tarifs des collègues ou d'accepter moins que le minimum décrété par le syndicat médical local. Bien plus tard, le professeur Jean Bernard se rappelait les années 1920 comme une période où les préoccupations médicales ne concernaient que l'argent »². Cette référence à un tarif *minimum* représentera un second pas vers l'évolution du principe originel des honoraires.

En 1941 le conseil supérieur de l'Ordre publie un texte portant « Code de déontologie et statuts de la profession médicale »³. Quant à l'organisation de la rémunération des médecins, il est dit que :

Art. 20 : « Tout bénéficiaire d'une loi d'assurance ou d'assistance sociale cesse d'être indigent à l'égard de son médecin et lui doit des honoraires normaux. »

Art. 21 : « Il est interdit au médecin de pratiquer directement ou par voie détournée l'abaissement habituel de ses honoraires au-dessous des tarifs minima fixés par le Conseil départemental de l'Ordre. »

Ces dispositions sont dans la continuité de celles de 1936. Elles accordent aux médecins, alors opposés à la Mutualité, un peu de répit : ils se découvrent de nouveaux patients solvables en étant protégés d'une forme de *concurrence déloyale*.

Le premier Code de déontologie, entré en vigueur en 1947, donne un impératif au praticien concernant ses honoraires : il doit en fixer le montant avec tact et mesure, en accord avec sa conscience⁴. C'est une formulation qui permet un certain

1 *Médecin de France*, 12 octobre 1936, p. 947.

2 NYE Robert A., « Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947 », *Le Mouvement Social*, 2006/1, n°214, p. 19-36, p.34 ; référence à BERNARD Jean, *Médecin dans le siècle*, Paris, Robert Laffont, 1994, p. 318.

3 *Bulletin de l'Ordre des médecins*, n°1, 1941, p. 11.

4 Art. 36 : « Le médecin doit toujours établir lui-même sa note d'honoraires ; il doit le faire avec tact et mesure.

retour aux sources pour les médecins.

Suite à la première moitié du XX^{ème} siècle, l'apparition du conventionnement a imposé la place importante de l'assurance maladie dans la détermination des honoraires des médecins indépendants, puis de nouveaux modes d'exercices ont émergé, accompagnés de nouveaux modes de rémunération.

– **Les gratifications hétéroclites des différents modes d'exercices, une réelle diversité :**

Née avec la Sécurité sociale, la médecine salariée est employée par des contrats de travail et rémunérée de façon mensuelle par un salaire. Il y a plusieurs catégories de médecins salariés : les médecins du travail (salariés de l'entreprise qui les emploie), les médecins contrôleurs de la Sécurité sociale, les médecins du service médical de l'assurance maladie, les médecins qui exercent dans les établissements de santé privé d'intérêt collectif¹ et, pour ceux qui le souhaitent, les médecins travaillant dans les établissements de santé privés².

Le règlement du 17 avril 1943³ a créé le premier statut de médecine hospitalière à temps partiel : les médecins recrutés dans les hôpitaux demeurent des médecins libéraux de ville qui vont consacrer une partie de leur activité professionnelle à l'hôpital. Ces médecins sont dans une situation statutaire de droit public. Ils sont rémunérés de façon forfaitaire pour leur activité à l'hôpital et soumis à un régime juridique de droit public. Depuis 1960, il existe des praticiens hospitaliers à

Les éléments d'appréciation sont : la situation de fortune du malade, la notoriété du médecin, les circonstances particulières.

Un médecin n'est jamais en droit de refuser à son client des explications sur sa note d'honoraires. »

1 Établissements privés à but non lucratif devenus ESPIC depuis 2010 : loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167, 22 juillet 2009, p. 12184 ; décret n°2010-535 du 20 mai 2010 relatif aux établissements de santé privés d'intérêt collectif, JORF n°0117, 22 mai 2010, p. 9451.

2 Possibilité acquise depuis la loi HPST sus-citée : art. L.162-26-1 du CSS.

3 Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

temps plein, qui exercent leur activité exclusivement à l'hôpital et sont agents publics (il faut néanmoins préciser qu'aux termes de l'article L.6154-1 du CSP les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé sont autorisés à exercer une activité *libérale* à l'hôpital).

Les praticiens qui exercent dans le service de santé des armées sont médecins *et* militaires. Ils relèvent du ministre de la défense et sont soumis à une hiérarchie militaire, perçoivent une solde et doivent donc associer leurs obligations médicales à leurs obligations militaires.

La naissance de ces différents modes d'exercice et de la rémunération leur afférents ne s'est pas faite sans heurts, la vigilance et la suspicion ont été de mise : le médecin ne doit jamais exercer son art en étant guidé par l'appât du gain, son désintéressement doit persister au profit de la confiance que lui offre son patient. La commercialisation des professions libérales est un travers souligné par le Pr. Savatier dès 1947, pour lui les ordres professionnels et les tribunaux doivent surveiller son évolution.

En 2011, apparaît alors le paiement à la performance. Et la question se pose de savoir si la prime à l'intéressement, ce que nous avons déjà décrit comme une clause de rendement, n'est pas une perversion de la rémunération des médecins.

En réalité, nous pensons que ce n'est pas le cas. En effet, rémunérer la *performance* des médecins ne pourrait pas être un mal en soi, si la *performance* était considérée dans sa globalité et pouvait être mesurée. Alors cette rétribution deviendrait même la plus juste, la plus valorisante de toutes. Pour expliquer notre point de vue, revenons aux différents modes de rémunération.

Les honoraires reçus par le médecin englobent la relation médicale dans son ensemble, partagée entre deux individus. Ces deux personnes décident conjointement du montant de cette rétribution : le praticien en fonction de la difficulté

de sa prestation et de la solvabilité de son patient, ce dernier principalement selon son ressenti. Ici le médecin a une position de force face au néophyte à qui il facture ses compétences, son acte.

Les honoraires tarifés du conventionnement sont négociés entre l'assurance maladie et les syndicats médicaux : nous avons vu l'importance de la CCAM dans leur détermination, ils sont influencés par la science et les intérêts des différentes parties à la convention. L'objectif pour les médecins est d'être rémunérés correctement, tandis que les caisses d'assurance maladie cherchent à faire des économies et surveiller les dépenses de santé. Le résultat final résulte donc d'un bras de fer entre ces deux entités, toujours pour rémunérer un acte.

En ce qui concerne les médecins *salariés* enfin, qu'ils soient dans le secteur public, privé ou dans l'armée, le salaire est fixe et dépend là aussi en partie de la CCAM (au moins pour les hôpitaux publics). Il rémunère une *fonction* plus qu'un acte, d'une constante moyenne qui permet à l'employeur du médecin de garder son établissement de santé en dehors du déficit, et pousse peut-être le préposé qu'est le médecin à fournir des prestations médiocres, au sens littéral du terme.

Si la performance était quantifiable *objectivement*, ne serait-ce pas le mode de rémunération le plus juste ? Une sorte de rétribution au *mérite*, pour les bons médecins... Seulement voilà, il n'est pas possible de valoriser la performance, nous l'avons déjà évoqué. La rémunération sur objectifs de santé publique apparaît donc n'être qu'un forfait de plus, sans réelle valeur ajoutée quant à la préservation de la qualité des soins... De toutes façons, est-ce vraiment nécessaire ? En effet, le colloque singulier qui s'établit entre le praticien et son patient n'est-il pas une relation encore aujourd'hui privilégiée et préservée ?

Actuellement, comme nous l'avons déjà évoqué, le contrat qui se forme entre

le patient et le praticien indépendant oblige le médecin à une obligation de moyens, non de résultat : il s'engage à apporter des soins attentifs, dévoués et conformes aux données acquises ou actuelles de la science¹.

Ce contrat peut intervenir dans le cadre d'une simple consultation comme dans celui d'une hospitalisation. Si le médecin exerce dans un établissement privé il doit aussi conclure un contrat d'exercice libéral en son sein : ce contrat civil obligatoire ne doit porter aucune clause qui remettrait en cause les principes déontologiques du praticien, ce que vérifie le Conseil de l'ordre quand le praticien le lui transmet. Il est notamment exclu d'y inclure toute question de rentabilité².

Les principes d'exercice de la médecine s'imposent au médecin salarié comme au médecin indépendant. Il doit notamment à son patient des soins indépendants de toutes considérations d'ordre hiérarchique ou économique (précision utile, puisqu'il existe des liens de subordination administratif et économique entre le médecin et la clinique)³.

Le praticien hospitalier est lui aussi lié par les obligations déontologiques, tandis que les médecins militaires ne sont pas inscrits au tableau de l'ordre des médecins ni soumis à la déontologie médicale. Il faut toutefois souligner qu'il existe un code de déontologie de la médecine militaire⁴ dans lequel on retrouve les grands principes du code de déontologie médicale. Il faut noter qu'en 2009⁵, le Conseil d'État a affirmé que les médecins militaires devaient être inscrits au tableau de l'ordre des médecins, dès lors qu'ils étaient conduits à exercer leur art médical en dehors de leur

1 Art. R.4127-32 du CSP, op. cit.

2 Art. R.4127-97 du CSP : « Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins ».

3 Art. R. 4127-95 du CSP, op. cit.

4 Décret n°81-60 du 16 janvier 1981 fixant les règles de déontologie applicables aux médecins et aux pharmaciens chimistes des armées, JORF, 28 janvier 1981, p. 354.

5 CE, 7/2 SSR, 7 octobre 2009, n°298522.

activité militaire¹.

L'exercice de la médecine doit donc répondre à plusieurs principes fondamentaux, applicables à tous les praticiens sans que leur mode d'exercice ni leur mode de rétribution ne soit réellement discriminants.

Pourtant la rémunération sur objectifs de santé publique pourrait paraître différente des autres, en ce qu'elle incite directement le médecin quant à sa pratique. Nous avons précédemment exposé les difficultés qu'elle suscite du fait des *objectifs* qu'elle demande d'atteindre², il est peut-être justifié de se méfier de l'influence que l'assurance maladie ou les sociétés savantes pourraient exercer sur les médecins par ce biais.

– **Les principes transcendants de la médecine, à l'épreuve du temps - et du paiement à la performance ?**

L'éthique médicale est une éthique intrinsèque, éthique de la compétence, dans la réflexion de la pratique : elle ne vient pas des principes éthiques écrits par des théoriciens. On considère en général que son principe premier est d'*être utile ou ne pas nuire*, attitude a priori issue du bon sens pour quelqu'un qui soigne son prochain, et qui remonte probablement à l'origine du soin, donc à l'origine des hommes. Il est néanmoins d'usage d'accorder à Hippocrate la paternité de la déontologie médicale.

Le *corpus* hippocratique est un ensemble de textes rassemblés aux alentours du V^{ème} siècle av. J.C., une soixantaine de traités didactiques destinés à être compilés et transmis pour véhiculer le savoir médical de l'époque et ses valeurs. Il sera entre autres fait mention des « deux valeurs du médecin », l'amour du travail et le mépris des richesses, sans lequel on ne peut soigner correctement autrui.

1 Les praticiens qui ne « pratiquent » pas la médecine en sont dispensés : art. L.4112-6 du CSP.

2 Voir supra, paragraphe IA1, p.23 et s.

Ce n'est qu'au Moyen-âge que le Serment d'Hippocrate et la médecine hippocratique seront connus, notamment grâce à l'œuvre de Galien qui, au II^{ème} siècle de notre ère, le commenta éminemment. Il fut alors chargé d'un sens chrétien, notamment en France, et continua d'inspirer les praticiens.¹

En 1763, Jean Verdier achevait un travail colossal, recueil de la jurisprudence applicable aux médecins en France² qui, loin de n'être qu'une description du droit positif de l'époque, évoque par certains de ses passages la reconnaissance de principes importants communs à toute la profession³.

Le concept de déontologie est néanmoins une invention plus tardive du philosophe britannique Jeremy Bentham⁴ : « le mot *déontologie* vient du grec *deon* (*deontos* au génitif), participe présent de *dei* : il faut, il convient, et de *logos* : discours, traité, etc. En se référant à l'étymologie du mot, certains vont définir la déontologie comme une "science des devoirs" »⁵. Très populaire en France, « à l'heure de l'éthique médicale, la déontologie est considérée par de nombreux médecins comme un guide du comportement professionnel plus fiable que la casuistique éthique »⁶.

En 1845 fut publié *La Déontologie médicale*⁷, premier traité développant l'idée

1 Ces trois paragraphes sont inspirés d'un cours du Pr. Armelle DEBRU sur les origines de l'éthique médicale, dispensé à l'Espace éthique AP-HP de l'hôpital Saint-Louis de Paris, le 15 novembre 2011.

2 VERDIER Jean, *La jurisprudence de la médecine en France, ou Traité historique et juridique des établissemens, réglemens, police, devoirs, fonctions, honneurs, droits et privilèges des trois corps de médecine, avec les devoirs, fonctions et autorités des juges à leur égard. Première partie, commune à toutes les professions de la médecine*, Alençon, impr. de Malassis le jeune, 1762-1763.

3 Notamment en ce qui concerne le secret médical, avec cette phrase célèbre : « Les secrets qui sont confiés aux médecins sont des dépôts sacrés qui ne leur appartiennent point ».

4 BENTHAM Jeremy, *Deontology or, The science of morality : in which the harmony and coincidence of duty and self-interest, virtue and felicity, prudence and benevolence, are explained and exemplified : from the MSS. of Jeremy Bentham*, John Bowring, 1834.

5 BLAIS Martin, *Éthique, morale, déontologie, droit*, 2008, [consulté le 17/05/2012] http://ethicpedia.org/IMG/pdf/Ethique_morale_deontologie_droit_commentaires_memoire_de_Chantal_Audet_par_Martin_Blais.pdf

6 NYE Robert A., op. cit., p. 25 ; référence à ALMERAS Jean-Pierre et PÉQUIGNOT Henri, *La Déontologie médicale*, Paris, Litec, 1996, p. 1-3.

7 SIMON Max, *Déontologie médicale ou les devoirs et les droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation*, Paris, Baillière, 1845.

de J. Bentham pour un environnement professionnel particulier. La conception de la déontologie développée par l'auteur était très influencée par « un romantisme social chrétien propre à cette période [...] mais beaucoup des principes du livre de Simon ont été perpétués dans le nouveau discours humaniste laïc »¹.

En 1882 c'est l'article sur la déontologie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*² rédigé par Amédée Dechambre qui s'imposa comme référence en ce qui concerne l'éthique professionnelle des médecins. Il rattachait la déontologie médicale aux valeurs fondamentales des praticiens médicaux telles que la droiture, l'honneur et le courage, qualités personnelles essentiellement masculine qui serviront par la suite à différencier les médecins hommes français des femmes et étrangers, quand le syndicalisme médical s'attaquera au problème de leur concurrence, pendant l'entre-deux-guerres³.

Ces syndicats médicaux, apparus dans les années 1880, recherchaient la discipline des praticiens en ne pouvant espérer que celles de leurs membres. Au niveau local différents codes virent le jour, tenant essentiellement à la bonne conduite entre confrères, à certains principes utiles aux patients, ainsi qu'à la critique de l'ingérence de l'État. Cette « tradition d'auto-régulation déontologique locale »⁴ était appuyée au sein des syndicats par des Conseils de Famille, qui jugeaient les professionnels affiliés. Un nombre certain de médecins se fendront de textes rappelant de grands principes, regrettant l'absence d'un cadre formel à ceux-ci⁵.

En 1936 la Confédération des Syndicats Médicaux Français, syndicat

1 NYE Robert A., op. cit., p. 27-28.

2 DECHAMBRE Amédée, « Déontologie », *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Paris, Masson, Asselin et Houzeau, Première Série, 1882, p. 481.

3 NYE Robert A., op. cit., p. 31 ; référence à GRELLETY Lucien, *L'Héroïsme médical*, Mâcon, Protat Frères, 1900 et PERRON Charles-François-Alexandre , *De l'honnêteté professionnelle*, Besançon, Millot Frères, 1888, p. 1-3 et JUHEL-RENOY Édouard, *Vie professionnelle et devoirs du médecin*, Paris, Doin, 1892, p. 33-66.

4 NYE Robert A., op. cit., p. 33.

5 Voir par exemple : GRASSET Joseph, *Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes*, 3^{ème} édition, revue, augmentée et suivie de quelques principes de déontologie médicale (devoirs des médecins entre eux), Montpellier, C. Coulet, 1896.

majoritaire chez les médecins, publia un Règlement de déontologie médicale¹, premier texte se voulant l'écho des préoccupations de toute la profession à l'échelon national².

L'influence de la doctrine libérale sur la déontologie médicale fut incroyable, malgré le fait que l'on confie sa rédaction à l'Ordre des médecins. Les principes encensés dans la Charte de la médecine libérale de 1926³, c'est-à-dire le libre choix du médecin, la liberté de prescription, le secret professionnel et le paiement direct des honoraires par le patient, ont rapidement été assimilés aux principes éthiques de la profession.

« Qu'il soit porté atteinte à l'un d'entre eux, la médecine n'est plus la médecine, le malade n'a plus confiance en son médecin, le médecin ne peut plus soigner consciencieusement son malade. »⁴

Depuis le premier Code de déontologie médicale tel que nous le connaissons, mis en place par un décret du 27 juin 1947⁵, plusieurs textes se sont succédé, attestant de l'évolution de la société : le code de 1955⁶, par exemple, introduit les notions de respect de la vie et de la personne humaine et de qualité des soins et actes médicaux⁷, le code de 1979⁸ tient compte de la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse et ajoute les premières dérogations au secret médical, le code de 1995⁹ introduit des changements relatifs aux lois bioéthiques de 1994 et

1 *Médecin de France*, 12 octobre 1936, op. cit.

2 NYE Robert A., op. cit., p. 33-34.

3 Notamment le libre choix du médecin par le malade et du malade par le médecin, le respect du secret professionnel, la liberté thérapeutique et l'entente directe sur les honoraires entre le malade et son médecin.

4 PINCEMIN Jacqueline, LAUGIER Alain, « Les médecins », *Revue française de science politique*, 9^e année, n°4, 1959, p. 881-900, p. 893.

5 Décret n°47-1169 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale, JORF, 28 juin 1947, p. 5993-5997.

6 Décret n°55-1591 du 28 novembre 1955 portant code de déontologie médicale et remplaçant le règlement d'administration publique n°47-1169 en date du 27 juin 1947, JORF, 6 décembre 1955, p. 11856-11862.

7 Première exigence technique à l'égard de la profession médicale.

8 Décret n°79-506 du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale, JORF, 30 juin 1979, p. 1568-1572.

9 Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, JORF n°209, 8

impose aux médecins des objectifs d'économie en terme de prescriptions, etc. La dernière actualisation date du 7 mai 2012¹ et assouplit certaines règles pour améliorer l'offre de soins sur le territoire, entre autres.

Depuis 2004, le code de déontologie n'est plus seulement une annexe du CSP : il a été intégré dans sa partie réglementaire, aux articles R.4127-1 et suivants². Cette éthique interne à la profession est alors devenue un corps de règles juridiques opposables aux médecins, à l'intérieur comme à l'extérieur de la profession. L'avènement peut-être d'une « déontologie d'aujourd'hui dans laquelle les devoirs professionnels envers les patients ont été transformés en l'énumération de leurs droits »³.

Actuellement, plusieurs grands principes ressortent du CSP ainsi que du code de la Sécurité sociale (CSS). En ce qui concerne leur origine, il faut noter que « dans une très large mesure, l'éthique médicale contemporaine est née d'une conception morale élaborée pour compenser l'impuissance historique de la profession »⁴. Ainsi, malgré son origine ancrée dans l'éminent et très ancien Serment d'Hippocrate, c'est en grande partie parce que le Code pénal de 1810 oblige les professionnels de santé au secret médical⁵ qu'ils se le sont par la suite approprié, en faisant une obligation morale à leur profit⁶. Il en est de même en ce qui concerne le principe prôné du libre-

septembre 1995, p. 13305-13310.

1 Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale, JORF n°0108 du 8 mai 2012, p. 8479.

2 Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, JORF n°183, 8 août 2004, p. 14150.

3 NYE Robert A., op. cit., p. 35.

4 NYE Robert A., op. cit., p. 22.

5 Art. 378 : « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs. »

6 NYE Robert A., op. cit., p. 23 ; référence à R. VILLEY, *Histoire du secret médical*, Paris, Seghers, 1986, p. 7-8 : « Ce qui avait débuté comme une sanction devint non seulement une vertu propre aux médecins, mais aussi la pierre angulaire des relations de confiance entre médecin et patient, et donc la source de l'autorité médicale même ».

choix du médecin par le patient, conclusion à la « menace de la bureaucratie et de l'assurance au tiers »¹.

Néanmoins, et quelle que soit leur origine, les principes qui régissent l'exercice de la médecine sont pour la plupart d'une sagesse très éclairée quand ils sont bien utilisés, notamment lorsqu'il s'agit de soustraire le praticien à diverses influences : ainsi en est-il de l'interdiction des clauses de rendement² ou du principe d'indépendance professionnelle que nous avons déjà évoqués³, mais ce ne sont pas les seuls.

La liberté de prescription du médecin est un principe inscrit dans la partie législative du CSS⁴ et la partie réglementaire du CSP, au titre de l'article 8 du Code de déontologie médicale⁵. Elle se définit, pour le praticien, comme le fait de pouvoir choisir et prescrire le traitement qu'il estime approprié à la situation du patient sans avoir à soumettre son choix au contrôle ou à l'injonction de tiers, que ce tiers soit l'employeur du médecin, un de ses confrères, le service médical de l'assurance maladie ou encore le patient lui-même⁶ : sa prescription ne doit avoir pour base que les seules indications de sa science et de sa conscience. Ces dispositions concernent tous les actes relatifs au traitement : médicaments ou services médicaux (appareillages), mais aussi services (analyses de biologie médicale, soins infirmiers, etc.).

Cette indépendance thérapeutique a plusieurs limites, « fixées par la loi ».

1 NYE Robert A., op. cit., p. 31 ; référence à *Compte rendu de la première session du congrès international de médecine professionnelle*, Paris, Masson, 1900, p. 181, 358, 631.

2 Voir supra, p. 52.

3 Voir supra, p. 31-32.

4 Art. L.162-2 du CSS.

5 Art. R.4127-8 du CSP : « Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. ».

6 CE, 1/6 SSR, 2 octobre 2009, n°309247.

L'une de ces limites est constituée par la catégorie des médicaments à prescription restreinte, instituée par l'article R.5121-77 du CSP : médicaments qui ne peuvent être prescrits et utilisés qu'en milieu hospitalier, médicaments à prescription initiale hospitalière, prescriptions réservées à certains spécialistes, etc.

Une autre limite existante est liée à la maîtrise des dépenses de santé. Elle réside notamment dans la triple exigence à laquelle le praticien doit répondre : sa prescription doit être « nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins »¹. Ces conditions justifient les conséquences économiques que va supporter l'assurance maladie, qui peut sanctionner un médecin s'il a effectué des prescriptions totalement déraisonnables. Jusqu'en 1995 le médecin était libre d'un point de vue économique, si bien que certains médecins n'hésitaient pas à prescrire à leurs patients tout ce qu'ils souhaitaient, incitant ainsi au clientélisme. L'article L.163 du CSS invite les médecins à observer dans leurs prescriptions la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement : le médecin doit prescrire avec tact et mesure, les fonds sociaux ne doivent pas être engagés en l'absence de nécessité.

Ce principe est à accoler à celui de l'indépendance professionnelle que nous avons évoqué précédemment². Très intimement liés, ces deux préceptes paraissent s'opposer assez clairement à l'avènement du paiement à la performance, que l'on peut considérer par leur prisme comme un élément pervers et corrompeur de la pratique des médecins.

En effet, que peut-on penser ici des critères d'efficience qui conditionnent une partie de la rémunération à la performance ? Les incitations *positives* de l'assurance maladie paraissent contrevenir à l'indépendance thérapeutique, d'autant plus que, nous l'avons déjà mentionné, les visites médicales les influencent déjà sans ce genre d'intéressement direct... Il faut espérer que les médecins résisteront à cette aliénation

1 Art. R.4127-8 du CSP, op. cit.

2 Voir supra, p. 31-32.

de leur indépendance.

En tous les cas, si les médecins avaient du perdre leur indépendance cela aurait été bien plus tôt : la rationalisation des dépenses de santé n'est pas nouvelle et, concomitante avec celle des soins, sert l'assurance maladie via le conventionnement.

2] Le conventionnement, une subordination financière des médecins par les caisses nationales d'assurance maladie nécessaire à la maîtrise des dépenses de santé de l'État :

Le paiement à la performance nous paraît être dans la digne continuation de l'utilisation de la rémunération des médecins et de leur activité comme outil de régulation des dépenses de santé.

Le conventionnement peut être considéré comme une irruption de l'économie dans les préoccupations des médecins : il marque une volonté de l'assurance maladie de responsabiliser ces derniers pour aboutir à leur auto-discipline financière. Tout ceci se fait via des conventions qui régissent leurs rapports, conclues pour cinq ans au plus¹. Le texte conventionnel applicable au niveau national peut être unique et concerner tous les praticiens indépendants, ou se diviser en deux conventions distinctes pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes².

Actuellement les parties à la convention sont l'assurance maladie, représentée par l'UNCAM, et une ou plusieurs organisations syndicales de médecins, généralistes en ce qui nous concerne, les plus représentatives pour l'ensemble du

1 Article L.162-14-1 du CSS.

2 Article L.162-5 du CSS.

territoire¹. Ce sont eux qui participent aux négociations conventionnelles et signent la convention ; néanmoins le gouvernement participe aussi à ce système conventionnel via les ministres chargés de la santé qui approuvent par arrêtés les conventions signées. Cette approbation confère aux dispositions conventionnelles « les effets juridiques qui s'attachent à un acte réglementaire », sans que les conventions nationales médicales ne soient elles-même des actes règlementaire². L'État peut par ailleurs se substituer aux partenaires conventionnels s'ils ne trouvent pas de terrain d'entente : pour éviter une situation de vide juridique en cas d'absence de convention il existe un règlement conventionnel minimal qui la remplace.

Une fois la convention en vigueur, des commissions paritaires (locales, régionales et nationale) se chargent de surveiller son application et de faire conclure des avenants qui précisent le texte, ou l'adaptent à des difficultés nouvelles.

Nous allons nous attacher ici à décrire l'évolution historique du conventionnement, sous l'angle de la rémunération des médecins et des mesures visant à influencer leur pratique dans un but de rationalisation des dépenses de santé³. Cela nous permettra de placer un contexte à l'avènement en France du paiement à la performance, considéré par certains comme un *CAPI conventionnel*.

Nous avons décidé de garder une présentation linéaire et chronologique des évolutions conventionnelles, pour faciliter la lecture et contextualiser les rationalisations dont nous allons parler. Nous commencerons donc par étudier les prémices du conventionnement [a], pour ensuite mettre en évidence les conflits qui l'entourent de manière récurrente, d'abord de façon plus spécifique en ce qui concerne les tarifs négociés [b], puis, plus proche de nous dans le temps, à propos

1 Article L.162-33 du CSS.

2 CE, Section, 18 février 1977, « Hervouët », n°00557.

3 Pour une vision complète du conventionnement jusqu'en 2002 voir : CHENEVOY-GUERIAUD Marie, op. cit. ; à noter par ailleurs qu'on ne parlera pas ici de la classification des actes, évoquée précédemment, voir supra, paragraphe IA1b p. 34 et s.

de la maîtrise des dépenses de santé [c].

a] La genèse du conventionnement, système social aux avantages partagés :

Le conventionnement médical et les *honoraires tarifés* sont nés avec la Sécurité sociale et les mutualités : après la loi sur l'Assistance médicale gratuite de 1893¹ il y eut la loi sur les accidents du travail de 1898², puis la loi de 1928 relative aux assurances sociales³, mais ce n'est qu'en 1930 que les caisses décidèrent de déterminer la base de leurs remboursements⁴. Ce *tarif minimum* était décidé sans l'intervention des médecins, qui fixaient librement leurs honoraires : ce système était préjudiciable aux assurés sociaux, parfois pris en otages par des praticiens vénaux. On passa progressivement d'une mutualité encouragée et soutenue par l'État à une mutualité soumise à l'encadrement de l'État providence, et dans cette configuration les médecins furent pris à parti.

1945

En 1945, la Sécurité sociale fut généralisée⁵, passant du statut d'exception à celui de principe en mettant en place un régime d'assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles. Ce texte fut empreint de certains principes contenus dans la Charte de la médecine libérale de 1926 (libre choix du médecin par

1 Loi du 15 juillet 1893 Assistance médicale gratuite, JORF, 18 juillet 1893, p. 3681.

2 Loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités dans les accidents du travail, JORF, 10 avril 1898, p. 2209.

3 Loi du 5 avril 1928 sur les Assurances sociales, JORF, 12 avril 1928 ; EVEN Pascal et TRIBOUX Patrice, *Loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales*, Répertoire numérique des articles F/22/2056 à F/22/2093, Archives nationales, Paris, 2011 [consulté le 05/05/2012] <http://www.archivesnationales.culture.gouv.fr/chan/chan/series/pdf/f22-2011.pdf>

4 Loi du 30 avril 1930 modifiant et complétant la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales, JORF, 1^{er} mai 1930, p. 4819-4833.

5 Ordonnance n°45-2454, op. cit.

le malade, paiement direct des honoraires, etc.), là où d'autres furent délibérément omis : ainsi apparut la notion de *tarifs négociés*, occultant en France pour la majorité des médecins indépendants le principe de liberté dans la détermination des honoraires. L'entente entre les médecins et l'assurance maladie quant au montant de leurs honoraires devait permettre un meilleur accès aux soins pour les assurés sociaux et garantir pour les médecins la perception d'un minimum d'argent pour leur travail, puisque le remboursement par les caisses obligeait même le plus indigent à avancer les frais. Au début du conventionnement, tout le monde était a priori gagnant et la conciliation était de mise.

La convention d'alors était signée au niveau du département, entre les syndicats de praticiens et les caisses régionales. Elle devait être approuvée par une commission nationale, dans laquelle siégeaient des représentants du corps médical, des organismes de Sécurité sociale et de l'administration. Les praticiens pouvaient demander des honoraires supérieurs aux tarifs conventionnels, toujours avec tact et mesure, en justifiant de circonstances particulières telles que leur notoriété ou la fortune de l'assuré soigné. Une commission de conciliation départementale (composée de 2 médecins, un administrateur de caisse et un médecin conseil) était censée vérifier la justification du dépassement et demander au médecin de reverser le trop perçu en cas d'insuffisance de celle-ci.

Ce système a échoué, pour différentes raisons :

- de nombreux départements ont connu l'impossibilité de parvenir à un accord entre les caisses et les syndicats de praticiens,
- la CSMF a rejeté le système après quelques mois, refusant de signer les conventions départementales tout en boycottant les commissions de conciliation,
- là où un accord avait lieu, l'approbation de la commission nationale n'intervint

jamais, etc.

L'absence de conventionnement effectif ne permit aux assurés sociaux d'être remboursés que sur les tarifs dits d'autorité, fixés par arrêtés ministériels et nettement inférieurs aux tarifs normaux de remboursement des caisses. Ces remboursements étaient sans commune mesure avec les honoraires effectivement payés par les patients abusés, les praticiens n'étant soumis à aucun contrôle par la commission de conciliation.

L'assurance maladie n'avait pas les moyens de contraindre les médecins, et ceux-ci arguaient qu'il était contraire à l'esprit de la médecine de fixer le prix d'une consultation avant que celle-ci n'ait eu lieu. Il faut concéder que le prix d'une consultation devrait dépendre de la nature de celle-ci, ce qui sous-entend par ailleurs qu'il ne peut être égal pour tous les patients, même au sein d'un territoire restreint tel un département. Pourtant le système conventionnel allait être reconduit et affirmé.

1960

Le 12 mai 1960, un décret¹ confirme la liberté limitée des praticiens conventionnés dans la détermination de leurs honoraires, la compensant par des avantages sociaux importants.

Le département est toujours le cadre de la convention, obligatoirement conforme à une convention-type annexée au décret qui peut permettre aux médecins d'adhérer individuellement au conventionnement dans les départements non conventionnés. Une convention signée au niveau départemental engage tous les praticiens du-dit département, ainsi que les caisses de Sécurité sociale, dans un double engagement tarifaire : celui du médecin de respecter les tarifs inscrits dans la convention (fixés par arrêté ministériel) et celui des caisses de rembourser les

¹ Décret n°60-451, op. cit.

honoraires médicaux en prenant pour base la valeur des tarifs figurant dans la convention.

Cette législation facilitait les modalités du conventionnement tout en encourageant les volontés par l'instauration d'avantages financiers considérables. Elle prévoyait par ailleurs un meilleur encadrement pour les modalités de dépassement des tarifs fixés.

Les assurés tout comme les médecins furent séduits par ce système, obligeant les syndicats à s'y impliquer pour pouvoir s'imposer dans les négociations et garder un minimum de poids dans la définition des honoraires médicaux tarifés.

b] Les conflits tarifaires, la partie émergée d'un système qui bat de l'aile :

1971

Le 19 mai 1971, le gouvernement fit une déclaration « relative aux rapports entre les pouvoirs publics et les médecins », et « des engagements [furent] pris solennellement »¹ : à la demande des syndicats médicaux il garantit ainsi l'exercice libéral de la médecine pour l'avenir.

S'en suivit la loi du 3 juillet 1971², qui modifia les articles 257 et 266 du CSS pour donner valeur légale à certains principes de la médecine libérale tels que le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade et la liberté d'installation du médecin. Elle fixa par ailleurs les règles entourant la convention médicale dorénavant nationale, négociée et signée entre les caisses nationales et les

¹ JORF, 3 novembre 1972, p. 4618.

² Loi n°71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux modifiant les art. L.257, L.259 à L.265 et L.613-16 du Code de Sécurité sociale (conventions nationales), JORF, 6 juillet 1971, p. 6571.

fédérations ou confédérations des syndicats médicaux définis comme représentatifs des professions médicales concernées. On abandonna définitivement l'idée d'une adhésion individuelle des médecins à la convention pour retenir une adhésion automatique, pouvant néanmoins être parée par les médecins demandant à être exclus du conventionnement dans la limite de temps qui leur était impartie. La convention devait être renouvelée tous les 4 ans, tout en pouvant faire l'objet d'avenants annuels. Cette loi reçut l'hostilité du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM).

La première convention nationale médicale du type que nous connaissons actuellement fut signée le 28 octobre 1971 par les caisses nationales d'assurance maladie des régimes général, agricole et des professions indépendantes et la CSMF. L'arrêté interministériel du 29 octobre 1971¹ vint l'approuver et la Fédération des médecins de France (FMF) y souscrit ensuite le 19 novembre. Le contenu de ce texte était identique à la précédente convention : double engagement, tarifs révisés annuellement, droit à dépassement réaménagé, avantages fiscaux et sociaux maintenus² et même renforcés³, adhésion automatique de tous les médecins à l'exception de ceux manifestant individuellement leur refus et mise en place de commissions médico-sociales paritaires départementale et nationale. Le conventionnement est quasiment général.

Parallèlement, dans la convention toujours, on prôna l'autodiscipline des médecins, ordonnateurs de l'assurance maladie. Aidés par l'introduction des **tableaux**

1 Arrêté du 29 octobre 1971 portant approbation de la convention nationale des médecins annexée au présent arrêté (soins, tarif des honoraires commission médico-sociale paritaire départementale, commission médico-sociale paritaire nationale), JORF, 31 octobre 1971, p.10758-10763.

2 Loi n°70-1325 du 31 décembre 1970 relative aux avantages sociaux des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, JORF, 3 janvier 1971, p. 79.

3 CE 7/9 SSR, 24 octobre 1979 : « une note administrative en date du 7 février 1972, qui est relative à l'application des articles 6, 8 et 11 de la loi de finances pour 1971 et selon laquelle les médecins conventionnés peuvent s'abstenir de tenir un livre-journal de leurs recettes lorsqu'ils mentionnent celles-ci sur les feuilles de Sécurité sociale et que ces recettes font en conséquence l'objet de relevés périodiques établis par les organismes de Sécurité sociale ».

statistiques d'activité des praticiens, le médecin était censé pouvoir analyser sa production en actes médicaux et ses prescriptions. La procédure est assurée par la section médicale de la commission paritaire qui vérifie que le médecin ne s'éloigne pas trop du *profil médical type*, sinon quoi le praticien est déconventionné. Ce fut le premier essai de rationalisation des soins dans un but économique assumé. Repris par les cinq conventions suivantes¹, ces tableaux furent renommés relevés individuels d'activité et de prescriptions en 1993². Devant officiellement servir à l'inspection de la qualité des soins, c'est plutôt le contrôle de leur utilité qui était ici visé, par la surveillance de leurs coûts et volume. Le bilan de cette autodiscipline n'a pas été fameux : aucun effet sur l'évolution des dépenses de santé³, instruments comptables limités⁴, sanctions quasiment inexistantes, etc. « Faute de normes de bonne pratique, chaque médecin a pu plaider que ses caractéristiques résultaient des particularités de sa clientèle, échappant ainsi à toute sanction. »⁵

La convention de 1971 essuya quant à elle les premiers déboires du système conventionnel, principalement via des conflits entre les caisses et la CSMF, notamment à propos des tarifs conventionnés.

Ces contentieux donnèrent lieu à un nouvel accord signé en décembre 1972. Le texte fut annulé par le Conseil d'État le 19 février 1975⁶, faute d'avoir été signé par la FMF. En effet, l'article L.261 du CSS, dans sa rédaction issue de la loi du 3 juillet 1971, disposait que la convention devait être conclue par « la ou les organisations syndicales nationales les plus représentatives de médecins » : cela signifie que la

1 Art. 15 des conventions de 1971 et 1976, art. 9 de la convention de 1980, art. 12 de celles de 1985 et 1990.

2 Art. 34-2 al. 6 de la convention de 1993.

3 RAVOUX Vincent, « La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé : contribution à l'analyse d'un concept », *Droit social*, n°6, juin 1994, p. 578-585, p. 581.

4 CHAPERON Jacques, « La convention médicale de 1946 à nos jours », *Prescrire*, n°164, juillet-août 1996, T.16, p. 550-555, p. 555.

5 BROCAS Anne-Marie, « La convention médicale de 1993 », *Droit social*, n°4, avril 1994, p. 422-426, p. 425.

6 CE, 3/5 SSR, 19 février 1975, n°86672 ! 86672 bis « Syndicat des médecins du Rhône et Guy Fradin ».

FMF, qui était représentative, aurait du signer l'accord pour qu'il soit validé.

Il faut par ailleurs préciser que le nombre de médecins autorisés à dépasser les honoraires tarifés augmenta de façon importante à cette époque¹, laissant assurément aux praticiens la part belle du système conventionnel.

1976

Une loi de 1975² intervint alors pour éviter une nouvelle annulation en Conseil d'État : la signature de la convention était désormais autorisée avec une ou plusieurs organisations syndicales représentatives, une convention transitoire étant prévue en attendant la nouvelle convention³.

Signée le 03 février 1976 par les caisses nationales et la Fédération des Médecins de France - ainsi que par la CSMF le 22 mars 1976, avec des réserves -, la nouvelle convention⁴ reprend elle aussi la plupart des dispositions précédentes : conventionnement d'office (1 mois pour se désengager), double engagement tarifaire, concertation permanente, autodiscipline et avantages accordés aux médecins conventionnés. Il y a néanmoins deux innovations importantes : l'institution d'un système de *tiers-payant* pour les actes coûteux⁵, et la recherche de nouveaux modes d'exercice⁶ par la caisse. Ce deuxième point reçut une vive opposition de la CSMF, face à la possibilité que les caisses contribuent au développement de la médecine collective par l'expérimentation de nouvelles formes de distribution des

1 PRIEUR Christian, « L'évolution historique de l'organisation des relations entre la médecine libérale et les régimes d'assurance maladie : 1930-1976 », *Revue trimestrielle de droit sanitaire et social*, 1976, p. 305.

2 Loi n°75-603 du 10 juillet 1975 relative aux conventions entre les caisses d'assurance maladie du régime général de la Sécurité sociale, du régime agricole et du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles et les praticiens et auxiliaires médicaux : modifie les art. L.259T, L.259II, L.261, L.262, L.267 du Code de Sécurité sociale, JORF, 11 juillet 1975, p. 7127.

3 Arrêté du 2 août 1975 portant approbation de la convention nationale transitoire des médecins du 13-06-1975 annexée au présent arrêté, JORF, 22 août 1975, p. 8602-8604.

4 Arrêté du 30 mars 1976 portant approbation de la convention nationale des médecins du 03-02-1976 (tarifs des honoraires ; annexes I & II), JORF, 1^{er} avril 1976, p. 1978.

5 Convention de 1976, art. 14 : chirurgie, radiologie et biologie.

6 Ibid, Art. 18.

soins. En effet, cela aurait pu porter atteinte au statut de la médecine libérale, notamment par l'encouragement du recours au salariat.

Un accord sur les tarifs applicables au 1^{er} juillet et au 1^{er} novembre fût signé entre la FMF et les caisses d'assurance maladie. Il fut homologué par un arrêté du 22 juillet 1976 publié tardivement¹ : la CSMF refusa de signer l'accord faute d'honoraires suffisamment élevés et le gouvernement espérait qu'elle changerait d'avis, ce qui ne fût finalement pas le cas.

Le rôle économique des organes de concertation fût accentué pendant le temps d'applicabilité de cette seconde convention, avec la nécessité pour eux d'étudier les incidences de coût pour l'assurance maladie du le système de soins.

1980

La volonté de mettre à disposition des français une médecine libérale et sociale était atteinte en 1980 ; la maîtrise des dépenses de santé et du déficit croissant des caisses de Sécurité sociale devint le principal objectif du point de vue de l'assurance maladie, tandis que les syndicats cherchaient à avantager les praticiens, notamment sous l'angle tarifaire.

La troisième convention est signée le 29 mai 1980² : ce nouveau texte contient des dispositions novatrices et rigoureuses, les pouvoirs publics essayant de jouer sur le nombre de médecins et la concurrence les opposant : la convention prévoit notamment l'organisation de la *maîtrise concertée des dépenses*, par un système de prévisions et de suivi d'objectifs³. Le médecin doit participer au *bon usage des soins*.

1 Arrêté du 22 juillet 1976 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des médecins du 03-02-1976, JORF, 6 août 1976, p. 4763.

2 Arrêté du 5 juin 1980 portant approbation de la convention conclue entre, d'une part, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et conjointement la caisse centrale de secours mutuels agricoles et la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et, d'autre part, la fédération des médecins de France, JORF, 6 juin 1980, numéro complémentaire, p. 4938-4945.

3 Objectifs de dépenses portant sur les honoraires et les prescriptions compatibles avec les recettes de l'assurance maladie.

« Les parties signataires se déclarent conscientes des difficultés économiques de la conjoncture et de leurs conséquences sur les recettes de l'assurance maladie. »¹

Cet objectif de maîtrise de dépense de santé n'a pas été sanctionné par le Conseil d'État², malgré les doutes déjà présents de certains médecins quant à l'influence de cette nouvelle *obligation* sur leur indépendance. Tout en promouvant une médecine de qualité, les partenaires conventionnels décidèrent donc de s'organiser pour gérer au mieux les dépenses de santé. Si elles étaient trop importantes, c'est sur les honoraires des médecins libéraux que l'on se rabattait pour y pallier. Les praticiens conventionnés pouvaient alors faire le choix de « se réfugier dans le secteur II »³.

En effet, la convention instaure par ailleurs deux secteurs conventionnels : le secteur I, dans lequel les médecins s'engagent à respecter les tarifs conventionnels, et le secteur II, composé de médecins qui souhaitent fixer librement leurs honoraires (en contrepartie ils renoncent aux avantages sociaux de la convention).

De nouvelles instances de régulations conventionnelles pour la maîtrise des dépenses sont aussi mises en place : les commissions économiques locales et nationale.

1985

La quatrième convention⁴ n'est pas très novatrice, elle renforce cependant la nécessité dévolue à la formation continue ainsi qu'au **bon usage des soins** dont doivent faire preuve les praticiens, notamment dans le but de contrôler les dépenses de santé⁵. Le *bon usage des soins* est une notion fourre-tout déjà présente en 1980,

1 Préambule des conventions de 1980, 1985 et 1990.

2 CE, 3/5 SSR, 17 novembre 1982, « Syndicat de la médecine générale », n°27574.

3 DUPEYROUX Jean-Jacques, *Droit de la Sécurité sociale*, Dalloz, Précis, 13^e édition, 1998, p. 405.

4 Arrêté du 4 juillet 1985 portant approbation de la convention nationale des médecins, JORF, 5 juillet 1985, p. 7554-7560.

5 Voir l'art. 20 de la convention de 1985.

très utile à la rationalisation des dépenses de soins en ce qu'elle se compose des soins consciencieux dûs par le médecin, de son respect d'une certaine économie dans les prescriptions, de sa participation à l'information et l'éducation du patient, à la prise en charge de la prévention, etc.

« La dégradation de la situation économique et ses effets sur l'équilibre financier de la Sécurité sociale, ainsi que le souci désormais manifeste des pouvoirs publics de maîtriser la croissance des dépenses, impliquaient logiquement un effort renouvelé de maîtrise de celles-ci. »¹

Les négociations de la cinquième convention nationale médicale s'engagèrent en février 1989 et durèrent très longtemps, l'assurance maladie envisageant des mesures contre lesquelles s'élevèrent les syndicats médicaux. Deux changements majeurs furent mis en place : la possibilité de conclure deux conventions différentes pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, et la représentativité des organisations syndicales qui serait dorénavant appréciée au regard des groupes de généralistes ou de spécialistes. Le 6 juillet 1989 fût conclu un avenant à la convention de 1985. Les ministres l'approuvèrent par un arrêté du 7 juillet 1989², à la condition que les protocoles de l'avenant 7 soient mis en place avant le 30 novembre 1989. « Or la solution des problèmes les plus délicats avait été renvoyée à ces protocoles portant sur le secteur II, la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé et la formation médicale continue ! »³

1990

La cinquième convention est finalement signée le 9 mars 1990⁴, par les

-
- 1 PRÉTOT Xavier, « La quatrième convention nationale entre les organismes d'assurance maladie et le corps médical », *Droit Social*, n°11, novembre 1985, p. 784-800, p.784.
 - 2 Arrêté du 7 juillet 1989 portant approbation de la convention nationale des médecins et de son avenant n°7, JORF, 9 juillet 1989, p. 8631-8635.
 - 3 DUBOUIS Louis, « La cinquième convention nationale médicale : la crise du système conventionnel », *RTDSS*, avril-juin 1990, p. 310-317, p. 312.
 - 4 Arrêté du 27 mars 1990 portant approbation de la convention nationale des médecins, JORF, 30

caisses d'assurance maladie et la FMF. Elle instaure un gel du secteur II, sauf pour les anciens chefs de clinique qui se sont installés après le 1^{er} décembre 1989.

L'article 20 de ce texte conventionnel est très intéressant pour ce qui nous intéresse. En effet, les parties signataires établissent des *références médicales nationales d'évolution*, portant notamment sur les actes médicaux, les prescriptions diagnostiques et thérapeutiques et les hospitalisations. Elles servent à « fixer des objectifs médicalisés de bon usage des soins ainsi que d'évolution de l'ensemble des dépenses de santé dans [les] circonscriptions, en tenant compte de l'état de santé de la population, de son évolution démographique ainsi que des composantes de la consommation médicale locale ». On peut voir dans ces dispositions les origines des références médicales opposables et des recommandations de bonne pratique.

Néanmoins la convention de 1990 ne satisfait personne : ni les syndicats, ni les caisses, ni l'État, surtout par rapport aux enjeux et difficultés de la maîtrise concertée des dépenses de santé. Une année plus tard une crise violente a lieu : le syndicat MG France adhère à la convention en signant son avenant n°1, suspendu le 20 juin par la CNAMTS, peu avant l'adhésion le 25 juin de la CSMF. « L'imbroglio juridique était total dans la mesure où telle confédération n'avait rallié la convention qu'en considération de l'avenant et telle autre ne l'avait rallié que sous condition inverse... »¹.

Le 21 octobre 1991, un « protocole d'orientation pour la maîtrise négociée de l'évolution des dépenses d'assurance maladie » fut conclu entre l'État et les caisses nationales d'assurance maladie². La négociation d'un taux d'évolution annuel global des dépenses était prévue. Il devait être déterminé en fonction du progrès médical,

mars 1990, p. 3882-3896.

1 DUPEYROUX Jean-Jacques, op. cit., p. 411, n°327.

2 ÉVIN Claude, *Rapport fait au nom de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales, sur la proposition de loi de M. Jean Le GARREC (n°3520) portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie*, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 janvier 2002, [consulté le 05/05/2012] http://www.assemblee-nationale.fr/11/rapports/r3524.asp#P152_19330

des besoins de la population et de l'évolution de la démographie. Un dispositif de régulation effective des dépenses devait aussi être mis en place, parallèlement au renforcement des dispositifs existants d'évaluation et de formation permanente des médecins. D'autres mesures encore devaient être mises en œuvre par les professions de santé et les caisses.

Le troisième avenant à la convention médicale de 1990, signé le 10 avril 1992 et approuvé par un arrêté du 5 mai¹, était empreint de ce protocole. Il fixait un taux prévisionnel global de dépenses pour 1992 concernant les honoraires et les prescriptions, en contrepartie de revalorisations tarifaires². Il prévoyait aussi la procédure de fixation des objectifs annuels (aux niveaux national et local) et des mécanismes de régulation incluant une contribution financière mise à la charge des médecins dont le comportement ne serait pas conforme aux objectifs du plan de maîtrise³. Pour les médecins cela pouvait se traduire par une moindre liberté de prescription, les taux nationaux de croissance prévisionnels fondés sur des critères économiques quantitatifs exerçant une pression sur leurs propres fonds et les revalorisations tarifaires étant par ailleurs prévues selon les économies réalisées par les médecins⁴. Ce à quoi le ministre des affaires sociales et de l'intégration de l'époque, M. Teulade, objectait en visionnaire qu'« une hausse des tarifs ne pouvait être envisagée que dans le cadre d'un accord de maîtrise globale des dépenses de santé », rajoutant que « pour tenir compte des contraintes financières de l'assurance maladie, les médecins vont devoir respecter un objectif de croissance des dépenses »⁵.

1 Ibid.

2 100 francs pour les consultations de généralistes au 6 mai 1992 : TEULADE René, JORF, 1^{er} juin 1992, p. 2422.

3 Suspension temporaire de la participation des caisses au financement des cotisations sociales dues par les praticiens du secteur I ou restitutions d'honoraires pour les praticiens du secteur II.

4 DELATTRE Francis, *Question écrite n°58488 au ministre des affaires sociales et de l'intégration à propos de la Sécurité sociale (conventions avec les praticiens)*, JORF, 1^{er} juin 1992, p. 2388-2389.

5 TEULADE René, op. cit.

Le 10 juillet 1992, le Conseil d'État annule l'arrêté ministériel d'approbation du 27 mars 1990¹, pour deux raisons. L'arrêté n'a tout d'abord approuvé le premier annexe de la convention qu'en ce qui concerne les tarifs d'honoraires applicables à sa date d'entrée en vigueur, or en écartant les modifications postérieures des tarifs indiqués dans cette annexe, alors même que l'ensemble de ces stipulations présentait un caractère indivisible, les ministres compétents ont modifié sur un point essentiel l'économie de la convention nationale des médecins, entachant leur arrêté d'excès de pouvoir. Le Conseil d'État a par ailleurs constaté que la convention unique litigieuse était applicable aux médecins généralistes et spécialistes, n'ayant pourtant été signée que par une seule organisation syndicale représentative et violant ainsi l'article L.162-5 du CSS, qui dispose que, lorsqu'elle n'est pas conclue séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, la convention nationale médicale doit être signée par au moins deux organisations syndicales représentatives.

En 1992 un projet de loi s'inspirant des dispositions essentielles du protocole d'octobre 1991 et de l'avenant sus-mentionné fut préparé, pour donner une base légale au nouveau système. Le Gouvernement revint sur cette décision en raison de l'hostilité des syndicats médicaux², préparant avec les caisses nationales d'assurance maladie un projet édulcoré qui donnerait naissance à la loi du 4 janvier 1993.

c] La maîtrise médicalisée des dépenses de santé, la volonté de redresser un système défaillant mais utile :

1 CE, 1/4 SSR, 10 juillet 1992, n°116876 117464 117533 117534, « Confédération des Syndicats Médicaux Français ».

2 Y compris de la CSMF pourtant signataire de l'avenant

La loi du 4 janvier 1993¹, dite loi Teulade, tente de mettre en place les bases d'un dispositif de maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé : elle fixe des objectifs prévisionnels annuels (ou objectifs quantifiés nationaux) avec sanction si non respect, crée des recommandations et applique des références médicales nationales opposables à chaque médecin (dites **références médicales opposables**, RMO). Des contrats locaux de maîtrise des dépenses sont aussi mis en œuvre dans chaque circonscription de caisse, la notion de dossier médical apparaît et l'on crée des unions professionnelles (Unions Régionales des Médecins Libéraux, URML) devant contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.

Le Conseil constitutionnel² et le Conseil d'État³ ont réaffirmé la compatibilité du principe de régulation des dépenses de santé avec celui, constitutionnel, de protection de la santé⁴.

Le 21 janvier 1993 une nouvelle convention est signée⁵, mettant en œuvre la loi Teulade. Elle renvoie à la signature d'annexes annuelles la fixation des objectifs d'évolution des dépenses et des tarifs médicaux, ainsi que la détermination des RMO.

Les RMO représentent le début d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé, c'est-à-dire qu'on recherche surtout « une régulation qualitative et non quantitative de l'offre de soins »⁶. Élaborées par les médecins puis « validées par des

1 Loi n°93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre professions de santé et l'assurance maladie, JORF n°3, 4 janvier 1993, p. 251-255.

2 CC, décision n°89-269 DC, 22 janvier 1990 ; CC, décision n°90-287 DC, 16 janvier 1991.

3 CE, 1/4 SSR, 30 avril 1997, « Association nationale pour l'éthique de la médecine libérale et autres », n°180838 180839 180867.

4 Article 11 du Préambule de la Constitution de 1946.

5 Arrêté du 25 novembre 1993 portant approbation de la convention nationale des médecins, JORF, 26 novembre 1993, p. 16297.

6 MAUGÛE Christine, « Le contrôle de l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise

experts choisis par les parties signataires et à partir d'un cahier des charges arrêté par elles »¹, c'est l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale qui prendra en charge leur détermination dès 1994.

« Les références médicales édictées par les textes conventionnels revêtent en général la forme négative interdisant à un médecin se trouvant dans une situation donnée de pratiquer un acte ou d'effectuer une prescription par ce que trop dangereux ou inutile. »²

Cela se traduisait par un *indice de gravité médical*, évalué selon trois paliers, qui permettait de relever les comportements à risque. La mise en place et actualisation des RMO étaient l'objet d'avenants annuels et, à la fin de l'année 1997, il en existait 147³. Leur opposabilité était le réel enjeu de leur mise en œuvre : facilitée par le codage des actes⁴, elle impliquait que le médecin puisse être contrôlé et sanctionné⁵. Néanmoins, le contrôle fut pavé d'obstacles⁶ et le nombre de sanctions au final peu élevé.

Par ailleurs l'opposabilité des RMO n'est pas effective en ce qui concerne la responsabilité médicale. En effet, les « règles de l'art » ne peuvent s'y résumer⁷. En revanche, si le praticien veut faire valoir cet argument devant les caisses pour justifier ses choix contraires aux recommandations, par exemple, il doit très bien argumenter, participant ainsi d'autant plus à la rationalisation des soins.⁸

Quant aux recommandations de bonne pratique, elles orientent la pratique de

médicalisée des dépenses de soins », conclusions sur CE, 30 avril 1997, « Association nationale pour l'éthique de la médecine libérale et autres », RFDA, mai-juin 1997, p. 474-482, p. 476.

1 Art. 14 §3 de la convention de 1990.

2 BROCAS Anne-Marie, op. cit., p. 424.

3 Cour des comptes, *Rapport sur la Sécurité sociale*, Les éditions des Journaux officiels, septembre 1996, p. 65.

4 Voir supra, p. 31-32.

5 Sanctions financières : retenue des cotisations sociales pour le secteur I, versement d'une contribution équivalente pour le secteur II.

6 Pour plus de détails : Cour des comptes, *Rapport sur la Sécurité sociale*, Les éditions des Journaux officiels, septembre 1997, p. 194.

7 PENNEAU Michel et PENNEAU Jean, « Recommandations professionnelles et responsabilité médicale », *Médecine et Droit*, n°28, 1998, p. 4-6.

8 Pour plus de détails sur les RMO, voir : CHENEVOY-GUERIAUD Marie, op. cit., p. 314-351.

façon positive mais sans contrainte, et permettent de normaliser les soins.

1996

Les *ordonnances Juppé* de 1996¹ modifient le contexte des négociations conventionnelles, notamment pour mettre en œuvre les nouveaux principes définis, en particulier la régulation des dépenses de santé. La majorité des règles conventionnelles de 1993 sont alors rendues caduques : la convention est en effet dénoncée par les caisses le 20 décembre 1996, notamment suite à l'échec de la fixation par avenant du mode de sanction en cas de dérapage des dépenses par rapport à l'objectif fixé.

Le 12 mars 1997 deux conventions distinctes sont adoptées², accompagnées d'annexes à portée annuelle. Ces conventions précisent les conditions de mise en œuvre des dispositions issues de l'ordonnance de 1996, notamment la définition des recommandations et des références professionnelles, et les mécanismes d'adaptation par zone géographique de l'objectif prévisionnel des dépenses en fonction de plusieurs critères³.

Les RMO sont alors élaborées par l'Agence du médicament et l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, à partir de thèmes choisis par les parties signataires de la convention. Par ailleurs, elles n'ont plus besoin d'être renégociée chaque année et concernent à présent toutes les professions médicales. Mais la réelle innovation en ce qui les concerne c'est l'aggravation de leurs critères d'opposabilité, au nombre de trois :

1 Notamment l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, JORF n°98, 25 avril 1996, p. 6311.

2 Une pour les médecins généralistes et une autre pour les médecins spécialistes : Arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes, JORF n°75, 29 mars 1997, p. 4897 ; Arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la Convention nationale des médecins spécialistes, JORF n°75, 29 mars 1997, p. 4922.

3 Ainsi que les sanctions applicables en cas de non respect par les médecins et détail des mécanismes de sanctions prévues par l'ordonnance en cas de non respect de l'objectif des dépenses.

- l'observation de la pratique individuelle du praticien,
- la constatation d'un nombre minimum de cas de non-respect d'une ou plusieurs références, et
- l'importance numérique des anomalies décelées.

De plus, l'indice de gravité médical des RMO voit ses trois paliers se durcir en 1997.

Le 02 juillet 1997, l'avenant n°1 à la convention des généralistes est signé entre les caisses et MG-France¹, accord pour l'option conventionnelle et apparition de la notion de *médecin référent* qui permet à un généraliste de percevoir de l'assurance maladie une indemnité forfaitaire de 150 F par patient qui lui est affilié². C'est la première introduction du forfait dans le système de paiement à l'acte des médecins généralistes.

Le 26 juin 1998 le CE annule la convention des spécialistes, puis la convention des généralistes le 3 juillet 1998³.

1998

Un arrêté du 10 juillet 1998 porte règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention nationale⁴. Cette initiative prise dans l'urgence après l'annulation du Conseil d'État, à l'image de la convention transitoire de 1975, sera modifiée⁵ plusieurs fois, prolongée en 2003⁶ et finalement rendue

1 Arrêté du 17 octobre 1997 portant approbation de l'avenant n°1 à la Convention nationale des médecins généralistes, JORF n°243, 18 octobre 1997, p. 15152.

2 Choix de l'assuré social pour bénéficier des tarifs conventionnels du secteur 1 et être dispensé de l'avance des frais, à l'exception du ticket modérateur qui reste dû.

3 CE 1/4 SSR, 26 juin 1998, n°186855 186906 187997 188003 188005, « Confédération des syndicats médicaux français » ; CE Ass., 3 juillet 1998, n°188004 188006 188014 188035 188051 188064, « Syndicat des médecins de l'Ain et autres ».

4 Arrêté du 10 juillet 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale, JORF n°160, 12 juillet 1998 p. 10781.

5 Arrêté du 13 novembre 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale, JORF n°264, 14 novembre 1998 p. 17147 ; Arrêté du 12 août 1999 modifiant l'arrêté du 13 novembre 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale, JORF n°187, 14 août 1999, p. 12271.

6 Arrêté du 19 février 2003 modifiant l'arrêté du 13 novembre 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale, JORF, 27 février 2003 p. 3492.

obsolète en 2005. L'annexe n°4 de ce règlement, relatif aux objectifs de dépense et aux tarifs opposables, sera lui aussi souvent remanié¹.

L'article 36 du projet de loi CMU de mars 1998 valide les actes pris en application des conventions des médecins généralistes et des médecins spécialistes de 1997, de leurs annexes et avenants, à l'exception de ceux ayant le caractère d'une sanction « sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée » et « en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'illégalité des-dites conventions nationales »².

Le Conseil d'État va pourtant persister dans sa démarche en annulant partiellement la convention de 1998³, faisant notamment ôter du texte les mécanismes de maîtrise de régulation des dépenses de médecine de ville. Le 28 juillet 1999 il fera de même en ce qui concerne les sanctions financières prévues dans le règlement conventionnel minimal⁴.

Par ailleurs, le Conseil Constitutionnel censure, en décembre 1998⁵, un article de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 qui prévoyait un mécanisme collectif de régulation. En effet, la loi ne peut pas mettre à la charge de tous les médecins conventionnés « une contribution assise sur leurs revenus professionnels, et ce, quel qu'ait été leur comportement individuel en matière d'honoraires et de prescription ». Dès lors, l'État a utilisé son pouvoir de hiérarchisation des actes pour réguler les dépenses de santé sans pouvoir être juridiquement contesté : c'est ce que

1 Arrêté du 11 août 1998 modifiant l'annexe 4 du règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale, JORF n°185, 12 août 1998, p. 12303 ; Arrêté du 2 octobre 1998 modifiant l'annexe 4 du règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale, JORF n°231, 6 octobre 1998, p. 15118 ; Arrêté du 24 février 1999 modifiant l'annexe 4 du règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale, JORF n°47, 25 février 1999, p. 2895.

2 AUBRY Martine, *Projet de loi portant création d'une couverture maladie universelle*, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 mars 1999.

3 CE, Section, 14 avril 1999, « Syndicat des Médecins Libéraux », n°202605 203623.

4 CE, 1/4 SSR, 28 juillet 1999, « Syndicat des médecins libéraux et autres », n°202606 203438 203487 203541 203589.

5 CC, décision n° 98-404 DC, 29 décembre 1998.

l'on appela le *système des lettre-clés flottantes*.

« Certaines spécialités médicales [...] dont le volume des actes dérivait de manière excessivement coûteuse pour l'assurance maladie ont vu ainsi la valeur de leurs actes réduite, dans l'attente de négociations visant à redéfinir les comportements.

Un des effets pervers de ce mécanisme est qu'il conduit chaque profession médicale à négocier directement avec l'État et non avec la CNAM qui se trouve ainsi dépossédée de sa responsabilité. Le système conventionnel est donc encore plus vidé de son contenu. »¹

Un arrêté du 4 décembre 1998 porte approbation de la convention nationale des médecins généralistes² signée le 26 novembre. Cette convention reprend les grandes lignes de l'option conventionnelle : médecin référent, transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge et maîtrise médicalisée des dépenses. Le 10 novembre, le Conseil d'État déclare illégales les stipulations de la convention qui aggravait les sanctions applicables en cas de méconnaissance des RMO³.

Pour les médecins spécialistes, aucun accord n'est signé et, en 2002, une loi vient modifier les rapports conventionnels⁴.

Cette nouvelle loi permet notamment d'élargir l'application des **accords de bon usage des soins** et des **contrats de bonne pratique**⁵, tout en créant des **contrats de santé publique**. Ces trois outils conventionnels sont les précurseurs directs du paiement à la performance, puisqu'ils consistent en un intéressement des

1 ÉVIN Claude, op. cit.

2 Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes, JORF n°282, 5 décembre 1998, p. 18329.

3 CE, Section, 10 novembre 1999, « Syndicat national de l'industrie pharmaceutique et autres », n°203779 204071 204188 204266 204271.

4 Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie, JORF, 7 mars 2002 p. 4263.

5 Loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la Sécurité sociale pour 2000, JORF n°302, 30 décembre 1999, p. 19706.

professionnels de santé. La différence tient essentiellement à deux aspects : ces accords peuvent être individuel ou collectif et la rémunération reçue est fixe et forfaitaire. Par ailleurs, ils ne peuvent être conclus qu'après avis de la HAS, nécessairement favorable en ce qui concerne les contrats de santé publique.

2005

Le douzième avenant¹ de la convention médicale nationale du 12 janvier 2005² porte notamment sur le renforcement du rôle du médecin traitant en matière de prévention et sur la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

L'avenant n°23³ renforce la dynamique engagée en matière de maîtrise médicalisée, en insistant sur :

- la déclinaison et le retour d'informations individuels auprès de chaque médecin au regard des objectifs collectifs,
- la création de majorations pour certains médecins spécialistes, et
- une revalorisation de la médecine générale.

Concomitante à la mise en place de la CCAM⁴, cette orientation paraît elle aussi faire du paiement à la performance une *suite logique* des outils conventionnels.

En 2009, un protocole⁵ est signé pour la création d'un nouveau secteur conventionnel, « qui améliore l'accès de nos concitoyens à des soins de qualité et la lisibilité des tarifs ».

2010

1 Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n°12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, JORF n°76, 30 mars 2006, p. 4768.

2 Arrêté du 3 février 2005, op. cit.

3 Arrêté du 2 mai 2007 portant approbation de l'avenant n°23 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, JORF n°103, 3 mai 2007, p. 7826.

4 Voir supra, p. 31-32.

5 Protocole d'accord tripartite entre les syndicats médicaux représentatifs pour la convention médicale, l'UNCAM et l'UNOCAM, signé le 15 octobre 2009, [consulté le 12/02/2012] <http://www.sofcot.fr/Data/ModuleGestionDeContenu/application/835.pdf>

En mai 2010, un règlement arbitral a été mis en place¹ car, faute d'accord conventionnel, la convention de 2005 arrivait à échéance le 12 février 2012. Les dispositions de cette dernière furent dans l'ensemble reconduites, et le tarif de la consultation des médecins généralistes porté à 23 euros au 1^{er} janvier 2011. Ce texte incite aussi financièrement à la télétransmission et à l'utilisation des services en ligne (deux forfaits de 250 euros) et fixe les objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses de soin pour 2010.

Par ailleurs, suite à la loi HPST de 2009², Les contrats de bonne pratique et accords de bon usage auraient du être supprimés à la mise en place des Agences régionales de santé (ARS) le 1^{er} avril 2010. Néanmoins, une loi de 2011³ les proroge en partie jusqu'à fin 2012. De nouveaux dispositifs sont prévus pour remplacer ces contrats, en dehors du système conventionnel : c'est avec les ARS que les praticiens les concluront à partir de 2013.

2011

La dernière convention nationale médicale a été signée le 26 juillet 2011⁴. Ce texte introduit une nouvelle forme de rémunération pour les médecins traitants, destinée à être étendue à tous les médecins : la **rémunération sur objectifs de santé publique**, ou rémunération à la performance⁵. Le paiement à l'acte reste néanmoins majoritaire, et le peu de rétribution forfaitaire qui existait est maintenu. Les politiques de maîtrise médicalisée des dépenses et de formation continue sont poursuivies dans ce nouvel accord, et le secteur optionnel est remis en ligne, devant être fixé par

1 Arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale, JORF n°0104, 5 mai 2010, p. 8110.

2 Loi n°2009-879, op. cit.

3 Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0185, 11 août 2011, p. 13754.

4 Arrêté du 22 septembre 2011, op. cit.

5 Voir supra, p. 10 et s.

voie d'avenant pour préciser sa mise en œuvre.

L'avenant n°3 de cette convention¹, signé le 8 décembre 2011, est relatif au paiement à la performance et fixe notamment les objectifs intermédiaires de la rémunération sur objectifs de santé publique.

L'avenant n°7 met quant à lui en place le paiement à la performance pour les radiologues : il a été signé le 14 mars 2012, mais aucun arrêté n'a pour le moment été publié. On aurait pu faire coïncider cette attente avec le changement de présidence, néanmoins François Hollande disait lui-même vouloir la « généralisation du paiement à la performance »².

Mme Polton nous rappelle que, dès 2005, l'assurance maladie avait défini des objectifs collectifs, surtout concentrés sur la délivrance de génériques et l'efficience dans la prescription³. Un ou deux ans plus tard, des objectifs de qualité des soins étaient mis en place, notamment concernant les diabétiques, les facteurs de risque, etc. La déclinaison individuelle de certains de ces objectifs s'est ainsi faite naturellement (dépistage du cancer du sein, etc.), et le CAPI a été mis en place : ce n'est « ni un aboutissement ni une fin en soi, c'est le maillon de quelque chose qui progresse au fur et à mesure »⁴.

Force est de constater que le paiement à la performance n'est pas vraiment une nouveauté, mais plutôt le digne descendant des RMO, des accords de bon usage des soins, des contrats de bonne pratique, etc. Ainsi, nous pensons que

1 Arrêté du 5 mars 2012 portant approbation des avenants n° 3, n° 5 et n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, JORF n°0070, 22 mars 2012, p. 5174.

2 « 12 questions aux candidats à l'élection présidentielle: François Hollande », *Le médecin de France*, avril 2012, [consulté le 29/12/2012] http://www.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1285&Itemid=541

3 Voir l'avenant 23 de la convention de 2005 précité ; voir aussi POLTON Dominique, « Peut-on améliorer à la fois la qualité et l'efficience de la prescription médicamenteuse ? », *Revue française des affaires sociales*, n°3-4, 2007, p. 73-86.

4 POLTON Dominique, Entretien du 31/05/2012, 3'28, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

quand le Dr. Ménard déclare que « rien n'interdit que petit à petit notre liberté dans la relation avec le patient soit complètement bouffée par l'assurance maladie, le financeur »¹, soit il porte à la rémunération sur objectifs de santé publique une influence qu'elle n'a pas, soit cette liberté est depuis très longtemps compromise. Voici ce que nous considérons comme de réelles innovations propres à la rémunération sur objectifs de santé publique :

- le fait de baser la rétribution sur des objectifs médicaux quantifiables, clairs et définis, au niveau *national*,
- le fait de *moduler* le montant du paiement en fonction des *résultats effectifs précis* des praticiens,
- le système est forcément individuel.

Cet historique permet aussi de constater que le Conseil d'État a régulièrement été saisi, pendant la mise en place de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, pour des questions d'ordre déontologique. Hélas, en ce qui concerne la pertinence des RMO le contrôle était minimum, car se rapportant à un domaine technique² ; et il semble aujourd'hui qu'il en soit de même pour le paiement à la performance, puisque la Haute juridiction se contente de relever que le texte n'est pas ouvertement contre la déontologie³, même raisonnement par la négative qu'en 1982. Cette analyse superficielle nous apparaît insuffisante.

Après avoir émis des doutes quant à la pertinence de rétribuer les médecins en se basant sur une performance jaugée aux vues de critères équivoques, nous venons d'explicitier les différents enjeux qui ont tour-à-tour entouré les émoluments des praticiens et resurgissent avec l'apparition de la rémunération sur objectifs de

1 MÉNARD Didier, Entretien du 02/05/2012, 41'53, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 CE, n°202605 203623, op. cit. ; CE, n°202606 203438 203487 203541 203589, op. cit.

3 En ce qui concerne les CAPI : CE, 1/6 SSR, 7 Avril 2011, n°329069.

santé publique.

Il nous semble à présent opportun de souligner la relativité de l'importance de cette nouvelle source de revenus. En effet, malgré des prises de positions concernées, les divers acteurs institutionnels préoccupés par le paiement à la performance sont restés fidèles à eux-mêmes dans leurs réactions. Cela n'augure rien de bon quant à leur réelle stimulation face au besoin de modifier en profondeur le système de santé.

II] La banalité finale d'une étape impressionnante de l'évolution de la rémunération des généralistes :

La mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique a fait quelques vagues dans le monde médical, et l'histoire nous montre qu'elle se répète [A]. À notre sens, la véritable question soulevée par le paiement à la performance est à chercher dans la représentation que l'on se fait de la médecine et son influence sur l'évolution passée et future de la rémunération des professions médicales [B].

A] La mise en perspective historique de l'accueil fait au paiement à la performance en France :

Les négociations conventionnelles regroupent des acteurs aux points de vue différents [1], qui ne sont pas représentatifs de tous les protagonistes concernés par le paiement à la performance [2].

1] Des partenaires conventionnels aux opinions diverses et variées :

Nous avons choisi ici de présenter les points de vue de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie [a], de la Confédération des syndicats médicaux français [b] et de la Fédération française des médecins généralistes (syndicat MG France) [c]. Il ne nous est pas apparu essentiel d'exposer la vision du syndicat des médecins libéraux (SML), assez proche de celle de la CSMF.

a] UNCAM : le paiement à la performance, mise en œuvre d'une volonté ancienne.

L'UNCAM est un organisme de Sécurité sociale, c'est pourquoi il cherche à diversifier les modes de rémunération des médecins, ne pouvant éternellement augmenter le C sans demander aux médecins de l'aide dans la maîtrise des dépenses de santé.

– **Un organisme appartenant à un système solidaire en perdition :**

En France, la Sécurité sociale a été mise en place en 1945¹. Elle est un « ensemble d'institutions qui ont pour fonction de protéger les individus des conséquences de divers événements, généralement qualifiés de risques sociaux »². Son *régime général* est divisé en quatre branches depuis 1967³ : maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse et famille⁴. C'est aussi depuis cette année que les *caisses* de Sécurité sociale sont gérées paritairemment par les représentants des salariés et des employeurs, via leurs syndicats représentatifs.

L'assurance maladie, descendante des sociétés de secours mutuels et en partie apparue avant 1945⁵, continua de s'étendre au fil du temps. D'abord aux

1 Ordonnance n°45-2454, op. cit.

2 CORNU Gérard et Association Henri Capitant, *Vocabulaire juridique*, 7ème édition, PUF, 2006, p. 839-840.

3 Ordonnance n°67-706 du 21 août 1967 relative à l'organisation administrative et financière de la Sécurité sociale, JORF, 22 août 1967, p. 8403 : Art.1^{er} : « L'organisation générale de la Sécurité sociale comprend les organismes ci-après :

Une caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés [...] ;

Une caisse nationale des allocations familiales [...] ;

Une caisse nationale d'assurance vieillesse [...] ;

Une agence centrale des organismes de Sécurité sociale ;

Des unions de recouvrement ;

Des unions ou fédérations de caisses [...] ».

4 Art. L.200-2 du CSS.

5 Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, op. cit. ; loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales, op. cit. ; loi du 30 avril 1930 modifiant et complétant la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales, op. cit. ; etc.

fonctionnaires¹, aux militaires et leurs familles², etc., pour finir par créer une couverture maladie universelle, « qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais »³.

Concernant ses finances, l'assurance maladie doit, depuis 1996, respecter l'objectif national des dépenses d'assurance maladie que lui assigne le Parlement. Il est consigné chaque année dans la loi de financement de la Sécurité sociale. Les recettes de l'assurance maladie proviennent en majorité des cotisations sociales (sur le principe de la mutualisation des risques) et de la contribution sociale généralisée (depuis 1990), ainsi que d'impôts et taxes relatifs à des substances nocives pour la santé (alcool, tabac, etc.), ou propres à certains acteurs du système de soins (industrie pharmaceutique par exemple). Ses dépenses sont consacrées à la prise en charge des frais de santé des assurés sociaux, et son bilan financier est catastrophique. C'est la raison pour laquelle l'assurance maladie cherche depuis quelques dizaines d'années à atteindre une certaine efficacité dans la gestion de son budget, pour conserver un système de couverture des dépenses de soins solidaire.

Pendant les négociations conventionnelles, c'est l'UNCAM qui représente l'assurance maladie. Créée en 2004⁴, elle « regroupe les trois principaux régimes d'assurance maladie : le régime général, le régime agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI) »⁵. La majorité des dispositions concernant l'UNCAM figurent aux articles L.182-2 à L.182-2-7 du CSS. Cette haute instance de l'assurance

1 Loi n°47-649 du 9 avril 1947, dite loi « Morice ».

2 Loi n°49-489 du 12 avril 1949 portant extension aux militaires du bénéfice de la Sécurité sociale, JORF, 13 avril 1949, p. 3730.

3 Art. 1^{er} de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, JORF n°172, 28 juillet 1999, p. 11229.

4 Loi n°2004-810, op. cit.

5 Présentation du site ameli.fr de l'assurance maladie, [consulté le 24 avril 2012] <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/l-8217-uncam.php>

maladie est un établissement public national à caractère administratif, soumis au contrôle des autorités compétentes de l'État (commissaires du gouvernement). Elle est dotée d'un conseil de 18 membres, d'un collège de directeurs composé du directeur général de la CNAMTS, du directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants, ainsi que du directeur de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et d'un directeur général en la personne du directeur général de la CNAMTS, qui dispose donc de deux voix en son sein. C'est la CNAMTS qui assure la gestion administrative de l'UNCAM, sous l'autorité du directeur général. Celui-ci a beaucoup de pouvoirs dans cette organisation : sur mandat du collège des directeurs, il « négocie et signe l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L.162-14-1 »¹ donc, entre autres, la convention nationale médicale².

L'objectif avoué et assumé des caisses d'assurance maladie en ce qui concerne le conventionnement est de réguler les dépenses de santé, notamment en valorisant les pratiques les moins coûteuses à résultat *équivalent*. Cette gestion budgétaire nécessaire passait autrefois par la maîtrise des tarifs conventionnés, néanmoins cela n'a plus suffi et de nouveaux outils ont été mis en place, comme détaillé précédemment³. La crise étant ce qu'elle est, le déficit de la branche maladie continue de se creuser⁴ et de nouvelles mesures doivent être prises, comme par exemple l'instauration de nouveaux modes de rémunération pour les professionnels de santé.

– **La rémunération sur objectifs de santé publique, nouvel échelon d'une logique**

1 Art. L.182-2-4 du CSS.

2 Visée aux art. L.162-5 et s. du CSS.

3 Voir supra, paragraphe IB2b, p. 79 et s.

4 *Les chiffres clés de la Sécurité sociale*, Direction de la Sécurité sociale, 2010 [consulté le 05/05/2012] http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011_chiffres_cles.pdf

de rationalisation salvatrice :

Les procès verbaux des réunions de l'UNCAM pour l'année 2011 explicitent la vision de l'assurance maladie sur le paiement à la performance. Sur les cinq thèmes retenus en janvier 2011 pour le « cadrage des orientations en vue des négociations conventionnelles avec les médecins », c'est-à-dire le renforcement de l'égalité d'accès à des soins de qualité, la contribution à la qualité des pratiques médicales, l'augmentation de l'efficacité de la prise en charge des patients, la poursuite de la démarche de simplification (téléservices, informatisation, etc.) et la rénovation et diversification des modes de rémunération des médecins, tous sont plus ou moins explicitement reliés au paiement à la performance¹. La CFDT² souligne, concernant l'efficacité de la prise en charge des patients, sa volonté de voir conventionné le CAPI, tout en rappelant son attachement « à ce qu'il y ait une évolution des modes de rémunération des médecins vers une structure en 3 niveaux, comme [le conseil de l'UNCAM l'avait] voté en 2008 » (paiement à l'acte, forfaits et « rémunération "à la performance", c'est-à-dire en fonction de l'atteinte des objectifs fixés ») et son opposition « à toute revalorisation générale du tarif de consultation à court et moyen terme au profit de financements structurants »³. La CFTC⁴ fait une déclaration similaire en ce qui concerne l'application généralisée du CAPI⁵, justifiant la réflexion d'un des participants qui note à l'époque « une forme d'unanimité des intervenants autour de la nécessité de diversifier les modes de rémunération avec le paiement à l'acte, les forfaits et la rémunération sur objectifs »⁶.

En mars 2011, un premier débat a eu lieu pour « circonscrire les orientations principales de [la] nouvelle convention » envisagée entre les médecins et l'UNCAM⁷.

1 *Réunion du conseil de l'UNCAM*, Procès verbal, 24 février 2011, p. 12-15.

2 Confédération française démocratique du travail, syndicat, déclaration via l'un de ses membres.

3 *Réunion du conseil de l'UNCAM*, Procès verbal, 24 février 2011, p. 15-17.

4 Confédération française des travailleurs chrétiens, syndicat, déclaration via l'un de ses membres.

5 *Réunion du conseil de l'UNCAM*, Procès verbal, 24 février 2011, p. 20.

6 *Réunion du conseil de l'UNCAM*, Procès verbal, 24 février 2011, p. 18

7 *Réunion du conseil de l'UNCAM*, Procès verbal, 17 mars 2011, p. 10.

Les cinq thèmes retenus sont les mêmes, et ne seront pas modifiés par la suite. Nous pouvons donc constater de nouveau¹ que l'idée d'une rémunération à la performance n'est pas récente du côté des caisses. Jacques Battistoni, secrétaire du syndicat MG France, le remarque : cette « initiative revient très largement aux caisses, et à une seule pratiquement [la CNAMTS] »², « on nous a apporté le paquet, le kit complet »³. Mme Polton nous explique quant à elle que le CAPI a été proposé aux syndicats et refusé par eux, obligeant l'UNCAM à passer par la loi⁴ pour imposer sa volonté de diversification des rémunérations des médecins.

Les syndicats médicaux prêtent plusieurs intentions à la CNAM dans la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique. Le Dr. Battistoni nous parlera de l'hétérogénéité des pratiques⁵, de la qualité des soins, de l'efficience, mais aussi de « leur motivation [...] de se placer comme organisateur des soins »⁶. En effet, le syndicaliste pense que l'État, l'assurance maladie et les professionnels sont en compétition à ce sujet. La création des ARS, avec la loi HPST de 2009, a permis à l'État de marquer des points : « clairement au niveau régional c'est l'ARS qui est devenu le grand organisateur des soins, au détriment des caisses d'assurance maladie qui sont un peu confinées dans un rôle de payeur »⁷. Il ressent l'introduction du paiement à la performance comme une sorte de reprise de pouvoir par l'assurance maladie.

« Frédéric Van Roekeghem [directeur de la CNAMTS] a lancé le CAPI en pleine discussion et mise en place de la loi HPST, c'était quelque part allumer un

1 Voir supra, paragraphe IB2b, p. 79 et s.

2 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 3'19, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

3 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 6'04, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

4 Loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, JORF n°0294, 18 décembre 2008, p. 19291.

5 Selon le Dr. Urbejtél, il s'agit pour l'assurance maladie de constater statistiquement les curiosités et anomalies qui sortent par rapport à un territoire, or « les pratiques s'adaptent aux populations soignées », il pourrait s'agir d'une « hétérogénéité des populations soignées » : URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 2'55, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

6 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 4'05, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

7 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 57'11, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

contre-feu, c'était aussi un signal politique, qui disait "je reste celui qui organise". »¹

Les médecins ont reçu, pour certains, des démarcheurs de l'assurance maladie venus leur expliquer la nouvelle convention avec un discours très technique et factuel². Le volet de la rémunération sur objectifs de santé publique commun à tous les médecins est présenté séparément du reste des volets, comme une « aide financière de l'assurance maladie » dans une démarche de modification et de simplification des conditions d'exercice. Le reste du paiement à la performance est présenté comme un « nouveau mode de rémunération qui vient compléter la consultation, qui reste le socle de la rémunération des médecins ». Quant à l'objectif de la mise en place de ce complément de rémunération, selon le démarcheur « c'est d'accompagner les médecins au travers de leur pratique », parce que « ce n'est pas forcément évident pour un médecin de savoir où il en est réellement, d'avoir des résultats concrets ». Il doit aussi « faire en sorte que les médecins utilisent vraiment l'informatique dans leur pratique quotidienne pour pouvoir, une fois que le DMP³ arrivera, intégrer ça peut-être plus facilement ». Puis « prescrire dans le répertoire des génériques c'est aussi pour réaliser des économies ».

Concrètement nous pensons que l'assurance maladie a mis en place le paiement à la performance dans une optique de modération des dépenses de santé, cette prime coûtant effectivement moins cher que l'augmentation du C (la CSMF et le SML réclamaient cette augmentation au début des négociations conventionnelles de 2011). Cette motivation est somme toute normale de la part d'un organisme devant gérer un déficit colossal. A priori la caisse n'a pas réfléchi à tous les tenants et

1 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 56'30, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 *Présentation de la nouvelle Convention Médicale par un démarcheur de l'assurance maladie*, enregistrement de 13'24 minutes effectué par Olivier SAINT-LARY, médecin généraliste, le 09/12/2011.

3 Dossier médical personnel.

aboutissants du paiement à la performance, ne le considérant que comme un moyen de paiement supplémentaire. De cette conception économique découle un outil pratique dans ses mesures et identifications.

En tous cas, ce nouveau dispositif nous apparaît très clairement issu des réflexions des caisses de l'assurance maladie. Pourtant le président de la CSMF, le Dr. Michel Chassang, nous affirmera à propos des négociations que « c'est nous qui avons fait la proposition, ce n'est pas l'assurance maladie »¹.

b] CSMF : une appropriation tardive du concept de paiement à la performance.

La CSMF représente depuis très longtemps les médecins libéraux, il était donc improbable qu'elle ne participe pas au conventionnement du CAPI, outil dangereux qui faisait fi d'une longue tradition conflictuelle de conciliation.

– Une histoire ancrée dans la défense institutionnelle des intérêts des médecins libéraux :

Les professions libérales sont très encadrées et corporatistes. À l'origine de la médecine telle que nous la connaissons, les membres de la profession médicale étaient assimilés à une « famille » : le praticien, à l'égard de ses pairs et de ses maîtres, transmettait son savoir via filiation, sans déperdition (c'est-à-dire dès l'enfance), avec une continuité certaine, sans question de paiement (salaire, cours, etc.), en partageant les secrets de pratique, etc. Le serment d'Hippocrate, qui rappelle ces faits, est apparu quand les nouveaux médecins n'ont plus forcément été les enfants des médecins mais des individus extérieurs à ces familles. La protection

¹ CHASSANG Michel, Entretien du 26/04/2012, 37'36 min, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

et l'engagement des médecins envers leur formation et leur profession est très important.

En 1789, la révolution fait voler en éclat les corporations et interdit leur réapparition. Les professionnels médicaux ne peuvent pas « se rassembler et intervenir pour influencer l'État et, divisés entre eux, n'ont pas pu agir en coopération dans leur propre intérêt collectif »¹. Bien sûr des clubs, cercles ou associations sont mis en place, néanmoins cet esprit de corps ne trouvera d'écho syndicaliste qu'assez tard.

Le 1^{er} novembre 1845, le Congrès médical de France est réuni à Paris . Il rassemble différentes professions médicales pour sortir de la crise identitaire qui les tourmente. Les médecins s'entre-déchirent et les représentants du pouvoir en place ne sont pas écoutés : le Congrès se solde par un statu quo sans concession quant à la situation des professionnels médicaux².

L'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France (AGMF) est alors formée en 1858. Cette preuve de solidarité s'approprie l'organisation professionnelle médicale en rassemblant des universitaires, praticiens hospitaliers et libéraux, citadins ou ruraux. Son activité est essentiellement centrée autour des secours mutuels, mais elle prend aussi à cœur certaines batailles des médecins. En quelques années la majorité des praticiens y sont inscrits et l'AGMF devient le premier organisme représentant *les médecins* auprès des pouvoirs publics³.

1 NYE Robert A., op. cit., p.20.

2 Pour des détails, notamment sur les raisons de la crise de la profession, voir BOURQUELOT Lucie, « Le congrès médical de France : défense d'une profession libérale sous la Monarchie de Juillet », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, T. 86, n°2, 1979, La médicalisation en France du XVIIIe au début du XXe siècle, p. 301-312 : « Le Congrès Médical de France voulait davantage de considération sociale et des revenus mieux assurés pour les médecins. En érudant le face-à-face avec la société moderne et son État, aussi radicalement que chacun éludait le face-à-face singulier dans sa pratique, il ne pouvait résoudre la crise de l'identité médicale. S'acculant lui-même à la défensive, il concentra ses assauts sur "l'encombrement médical" ».

3 Voir RICHET Gabriel, « Pierre Rayer et la fondation en 1858 de l'Association Générale des Médecins de France, un événement socio-politique méconnu », *Histoire des sciences médicales*,

« En l'absence d'ordre, les syndicats médicaux jouèrent, avec l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France (AGMF), un rôle dans l'organisation de la profession. »¹

La loi de 1884 qui autorise la création des syndicats professionnels² accompagne la naissance de plusieurs syndicats médicaux, dont l'Union des syndicats médicaux français (USMF), qui regroupe alors 74 syndicats locaux (20% de la profession, environ 3500 praticiens)³. Il s'avère rapidement que cette loi ne concerne pas les professions libérales, la jurisprudence réprimant les premiers essais du syndicalisme médical dès 1885⁴. Le Pr. Savatier l'explique dans sa thèse en relevant qu'un syndicat doit d'abord défendre les intérêts de la profession dont il dépend, alors que les professionnels libéraux ont cette caractéristique importante de faire passer les intérêts de leurs clients avant les leurs. La Cour de cassation évoque quant à elle les intérêts des médecins comme étant différents des « intérêts économiques » défendus par le syndicalisme.

Pourtant le législateur autorise le syndicalisme médical en 1892⁵, par un texte qui dispose en son article 13 qu'« à partir de l'application de la présente loi, les médecins [...] jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes autres que l'État, les départements et les communes ». Faisant surface à nouveau en 1892, l'USMF restera seule et unie sur la scène du

2001, vol. 35, n°4, p. 435-443.

1 SAPIRO Gisèle, « Les professions intellectuelles entre l'État, l'entrepreneuriat et l'industrie », *Le Mouvement Social*, n° 214, janvier-mars 2006, [consulté le 17/05/2012] <http://mouvement-social.univ-paris1.fr/document.php?id=366>

2 Loi du 21 mars 1884 dite Waldeck-Rousseau relative aux syndicats professionnels, JORF, 22 mars 1884, p. 1577.

3 HASSENTEUFEL Patrick, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la santé*, 2008/1 n° 18, p. 21-28, p. 22.

4 Cass., crim., 27 juin 1885.

5 Dite loi Brouardel ou loi Chevandier : cette loi a principalement supprimé les officiers de santé et réprimé l'exercice illégal de la médecine et le charlatanisme en instaurant un diplôme d'État unique pour les médecins tout favorisant le développement d'autres professions médicales telles que celles de sage-femme et de dentiste. Elle a aussi autorisé le syndicalisme médical.

syndicalisme médical jusqu'en 1925¹. L'un des buts du syndicalisme médical naissant à l'époque est de s'opposer au mouvement mutualiste : en 1895 l'USMF signe avec la Ligue de la mutualité un accord de principe qui reconnaît le libre choix du médecin par le patient et la rémunération à l'acte. L'établissement d'un tarif d'honoraires, la fin du charlatanisme, la suppression de l'officiat² et globalement la défense des intérêts économiques de la profession seront d'autres objectifs assumés par l'union syndicale³. Le syndicalisme médical a véritablement tenté de lutter contre la mise en place progressive des assurances sociales en France⁴. À partir de 1922 l'USMF se divise entre les praticiens voulant privilégier le colloque singulier entre le médecin et son patient, et ceux qui se prononcent en faveur des contrats collectifs négociés avec les caisses d'assurance.

« Ainsi peut-on considérer que le corps médical, pour autant que l'Union des syndicats médicaux le représente, est résigné, dès le dépôt des premiers projets de loi, à la mise en place des Assurances sociales. N'en contestant plus

1 Une scission est à noter tout de même : elle « se produit lors de l'assemblée générale de novembre 1912 et les "dissidents" créent l'Union *nationale* des syndicats médicaux français, tandis qu'un renversement de majorité renouvelle le personnel de la vieille Union. Une fois écartées les personnalités discréditées, les "professionnels" du syndicalisme, la réunification est immédiatement à l'ordre du jour. [...] De nouveaux statuts sont adoptés en janvier 1913, lors d'une assemblée générale extraordinaire, réaffirmant la structure fédéraliste avec syndicats autonomes. » VERGEZ-CHAIGNON Bénédicte, « Le syndicalisme médical français de sa naissance à sa refondation : intérêts et morale au pays de l'individualisme (1892-1945) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine* (1954-), T. 43e, N°4, Médicalisation et professions de santé XVI^e-XX^e siècles, Oct.-Déc. 1996, p. 709-734, p. 712-713.

2 Les officiers de santé étaient des sortes de médecins de second ordre : « Le doctorat était ainsi la voie royale pour devenir médecin avec le titre de docteur comme un apanage. La seconde voie, celle de l'officiat, offrait trois accès à l'exercice de la médecine. Le premier consistait à suivre trois années d'études dans une école de médecine ; le deuxième, à se former par la pratique pendant cinq ans au sein d'un hôpital ; enfin, le troisième, à se placer en apprentissage pendant six années auprès d'un docteur en exercice. Les frais du doctorat étaient en moyenne cinq fois plus élevés que ceux de l'officiat.. » JAISSON Marie, « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3/2002 (n°143), p. 31-35.

3 VERGEZ-CHAIGNON Bénédicte, *Le monde des médecins au XX^e siècle*, Éditions Complexe, 1996, p. 237.

4 LORIOU Marc, « Hygiène contre Panacée : Les blocages de la santé publique en France », *Humanisme et Entreprise*, N° 257, février 2003, p. 17-40 : « Dès les premières lois permettant un accès socialisé à la médecine de ville, les syndicats médicaux se sont montrés soucieux de défendre les intérêts financiers et l'indépendance du médecin face aux organismes payeurs. Si les différentes formes de protection sociale apportent une clientèle solvable nouvelle à la profession médicale, elles portent en elles le risque de contre-pouvoir et de contrôle sur les tarifs et donc les revenus des médecins. ».

le principe, il s'attache à obtenir une définition satisfaisante des modalités. »¹

Cette première scission sera à l'origine de la création de la Fédération nationale des syndicats médicaux², qui se séparera de l'USMF en 1925. En novembre 1926 la Fédération établira la Charte de la médecine libérale pour affirmer son attachement à ses principes³. Ce texte fut repris lors d'un congrès des syndicats médicaux le 30 novembre 1927, qui aboutit à la réunification syndicale, dictée par un « sentiment profond et comme instinctif des nécessités majeures de la défense professionnelle »⁴. Celle-ci fut complète après l'assemblée générale constitutive de la CSMF qui se tint du 6 au 8 décembre 1928, raccordant l'USMF et la Fédération. Cette nouvelle confédération fera de la Charte de la médecine libérale le fondement de sa doctrine en mars 1929, ce qui rendra rigides les rapports qu'elle entretiendra ultérieurement avec l'État, les caisses ou les mutualités⁵.

La réunification de l'USMF et de la Fédération avait pour impulsion le rejet massif de la loi sur les assurances sociales de 1928⁶, notamment de son mépris de la libre entente sur les honoraires médicaux. L'intervention d'une nouvelle loi en avril 1930⁷ fait obtenir gain de cause à la CSMF⁸. « Si bien que le 25 juillet 1930, l'assemblée générale de la C.S.M.F. vote à une large majorité la collaboration du corps médical au fonctionnement des Assurances sociales »⁹.

1 GUILLAUME Pierre, *Mutualistes et médecins, conflits et convergences (XIXe-XXe siècles)*, Paris, Les Éditions de l'Atelier, 2000, p. 131.

2 Ou Fédération nationale des syndicats des médecins de France, ou Fédération des Syndicats Médicaux Français : partie minoritaire de l'USMF qui désire conserver les rapports personnels entre le médecin et son patient ; elle est composée de la Fédération du Nord et des médecins de la région lyonnaise, ceux qui avaient déjà fait scission en 1912.

3 Voir supra, p. 70.

4 *Le Médecin Syndicaliste*, janvier 1928.

5 GUILLAUME Pierre, op. cit., p. 132 ; HASSENTEUFEL Patrick, op. cit., p. 25.

6 Loi du 5 avril 1928 op. cit.

7 Loi du 30 avril 1930 op. cit.

8 HASSENTEUFEL Patrick, op. cit., p. 25-26 : « Le nouveau paragraphe 4 de l'article 4 contient l'affirmation de la libre entente (il est désormais question de la "part contributive garantie par les caisses", ce qui laisse aux médecins toute latitude de demander des honoraires supérieurs aux tarifs de remboursement fixés par les caisses), l'absence de tiers payant ("cette part contributive est avancée ou remboursée par la caisse à l'assuré") et l'habilitation syndicale ("les caisses ne pourront passer des conventions qu'avec des syndicats professionnels habilités par leurs groupements nationaux"). »

9 VERGEZ-CHAIGNON Bénédicte, « Le syndicalisme médical français de sa naissance à sa

Sous le gouvernement de Vichy, la CSMF fut dissoute comme tous les syndicats de l'époque. Pendant la guerre les médecins perdirent une partie de leur liberté thérapeutique à des fins eugéniques et natalistes, atteinte justement contrebalancée par les efforts de l'État pour délester la « pléthore médicale »¹ de quelques juifs et étrangers².

Ce petit historique de la naissance de la CSMF permet d'éclairer sa position au sujet du paiement à la performance. Il semble que cette organisation syndicale ait longtemps eu comme objectif de profiter de l'apport des assurances sociales (clientèle solvable) en niant la réalité de ces avantages (tiers qui garantit cette solvabilité, en la personne des caisses d'assurance maladie). Il faut préciser à sa décharge qu'il est normal qu'il ait été dur pour les médecins de se positionner, entre la volonté d'exercer leur art sans contrainte et l'intrusion de l'État dans leurs pratiques. Néanmoins cette ambivalence semble avoir aujourd'hui perdu toute pertinence et ne relever que d'une représentation obsolète de la médecine dite *libérale* : cette mise en exergue du caractère *libéral* de la médecine, ne se fait pas au sens que lui accordait le Pr. Savatier, mais plus dans une optique proche de l'économie libérale, notamment par un certain refus de reconnaître la place prépondérante des caisses dans la détermination de la rémunération des médecins.

refondation : intérêts et morale au pays de l'individualisme (1892-1945) », op. cit., p. 721.

- 1 Une des lubies des médecins serait de se croire trop nombreux : VERGEZ-CHAIGNON Bénédicte, « Le syndicalisme médical français de sa naissance à sa refondation : intérêts et morale au pays de l'individualisme (1892-1945) », op. cit., p. 722 ets. ; référence à LEONARD Jacques, *Les médecins de l'Ouest au XIXe siècle*, Lille, Atelier de reproduction des thèses, 1978, tome 2, DARMON Pierre, *La vie quotidienne du médecin parisien en 1900*, Paris, Hachette, 1988 et VERGEZ-CHAIGNON Bénédicte, *Le monde des médecins au XXe siècle*, op. cit.
- 2 NYE Robert A., op. cit., p. 34 ; référence à MUEL-DREYFUS Francine, *Vichy et l'éternel féminin. Contribution à une sociologie politique de l'ordre des corps*, Paris, Seuil, 1996, ch. 8 et CAROL Anne, *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation XIXe-XXe siècles*, Paris, Seuil, 1995, p. 302-361 : « Cela signifiait, dans les faits, un contrôle plus strict du corps des femmes et de la reproduction, ce qui était depuis longtemps une préoccupation de la droite conservatrice. Cette perte d'autonomie professionnelle était, semble-t-il, plus que compensée, d'après la direction du corps médical, par l'expulsion des Juifs et des autres professionnels "étrangers" » ; « On ne saurait nier que ces éléments israélites [les médecins juifs roumains] accroissent la tendance à la commercialisation de la profession, tendance réprouvée par les médecins dignes de ce nom », BALTHAZARD, 1^{er} président de la CSMF, cité par RAOUX François, *Naissance de la corporation médicale (1789-1943)*, Thèse pour le doctorat de médecine, faculté de médecine Saint-Antoine, Paris, 1979, p. 121, cité par HASSENTEUFEL Patrick, op. cit., p. 26.

À l'heure actuelle les seuls médecins indépendants qui résistent encore et toujours à l'envahisseur qu'est l'État sont les médecins déconventionnés, c'est-à-dire moins de 1% des praticiens : « c'est une vision ringarde d'imaginer que le médecin libéral peut s'affranchir de la contrainte collective »¹, « si la Sécurité sociale ferme aujourd'hui il y a 90% des médecins qui ferment leur cabinet »². « Dans les faits tout le monde essaie de garder ce conventionnement protecteur »³. Nous reprenons à notre compte les mots du Dr. Urbejtel, qui parle de « syndicats qui sont plus libéraux au sens de moins favorables au contrat avec la société, plus favorables à la libre entreprise du syndicat médical ».

Par ailleurs, de notre point de vue la CSMF est un syndicat conservateur qui ne peut souffrir de perdre son semblant de contrôle sur tout ce qui entoure la profession. Cela s'explique par son passé et son présent : le syndicat se targue d'être le plus ancien -voire parfois le premier- syndicat médical en activité, et sa représentativité à l'heure actuelle est très importante, chez les généralistes comme chez les autres spécialités. Ces deux caractéristiques donnent une sorte d'impératif moral à la CSMF qui, dans la plus pure tradition syndicale, essaie de protéger au mieux les intérêts des praticiens médicaux.

- **Le rejet en bloc du CAPI et l'adhésion complète au paiement à la performance, une position loin d'être ambiguë :**

Le CAPI a été très décrié par la CSMF, qui a usé de nombreux arguments pour le dénoncer. Certains peuvent s'appliquer au paiement à la performance⁴,

1 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 35'42, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 36'08, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

3 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 37'25, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

4 « Demain, nous n'aurons plus la liberté de vous proposer les soins que nous estimons les plus appropriés pour vous, car l'État et les caisses, nous imposeront des protocoles de soins identiques pour tous et bien entendu au coût le plus bas » :CSMF, « Le gouvernement sacrifie la santé ! Réagissez ! Pétition contre une santé au rabais », mai 2009, [consulté le 03/02/2012] http://www.csmf.org/upload/File/Circulaires/2009/Petition_CSMF.pdf

qu'elle a pourtant accueilli à bras ouverts. Il serait toutefois malvenu de penser cette attitude illogique : en effet, elle apparaît au contraire aussi habile qu'opportune. Nous envisageons le principal but du syndicat comme étant la reconquête d'une place de choix dans la prise de décision concernant la profession médicale. Revenir à une gestion paritaire équilibrée en assumant un rôle de pionnier dans la mise en place d'un système *révolutionnaire* est un très bon moyen de réaffirmer sa représentativité.

Pendant notre entretien avec Michel Chassang, nous avons eu l'occasion d'entendre le discours de la CSMF concernant les différences entre le CAPI et le paiement à la performance, au nombre de trois :

	Forme	Fond	Praticiens visés
CAPI	Contrat individuel	Efficiency, économie, maîtrise des dépenses, etc.	Médecins traitants (95% de généralistes)
P4P	Option conventionnelle à choix individuel	Objectifs de Santé Publique (4 volets)	Toutes spécialités confondues (volet organisation du cabinet), à terme (4 désignées prioritaires)

Fut ajouté à cela l'intéressement financier à la clé, bien plus important en ce qui concerne le paiement à la performance (d'autant plus qu'il paraissait compromis ne serait-ce que d'envisager l'augmentation de la rémunération à l'acte).

D'après le président du syndicat majoritaire, le capiste était en position de faiblesse par rapport à l'assurance maladie, ne disposant d'aucun contrôle sur le contrat individuel. L'on pouvait craindre des dérives, telle que la mise en place de référentiels grotesques par l'assurance maladie, de façon unilatérale.

« Le CAPI était pour nous extrêmement dangereux quant à la survie du contrat conventionnel collectif. »¹

Dans ce discours, le président de la CSMF nous a parlé une fois de l'intérêt du

¹ CHASSANG Michel, Entretien du 26/04/2012, 38'08 min, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

patient. Néanmoins à aucun moment il n'a évoqué « l'implication quotidienne des médecins libéraux dans la qualité des soins et l'homogénéisation des pratiques »¹ que la rémunération sur objectifs de santé publique est censée mettre en exergue. Ces constats renforcent notre idée selon laquelle l'adhésion de la CSMF au paiement à la performance est en grande partie relative au besoin de rester un des principaux interlocuteurs de l'assurance maladie au sein du conventionnement et ne s'occupe guère des conséquences intrinsèques à ce nouveaux mode de rémunération.

Cela peut s'expliquer, peut-être, par le fait que la CSMF représente en minorité des médecins généralistes, les plus concernés par les difficultés propres à la reconnaissance de la *qualité* et de la *performance* de leurs pratiques. Les déclarations du syndicat d'omnipraticiens MG France nous ont semblé plus constantes dans leur jugement de ce nouveau mode de rémunération.

c] MG France : la rémunération sur objectifs de santé publique, entre concessions, compromis et accord.

MG France est né pour servir la cause des généralistes et les faire accepter au niveau conventionnel, c'est pourquoi, malgré son avis mitigé quant au paiement à la performance, il accepta de signer la convention pour faire évoluer ce nouveau système.

- **Un syndicat guidé par la volonté de faire revaloriser la médecine générale par les relations conventionnelles :**

La Fédération française des médecins généralistes est née en 1986, union de 49 syndicats départementaux regroupant entre autres le Mouvement d'Action des

¹ *Paiement sur objectifs de santé publique : le paiement à la performance pour les nuls*, supplément au Médecin de France n°1180, 15 février 2012, En-tête.

Généralistes¹, des autonomistes de l'Union Nationale des Omnipraticiens Français² et des adhérents du syndicat de la médecine générale³. Ses revendications étaient simples : considérer la médecine générale à sa juste valeur, de son enseignement à l'université à la rémunération de ses praticiens, en passant par son implication dans les efforts de prise en charge des problèmes de santé.

En 1988, MG France compte 25 syndicats supplémentaires en ses rangs et l'année suivante elle est reconnue syndicat représentatif de la profession. Sa place de porte-parole des médecins généralistes sera rapidement affirmée, même si le syndicat *seul* ne retrouvera jamais autant de succès qu'en 1994, à la première élection des URML⁴. En 1995, le groupement national représente 97 syndicats départementaux, 11 000 adhérents et 8840 cotisants à jour. En mai 2006, lors de la troisième élections des URML, MG France se rallie à la FMF, à l'Union collégiale des chirurgiens, médecins et spécialistes français et à l'Espace Généraliste pour former l'« Intersyndicale majoritaire », représentant près de 55% des médecins libéraux et créant pour l'occasion l'Union nationale des médecins libéraux. En 2010, aux élections des nouvelles Unions régionales des professionnels de santé, MG France totalise 30% des voix des généralistes (18% pour la FMF, 27% pour la CSMF et 19% pour le SML, sur 62641 électeurs, soit 46,96% de participation⁵). Dans l'ensemble, le syndicat aura plutôt bien rempli son pari en ce qui concerne sa représentativité chez les médecins généralistes : malgré une baisse certaine de son électorat par rapport à ses débuts, MG France reste chef de file en ce qui concerne les omnipraticiens, pouvant les représenter pendant les négociations conventionnelles.

Si nous nous attardons sur les combats menés par ce syndicat en faveur de la

1 Créé suite au séminaire national de médecine rurale à Rodez en octobre 1984.

2 Branche généraliste de la CSMF individualisée en 1984.

3 Voir infra, paragraphe IIA2b, p. 133.

4 Quasiment 60% des voix : Historique des résultats des élections aux URPS, [consulté le 20/05/2012] http://www.mgfrance.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1484&Itemid=1956

5 *Réunion du conseil de l'UNCAM*, Procès verbal, 27 janvier 2011, p. 17.

qualité des soins, nous pouvons voir qu'il a su tirer le meilleur de ses origines et développer les propositions brillantes qu'avait faites le SMG sur certains sujets, notamment en ce qui concerne la formation médicale continue.

« De nombreux militants de la médecine générale que l'on retrouve à l'origine du syndicalisme généraliste comme le SMG puis MG-France font partie des pionniers de la formation médicale continue en France et de son émancipation à l'égard du monopole universitaire. »¹

Parallèlement à la mise en place, sous l'influence de la CSMF et de la FMF, du Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale en 1974 pour gérer des fonds destinés à la formation continue des médecins exerçant à titre libéral, MG France s'est imposée pour mettre en place une formation médicale continue plus en accord avec ses principes. Ainsi, les relations conventionnelles la mirent en avant dès 1990 : considérée comme faisant partie du temps d'activité normal des médecins conventionnés, on mit en place une indemnisation lui correspondant (montant de 15 C par jour), et les médecins restèrent maître de son contenu en la finançant.

Toutefois, la réelle touche personnelle de MG France dans le paysage du syndicalisme médical français est d'avoir fait de la reconnaissance de la médecine générale à sa juste valeur son cheval de bataille. Cette revendication apparaît tout au long de son histoire et permet de comprendre son avis modéré dans l'acceptation du paiement à la performance.

Dès 1987, le syndicat se bat contre la loi Barzach-Valade², qui « institutionnalise la sélection des médecins généralistes par l'échec »³ : les généralistes n'ont plus dans leur formation que deux années de « résidanat » contre

1 ROBELET Magali, op. cit., p. 88.

2 Loi n°87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social, JORF, 31 juillet 1987, p. 8574 -08583, p. 08578.

3 *Les sept fondamentaux ou la nécessaire clarté de choix essentiels : de l'appel de juin 1986 à aujourd'hui, Voici MG France*, Osmose, supplément n°15, janvier 1990, [consulté le 02/03/2012] http://www.mgfrance.org/documents/evenements/MGF_20ans/explorer/1.Historique/Fondamentaux/7%20points%20fondamentaux.PDF?bw=800&bh=500

quatre à cinq ans d'internat -accessibles sur concours- pour les spécialistes. Par ailleurs, le décret d'application de la loi aboutit à la suppression de la qualification en médecine générale. Finalement MG France obtiendra gain de cause avec le rétablissement de cette qualification et la mise en place d'une table ronde de concertation sur la réforme du III^{ème} cycle des études de médecine. Celle-ci aura des propositions intéressantes, qui resteront néanmoins sans suites¹.

MG France a aussi tenté de détrôner les dépassements d'honoraires du secteur II² créé en 1980, mais ils se sont installés en entraînant de fait une participation des caisses plus favorables aux actes techniques, ainsi qu'une marginalisation de la médecine générale, moins payée. Pour y remédier, l'organisation a proposé en 1989 le *contrat santé*, qui redonne une place prépondérante au généraliste dans le système de santé, plus particulièrement en ce qui concerne les soins de premier recours. En 1990 la cinquième convention sonne l'heure du gel du secteur II³, les dépassements d'honoraires étant bien trop importants.

En 1997, MG France s'allie aux caisses lors des négociations conventionnelles et fait apparaître le concept de *médecin référent* : confirmé en 1998, ce dispositif permet au praticien de recevoir de l'argent pour chaque patient qui le désigne comme médecin référent. Descendant du contrat santé et précurseur du système du *médecin traitant*, ce mécanisme va dans le sens de la valorisation des soins et de leur coordination par le généraliste. À cela s'ajoutent les avenants de la convention de 1998, qui mettront en place et revaloriseront des consultations spécifiques mieux cotées pour les généralistes. Le Dr. Leicher nous explique que le

1 Commission Lachaux de 1989, qui préconise : la suppression du concours d'internat pour l'accès aux spécialités, la création de départements d'enseignement et de recherche pour la médecine générale à l'université, la création de postes de professeurs associés de médecine générale, l'allongement de la durée du III^{ème} cycle - trois années au lieu de deux -, etc.

2 La carrière hospitalière nécessaire pour pouvoir exercer en secteur 2 annonce très clairement une orientation inégalitaire en faveur des spécialistes.

3 À l'exception des anciens chefs de clinique installés après le 1er décembre 1989.

syndicat MG France avait déjà proposé à l'époque que le médecin référent se donne un certain nombre d'objectifs, pour assumer son rôle en face d'un patient mais aussi d'une patientèle à voir dans son ensemble¹. Pour lui, « les soins de premier recours sont le socle de l'organisation de tout système de santé »².

En 2004, une loi intervient pour réorganiser le système de soin, notamment en instituant le principe de l'affiliation de chaque assuré à un médecin traitant³ : sur le même modèle que celui du médecin référent, le médecin traitant coordonne les soins et sert de point d'entrée dans la filière de soin pour le patient. Hélas, la convention de 2005 supprime le médecin référent⁴ pour ne garder que le médecin traitant, qui lui n'a pas de rémunération supplémentaire pour chaque patient : MG France considère que ce texte conventionnel restreint l'accès aux soins, chargeant sans contrepartie le médecin généraliste de missions renforcées dans le domaine de la prévention, de la permanence des soins et de la formation professionnelle continue.

C'est néanmoins la même année⁵ que le Gouvernement donne enfin la possibilité aux médecins généralistes, sous certaines conditions, de faire reconnaître leurs compétences en se faisant qualifier de spécialistes en médecine générale, appliquant une réforme des études de médecine décidée en 2002⁶. MG France parlera alors du « médecin généraliste, spécialiste en soins primaires »⁷. Cette dénomination engage une revalorisation de la médecine générale, appréciée au même titre que toute autre spécialité. Les généralistes peuvent alors coter leurs actes non plus avec la lettre C mais avec la cotation CS, du moins c'est ce que

1 LEICHER Claude, Entretien du 18/04/2012, 2'58, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 LEICHER Claude, Entretien du 18/04/2012, 9'00, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

3 Loi n°2004-810, op. cit. ; Art. L.162-5-3 du CSS.

4 Dès 2009 l'option médecin référent ne rapportera plus d'argent aux médecins l'ayant souscrite.

5 Décret n°2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste, JORF n°69, 21 mars 2004, p. 5508 ; Arrêté du 6 avril 2007 modifiant l'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins, JORF n°91, 18 avril 2007, p. 6960.

6 Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JORF, 18 janvier 2002, p. 1008.

7 Au 4ème congrès de MG-France, Nantes, les 19, 20 et 21 Novembre 2004.

préconise le CNOM à l'époque :

« Après analyse de la réglementation relative aux qualifications et à la cotation CS, il apparaît qu'aucune distinction ne doit être faite dans l'application de cette cotation entre médecins spécialistes que ce soit de médecine générale ou d'autres spécialités. »¹

Pourtant, les CPAM rappellent à l'ordre les généralistes qui utilisent la lettre-clé CS, soutenues par la CSMF et le SML qui signent avec l'UNCAM en novembre 2006 un avenant à la convention² excluant les médecins spécialistes en médecine générale du champ d'application de la majoration forfaitaire transitoire de la CS. MG France s'évertue quant à lui à faire appliquer le texte de 2004, déclarant : « la médecine générale, spécialité à part entière à compter du 1^{er} janvier 2007 »³. Des conflits naissent entre les caisses et les médecins généralistes, donnant lieu en 2010 à un arrêt de la Cour de cassation⁴, qui considère que le médecin généraliste est un omnipraticien qui ne peut se voir appliquer les dispositions qui régissent la tarification des soins des spécialistes, qui exercent *exclusivement* la spécialité pour laquelle ils ont été qualifiés. Le syndicat, qui encourage les médecins généralistes à demander leur qualification de spécialistes depuis plusieurs années déjà, continue son combat pour obtenir l'égalité tarifaire entre tous les spécialistes. Trois semaines à peine après la décision de la Cour de cassation, le Tribunal des affaires de Sécurité sociale de Vannes rend par ailleurs une décision contraire à celle-ci⁵. Les caisses régularisent enfin la situation en 2011⁶, offrant aux généralistes la reconnaissance

1 Circulaire n° 2007-073 du CNOM, 21 septembre 2007.

2 Arrêté du 16 janvier 2007 portant approbation de l'avenant n°19 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, JORF n°18, 21 janvier 2007, p. 1264.

3 Proclamation de MG France, par décision unanime de son Comité Directeur, réuni à Paris le 23 Septembre 2006.

4 Cass. 2^{ème} civ., 8 avril 2010, n°09-13.772.

5 « Le généraliste a droit à sa cotation de spécialiste », article en ligne du *Télégramme*, 26 avril 2010, [consulté le 10/05/2012] <http://www.letelegramme.com/ig/generales/regions/morbihan/loyat-56-le-generaliste-a-droit-a-sa-cotation-de-specialiste-26-04-2010-888225.php>

6 Décision du 23 décembre 2012 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, JORF n°0004, 6 janvier 2011, p. 386.

tarifaire concrète de leur spécialité.

- **Une adhésion à la convention dictée par un devoir de représentation des omnipraticiens et une volonté de faire évoluer le paiement à la performance :**

MG France a dans notre esprit la tempérance comme vertu, preuve en est sa réaction quant à l'arrivée du CAPI : jugeant que la rémunération à la performance ne devait pas être tabou, le syndicat a exprimé son avis mitigé avant de tendre la main à ceux des siens qui avaient souscrit à ces contrats. Listés succinctement, les reproches faits par le syndicat au CAPI étaient :

- Les critères dont la rémunération dépendait n'étaient pas consensuels : la caisse les donnait aux médecins sans en discuter au préalable.
- Pour mesurer ces indicateurs, les caisses utilisaient des données imprécises car issues de l'affiliation à la Sécurité sociale et du remboursement.

« Pour seul exemple, le fait qu'un homme soit "ayant-droit" de son épouse ne devrait pas le faire entrer ipso-facto dans la cohorte des personnes devant bénéficier d'une mammographie systématique. Pourtant, identifié par le seul numéro de Sécurité sociale ouvrant ses droits et commençant par 2, cet homme sera ajouté au nombre des patientes n'ayant pas bénéficié du dépistage, diminuant les espoirs du médecin de percevoir son dû... »¹

- Ce contrat était individuel, ce qui impliquait que le médecin soit seul face aux caisses, dans une position de juge et partie : « ce sont elles qui fixent les règles, mesurent les indicateurs, valident les résultats obtenus et calculent les sommes dues. Bonjour l'impartialité ! »².
- Proposer une « prime » aux médecins généralistes était insuffisant, c'est tout

¹ *MG France alerte les médecins généralistes signataires du CAPI*, Communiqué de presse n°124, 31 août 2010, [consulté le 01/03/2012] <http://www.mgfrance.org/content/view/1504/1566/>

² *CAPI secours, pourquoi, comment*, 21 janvier 2012 [consulté le 01/03/2012] <http://www.mgfrance.org/content/view/1219/1/>

un mode de rémunération qu'il fallait repenser et revaloriser.

Selon le Dr. Battistoni, les médecins s'interrogent, sont vigilants, mais, plus que tout, ils ont du mal à s'approprier le système¹. La critique de MG France se veut positive, néanmoins les marges de négociations paraissent faibles.

MG France apparaît pragmatique dans sa décision de supporter la convention de 2011 et le paiement à la performance. Arguant de la nécessité de faire évoluer la rémunération de la profession médicale, le syndicat cherche à améliorer le système proposé par les caisses plutôt que de partir dans un bras de fer qui, vu le soutien de la CSMF et du SML au paiement à la performance, serait contre-productif².

Dans cette optique le syndicat a dégagé des avantages à cette rémunération sur objectifs de santé publique :

- La rémunération est calculée directement par rapport au nombre de patients dans la patientèle MT³, ainsi que sur une synthèse annuelle que le praticien doit effectuer pour chacun de ses patients : cela renforce la place du médecin généraliste dans le système de soins.
- Un des grands thèmes des critères du paiement à la performance est la gestion du cabinet, notamment son informatisation, etc. Valoriser ce type d'investissement est nécessaire pour aider les praticiens dans l'intendance parfois laborieuse de leur activité.
- C'est un dispositif collectif auquel sont liés la majorité des médecins, ce qui leur permet d'avoir plus de poids lors des négociations conventionnelles. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'adhésion à ce nouveau mode de rémunération est, comme pour la convention, automatique⁴.

1 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 7'04, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 « MG France sera un partenaire constructif, mais aussi exigeant et vigilant » : LEICHER Claude, *Éditorial du site internet de MG-France*, 3 octobre 2011, [consulté le 01/03/2012] <http://www.mgfrance.org/content/view/1680/3638/>

3 Cette modulation forfaitaire par patient est directement issue de demandes de MG France :

4 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 11'56, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

Néanmoins plusieurs invraisemblances ont été relevées par MG France dans la copie rendue par l'UNCAM :

- La problématique des logiciels utilisés par les médecins pour fournir les données nécessaires au paiement à la performance se pose : tout le système est pour le moment exclusivement géré par la CNAM, qui collecte les chiffres avec une optique d'assureur, de financier, en se basant sur les prescriptions. D'ailleurs les logiciels que les praticiens doivent utiliser ont augmenté leurs tarifs pour s'améliorer et répondre aux critères d'accréditation de la HAS¹.
« On travaille l'adaptation des logiciels médicaux actuels pour que ces logiciels permettent au médecin d'avoir un retour en temps réel sur sa propre activité. »²
- En effet, le Dr. Battistoni pense que, actuellement, le véritable enjeu est de savoir qui détient l'information³. La rémunération dépend d'objectifs, mais les chiffres et résultats sont ceux de l'assurance maladie uniquement, et ses données sont celles d'un payeur, elles ne concernent que les remboursements de médicaments⁴. Le Dr. Urbejtel explique ainsi que « si vous donnez un diurétique à quelqu'un vous ne pouvez pas savoir si c'est parce qu'il a une hypertension ou parce qu'il a une insuffisance cardiaque, l'assurance maladie dit simplement : "j'ai remboursé le diurétique" »⁵. La CNAM ne sait pas si c'est pour l'un ou pour l'autre, alors que le médecin pourrait le préciser. D'autres exemples tout aussi parlant existent, comme avec l'asthme⁶ ou le diabète⁷. Il

1 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 26'50, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 CHASSANG Michel, Entretien du 26/04/2012, 36'56 min, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

3 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 17'15, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

4 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 40', [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

5 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 25'35, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

6 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 27'50, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/> : le volet asthme a été abandonné parce que l'assurance maladie ne pouvait le suivre : deux prescriptions de ventoline dans l'année ça ne font pas de quelqu'un un asthmatique, or si le médecin écrit dans le dossier médical que le patient est asthmatique l'information prend de la valeur.

7 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 25'35, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/> ; quant au diabète, l'assurance maladie le reconnaît au traitement médicamenteux du patient, or « le premier

déclare qu'introduire du médical dans le constat des objectifs est très important, que cela permet aussi au praticien de vérifier les données de l'assurance maladie, en les comparant avec celles qu'il produit lui-même.

- Un des objectifs du syndicat MG France est d'élargir la rémunération forfaitaire en demandant essentiellement des objectifs de moyens aux professionnels, et en favorisant la coordination, notamment les maisons et pôles de santé¹. En effet, le syndicat relève une incongruité certaine : « ce dont ils [les médecins] ont besoin c'est des moyens, et là on leur propose des résultats »². En ce qui concerne l'organisation du cabinet par exemple, les médecins avancent les frais d'informatisation et de modernisation.
- La précarité et le contexte d'exercice qu'elle implique (non observance des traitements, difficultés socio-économiques, etc.) doivent être pris en compte dans les objectifs conventionnels : il paraît certain au syndicat que dans l'état actuel de leur définition les critères seront difficilement remplis par un praticien exerçant auprès d'une population vulnérable. C'est la raison pour laquelle MG France répète dans différents communiqués qu'une *attention toute particulière* sera portée au fait que les patients ne subissent pas de discriminations liées à la rémunération sur objectifs de santé publique.

Cette discrimination est justement une des marottes des opposants au paiement à la performance.

traitement des diabétiques c'est le régime ».

1 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 22'30, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 8'37, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2] Des acteurs extérieurs doux rêveurs agressés :

Nous allons développer ici le juste et droit point de vue du Conseil national de l'ordre des médecins, puis nous envisagerons de changer de regard sur la médecine en adoptant celui des idéalistes du syndicat de la médecine générale.

a] CNOM : la prise en compte de la déontologie dans le refus du paiement à la performance.

L'Ordre des médecins est une institution qui protège la déontologie des praticiens. Son avis devrait être important, considéré et pris en compte, pourtant ses positions sont souvent désavouées, dernièrement encore en ce qui concerne le paiement à la performance.

– Une armure éthique de la profession créée tardivement :

De tout temps, les hommes ont laissé transparaître un certain besoin de communication, d'échanges de pensées. Cet esprit très développé dans les professions savantes peut aider à reconstituer l'histoire de l'Ordre des médecins, puisque sa principale mission est de veiller à la bonne *morale* de ses membres et au respect de la déontologie professionnelle.

Dans la Grèce Antique, des associations de personnes appelées Hétairies existaient. Certaines d'entre elles, composées de médecins, avaient un fonctionnement pouvant être qualifié d'ordinal par des observateurs contemporains, en ce qu'elles pouvaient prendre des décisions envers la profession, la contrôler.¹

¹ SAMAMA Evelyne, *Les médecins dans le monde grec : sources épigraphes sur la naissance d'un corps médical*, Genève, Librairie Droz, 2003.

Dans la Rome antique, l'on parlait de sodalités, collèges : l'esprit de corporation était très développé et les rassemblements d'individus faisaient partie des mœurs et habitudes. Il existait des groupements composés d'hommes savants réunis pour discuter et débattre. Ainsi pouvons-nous citer en exemple la *schola medicorum* de Rome, ou le *collegium medicorum* de Bénévent.¹

Au Moyen-âge, en France, les médecins étaient des hommes dignes, assimilés à des nobles :

« Ceux-ci [les médecins], à la différence des charlatans qui pullulèrent à côté d'eux, étaient de "scientifiques personnages" dont l'état ne dérogeait pas à la noblesse. Bien plus, dans certaines contrées comme la Lorraine et le Roussillon, l'exercice de la médecine anoblirait. Dans beaucoup d'endroits tout au moins, ils portent le titre de noble homme. »²

Leurs relations étaient régies par des codes d'honneur et autres serments d'allégeance et de fidélité, qui les plaçaient en tant qu'aristocrates et pairs dans un ordre corporatif hiérarchique³.

Ce corporatisme évoluera au fil des siècles, s'adaptant au système des communautés de métiers qui géraient territorialement des corps de métiers dont faisaient partie les membres des différentes professions représentées. En ce qui concerne les médecins, il faut lier l'esprit de corps à la création des universités⁴.

La Révolution française de 1789 s'accompagne de la suppression de ce que l'on appelle alors des corporations, leurs opposants jugeant qu'elles brident les libertés et possèdent trop de pouvoir⁵.

1 BRIAU René Marie, *L'assistance médicale chez les Romains*, Imprimerie impériale, Paris, 1870, p. 82-83.

2 SAVATIER Jean, op. cit., p. 30-31 ; référence à OLIVIER-MARTIN François, *L'organisation corporative de la France d'ancien régime*, Librairie du recueil Sirey, 1938, p. 372.

3 NYE Robert A., op. cit., p. 25 ; référence à NEUSCHEL Kirsten B., *Word of Honor : Interpreting Noble Culture in Sixteenth-Century France*, Ithaca, Cornell University Press, 1989, p. 17-19 et NYE Robert A., *Masculinity and Male Codes of Honor in Modern France*, New York, Oxford University Press, 1993, p. 23-26.

4 La première « faculté de médecine » française date du XIII^{ème} siècle, à Montpellier.

5 Décret d'Allarde des 2 et 17 mars 1791 ; loi Le Chapelier du 14 juin 1791.

« Le rattachement des médecins au Corps Universitaire, l'absence de cohésion entre médecins et chirurgiens, le mépris qui frappa longtemps ces derniers sont sans doute les causes qui empêchèrent la profession médicale de se réorganiser au lendemain de la Révolution comme les autres professions libérales. »¹

En 1845, la profession médicale se réunit au *Congrès médical de France* à Paris, en pleine crise, ne sachant composer entre individualisme et corporatisme. Les propositions sont volontaires, « il ne s'agit pas moins que de "constituer le corps médical", en réformant l'enseignement et la pratique et en établissant l'association générale de la profession »². Beaucoup de sujets furent éludés et finalement « les médecins répondirent par le corporatisme malthusien »³ : nous avons précédemment établi une vision d'ensemble des différentes préoccupations de la profession médicale à l'époque⁴, il apparaît évident que ce n'est pas dans un esprit fondamentalement tourné vers l'éthique et la déontologie que les médecins réclamèrent alors des instances de protection et de discipline. Toujours est-il qu'Achille de Salvandy, ministre de l'Instruction Publique, prépara un projet de loi « avec l'aide de la Haute Commission des études médicales nommée par lui en décembre et dont la Commission permanente du CM [Congrès Médical] se désolidarise »⁵. Le texte fut discuté en 1847 par la Chambre des pairs et n'arriva à la Chambre des députés qu'un mois avant la Révolution de 1848, destiné à ne pas être mis en place.

En 1892, les médecins ne disposaient donc pas encore d'Ordre, contrairement

-
- 1 SAVATIER Jean, op. cit., p. 32 ; référence à OLIVIER-MARTIN François, *L'organisation corporative de la France d'ancien régime*, Librairie du recueil Sirey, 1938, p. 372.
 - 2 Citation de LATOUR Amédée, Discours d'ouverture par le secrétaire général du Congrès, *Actes du Congrès Médical de France*, Paris, 1846, p. 19 ; cité par BOURQUELOT Lucie, op. cit., p. 302.
 - 3 Ibid., p. 309.
 - 4 Concurrence des officiers médicaux et des étrangers, etc.
 - 5 BOURQUELOT Lucie, op. cit., p. 311.

à d'autres professions libérales : les syndicats médicaux prirent alors beaucoup d'importance, tandis que la question de sa création était remise au goût du jour¹.

Rapports, exposés, propositions, beaucoup de projets émergèrent des médecins (notamment membres de l'AGMF) pour l'apparition d'un Ordre des médecins. L'USMF sera séduite par la formation d'une telle instance, néanmoins la peur d'une domination étatique la fera reculer, tout comme certains mandarins de la médecine qui tenaient à leur influence.²

Dès sa création, la CSMF savait nécessaire la création d'un Ordre pour la profession médicale, suite logique de ses efforts pour la centralisation du pouvoir des médecins, pour assurer la réalisation de ses objectifs.

« Sous couvert de moralisation de la profession, ces instances visaient à la fois à réguler la concurrence interne et à asseoir son autorité dans un domaine de compétence dont elle revendiquait l'exclusivité par l'élaboration d'un statut réglementé par l'État. »³

Le gouvernement Poincaré prit l'initiative en 1929 de proposer la subvention d'un Ordre des médecins⁴, à condition que la CSMF lui présente un projet faisant l'unanimité. Des propositions furent préparées, certaines présentées, mais le projet de loi finit par mourir une fois de plus à la Chambre des députés, ni voté ni adopté en 1939⁵.

C'est sous le régime de Vichy que le premier Ordre des médecins verra le jour, grâce à une loi du 7 octobre 1940. Il comprend alors le Conseil supérieur de la médecine et des Conseils départementaux. En 1943, le Conseil d'État déclare que ce

1 HCERNI Bernard, « La loi du 30 novembre 1892 », *Histoire des Sciences Médicales*, Tome XXXII, n°1, 1998, p. 63.

2 *Histoire de l'Ordre national des médecins français*, p. 4, [consulté le 16/04/2012] <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/historique2012.pdf?download=1>

3 SAPIRO Gisèle, op., cit.

4 *Médecin de France*, 1^{er} mars 1929, p. 140.

5 Pour les détails voir NYE Robert A., op. cit., p. 33 ; HASSENTEUFEL Patrick, op. cit., p. 27 ; *Histoire de l'Ordre national des médecins français*, p. 5-7.

ne sont pas des établissements publics, néanmoins « le législateur a entendu faire de l'organisation et du contrôle de l'exercice de la profession médicale un service public »¹. Il précisera en 1961 que ce sont des organismes de droit privé chargés d'une mission de service public². Il n'est pas réellement nécessaire de pousser plus avant la réflexion concernant cette période ; le Conseil Supérieur deviendra en 1943 le Conseil national de l'ordre des médecins puis sera dissous et remplacé par un Ordre provisoire en 1944.

L'immaculée refaçon de l'Ordre en 1945³ s'accompagne d'une redéfinition de ses prérogatives, notamment vis-à-vis des syndicats médicaux. Là où les syndicats étaient essentiellement cantonnés à la protection des intérêts financiers des praticiens, l'Ordre se vit confier la charge de rédiger la déontologie de la profession médicale et de veiller à son application. Cette mission est aujourd'hui traduite dans l'article L.4121-2 du CSP, qui dispose entre autres que :

L'ordre des médecins, veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie.

Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale.

Actuellement le CNOM a différentes prérogatives, dont nous allons dresser une liste succincte et non-exhaustive. Il est tout d'abord d'usage de reconnaître qu'il participe au pouvoir réglementaire via son rôle dans la mise en place du code de déontologie : il l'écrit et le prépare, envoie le texte au Conseil d'État pour avis

1 CE, Ass., 2 avril 1943, « Bouguen », n°72210.

2 CE, section, 13 janvier 1961, « Magnier », n°43548.

3 Ordonnance n°45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, JORF, 28 septembre 1945, p. 6083.

obligatoire, puis aux services du Premier Ministre qui l'adopte par décret simple et le promulgue, pour enfin le faire publier au JORF. Il rédige par ailleurs les clauses types des contrats de la profession, pour la protection des principes déontologiques et des patients. Les Ordres départementaux reçoivent et traitent les demandes d'inscription au tableau de l'ordre, qui permet un contrôle de la profession (qualifications et titres du médecin notamment). Depuis 2002¹, les médecins sont traduits devant des chambres disciplinaires en cas de manquements à la déontologie, au niveau régional en première instance, à l'échelon national en seconde instance et devant le Conseil d'État en ce qui concerne la cassation².

– **Une voix peu crédible contre le paiement à la performance :**

Le CNOM a dès le départ désapprouvé le CAPI au regard de la déontologie médicale. Son avis n'a pas évolué en ce qui concerne le paiement à la performance, il a très clairement exposé ses arguments³ :

- Le paiement à la performance est synonyme de contrat d'intéressement lié aux décisions prises et aux conseils donnés par les médecins : cette situation est intolérable puisqu'elle contrevient aux principes d'indépendances thérapeutique et professionnelle.

Le doute permis quant à la pratique du médecin est alors suffisant pour que la relation de confiance qui existe entre ses patients et lui en pâtisse.

- L'Ordre y voit aussi une source d'inégalités entre praticiens, puisque le CAPI n'était proposé qu'aux médecins traitants, ce qui est aussi le cas de la

1 Loi n° 2002-303, op. cit.

2 La loi du 4 mars 2002 (op. cit.) prend en effet en compte l'art. 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, relatif au droit à un procès équitable : l'instance qui juge les médecins quant à leurs manquements déontologiques ne peut être l'instance qui décide de ces règles.

3 Avis du CNOM, session de décembre 2008 [consulté le 05/04/2012] <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/contrats-d-engagement-individuels-89> ; HOLUÉ Catherine, LEGMANN Michel, LE PEN Claude, HAMON Jean-Paul, *Le Paiement à la performance est-il un jeu de dupes ?*, Médecins, n°22, mars-avril 2012, p. 10.

rémunération sur objectifs de santé publique pour son ensemble, même si ce n'est que temporaire puisqu'elle a vocation à s'étendre à toutes les spécialités.

- Cette idée rejoint une autre problématique : avec certains indicateurs, nous passons pour le praticien d'une obligation de moyen à une obligation de résultat, or le résultat ne dépend pas que de lui mais aussi de l'observance de ses patients.

M. Chassang le confirme, « il y a aussi des indicateurs de résultat qu'il n'y avait pas dans le CAPI »¹ (tension artérielle, hémoglobine glyquée (HbA1C) et cholestérol) :

« Si vous soignez des gens c'est pour avoir des résultats. »²

- En ce qui concerne le contrôle du contrat, le CAPI était vérifié par les systèmes d'information de l'assurance maladie, obligeant le médecin à surveiller ses données, tandis que la rémunération sur objectifs de santé publique est déclarative, donc effectivement plus sûre pour le praticien.
- Le CAPI était un contrat individuel qui ne précisait pas qu'il devait être communiqué au Conseil départemental de l'ordre, ce qui n'est plus un problème avec le paiement à la performance, *CAPI conventionné*, puisque les médecins y ont tous souscrit, sauf ceux ayant agi dans le sens contraire.

Les médecins n'ont par ailleurs pas vraiment de choix s'ils veulent voir leur rémunération évoluer, puisque le tarif des actes de base (C ou CS) n'a pas été revalorisé.

- Les critères sont pour le moment très accessibles, mais le Conseil de l'ordre pense probable qu'ils se durcissent et deviennent dirigistes, par exemple en ce qui concerne la gestion du cabinet par le médecin (secrétariat, réception

1 CHASSANG Michel, Entretien du 26/04/2012, 41'55 min, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 CHASSANG Michel, Entretien du 26/04/2012, 42'22 min, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

des patients, etc.). Le Dr. Ménard partage ce point de vue¹.

Selon le Dr. Chassang, « c'est un système qui est basique, jugé par certains trop facile, par d'autres insurmontable, on voit bien donc qu'on est au milieu »².

La cohérence de l'institution est à louer, cependant elle souffre d'une mauvaise presse auprès des médecins, ce qui la décrédibilise. Ceux-ci dénoncent souvent ses positions archaïques, voire, pour les plus véhéments, carrément réactionnaires. Il faut avouer que, dans le passé, l'Ordre n'a pas toujours brillé par sa modernité. À titre d'exemple, il écrivit dans un communiqué le 10 février 1962 que « le médecin n'a aucun rôle à jouer et aucune responsabilité à assumer dans l'application des moyens anticonceptionnels »³. Il faut noter qu'en 1966, l'organe admettait que « le médecin n'a pas à s'en désintéresser [de la contraception] s'il veut la pleine santé et l'épanouissement des familles dont il est médicalement responsable »⁴, et qu'en 1981 il était complètement revenu sur sa position⁵. Néanmoins l'Ordre a aussi violemment été opposé à la légalisation de l'avortement : même plusieurs années après l'adoption de la loi Veil⁶, le président de l'Ordre affirmait que « l'ordre maintient sa position très stricte, qui est hostile à tout ce qui compromet la vie dès la conception »⁷. Ce genre de prise de position est à l'origine d'un certain désaveu des praticiens envers le CNOM.

1 MÉNARD Didier, Entretien du 02/05/2012, 39'30, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 CHASSANG Michel, Entretien du 26/04/2012, 7'55 min, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

3 MOSSUZ Janine, « La régulation des naissances : les aspects politiques du débat », *Revue française de science politique*, 16^{ème} année, n°5, 1966, p. 913-939, p. 927.

4 Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception, *Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France*, [consulté le 10/04/2012] http://www.ancic.asso.fr/textes/ressources/historique_ivg-veil.html

5 DUBESSET Mathilde, MAUREL Pauline, WOLFF Catherine, « FABRE Henri », *Le Maitron, dictionnaire biographique, mouvement ouvrier mouvement social*, [Consulté le 10/04/2012] http://maitron-en-ligne.univ-paris1.fr/spip.php?page=articleCD&id_article=49652 : « Il fallut en outre attendre le 2 juillet 1981 pour que le président du conseil national de l'Ordre des médecins adresse une lettre au docteur Henri Fabre où il était dit : "Nos réticences sur la contraception, je vous le concède, étaient une erreur que nous admettons" ».

6 Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 dite Simone Veil relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), JORF, 18 janvier 1975, p. 739.

7 Interview de Jean-Louis Lortat-Jacob par Jacques Lenoir, présentation d'Eric Gilbert, Journal de 20h, Télévision Française 1, 08 octobre 1979, [consulté le 11/03/2012] <http://www.ina.fr/economie-et-societe/vie-sociale/video/CAA7901673801/interview-jean-louis-lortat-jacob.fr.html>

« Les choses sont en train de changer profondément... profondément. Et alors il y a les obstacles, et puis il y a les hostilités, et il y a les oppositions. Vous avez vu que l'Ordre a une position complètement rétrograde. C'est habituel, l'Ordre a toujours 50 ans de retard. »¹

Le Dr. Leicher le confirme, déclarant « que quand le conseil de l'ordre dit que quelque chose est très mal, ça veut dire que c'est très très bien »², en expliquant par la suite que dans les années 1960 il était contre l'exercice en groupe, puis contre le médecin référent, le médecin traitant, etc.

Dans ces conditions, beaucoup ne prennent pas au sérieux l'avis de l'Ordre professionnel, entre autres en ce qui concerne la rémunération sur objectifs de santé publique. C'est pourquoi nous avons jugé utile de vous présenter un autre de ses détracteurs.

b) SMG : une utopie argumentée contre le paiement à la performance.

Le syndicat de la médecine générale s'est créé dans un mouvement contestataire des médecins généralistes, refusant les dogmes de la médecine libérale. Leur avis en défaveur du paiement à la performance s'inscrit dans cette tradition réformiste.

– La volonté de révolutionner la médecine comme leitmotiv :

Pour introduire notre réflexion concernant l'avis du SMG quant au paiement à la performance, nous avons jugé intéressant de reproduire un paragraphe le présentant, publié dans un recueil de 1980 intitulé « Médecine, santé et usagers »³ :

1 CHASSANG Michel, Entretien du 26/04/2012, 44'29 min, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 LEICHER Claude, Entretien du 18/04/2012, 32'30, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

3 Présentation écrite par Thierry POUCKET ; GIARD Luce, PIETTE Danielle, POUCKET Thierry, « Médecine, santé et usagers », *Bulletin du Groupe de liaison pour l'action culturelle scientifique*,

SMG (Syndicat de la Médecine Générale)

B.P. no 8, 92220 Bagneux

Officiellement constitué à Besançon en avril 1975, le SMG est arrivé, en quatre ans, à rassembler autour de sa "Charte" quelques centaines de médecins et d'étudiants en fin d'études répartis dans presque tous les départements français. Sa position se fonde sur un constat général : "le système de santé est totalement inadapté à sa raison d'être : la protection, la promotion de la santé". En particulier, le SMG déplore, selon ses propres termes :

1. "la formation des généralistes, des médecins de base dans des structures hospitalo-universitaires de plus en plus sophistiquées, beaucoup plus conçues, orientées, organisées en fonction de la personnalité du mandarin inamovible que d'une prise en compte des besoins" ;
2. "l'inexistence de la formation continue. Ce qui, officieusement ou officiellement est mis en place, se situe en dehors, à côté, en plus de l'activité quotidienne" ;
3. "les structures marchandes de l'ensemble du système nous posent des problèmes d'installation, d'investissement, d'isolement, de durée de travail, de revenu, de plus en plus difficiles. A court terme, ces difficultés risquent de conduire le corps médical à une soumission inconditionnelle au pouvoir économique ou politique accentuant par là le caractère normatif de l'institution" ;
4. "l'isolement, l'ignorance réciproque des diverses composantes du système de santé : médecine générale, médecine préventive, spécialité, hôpital" ;
5. "l'emprise du profit à tous les niveaux" ;
6. "l'ignorance voulue des causes sociales du mal-être physique, mental et social, ce qui évite, en médicalisant leurs effets, de s'attaquer à ses causes souvent bien identifiées".

Il se propose donc de regrouper les généralistes de base pour dénoncer cette situation nocive, de travailler avec les diverses couches sociales qui luttent contre le système de santé actuel, avec les autres médecins et d'une façon générale avec tous les travailleurs de la santé dans la même perspective. Ses thèmes de prédilection (la recherche d'alternatives au paiement des médecins à l'acte, l'étude des maladies et accidents du travail, l'expérimentation d'unités sanitaires de base centrées sur le quartier ou le village, la dénonciation des pouvoirs exorbitants de l'industrie pharmaceutique) sont développés dans une revue mensuelle *Pratiques* *. En mars 1979, le SMG - qui par vocation initiale ne regroupait que des omnipraticiens mais s'accommodait mal de cette exclusive - a annoncé lors d'une conférence de presse le lancement d'un Collectif de la médecine, ouvert aux autres branches médicales ainsi qu'aux non-médecins.

TH.P.

Le SMG est cité dans ce recueil en tant qu'exemple d'organisme cherchant « l'ouverture d'un vrai débat public sur le statut des professions de santé et sa transformation »¹. À la lecture de cet encart, il apparaît que nous avons à faire à un organisme visionnaire, comme nous le fait remarquer son président, le Dr. Ménard :

n°10, septembre 1980, p. 55.

1 Ibid., p. 51.

« on a toujours 3 coups d'avance »¹.

Gérard Mauger et Claude Fossé étudieront en 1977 les organisations du genre du SMG, pour « tenter de rendre compte, quelques années après mai 68, de l'entrée dans le champ médical [...] des générations scolaires "passées par le gauchisme" »². Ils décriront des médecins militants, cherchant à modifier le paradigme médical pour « abolir le mercantilisme médical, [...] redonner sa dimension politique à la maladie et à la prévention, en soulignant le rôle de l'organisation sociale dans de nombreuses pathologies et [...] désacraliser les rapports malades-médecins »³. Cela se traduit notamment à l'époque par des réflexions sur le mode d'exercice des médecins généralistes.

Issue de ces réflexions, la création d'*unités sanitaire de base*⁴ a été proposée par le SMG en 1977. Celles-ci auraient regroupé différentes professions médicales, pouvant prendre en charge la santé de tout un quartier, de façon globale et parfois gratuitement⁵. La prévention est mise en avant, ainsi que le moindre coût et l'efficacité de ces structures égalitaires.

En 1980, on avait refusé au SMG la qualité de syndicat représentatif, néanmoins l'arrivée de la gauche au pouvoir en 1981 ravive ses espoirs. En 1984, le SMG pense pouvoir enfin accéder au rang de syndicat représentatif de la profession, statut nécessaire pour participer aux négociations conventionnelles et influencer l'évolution du système de soins. Il est enfin assez imposant : l'Union syndicale de la

1 MÉNARD Didier, Entretien du 02/05/2012, 13'30, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 FOSSE-POLIAK Claude, MAUGER Gérard, « "Choix" politiques et "choix" de recherches : essai d'auto-socio-analyse (1973-1984) », *Cahiers du réseau Jeunesses et Sociétés*, n°3-4-5, février 1985, p. 27-121, p. 41-42, [consulté le 15/05/2012] <http://coulmont.com/blog/fichiers/2009/choix-politiques-mauger-poliak.pdf>

3 LORIOU Marc, *Séminaire de sociologie de la santé*, Formation Octassa, 25 août 2006, p. 44, [consulté le 18/05/2012] http://cel.archives-ouvertes.fr/docs/00/36/25/88/PDF/Texte_SSA.pdf

4 En Belgique on parle de Centre de Santé Intégré dès les années 70 : VAN DORMAEL Monique, « Le centre de santé intégré et les maisons médicales, jalons pour les soins de santé primaires », *Cahier du Groupe d'Étude pour une Réforme de la Médecine*, n°152, décembre 1981.

5 LORIOU Marc, op. cit., [consulté le 18/05/2012] http://cel.archives-ouvertes.fr/docs/00/36/25/88/PDF/Texte_SSA.pdf ; référence à HASSENTEUFEL Patrick, *Les médecins face à l'État, une comparaison européenne*, Paris, Presses de Science Po, 1997.

médecine, dont il fait partie, contient aussi les praticiens de l'association Santé et médecine du travail, les membres de l'Union syndicale de la psychiatrie et les médecins de Protection maternelle et infantile. La gauche est au pouvoir, le syndicat se prend à rêver. Hélas, le gouvernement recule et lui refuse la représentativité, cédant sous la pression de la CSMF et de la FMF, farouchement opposées à cette reconnaissance. La création du syndicat MG France, en 1986, éloignera définitivement le SMG de son objectif de représentativité. Sur les 50 projets d'unités sanitaires de base préparés, seul celui de Saint-Nazaire sera créé.

Aujourd'hui l'on parle de *maisons de santé pluridisciplinaires*, et la question se pose de savoir s'il n'est pas un peu tard pour entendre les propositions du SMG, qui n'a cessé de parler des unités sanitaires de base que pour faire la publicité de ce qu'il appelle aujourd'hui les *maisons de santé de proximité*. Le Dr. Ménard explique le travail interprofessionnel loué par son syndicat en disant que « le médecin reste le référent et guide le patient sur un itinéraire sur lequel le patient rencontre d'autres professionnels »¹. Ce parcours de santé est pluridisciplinaire, englobant le social, le médical, même parfois le culturel², etc.

Pour accentuer notre point de vue quant à l'avant-garde du SMG, nous pouvons rappeler sa place dans la réflexion à l'origine de la formation continue, ou bien prendre un autre sujet et citer un texte que le syndicat avait rédigé pour encourager les visiteurs médicaux à devenir indépendants des laboratoires, reconnaissant leur utilité tout en dénonçant leur publicité médicale corruptrice :

« Nous sommes conscients de nos lacunes en matière d'information pharmacologique et thérapeutique. Néanmoins nous ne pensons pas que le cadre actuel de la visite médicale soit susceptible d'y remédier ; pire, elle nous

1 MÉNARD Didier, Entretien du 02/05/2012, 25'50, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 Par exemple via le rapport à la nourriture, au corps, etc. ou les différentes langues parlées, ...

paraît les exploiter. »¹

Il est de bon ton de préciser qu'à l'époque le SMG publiait régulièrement des notes internes aux firmes pharmaceutiques et destinées aux visiteurs médicaux, énumérant « soit les divers arguments et procédés de démarchage susceptibles d'endormir la vigilance du médecin et de le persuader d'adopter un produit, soit les renseignements à fournir à la firme sur les réactions du praticien lors de l'entretien, sur sa personnalité, ses habitudes de prescription, etc. »²

Le SMG a de la suite dans les idées et, actuellement, il défend un « trépied de valeurs »³ composé de : la volonté de pouvoir changer les conditions d'exercice et de rémunération des médecins, la défense d'une protection sociale solidaire, la réduction des inégalités sociales de santé et l'indépendance professionnelle, non vis-à-vis de l'État ou de l'Assurance maladie (via la convention) comme le prônerait illusoirement la médecine dite *libérale*, mais par rapport aux industriels (lobby de l'industrie pharmaceutique, etc.) et assureurs.

Cette volonté de travailler en accord avec l'assurance maladie est un vœu pieu en faveur d'une médecine sociale, qui pourrait néanmoins évoluer avec l'apparition du paiement à la performance. Apporté par les caisses, ce nouveau système de rémunération est violemment rejeté par le SMG.

– **Le refus d'un mode de rémunération qui cristallise les travers de la médecine :**

Le syndicat se bat depuis longtemps pour faire exister d'autres systèmes de

1 GIARD Luce, PIETTE Danielle, POU CET Thierry, op. cit., p. 78-79.

2 GIARD Luce, PIETTE Danielle, POU CET Thierry, op. cit., p. 79.

3 KAYSER Marie, *Mais qui est le SMG ?*, [consulté le 18/05/2012] <http://www.smg-pratiques.info/Mais-qui-est-le-SMG.html>

rémunération à côté du paiement à l'acte, jugé pervers en ce qu'il conduit au consumérisme des patients et au productivisme des praticiens. Le postulat est simple : l'individualisme médical n'est pas efficace, que ce soit au niveau économique ou ce qui concerne l'efficacité des soins. Mais le paiement à la performance accroît ce vice individualiste en instaurant insidieusement la concurrence entre les confrères qui, selon l'idéal du SMG, devraient exercer en collaborant les uns avec les autres.

Dans ce rejet de la rémunération sur objectifs de santé publique, il est aussi question de la remise en cause d'indicateurs en parfaite harmonie avec la vision exclusive de la médecine scientifique. La problématique n'est pourtant pas nouvelle, preuve en est les discours tenu par Marc Lorient il y a déjà 10 ans :

« La pensée médicale [...] s'est développée de plus en plus autour de l'étude privilégiée des mécanismes biologiques et physiologiques individuels au détriment de l'étude des déterminants psychosociaux ou socioéconomiques de la santé. »¹

« Cette tendance lourde de la médecine est, paradoxalement, en phase avec les nouvelles pratiques de gestion qui cherchent de plus en plus à ne financer que les pratiques qui seraient clairement mesurables, objectivables et reconnues dans le cadre de la biomédecine. »²

Ces indicateurs sont effectivement tout ce qu'il y a de mesurable, et l'on ne peut décemment pas *mesurer* la qualité de la médecine. D'ailleurs, « le savoir que le patient a de sa maladie est un propre élément du traitement, c'est une expertise »³, mais « comme il faut mesurer ça pour mieux le contrôler, on est dans des choses qui

1 LORIENT Marc, « Hygiène contre Panacée : Les blocages de la santé publique en France », op. cit. ; références à CANGUIHEM Georges, *Écrits sur la médecine*, Paris, Le Seuil, 2002, GAUDILLIÈRE Jean-Paul, *Inventer la biomédecine : La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant*, Paris, La Découverte, 2002, et CICOUREL Aaron, *Le raisonnement médical, une approche socio-cognitive*, Paris, Le Seuil, 2002.

2 LORIENT Marc, op. cit.

3 MÉNARD Didier, Entretien du 02/05/2012, 21'14, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

ne peuvent pas s'embarrasser de la complexité de la situation psychosociale »¹. Le Dr. Ménard aurait aimé voir dans les indicateurs de qualité des soins des critères plus personnels, mais « il n'y a à aucun moment dans les critères la capacité d'écoute du médecin »² par exemple, car ce n'est pas mesurable ça n'a « pas d'intérêt ».

« On soigne des personnes, pas des maladies »³

La vision humaniste du SMG pose une réelle question quant à l'évolution envisagée de notre système de santé : doit-on persévérer dans notre modèle actuel ou nous interroger plus profondément quant à ses travers ?

B] La rémunération sur objectifs de santé publique, évolution stimulante de la situation des médecins :

La mise en place de la rétribution à la performance crée le débat : que ce soit en bien ou en mal, pour le défendre ou le décrier, ce système réveille le petit monde du libéralisme médical. L'inertie est déjouée et l'on cherche à tester de nouveaux modes de rémunération.

1 MÉNARD Didier, Entretien du 02/05/2012, 42'47, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>
2 MÉNARD Didier, Entretien du 02/05/2012, 43'45, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>
3 MÉNARD Didier, Entretien du 02/05/2012, 6'00, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

1] Le paiement à la performance, énième révélateur des scissions idéologiques de la médecine générale libérale :

La médecine *libérale* traditionnelle est attachée à nombre de principes et son idéologie s'est fermement imposée depuis une centaine d'années. La mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique démontre un renouvellement de la confiance donnée à ce modèle par les partenaires conventionnels.

Néanmoins, il apparaît que la nouvelle génération de médecins rechigne à suivre l'exemple de ses aînés et délaisse ce mode d'exercice. Si les tendances se confirment, c'est peut-être toute une vision de la médecine qu'il faudra modifier, pour apporter des réponses aux besoins des futurs médecins.

a] Le rejet massif de la médecine sociale par le corps médical établi :

Le schisme que nous avons pu découvrir au sein de la profession médicale est observable à l'échelle des médecins généralistes : nous parlons ici de l'opposition qu'il peut exister entre le type-idéal de la médecine dominante et le type-idéal de la médecine sociale¹.

En effet, il nous semble que le paiement à la performance, essentiellement basé sur une évaluation *chiffrée* d'une qualité *mesurable*, dessert les modes de fonctionnement prôné par la médecine sociale en confortant ceux de la médecine

¹ « Les notions de médecine dominante et de médecine sociale ne sont pas des réalités observables telles-queelles mais des types-idéaux construits par le chercheur, c'est à dire "une accentuation d'un ou plusieurs points de vue et un enchaînement d'une multitude de phénomènes isolés, diffus et discrets [...], qu'on ordonne selon les précédents points de vue choisis unilatéralement pour former un tableau de pensée homogène" (Weber, 1965) » : LORIOU Marc, *Séminaire de sociologie de la santé*, op. cit., p.42-43, [consulté le 18/05/2012] http://cel.archives-ouvertes.fr/docs/00/36/25/88/PDF/Texte_SSA.pdf

dominante.

« Les qualités morales personnelles que les praticiens considéraient autrefois comme l'âme du médecin ont été remplacées par une éducation scientifique et technique qui est aujourd'hui le principal critère d'évaluation des compétences professionnelles. »¹

– **Le monopole établi de la médecine dominante :**

Marc Lorient² décrit le grand spécialiste parisien comme exemple du type-idéal de la médecine dominante, issu du mélange de particularités propres à la médecine hospitalière d'un côté, et à la médecine « libérale » et spécialisée de l'autre. Cette médecine orienterait ses préférences vers une vision scientifico-scientifique de la médecine, encadrée par les principes de la médecine libérale.

« Ce modèle s'est imposé historiquement, entre la fin du XIXe siècle et les années 1960, comme la seule forme possible de pratique médicale d'excellence et peut être jugé comme dominant en terme de prestige, de pouvoir et de ressources économiques. Il nous est donc relativement familier. »³

De l'historique que nous avons détaillé précédemment concernant l'évolution des organes représentatifs des médecins, nous concluons que la CSMF symbolise ce type-idéal de médecine. Ce syndicat se targue d'être majoritaire chez les praticiens, il est pourtant nécessaire de souligner dans le cadre de notre travail qu'il l'est moins chez les médecins généralistes que chez les médecins des autres spécialités.

En effet, c'est le syndicat MG-France qui est le plus représentatif des médecins généralistes depuis quelques années. Nous l'opposons à la CSMF car il nous semble que l'idéologie qu'il véhicule est sensiblement plus proche du type-idéal

1 NYE Robert A., op. cit., p. 36.

2 LORIENT Marc, op. cit.

3 Ibid., p.43.

de la médecine sociale, que le SMG représente quant à lui parfaitement.

Il est pertinent de se demander si cette prévalence de la médecine générale dans l'acceptation du modèle de la médecine sociale n'est pas en rapport avec les dévalorisations de ses pratiques. Nous pensons en effet que les médecins généralistes ont longtemps été plus ou moins exclus de cet idéal-type de la médecine dominante, par exemple avec l'instauration du secteur II. À l'époque, la médecine générale n'était pas une spécialité reconnue à la faculté de médecine, où elle était méprisée. La création du secteur autorisant les dépassements d'honoraires ostracise un peu plus la profession, faisant la part belle aux autres spécialités. Le serpent finit par se mordre la queue le jour où le secteur II est fermé et réservé aux chefs de clinique, puisque c'est la faculté de médecine qui les nomme...

C'est à cette même faculté de médecine que, « malgré l'introduction des sciences humaines -d'ailleurs de façon fort variable d'une faculté à l'autre- dans la formation des médecins, les modes de sélection aux examens, et particulièrement à celui de l'internat favorisent quasi exclusivement l'acquisition de connaissances scientifiques dures et standardisées, sous la forme de QCM, au détriment de la réflexion humaniste et globale »¹.

– **La marginalité dommageable de la médecine sociale :**

Pour Marc Lorient, la notion de *médecine sociale* est complexe et nécessite une approche pluridisciplinaire doublée d'un « certain degré d'abstraction »². Le concept s'articule autour de deux idées : une réflexion à avoir sur une fonctionnarisation partielle de la médecine et la prise en compte des liens entre santé et environnement social.

En ce qui concerne la fonctionnarisation de la médecine, l'idée est ancienne et

1 LORIENT Marc, « Hygiène contre Panacée : Les blocages de la santé publique en France », op. cit.

2 LORIENT Marc, *Séminaire de sociologie de la santé*, op. cit., p. 43.

Marc Lorient en retrace certaines étapes :

- À partir de la Révolution française, il est proposé à différents endroits de faire des médecins « des fonctionnaires à l'égal -ou parfois à la place- des curés »¹.
- En 1848, c'est Philippe Buchez qui « propose la création d'un service national de santé composé de 16 000 médecins fonctionnaires »².
- « Au XIXe siècle, médecins et économistes ont quelquefois envisagé sans effroi la perspective d'une fonction médicale assurée par des salariés supérieurs, sorte de magistrature noble et sociale. L'exemple des médecins militaires présentait d'ailleurs des aspects encourageants [...]. D'anciens médecins militaires ou de jeunes docteurs désireux avant tout d'une rémunération constante seraient favorables à une organisation qui les rapprocherait des curés, des instituteurs ou des magistrats. »³

Quant aux liens entre l'environnement social⁴ et la santé, ce sont les médecins hygiénistes du XIX^{ème} siècle⁵ qui ont beaucoup apporté à ce sujet : « ce ne sont plus les facteurs environnementaux qui sont considérés comme les causes des maladies ou de la mortalité, mais les conditions sociales, et en premier lieu la misère et la moralité des classes populaires »⁶. C'est l'occasion pour ces médecins de s'engager dans la défense des travailleurs, avec des exigences relevant notamment de la salubrité des conditions de travail.

Néanmoins, et comme l'ont montré nos développements précédents, l'apparition de la Sécurité sociale en 1945 n'a pas été l'apothéose du développement de cette médecine sociale : les principes de la médecine libérale s'imposent aussi

1 Ibid. ; référence à FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical*. Paris, France: Presses Universitaires de France, 1963.

2 Ibid.

3 LÉONARD Jacques, *La vie quotidienne du médecin de province au XIXème siècle*, Hachette, 1977.

4 Évacuation des eaux usées, qualité de l'air et du logement, etc.

5 Villermé, Parent-Duchâtelet, Jules Guérin, Ange Guepin, Salomon Neumann, etc.

6 LE ROUX Thomas, « Le siècle des hygiénistes », *La Vie des idées*, 14 juin 2010.

bien dans la déontologie médicale que dans la socialisation des dépenses de santé.

« Par la suite, la médecine sociale va perdre de son prestige et remplir un rôle de plus en plus résiduel en s'installant dans les secteurs délaissés par la médecine libérale et la médecine hospitalière : prévention, éducation sanitaire, aide au plus démunis, etc. »¹

Quid, alors, de René Lafontaine, qui clamait en 1920 que le corps médical doit « édifier l'usine à soins et l'opposer au vieil individualisme médical »² ?

Quid du Dr. Cibrié, qui s'interrogera en 1936 : « Quand comprendrons-nous notre rôle social ? Combien mettrons-nous de temps pour évoluer et adapter notre exercice professionnel aux nécessités du temps ? Nous enfermer dans une farouche contemplation du passé, nous raidir, nous arc-bouter pour essayer de résister à une poussée sociale qui porte en elle d'indéniables améliorations de prophylaxie, d'hygiène de santé, constituerait de notre part une aberration incompréhensible. »³

Un regain d'intérêt pour la médecine sociale s'est manifesté aux alentours de mai 1968, certains praticiens critiquant « la suprématie de l'approche biomédicale fondée sur le modèle étiologique des maladies infectieuses »⁴. Alliant « une approche écologique qui inclut l'environnement physique et social dans l'explication causale de la maladie, une approche psychologique insistant sur les aspects psychosomatiques du mal et une approche plus anthropologique qui met l'accent sur la construction sociale de la maladie », ce courant s'inscrit dans une volonté de renouveau de la médecine, de changement de paradigme.

C'est à cette occasion, par exemple, que le SMG s'engage, tentant de mettre en place un exercice coopératif et pluridisciplinaire. Le patient doit être regardé dans

1 LORIOU Marc, op. cit., p. 43.

2 GUILLAUME Pierre, op. cit., p. 149.

3 GUILLAUME Pierre, op. cit., p. 150.

4 LORIOU Marc, op. cit., p. 44.

sa globalité, on ne peut séparer son corps *physique* de ce qu'il *est'* : un tout animal, social, culturel, *humain*.

Marc Lorient nous explique que ces expériences sont importantes, bien que singulières, car elles montrent que la médecine sociale s'inscrit aussi dans des actions positives, « reposant sur une idéologie assumée »².

De ce développement, il propose une ébauche du type-idéal de la médecine sociale :

- « relation avec la clientèle à dominante non marchande ou au moins rejet du paiement à l'acte ;
- approche fondée sur la prise en compte des aspects psychologiques et sociaux de la maladie ;
- vision d'une médecine intégrée à la vie publique et sociale et pratique de groupe organisée avec des relations entre les professionnels participant au même secteur de la médecine sociale.

Adhérer à une telle représentation de la médecine suppose donc un certain type de pratique, mais aussi un jugement favorable à l'égard de ces conditions d'exercice atypiques et un intérêt pour des formes de connaissances jugées peu fiables par la médecine dominante. »³

Par cette phrase, M. Lorient nous fait à nous interroger à propos de la tendance actuelle des étudiants en médecine à rejeter l'exercice libéral au profit de la médecine salariée. En effet, nous pouvons voir que ce qu'il appelle les *conditions d'exercice atypiques*, c'est-à-dire tout ce qui est exercice en groupe, salariat, etc., suscite un regain d'intérêt chez nos futurs médecins. Pouvons-nous en déduire que

1 FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical*. Paris, France: Presses Universitaires de France, 1963 ; CAUMEL DE SAUVEJUNTE Marc, « Une clinique sans (r)egard ? », *Journal français de psychiatrie* 2/2002, n°16, p. 38-39.

2 LORIENT Marc, *Séminaire de sociologie de la santé*, op. cit., p. 44.

3 Ibid.

le modèle de la médecine dominante ne satisfait plus la nouvelle génération de médecins ?

b] La nécessaire remise en question de notre système de santé actuel, pour sa pérennité :

À l'heure où l'on prédit une grande pénurie de professionnels médicaux pour les années qui viennent, notamment en ce qui concerne la médecine générale, la question se pose des moyens de répondre aux attentes des jeunes médecins, notamment en ce qui concerne leurs modes de rémunération et d'exercice : le paiement à la performance incarne-t-il vraiment le besoin de revalorisation exprimé par le corps médical *libéral* ?

– Des remèdes inefficaces au manque d'attractivité de la profession de médecin généraliste libéral :

Pour pallier à une future pénurie en professionnels médicaux¹, notamment en omnipraticiens, les pouvoirs publics ont mis en place une hausse progressive et drastique du numerus clausus, qui détermine le nombre d'étudiants à pouvoir passer en seconde année de médecine.

Depuis 2004, les étudiants en médecine passent les épreuves classantes nationales (ECN), qui remplacent actuellement l'internat. Selon leur placement à ce concours, ils choisissent alors leur affectation parmi les postes proposés. Cette réforme, mise en place pour valoriser la médecine générale au même titre que sa requalification en spécialité, n'apparaît pas exagérément fonctionnelle pour le moment.

¹ Voir entre autres ATTAL-TOUBERT Kitty, VANDERSCHULDEN Mélanie, *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*, Études et résultats n°679, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, février 2009.

En 2004, 33% des postes d'omnipraticien ouverts n'ont pas été pourvus. Ce chiffre tombe à 15% en 2006 et 2007, remontant à 19% en 2008 et stagnant depuis entre 16 et 18%. La nette amélioration observée est à tempérer. En effet, la hausse du numerus clausus s'est traduite par une augmentation très significative des postes de généralistes proposés : entre 2004 et 2007 ce sont 1000 postes qui ont été rajoutés, contre 300 pour les autres spécialités. Par la suite et jusqu'en 2011, le nombre de postes a augmenté de façon similaire dans l'ensemble. Néanmoins, si plus de 1000 postes ont encore été créés pour la médecine générale, ce sont 1000 postes pour *toutes les autres spécialités* qui les ont accompagnés.¹

« Le système, qui visait à "revaloriser" la médecine générale semble donc encourager un mouvement contraire, alors même que des signes montrent que cette médecine générale n'est pas, sur le fond, aussi dévalorisée que l'on pourrait le croire. »²

En effet, face à ce constat concernant les ECN, Camille Gaidioz et Stéphane Ruhlmann, étudiants en médecine, ont cherché à répondre à la question « Pourquoi la spécialité médecine générale est-elle mal classée aux choix des épreuves classantes nationales ? »³. Partant de l'hypothèse principale que la médecine générale est dévalorisée au cours des études de médecine par rapport aux autres spécialités, les résultats⁴ qu'ils obtinrent les détrompèrent :

« En apparaissant significativement meilleure, plus agréable (connotations

1 *Rapports sur les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 et 2011 suite aux épreuves classantes nationales*, site de la direction recherche, études, évaluation et statistiques du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, [consulté le 15/04/2012] <http://www.drees.sante.gouv.fr/>

2 HARDY-DUBERNET Anne-Chantal, FAURE Yann, *Le choix d'une vie... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005*, Document de travail n°66, Série Études, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, décembre 2006, p. 66.

3 GAIDIOZ Camille, RUHLMANN Stéphane, *Pourquoi la spécialité médecine générale est-elle mal classée aux choix des épreuves classantes nationales ?*, thèse de médecine, U.F.R LYON-RTH Laennec, 2008.

4 Leur méthodologie reposait sur des questionnaires évaluant différentes disciplines médicales par des échelles graduées entre deux mots représentant une idée. Les auteurs font part à la fin de leur travail des insuffisances et biais de leurs questionnaires.

évaluatives), et plus chaude (connotations perceptives) que les autres spécialités étudiées, la Médecine Générale véhicule l'image d'une médecine profondément humaine au sein de laquelle la relation médecin-malade garderait tout son sens. Nous sommes finalement bien loin de la dépréciation relative que nous avons supposée et qui aurait expliqué le désintérêt de cette spécialité par les étudiants au terme de leur sixième année d'études. »¹

Face à ce constat, les auteurs de cette thèse envisagent de continuer leurs recherches en formulant de nouvelles hypothèses pour tenter d'expliquer le peu d'intérêt suscité par cette spécialité aux ECN :

- La médecine générale apparaît méconnue² : les stages instaurés pour cette discipline sont peu nombreux et peu encouragés, l'enseignement spécifique inexistant. Cette ignorance lui permettrait de préserver l'image de cette spécialité³ tout au long des six premières années d'étude à la faculté de médecine, tout en dissuadant les étudiants d'aller vers l'*inconnu*.
- La question pourrait être de l'ordre la perception de la *richesse* de la médecine générale, théorie à étudier d'un point sous l'angle pécuniaire comme sous l'angle intellectuel.
- Cette question de pauvreté intellectuelle, enfin, est une dernière hypothèse de travail qui consiste à rattacher la pauvreté de la médecine générale à son caractère *dominé*, ressenti exprimé lors de leur enquête.

Expliquant ensuite qu'aux États-Unis et en Angleterre on constate aussi un désintérêt *professionnel* grandissant pour la médecine générale, les Dr. Gaidioz et Ruhlmann soulignent qu'il est important de comprendre ce phénomène pour pouvoir pallier aux

1 GAIDIOZ Camille, RUHLMANN Stéphane, op. cit., p 77.

2 Voir notamment : BOUTILLIER Bertrand, *Vision des étudiants de PCEM et DCEM sur la médecine générale*, Mémoire de médecine, Université d'Amiens, 2004, [consulté le 16/02/2012] <http://www.remede.org/spip/IMG/memoire.pdf>

3 Plutôt bonne, puisqu'issue de l'image du médecin de famille.

problèmes de démographie médicale, qui ne vont que s'aggraver durant les prochaines années.

Au lieu de cela, c'est par la revalorisation de la rémunération qu'on cherche à rendre la médecine libérale attractive, ce qui paraît par ailleurs être une autre nécessité.

L'Ordre des médecins publie régulièrement des travaux concernant la démographie médicale. Dans l'Atlas de la démographie de la France datant de début 2011¹, on peut constater que de plus en plus de médecins *déviennent leur plaque* avant l'âge de la retraite, notamment pour exercer en salariat ou à l'hôpital. Les raisons évoquées sont connues et rejoignent les appréhensions des futurs médecins : de trop lourdes charges financières et administratives, un temps de travail journalier et un volume d'activité trop importants, notamment pour entretenir une vie de famille.

Par ailleurs, 70% des médecins libéraux installés entre 2009 et 2010 ont préféré un exercice en groupe. La plupart cherchent à échapper à la solitude de l'exercice libéral, notamment pour pouvoir gérer leur temps de travail. D'après l'étude du CNOM, leurs aspirations sont révélatrices :

- des aides plus nombreuses et diversifiées,
- des charges financières et administratives allégées,
- une revalorisation de leurs revenus et/ou la mise en place d'une diversification des modes de rémunération,
- une mise en valeur du travail en équipe, le développement des cabinets de groupe et la publicité de ce mode d'exercice durant les études de médecine.

À la vue de ces revendications, le paiement à la performance n'apparaît pas être une

¹ ROMESTAING Patrick, *L'Atlas de la démographie médicale en France (situation au 1^{er} janvier 2011)*, CNOM, 2011, [consulté le 03/04/2012] http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/demo_session_juin_2011.pdf?download=1

solution toute trouvée pour revaloriser la médecine générale, essentiellement libérale et plus proche de la médecine sociale que les autres spécialités.

– **Le bilan du paiement à la performance : prévisible ?**

La rémunération sur objectifs de santé publique est un supplément de rétribution pour les médecins libéraux, ce qui paraît insuffisant pour répondre à leurs attentes évoquées plus tôt. Néanmoins des avantages peuvent être trouvés à cette rémunération.

Le Dr. Urbejtel pense que « l'atteinte des objectifs est moins importante que la perception du médecin de son niveau sur ces objectifs » : en soi c'est vraisemblablement une méthode d'amélioration des soins, mais pour cela il ne faut pas que le médecin digère les données de la CNAM, il doit les compulser lui-même¹. Accrocher une rémunération sur des objectifs permet d'inciter les médecins à s'améliorer, notamment avec les logiciels qui mesurent les statistiques de leurs pratiques : « il fallait intéresser d'une manière ou d'une autre le médecin à sa propre production », car « c'est une culture qui n'existe pas en ville »².

Mme Polton est du même avis, expliquant que, si le CAPI a reçu 40% d'adhésion de la part des médecins éligibles, c'est parce que le paiement à la performance correspond pour eux à une évolution positive de leur rémunération, notamment car elle attire leur attention sur la qualité des soins fournis à l'ensemble de la population qu'ils prennent en charge³. Elle précise qu'il n'est possible d'envisager cet aspect de la médecine que grâce à la notion de médecin traitant : « le socle de ces dispositifs c'est rattacher à un médecin donné une population », « là on change de monde », « la dimension qu'il nous manque en France c'est un peu cette dimension populationnelle »⁴.

1 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 24'15, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 30'43, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

3 POLTON Dominique, Entretien du 31/05/2012, 7'00, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

4 POLTON Dominique, Entretien du 31/05/2012, 4'00, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

Par ailleurs, le paiement à la performance n'est « ni miraculeux, ni une panacée ou un dispositif qui ferait monter les résultats de façon spectaculaire, on le sait, c'est en ça que c'est une étape, quelque chose qui a plus d'intérêt par ce qu'il entraîne que par le mécanisme direct du paiement ». Pour elle, la rémunération sur objectifs de santé publique implique des efforts vertueux pour aboutir, notamment la transparence sur les pratiques mesurées et un retour d'information vers les professionnels qui peut leur permettre de connaître leur niveau et de le comparer à celui de leurs confrères¹. Notons suite à cette réflexion qu'il serait intéressant de mesurer, outre les résultats obtenus par les médecins, l'impact de la concurrence qui pourrait s'installer entre eux sur leurs pratiques et leur santé mentale².

Selon le Dr. Battistoni, « la pertinence sanitaire de la rémunération sur objectifs de santé publique reste à démontrer »³. Le Dr. Urbejtel précise dans ce sens que « modifier nos objectifs, que ce soit en niveau, en qualité ou en définition, n'est pas à l'ordre du jour : c'est impératif que ce soit évalué, mais pour cela on attend les retombées »⁴. Il est persuadé par exemple que les résultats concernant la vaccination contre la grippe seront mauvais, et prédit une future adaptation des indicateurs aux territoires, notamment aux zones défavorisées.

Les nombreuses études déjà parues quant aux résultats effectifs du paiement à la performance⁵ ne semblent pas établir de lien de causalité évident entre l'amélioration des soins et cette incitation financière.

« Elles montrent des résultats très modestes, peut être faute de recul. En effet,

1 POLTON Dominique, Entretien du 31/05/2012, 7'35, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 Voir supra, paragraphe IA2a, p. 44 et s.

3 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 1h10'25, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

4 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 21'35, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

5 Calvert M, Shankar A, McManus RJ, Lester H, Freemantle N, op. cit. ; Rosenthal MB, Frank RG, « What is the empirical basis for paying for quality in health care ? », *Med Care Res Rev*, 2006 ; 63:135-57 ; Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S, « Does pay-for-performance improve the quality of health care ? », *Ann. Intern. Med.*, 2006 ; 145:265-72 ; Young GJ, Burgess JF, White B, « Pioneering pay-for-quality : Lessons from the rewarding results demonstration », *Health Care Financing Review*, Fall 2007 ; 29(1):59 ; etc.

bien qu'une tendance à l'amélioration des pratiques soit globalement retrouvée, un lien direct avec la rémunération à la performance n'a pas pu être isolé, trop d'autres paramètres rentrant en ligne de compte. »¹

Ainsi, autant dans une optique d'amélioration de la qualité des soins que dans celle d'une diversification des modes de rémunération des médecins, il semble a priori nécessaire de se tourner vers de nouveaux outils.

2] Le paiement à la performance, coup de collier à l'élaboration d'une meilleure rétribution des médecins généralistes :

La rémunération des médecins libéraux est actuellement individuelle et composée en majorité de ce qu'on appelle le *paiement à l'acte*, ainsi que de quelques rémunérations forfaitaires et, dernièrement, du paiement à la performance.

Dans le contexte de baisse de la densité médicale, certains pensent que le paiement à l'acte ne doit pas fondamentalement être remis en question, parce qu'il pourrait permettre de garder un volume d'activité conséquent²... Cette idée semble farfelue, notamment car elle pourrait conduire à une généralisation du *burn-out* des médecins. Mais ce n'est pas la seule raison qui nous pousse à penser qu'il est nécessaire de *réellement* diversifier les modes de rémunération des praticiens.

Selon le Dr. Battistoni, le paiement à l'acte « favorise les actes courts, simples, répétitifs et à peu de contenu »³.

« Relever le prix de la consultation n'encourage pas d'autres pratiques que le

1 SAINT-LARY Olivier, *Problématiques éthiques soulevées par l'introduction du paiement à la performance en France dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)*, op. cit.

2 ALBOUY Valérie, DEPRESZ Muriel, Trésor-éco, n°42, Direction générale du Trésor et de la Politique économique, Ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi, Septembre 2008.

3 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 20'13, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

soin, incite à multiplier les actes -ce qui se traduit par de plus fortes prescriptions de médicaments "pour se couvrir" -, dissuade de participer à des actions de prévention, des séances de formation continue ou des réunions de coordination qui ne sont pas défrayées ou alors de façon ridiculement basse. »¹

Le Dr. Ménard le qualifie quant à lui de « une prime à la médiocrité »², et renchérit à propos des effets pervers du paiement à la performance : « je ne prends que les malades qui vont bien pouvoir mettre plein de petites croix dans les bonnes cases pour avoir plus d'argent à la fin, on est aussi dans une perversité »³.

Au final, nous pensons qu'il faut tempérer un peu ces jugements, par exemple en prenant en compte l'opinion de Mme Polton, qui explique de façon pragmatique que ce sont des modèles économiques qui portent une certaine influence, ce qui est normal et ne détermine pas pour autant la qualité des soins qui en émane :

« Quand on paye les gens à l'acte ils font plus d'actes, quand on paye les gens au forfait ils en font moins, mais dans les deux cas on ne sait pas si c'est une pratique de meilleure qualité ou de moins bonne qualité, donc de toutes façons, le salaire, la capitation ou l'acte ne portent pas en eux de vertus supérieures les unes aux autres. »⁴

Le Dr. Urbejtel constate qu'en augmentant le C des médecins « vous les incitez à voir très souvent des gens pas très malades »⁵, en tirant la conclusion que « la rémunération à l'acte ce n'est pas la panacée », « il vaut mieux panacher » les rémunérations⁶.

L'UNCAM en est consciente, certaines personnes y pointant la nécessité d'une « diversification des modes de rémunération, la coordination et la coopération avec la

1 LORIOU Marc, « Hygiène contre Panacée : Les blocages de la santé publique en France », op. cit.

2 MÉNARD Didier, Entretien du 02/05/2012, 1h20'44, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

3 MÉNARD Didier, Entretien du 02/05/2012, 31'50, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

4 POLTON Dominique, Entretien du 31/05/2012, 19'00, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

5 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 45'15, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

6 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 48'07, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

nécessité d'axer sur l'offre de soins de premier recours (pôles de santé, maisons de santé, exercice regroupé et pluridisciplinaire, ...). Des réflexions doivent être menées sur le financement de telles structures et le développement de ces modes d'exercice »¹.

En effet, que ce soit pour éviter une désertification grandissante de la démographie médicale ou une amélioration de la qualité des pratiques², l'évolution actuelle des modes de rémunération semble insuffisante : ce sont les modes d'exercice que l'on commence à viser en parallèle, discrètement.

a] L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération par les ARS :

C'est la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008³ qui a introduit divers moyens de promouvoir la diversification des modes de rémunération des médecins :

- Elle autorise la mise en place de contrats passés individuellement entre l'assurance maladie et des praticiens conventionnés ou des centres de santé⁴ (ce qui a donné naissance aux CAPI).
- Elle prévoit la mise en place d'expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR)⁵ des professionnels de santé qui exercent de façon collective, complétant ou se substituant à leur mode de rémunération actuel à

1 Réunion du conseil de l'UNCAM, Procès Verbal, 24 février 2011, p. 18.

2 Voir « De nouveaux modes de rémunération pour une médecine de ville plus qualitative ? », Module interprofessionnel de santé publique, Groupe n°30, EHESP, 2008, [consulté le 30/04/2012] http://ressources.ensp.fr/memoires/2008/mip/groupe_30.pdf

3 Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008, JORF n°0296, 21 décembre 2007, p. 20603.

4 Ibid, art. 43 ; art. L.162-12-21 du CSS.

5 Ibid, art. 44 ; Décret n°2009-474 du 27 avril 2009 relatif aux conditions de mise en œuvre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération de professionnels de santé, JORF n°0100, 29 avril 2009, p. 7253.

l'acte.

Le projet de contractualisation collective concerne les centres de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires et les pôles de santé. Il est piloté par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, via la Direction de la Sécurité sociale et la Direction générale de l'organisation des soins, en relation avec l'UNCAM. En pratique ce sont les ARS qui contractent avec les structures d'exercice collectif. Trois modules de rémunération forfaitaire sont mis en œuvre¹ :

- Les *missions coordonnées* : forfait versé à l'établissement qui dépend de l'atteinte d'objectifs de santé publique.
- L'éducation thérapeutique.
- La rémunération adéquate des professionnels dans les dispositifs de coopérations (prévus par la loi HPST de 2009, n'est pas mis en place).

La rétribution des ENMR est à 20% modulée selon des indicateurs de résultats choisis par les professionnels. Ils sont assez semblables aux indicateurs du paiement à la performance, puisque c'est la HAS qui les détermine. Ces objectifs ne sont qu'un modula, une incitation : la majorité de la rémunération dépend de la coopération entre professionnels et de l'éducation thérapeutique. En 2012, la rétribution ne sera pas modulée car cela s'avère trop complexe pour l'assurance maladie². Par ailleurs un des indicateurs a été retiré, ne pouvant finalement pas être calculé³. Les calculs quant à eux sont effectués avec les informations des caisses, puisque les ARS peuvent faire des requêtes sur le système national d'informations inter-régions d'assurance maladie.

1 Présentation des ENMR sur le Site général des ARS, [consulté le 02/02/2012] <http://www.ars.sante.fr/Nouveaux-modes-de-remuneration.101542.0.html>

2 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 1h03'00, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

3 BATTISTONI Jacques, Entretien du 04/04/2012, 1h05'00, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

Un des sujets de recherche du réseau PROSPERE⁴ est l'évaluation des ENMR, il essaye notamment d'« établir le lien entre les pratiques de regroupement et de coopération interprofessionnelles et la performance, en France »⁵. D'après leurs recherches théoriques, l'hypothèse principale de leur enquête est que :

« les exercices collectifs pluridisciplinaires sont plus attractifs - puisque qu'ils favorisent de meilleures conditions de travail ainsi un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle - et plus performants (plus efficaces et plus efficaces voire plus équitables) - du fait de leur capacité à générer des économies de gammes et d'échelle -, que les autres. »³

Trois sous-hypothèses sont énoncées :

- « la part actuelle du financement s'appuyant sur le paiement à l'acte constitue une barrière à la mise en place de coopération et travail en équipe ;
- les comportements individuels sont modifiés par les relations économiques et professionnelles entre les membres du groupe et notamment qu'il convient de tenir compte :
 - d'un nécessaire arbitrage entre partage des risques financiers (partage des coûts et/ou des revenus) et efficacité (compensation des efforts fournis), en raison de la présence de relation d'agence et d'asymétries d'information entre les membres du groupe source possible de comportement de passager clandestin ;
 - de la présence d'une "culture" du groupe et/ou des professionnels au sein du groupe, les processus d'interactions sociologique entre les individus (comparaison des revenus, des efforts à produire, de l'entraide...). »⁴

4 Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers secours.

5 PROSPERE, Rapport 2011 pour l'équipe émergente PROSPERE, p. 29-33 [consulté le 24/03/2012]

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Partenariats/Prospere/ProspereRapportActivite2011.pdf>

3 Ibid., p. 29.

4 Ibid., p. 29-30.

Cette évaluation a pour objectif d'« évaluer l'impact des variétés des modalités de financement et des formes d'organisation, en termes de regroupement et travail en équipe, sur l'efficacité des pratiques de prise en charge, leurs coûts voire leurs efficacités et équité, comparativement à celui d'autres modes d'exercice traditionnel (regroupé mono-disciplinaire ou isolé) »¹..

Les ENMR ont été prolongées jusqu'en 2013, à la demande des institutions qui en bénéficient, l'évaluation PROSPERE n'est donc pour le moment pas très significative. Néanmoins, elle a déjà montré, pour les années 2008-2009, « qu'un nombre important de sites atteint des performances en termes de qualité des pratiques ou d'efficacité de prescription supérieure à celles des MG témoins »².

Ces ENMR nous semble être une initiative extrêmement intéressante, qui renoue par certains aspects avec la médecine sociale et répond de façon pertinente aux revendications des nouveaux médecins, quant à leurs modes d'exercice et de rémunération. Sous réserve que les résultats effectifs de ces expérimentations soient bons, il serait peut-être bienvenu de les généraliser.

L'objectif à long terme, selon le Dr. Urbejtél, est d'incorporer les ENMR dans le système conventionnel. Il nous donne deux arguments à cela³. D'abord il faut que les médecins participent activement à la mise en place du système, pour qu'ils s'identifient, analysent et produisent les chiffres nécessaires pour faire ressortir les disparités existantes entre les régions. Ceci est nécessaire car on ne peut comparer de façon globale deux départements ou deux régions : ce sont des zones très étendues dans lesquelles le maillage peut être large et similaire, tout en contenant des inégalités plus localisées⁴. Ensuite on ne peut envisager les solutions à de tels

1 Ibid., p. 30.

2 Ibid., p. 31.

3 URBEJTEL Gilles, Entretien du 12/04/2012, 39'00, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

4 Voir à titre d'exemple : Les travaux d'Emmanuel VIGNERON, qui a examiné les gradients de santé

problèmes qu'à un niveau national, car on ne peut pas traiter deux régions différemment alors que leurs symptômes relèvent du même problème, par exemple.

Lors de la réunion du conseil de l'UNCAM du 27 janvier 2011, il a été proposé « que les négociations conventionnelles avec les centres de santé qui auront lieu en 2013 [puissent] intégrer celles des maisons de santé pluridisciplinaires »¹. Cela n'a pas été retenu, ou, plutôt, cette question fut repoussée à une réflexion ultérieure :

« M . van ROEKEGHEM répond que les modes de rémunération des professionnels de santé des maisons de santé pluridisciplinaires sont définis par arrêté, à titre expérimental, ce qui ne permet pas leur intégration dans une convention ou un accord cadre. Cependant, en cas de pérennisation de cette expérimentation, une évolution est à envisager dans le cadre conventionnel. »²

Mme Polton nous explique, à propos des ENMR, que le réel problème de l'assurance maladie concernant ce genre de développement est l'immeuble utilisé par les professionnels de santé pour leur cabinet, maison de santé, etc. : investir dans des infrastructures paraît hors de question, cela relèverait d'un budget bien trop lourd.³

C'est vraisemblablement pour cette raison que d'autres outils sont envisagés pour répondre aux besoins des professionnels de santé :

b] L'accord-cadre interprofessionnel des professions de santé :

sur une ligne de RER [consulté le 20/04/2012]
http://www.rue89.com/sites/news/files/assets/document/2012/02/12_ligne_rer_b_.pdf ; ARS d'Ile-de-France, Note diagnostique, 9° version, « État de santé et inégalités sociales et territoriales : éléments de diagnostic francilien », 18 janvier 2011, [consulté le 25/04/2012]
http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/3_Nos_Actions/3_PRS/Note_diagnostic_ISTS_V9_180111.pdf

1 Réunion du conseil de l'UNCAM, Procès Verbal, 27 janvier 2011, p. 13-17.

2 Ibid.

3 POLTON Dominique, Entretien du 31/05/2012, 48'30, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

L'accord-cadre inter-professionnel (ACIP) a été introduit dans le CSS en 2002¹, à l'article L.162-1-13. Conclu entre l'UNCAM et l'Union nationale des professionnels de santé libéraux (UNPS) pour une durée de 5 ans maximum, Il concerne les professions de santé entrant dans le champ d'application des conventions nationales, c'est-à-dire les infirmiers, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux, les masseurs-kinésithérapeutes, les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales, les pharmaciens titulaires d'officine et les entreprises de transports sanitaires. Néanmoins, pour s'appliquer à une des professions susmentionnées, l'accord doit aussi être signé par au moins une organisation syndicale représentative de cette profession. « L'ACIP s'applique aux PS [professionnels de santé] libéraux adhérents à une convention nationale d'une profession signataire de l'ACIP. L'adhésion du PS est tacite. L'opposition d'un ou plusieurs syndicats d'une profession empêche la mise en œuvre de l'accord pour la profession concernée »². La procédure d'adoption de cet accord est identique à celle des conventions relatives à une seule profession de santé. Par ailleurs, cet accord permet de fixer des dispositions communes à ces professions de santé, sans excéder le domaine de compétence habituel d'une convention.

« Il peut notamment déterminer les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville, ainsi que les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés et une meilleure coordination des soins ou pour promouvoir des actions de santé publique. »³

Le premier ACIP a été signé par l'UNPS et l'UNCAM le 15 mai 2012⁴. Il

1 Loi n°2002-322, op. cit.

2 *Réunion du conseil de l'UNCAM*, Procès Verbal, 27 janvier 2011, p. 13-17.

3 Art. L.162-1-13 du CSS.

4 ACIP [consulté le 25/05/2012] http://www.unps-sante.org/IMG/pdf/ACIP_SIGNE_15_05_2012.pdf

comporte trois volets principaux¹ :

- **La délivrance et la coordination des soins**, notamment, avec des « expérimentations sur le parcours de soins en facilitant le lien ville hôpital »², pour, par exemple, optimiser l'efficience et la qualité des soins de la prise en charge à domicile des patients souffrant de pathologies chroniques et polyopathologies. Cette partie concerne aussi la circulation des informations concernant les patients entre les professionnels de santé.
- **Les relations entre professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie**, notamment leur modernisation via la dématérialisation de la facturation (numérisation des ordonnances par les pharmaciens par exemple), la sensibilisation des médecins prescripteurs à l'utilisation des services en ligne (protocole de soins électronique, avis d'arrêt de travail³, à terme les prescriptions aussi, etc.), la mise en place d'une offre optimisée de la relation téléphonique par les caisses, etc.
- **Les avantages sociaux des professionnels de santé libéraux**, dans la même veine que ceux accordés aux médecins, même si : « par rapport au courrier du Président de l'UNPS, M. van ROEKEGHEM précise tout d'abord que si le principe de la prise en charge partielle de cotisations sociales en échange du respect des tarifs opposables n'est pas remis en cause, il ne lui paraît pas souhaitable, du point de vue financier, d'aligner l'ensemble des professionnels de santé sur le niveau de prise en charge des médecins. »⁴. Ils seront définis par avenants, l'assurance maladie s'engageant à ouvrir les négociations

1 Réunion du conseil de l'UNCAM, Procès Verbal, 27 janvier 2011, op. cit.

2 BAYLE-INIGUEZ Anne, DE SAINT ROMAN Henri, « Ce que change l'accord-cadre "interpro" », *Le quotidien du médecin*, n°9120, 26 avril 2012, p 2.

3 Communication de l'assurance maladie de la Côte-d'Or, 29 mars 2010, [consulté le 23/03/2012] http://www.cpam21.fr/EnDirectPS/Medecins/2010/2010-03-29_Medecins_AAT/ED_medecins_AAT_29-03-10.pdf

4 Réunion du conseil de l'UNCAM, Procès Verbal, 24 février 2011, p. 24-25.

concernant ce volet avant la fin de l'année 2012.

Du côté des médecins, aucun des syndicats ne s'est opposé au texte, bien que MG France et la FMF se soient abstenus de le signer.

Cet accord semble aller dans le sens d'une mise en valeur de la coordination des professionnels de santé libéraux, néanmoins il ne nous semble pas assez novateur, restant sur ce point dans des propositions consensuelles concernant surtout le désengorgement des hôpitaux par une meilleure prise en charge à domicile des ALD. Il est regrettable à ce sujet que l'ACIP ne se soit pas plus inspiré des ENMR, malgré le fait que ce ne soit qu'expérimental.

Par ailleurs, le texte ne semble pas faire écho à certaines volontés exprimées lors de la réunion du conseil de l'UNCAM du 27 janvier 2011, ce qui nous apparaît inopportun :

« Le Conseil suggère que dans le cadre des négociations de l'ACIP, l'item "délivrance et coordination des soins" comporte un point sur les modes de rémunération des professionnels de santé et sur les dispositions relatives à leur installation sur le territoire national. »¹

Enfin, ce texte conventionnel reste très axé sur l'efficacité du système de santé et, à notre sens, ne prend pas assez compte des besoins des professions de santé, notamment des médecins généralistes. En effet, vouloir maîtriser les dépenses de santé est effectivement très important. Néanmoins, si personne n'est là pour soigner la population parce que le métier est trop difficile, pas assez valorisé et peu aidé, la question de la qualité et de l'efficacité des soins ne se posera plus.

1 Réunion du conseil de l'UNCAM, Procès Verbal, 27 janvier 2011, p. 13-17.

CONCLUSION

Les nombreux tenants et aboutissants de la mise en place du paiement à la performance en France révèlent de multiples questions éthiques. Les réponses que nous avons pu apporter nous font douter du fait que cette rétribution soit vraiment la réponse la *moins mauvaise* aux problématiques soulevées.

La rémunération sur objectifs de santé publique sert essentiellement deux buts : améliorer la qualité et l'efficacité des soins et pratiques médicales. Dès cette affirmation, plusieurs obstacles viennent nous faire douter du bien-fondé de l'utilisation de cet outil pour y parvenir.

Pour commencer, ce mode de rétribution est basé sur un parti-pris : celui de gratifier les praticiens pour la qualité de leurs pratiques *mesurables*.

Cela passe notamment par l'utilisation importante de l'EBM pour définir les indicateurs qui conditionnent le pécule que le médecin recevra. Pourtant nous avons montré qu'il est évident que ce n'est pas suffisant et en même temps trop rigide pour qualifier la pratique médicale. Bien sûr, il faut reconnaître que les critères concernant l'organisation du cabinet représentent un grand pas en avant dans l'aide apportée au praticien dans la gestion administrative de son activité. Néanmoins tout le pan social de celle-ci n'est pas évoqué, composant pourtant une partie essentielle du métier de médecin, notamment en ce qui concerne les omnipraticiens. Parallèlement à la mise en place du paiement à la performance, et toujours dans l'idée de pouvoir quantifier l'art médical, on cherche à analyser les consultations pour les tarifier de façon pertinente. Mais là encore se pose la question du travail non-mesurable du praticien,

du temps qu'il passe à simplement parler avec son patient, par exemple. Une question se pose alors : faut-il rémunérer les pratiques que l'on peut chiffrer en risquant de dévaloriser celles pour lesquelles ce serait trop complexe ?

Le paiement à la performance, ensuite, se heurte à des questions spécifiques à sa mise en place dans le système de santé.

Tout d'abord les médecins sont les premiers témoins de ce que l'évaluation des pratiques peut occasionner comme pathologies liées au travail sur leurs patients : harcèlement, dépression, suicide, etc. Dans ces conditions il paraît malaisé de les rémunérer à la performance : le *burn-out* est déjà une réalité dans cette profession, peut-être mérite-t-elle une meilleure protection ? D'autant plus que le concept de performance appliquée à la santé apparaît être une notion très large, peut-être trop vaste pour souffrir une quelconque appréciation comptable. Là encore, la rémunération sur objectifs de santé publique ne rémunère qu'en ce qu'elle est calculable et, surtout, rentable pour les caisses d'assurance maladie, qui financent le système de santé.

Car, en effet, cette nouvelle rétribution, qui prend la forme d'un forfait, nous a fait nous poser la question de la rémunération des médecins libéraux et de ce qu'elle représente.

Nous adhérons pleinement à la thèse de Jean Savatier quant à la nature libérale de toute la profession libérale. Due entre autres à l'indépendance professionnelle et thérapeutique des praticiens, elle est à différencier des modes d'exercice et donc des différentes rémunérations qui peuvent exister. En effet, même si l'indépendance, le salariat, les médecines hospitalière et militaire accordent différentes valeurs à ce qui est rémunéré, tous les médecins respectent de grands principes éthiques et déontologiques qui s'imposent à eux. Ainsi le paiement à la performance n'apparaît pas vraiment néfaste de ce point de vue : ce n'est qu'une

nouveauté qui, par ailleurs, s'inscrit dans une logique ancienne de rationalisation des dépenses de santé.

En effet, ce n'est pas la première fois que les médecins sont confrontés à ce type de rémunération, issu d'outils conventionnels similaires.

Le conventionnement médical est une aliénation *financière* des médecins à l'assurance maladie, dans un but éthique et solidaire d'efforts partagés et destinés à offrir à tous un accès aux soins. Au fil des années, le paradigme a rapidement évolué, l'assurance maladie voyant les dépenses de santé qu'elle finance s'envoler. Ainsi l'économie faisait irruption dans la pratique médicale, l'accès aux soins se doublant d'une volonté de pratiques de qualité et, surtout, *efficientes*. Recommandations de bonne pratique, références médicales opposables, divers contrats de bon usage des soins... Le paiement à la performance n'est pas né du néant, c'est un des maillons de la chaîne de maîtrise des dépenses de santé. Ceci explique peut-être les réactions somme toute prévisibles des différents acteurs du petit monde médical.

Si l'on observe les fondements historiques et les valeurs portées par les différents protagonistes institutionnels, nous pouvons nous faire une idée assez marquée des idéologies qu'il véhicule.

Ainsi, la CSMF, par exemple, est un syndicat très porté sur le respect des principes de la médecine libérale. Néanmoins elle se veut organe de représentation symbolique et important, notamment car plus ancienne que d'autres. Conserver sa légitimité passe aussi par la participation au conventionnement, d'autant plus quand lutter paraît inutile : l'assurance maladie avait proposé le CAPI aux syndicats médicaux qui, par leur refus, n'ont pas pu ensuite bénéficier d'une voix dans sa mise en place... Cela ne pouvait se reproduire. C'est d'ailleurs aussi pour cette raison que

MG France s'est engagé dans cette voie, pour améliorer le dispositif en place, le surveiller : ce syndicat, avec les combats qu'il a menés, sait qu'il faut faire attention à la mise en œuvre et à l'évolution de cette rémunération. L'Ordre des médecins désapprouve très profondément le paiement à la performance : il doit défendre la déontologie et, comme nous l'avons présenté à différentes reprises dans notre travail, ce supplément de rétribution ne nous paraît pas en accord avec certains des principes portés par la médecine. Quant au SMG, les reproches qu'il fait à la rémunération sur objectifs de santé publique sont très nombreux. Cela s'explique en grande partie par son affiliation à la médecine sociale.

En effet, le paiement à la performance nous semble révéler une fois de plus les conflits opposant médecine sociale et médecine dominante, pourtant les revendications des médecins nous semblent actuellement plutôt tenir de la première.

La médecine dominante est cette médecine hospitalo-universitaire, qui s'intéresse à des cas particuliers, publie et encense l'EBM. La médecine sociale a un côté pluridisciplinaire plus poussé, prônant une prise en charge globale du malade, dans son tout physique, culturel, social, psychologique, etc. La coopération est donc assez privilégiée, ainsi que le travail en exercice groupé, pour faciliter la coordination des soins. Le paiement à la performance, dans tout ça, semble se rapprocher du principe de la médecine dominante, oubliant tout ce qui n'est pas mesurable de la qualité qu'il évalue. Or, de plus en plus de jeunes médecins choisissent le salariat comme mode d'exercice, pour ne pas être indépendants devant de lourdes charges, une masse de travail trop importante et une solitude fréquente dans l'exercice libéral. Le rejet de la médecine libérale traditionnelle nous fait nous demander si un renouveau de l'idée de médecine sociale ne refait pas surface. Néanmoins, que ce soit le cas ou pas, il paraît évident que le paiement à la performance est au moins insuffisant face aux revendications exprimées par la profession. En effet, alors que la

densité médicale n'est pas assez élevée et va en s'aggravant, ce sont même des médecins libéraux installés depuis longtemps qui décident de devenir salariés. En ce qui concerne la médecine générale, comment penser qu'une rémunération qui ne prend pas en compte la moitié de ce qu'elle est pourrait la rendre attractive ? Le seul point positif que nous trouvons à cette rétribution réside dans la compulsion individuelle des praticiens quant aux données de leur activité. En effet, eux savent qu'elles sont incomplètes et peuvent s'en servir *personnellement* pour améliorer leurs pratiques, en toute objectivité.

De ce constat, nous remarquons que de nouvelles initiatives se mettent en place en dehors du conventionnement médical, toujours pour promouvoir l'efficience et la qualité des soins, mais dans une optique qui répond plus, à notre avis, aux problématiques actuelles que méconnaît le paiement à la performance.

En effet, les ENMR nous semblent très proches d'une vision adoucie de la médecine sociale. Ils permettent un exercice en groupe, une rémunération commune, le salariat, le forfait, etc. Bref, ils répondent mieux que le paiement à la performance sur ce genre de critères. Quant à l'amélioration des pratiques, nous pensons que ce type d'exercice ne peut qu'améliorer la santé de la population sur le territoire qu'elle couvre. Néanmoins ceci reste à prouver, ce que nous pourrions constater lors du calcul des résultats de ces expérimentations. De manière plus concrète, l'ACIP mis en place récemment n'a, quant à lui, pas eu de précédent pour éprouver sa fonctionnalité. Ce conventionnement pluridisciplinaire nous paraît aller dans le sens d'une meilleure coopération des différents professionnels de santé, néanmoins ses objectifs et moyens semblent moins novateurs que pour les ENMR. Là encore, seul le temps nous dira quelle est l'efficacité d'un tel système.

Ainsi, nous pensons que la rémunération sur objectifs de santé publique n'est

pas destinée à se développer outre mesure, car bien trop limitée et sujette à caution, pour certains points. Nous citerons Mme Polton, pour résumer notre pensée :

« La rémunération à la performance n'est qu'un élément, qui doit à mon avis rester modeste, d'un tout sur lequel il faut réfléchir, c'est un équilibre global »¹

Ceci étant, notre travail apparaît carencé, et nous pensons que de nombreuses facettes sont encore à dévoiler.

En effet, il serait par exemple intéressant dans un travail ultérieur de se pencher plus en avant sur la notion de *qualité* en médecine, très développée en ce qui concerne la médecine hospitalière², et de son application à la médecine ambulatoire.

Des développements concernant les rôles et avis de l'Ordre des médecins et de la HAS seraient aussi nécessaires pour compléter la vue d'ensemble des acteurs concernés par le paiement à la performance.

La question se pose aussi de savoir s'il ne serait pas possible de contrôler plus fermement les prix des médicaments, au lieu de demander aux seuls médecins de supporter des objectifs d'efficience dans leurs prescriptions.

Par ailleurs, nous avons émis des hypothèses sur l'évolution du paiement à la performance en nous basant sur des expériences étrangères : il faudrait d'un côté surveiller sa progression concrète, et de l'autre rechercher si à l'étranger des projets tels que les ENMR ou les ACIP ont été mis en place, pour étudier leurs résultats.

En bref et pour finir, rien est fait, tout est à construire.

1 POLTON Dominique, Entretien du 31/05/2012, 19'45, [en ligne] <http://liberty.fdn.fr/>

2 Notamment avec les thèses de Avedis Donabedian.

ANNEXES

ANNEXE 1 :

Indicateurs	Points
Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de patientèle	75
Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	50
Informatisation permettant de télé-transmettre et d'utiliser des télé-services	75
Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé	150
Affichage dans le cabinet et sur le site ameli des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients	50

ANNEXE 2 :

Indicateurs	Points
<p>Nombre de dosages de l'HbA1c :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme médecin traitant (MT) et bénéficiant de 3 à 4 dosages d'HbA1c dans l'année parmi l'ensemble des patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme médecin traitant. • Objectifs cibles : $\geq 65\%$ • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 10 patients. 	30
<p>Résultats du dosage de l'HbA1c < à 8,5%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 8,5% parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme médecin traitant. • Objectifs cibles : $\geq 90\%$ • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 10 patients. 	15

<p>Résultats du dosage de l'HbA1c < à 7,5 %</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 7,5% parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme médecin traitant. • Objectifs cibles : ≥ 80% • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 10 patients. 	25
<p>Résultats du dosage de LDL < 1,5 g/l</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,5 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme médecin traitant. • Objectifs cibles : ≥ 90% • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 10 patients. 	10
<p>Résultats du dosage de LDL < 1,3 g/l</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,3 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme médecin traitant. • Objectifs cibles : ≥ 80% • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 10 patients. 	25
<p>Surveillance ophtalmologique (fond d'œil)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients MT traités par antidiabétiques et bénéficiant d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antidiabétiques. • Objectifs cibles : ≥ 80% • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 10 patients. 	35
<p>Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par une statine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients MT traités par antidiabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines parmi l'ensemble des patients MT de mêmes tranches d'âge traités par antidiabétiques et antihypertenseurs • Objectifs cibles : ≥ 75% • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 10 patients. 	35
<p>Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par l'aspirine à faible dose</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients MT diabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines et bénéficiant d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant, rapporté à l'ensemble des patients MT diabétiques de mêmes tranches d'âge traités par antihypertenseurs et statines. • Objectifs cibles : ≥ 65% • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 10 patients. 	35
<p>Résultats de la mesure de la pression artérielle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients MT traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est à 140/90 mm Hg, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antihypertenseurs. • Objectifs cibles : ≥ 60% • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 20 patients. 	40

ANNEXE 3 :

Indicateurs	Points
Vaccination antigrippale des 65 ans et plus <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT de 65 ans ou plus. • Objectifs cibles : $\geq 75\%$ • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 20 patients. 	20
Vaccination antigrippale de 16 à 64 ans en ALD <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination • Objectifs cibles : $\geq 75\%$ • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 10 patients. 	20
Dépistage du cancer du sein <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein rapporté au nombre de femmes MT de 50 à 74 ans. • Objectifs cibles : $\geq 80\%$ • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 20 patients. 	35
Vasodilatateurs <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients MT âgés de plus de 65 traités, rapporté au nombre des patients MT âgés de plus de 65 ans. • Objectifs cibles : $\leq 5\%$ • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 20 patients. 	35
Benzodiazépines à demi-vie longue <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans traités, rapporté au nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans. • Objectifs cibles : $\leq 5\%$ • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 20 patients. 	35
Durée de la prescription des benzodiazépines <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD à partir de 01/01/2012 et d'une durée supérieure à 12 semaines, rapporté au nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD sur la même période. • Objectifs cibles : $\leq 12\%$ • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 5 patients. 	35
Dépistage cancer du col de l'utérus <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années, rapporté à l'ensemble des patientes MT de 25 à 65 ans. • Objectifs cibles : $\geq 80\%$ • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 20 patients. 	35
Usage pertinent de l'antibiothérapie <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de traitements par antibiotiques pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD rapporté au nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD. • Objectifs cibles : $\leq 37\%$ • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 20 patients. 	35

ANNEXE 4 :

Indicateurs	Points
<p>Prescriptions dans le répertoire d'Antibiotique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes). • Objectifs cibles : $\geq 90\%$ • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 40 boîtes. 	60
<p>Prescriptions dans le répertoire d'Inhibiteurs de la pompe à protons</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescription (en nombre de boîtes) des IPP dans le répertoire des génériques / l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes). • Objectifs cibles : $\geq 85\%$ • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 35 boîtes. 	60
<p>Prescriptions dans le répertoire de Statines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescription (en nombre de boîtes) des statines dans le répertoire des génériques / l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boîtes). • Objectifs cibles : $\geq 70\%$ • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 30 boîtes. 	60
<p>Prescriptions dans le répertoire d'Antihypertenseurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescription (en nombre de boîtes) des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes). • Objectifs cibles : $\geq 65\%$ • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 30 boîtes. 	55
<p>Prescriptions dans le répertoire d'Antidépresseurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescription (en nombre de boîtes) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes). • Objectifs cibles : $\geq 80\%$ • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 30 boîtes. 	55
<p>Ratio IEC/IEC + sartans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescription (en nombre de boîtes) d'IEC / l'ensemble des IEC + sartans prescrits (en nombre de boîtes). • Objectifs cibles : $\geq 65\%$ • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 50 boîtes. 	55
<p>Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires. • Objectifs cibles : $\geq 85\%$ • Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur : 10 patients. 	55

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES :

BENTHAM Jeremy, *Deontology or, The science of morality : in which the harmony and coincidence of duty and self-interest, virtue and felicity, prudence and benevolence, are explained and exemplified : from the MSS. of Jeremy Bentham*, John Bowring , 1834.

BERGER Adolf, *Encyclopedic dictionary of Roman law, Transactions of the American Philosophical Society*, New Series, Volume 43, Partie 2, 1953.

BRIAU René Marie, *L'assistance médicale chez les Romains*, Imprimerie impériale, Paris, 1870.

CAMPERGUE Rachel, *No mammo ? Enquête sur le dépistage du cancer du sein*, éditions Max Milo, 2011.

CORNU Gérard et Association Henri Capitant, *Vocabulaire juridique*, 7^{ème} édition, PUF, 2006.

DUPEYROUX Jean-Jacques, *Droit de la Sécurité sociale*, Dalloz, Précis, 13^o édition, 1998.

FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical*. Paris, France: Presses Universitaires de France, 1963.

GRASSET Joseph, *Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes*, 3^{ème} édition, revue, augmentée et suivie de quelques principes de déontologie médicale (devoirs des médecins entre eux), Montpellier, C. Coulet, 1896.

GUILLAUME Pierre, *Mutualistes et médecins, conflits et convergences (XIXe-XXe siècles)*, Paris, Les Éditions de l'Atelier, 2000.

KLOTZ Henri-Pierre, *Premier congrès international de Morale médicale*, Paris, Masson, 1955.

LÉONARD Jacques, *La vie quotidienne du médecin de province au XIXème siècle*, Hachette, 1977.

LITTRÉ Émile, *Œuvres complètes d'Hippocrate*, vol. II, Paris, J.-B. Baillière, 1840.

MÉLENNEC Louis et DORSNER-DOLIVET Annick, *Les honoraires médicaux*, Traité de droit médical, volume 5, Éditeur Maloine, 1981.

PEZÉ Marie, *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*, *Journal de la consultation Souffrance et Travail*, Pearson, 2008.

PORTES Louis, *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson, 1954.

SAMAMA Evelyne, *Les médecins dans le monde grec : sources épigraphes sur la naissance d'un corps médical*, Genève, Librairie Droz, 2003.

SIMON Max, *Déontologie médicale ou les devoirs et les droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation*, Paris, Baillière, 1845.

VERDIER Jean, *La jurisprudence de la médecine en France, ou Traité historique et juridique des établissemens, réglemens, police, devoirs, fonctions, honneurs, droits et privilèges des trois corps de médecine, avec les devoirs, fonctions et autorités des juges à leur égard. Première*

partie, commune à toutes les professions de la médecine, Alençon, impr. de Malassis le jeune, 1762-1763.

VERGEZ-CHAIGNON Bénédicte, *Le monde des médecins au XX^e siècle*, Éditions Complexe, 1996.

ARTICLES :

ALBOUY Valérie, DEPREZ Muriel, *Trésor-éco*, n°42, Direction générale du Trésor et de la Politique économique, Ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi, Septembre 2008.

ALLEN J., GAY B., CREBOLDER H., HEYRMANN J., SVAB I., RAM P., « The European Definitions of the Keys Features of the Discipline of General Practice », *BJGP*, juin 2002.

ATTAL-TOUBERT Ketty, VANDERSCHULDEN Mélanie, *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*, Études et résultats n°679, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, février 2009.

Autier P, Boniol M, Gavin A, Vatten LJ, « Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database », *BMJ*, 2011, 343:d4411.

BAYLE-INIGUEZ Anne, DE SAINT ROMAN Henri, « Ce que change l'accord-cadre "interpro" », *Le quotidien du médecin*, n°9120, 26 avril 2012.

BOURQUELOT Lucie, « Le congrès médical de France : défense d'une profession libérale sous la Monarchie de Juillet », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, T. 86, n°2, La médicalisation en France du XVIII^e au début du XX^e siècle, 1979.

BROCAS Anne-Marie, « La convention médicale de 1993 », *Droit social*, n°4, avril 1994, p. 422-426.

Calvert M, Shankar A, McManus RJ, Lester H, Freemantle N, « Effect of the quality and outcomes framework on diabetes care in the United Kingdom : retrospective cohort study », *BMJ*, 2009 ;338b1870.

CAPJ secours, pourquoi, comment, 21 janvier 2012 [consulté le 01/03/2012]
<http://www.mgfrance.org/content/view/1219/1/>

Casalino LP, Alexander GC, Jin L, Konetzka RT, « General internists' views on pay-for-performance and public reporting of quality scores: a national survey », *Health Aff (Millwood)*, 26 avril 2007, (2):492-499.

CAUMEL DE SAUVEJUNTE Marc, « Une clinique sans (r)egard ? », *Journal français de psychiatrie* 2/2002, n°16, p. 38-39.

CHAPERON Jacques, « La convention médicale de 1946 à nos jours », *Prescrire*, n°164, juillet-août 1996, T.16, p. 550-555.

DE JUGLART, « L'obligation de renseignements dans les contrats », *Revue trimestrielle de droit civil*, 1945, p. 1.

DUBOUIS Louis, « La cinquième convention nationale médicale : la crise du système conventionnel », *RTDSS*, avril-juin 1990, p. 310-317.

Evidence-based Medicine Working Group, « Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice », *JAMA*, 268/17, 1992, p. 2420-2425.

GIARD Luce, PIETTE Danielle, POU CET Thierry, « Médecine, santé et usagers », *Bulletin du Groupe de liaison pour l'action culturelle scientifique*, n°10, septembre 1980.

Govaert TM, Thijs CT, Masurel N, Sprenger MJ, Dinant GJ, Knotterus JA, « The efficacy of influenza vaccination in elderly individuals. A randomized double-blind placebo-controlled trial », *JAMA*, 1994, 272:1661-5.

HARDY-DUBERNET Anne-Chantal, FAURE Yann, *Le choix d'une vie... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005*, Document de travail n°66, Série Études, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, décembre 2006.

HASSENTEUFEL Patrick, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la santé*, 2008/1 n° 18, p. 21-28.

Hœrni Bernard, « La loi du 30 novembre 1892 », *Histoire des Sciences Médicales*, Tome XXXII, n°1, 1998, p. 63.

HOLUÉ Catherine, LEGMANN Michel, LE PEN Claude, HAMON Jean-Paul, *Le Paiement à la performance est-il un jeu de dupes ?*, *Médecins*, n°22, mars-avril 2012, p. 10.

JAISSON Marie, « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3/2002 (n°143), p. 31-35.

JOBIN Guy, « La médecine basée sur les données probantes, Quelle place pour l'éthique ? », 15 décembre 2002, [consulté le 23/05/2012] [http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/824f6749b452e94dc125703f003c3d4d/76070534a0d199a6c12570a500515290/\\$FILE/Jobin.pdf](http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/824f6749b452e94dc125703f003c3d4d/76070534a0d199a6c12570a500515290/$FILE/Jobin.pdf)

Jørgensen KJ, Zahl PH, « Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study », *BMJ*, 23 mars 2010, 340:c1241.

KAYSER Marie, Mais qui est le SMG ?, [consulté le 18/05/2012] <http://www.smg-pratiques.info/Mais-qui-est-le-SMG.html>

KERLEAU Monique, « L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des dépenses de santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 16, n°16-4, 1998, p. 5-34.

« Le généraliste a droit à sa cotation de spécialiste », article en ligne du Télégramme, 26 avril 2010, [consulté le 10/05/2012] <http://www.letelegramme.com/ig/generales/regions/morbihan/loyat-56-le-generaliste-a-droit-a-sa-cotation-de-specialiste-26-04-2010-888225.php>

Le Médecin Syndicaliste, janvier 1928.

LE ROUX Thomas, « Le siècle des hygiénistes », *La Vie des idées*, 14 juin 2010.

Les sept fondamentaux ou la nécessaire clarté de choix essentiels : de l'appel de juin 1986 à aujourd'hui, *Voici MG France*, Osmose, supplément n°15, janvier 1990, [consulté le 02/03/2012] http://www.mgfrance.org/documents/evenements/MGF_20ans/explorer/1.Historique/Fondamentaux/7%20points%20fondamentaux.PDF?bw=800&bh=500

LORIOU Marc, « Hygiène contre Panacée : Les blocages de la santé publique en France », *Humanisme et Entreprise*, N° 257, février 2003, p. 17-40.

Médecin de France, 1^{er} mars 1929, p. 140.

Médecin de France, 12 octobre 1936, p. 947.

MOSSUZ Janine, « La régulation des naissances : les aspects politiques du débat », *Revue française de science politique*, 16^{ème} année, n°5, 1966, p. 913-939.

Mouvement d'Action des Généralistes, *Médecine générale et santé : principes et perspectives*, février 1986.

NYE Robert A., « Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947 », *Le Mouvement Social*, 2006/1, n°214, p. 19-36.

O'Connor PJ et al., « Variation in quality of diabetes care at the levels of patient, physician, and clinic », *Prev Chronic Dis*, janvier 2008, 5(1):A15.

Paiement sur objectifs de santé publique : le paiement à la performance pour les nuls, supplément au *Médecin de France* n°1180, 15 février 2012, En-tête.

PENNEAU Michel et PENNEAU Jean, « Recommandations professionnelles et responsabilité médicale », *Médecine et Droit*, n°28, 1998, p. 4-6.

Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S, « Does pay-for-performance improve the quality of health care ? », *Ann. Intern. Med.*, 2006 ; 145:265-72.

PINCEMIN Jacqueline, LAUGIER Alain, « Les médecins », *Revue française de science politique*, 9^e année, n°4, 1959, p. 881-900.

POLTON Dominique, « Peut-on améliorer à la fois la qualité et l'efficacité de la prescription médicamenteuse ? », *Revue française des affaires sociales*, n°3-4, 2007, p. 73-86.

PRÉTOT Xavier, « La quatrième convention nationale entre les organismes d'assurance maladie et le corps médical », *Droit Social*, n°11, novembre 1985, p. 784-800.

PRIEUR Christian, « L'évolution historique de l'organisation des relations entre la médecine libérale et les régimes d'assurance maladie : 1930-1976 », *Revue trimestrielle de droit sanitaire et social*, 1976, p. 305.

RAVOUX Vincent, « La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé : contribution à l'analyse d'un concept », *Droit social*, n°6, juin 1994, p. 578-585.

RICHET Gabriel, « Pierre Rayer et la fondation en 1858 de l'Association Générale des Médecins de France, un événement socio-politique méconnu », *Histoire des sciences médicales*, 2001, vol. 35, n°4, p. 435-443.

Rosenthal MB, Frank RG, « What is the empirical basis for paying for quality in health care ? », *Med Care Res Rev*, 2006 ; 63:135-57.

SACKETT D., ROSENBERG W., GRAY J. A. M., HAYNES R. B., RICHARDSON W., « Evidence based medicine : what it is and what it isn't », *BMJ*, vol. 312, n°7023, 13 janvier 1996, p. 71-72.

SAPIRO Gisèle, « Les professions intellectuelles entre l'État, l'entrepreneuriat et l'industrie », *Le Mouvement Social*, n° 214, janvier-mars 2006, [consulté le 17/05/2012] <http://mouvement-social.univ-paris1.fr/document.php?id=366>

Shojania KG et al., « Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis », *JAMA*, 26 juillet 2006, 296(4):427-40.

Snyder L, Neubauer RL, « Pay-for-performance principles that promote patient-centered care : an

ethics manifesto », *Ann. Intern. Med.*, 4 décembre 2007, 147(11):792-794.

Tuerk PW, Mueller M, Egede LE, « Estimating physician effects on glycemic control in the treatment of diabetes: methods, effects sizes, and implications for treatment policy », *Diabetes Care*, mai 2008, 31(5):869-73.

VAN DORMAEL Monique, « Le centre de santé intégré et les maisons médicales, jalons pour les soins de santé primaires », *Cahier du Groupe d'Étude pour une Réforme de la Médecine*, n°152, décembre 1981.

VERGEZ-CHAIGNON Bénédicte, « Le syndicalisme médical français de sa naissance à sa refondation : intérêts et morale au pays de l'individualisme (1892-1945) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine (1954-)*, T. 43e, N°4, Médicalisation et professions de santé XVI^e-XX^e siècles, Oct.-Déc. 1996, p. 709-734.

Young GJ, Burgess JF, White B, « Pioneering pay-for-quality : Lessons from the rewarding results demonstration », *Health Care Financing Review*, Fall 2007 ; 29(1):59.

RAPPORTS :

ARS d'Ile-de-France, Note diagnostique, 9^e version, « État de santé et inégalités sociales et territoriales : éléments de diagnostic francilien », 18 janvier 2011, [consulté le 25/04/2012] http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/3_Nos_Actions/3_PRS/Note_diagnostic_ISTS_V9_180111.pdf

Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, *Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*, Avis n°101, 28 juin 2007.

Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière, *Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français : État des lieux et Perspectives*, juillet 2008.

Cour des comptes, *Rapport sur la Sécurité sociale*, Les éditions des Journaux officiels, septembre 1996.

Cour des comptes, *Rapport sur la Sécurité sociale*, Les éditions des Journaux officiels, septembre 1997.

Cour des comptes, *Rapport sur la Sécurité sociale*, Les éditions des journaux officiels, septembre 2000.

ÉVIN Claude, Rapport fait au nom de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales, sur la proposition de loi de M. Jean Le GARREC (n°3520) portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 janvier 2002, [consulté le 05/05/2012] http://www.assemblee-nationale.fr/11/rapports/r3524.asp#P152_19330

IGAS, *L'information des médecins généralistes sur le médicament*, Rapport n°RM 2007-136P, septembre 2007.

OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 1999, Pour un réel changement*, 1999.

OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2000, Pour un système de santé plus performant*, 2000.

PROSPERE, Rapport 2011 pour l'équipe émergente PROSPERE, p. 29-33 [consulté le 24/03/2012]
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Partenariats/Prospere/ProspereRapportActivite2011.pdf>

Rapports sur les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 et 2011 suite aux épreuves classantes nationales, site de la direction recherche, études, évaluation et statistiques du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, [consulté le 15/04/2012] <http://www.drees.sante.gouv.fr/>

TRAVAUX UNIVERSITAIRES :

BOUTILLIER Bertrand, *Vision des étudiants de PCEM et DCEM sur la médecine générale*, Mémoire de médecine, Université d'Amiens, 2004, [consulté le 16/02/2012]
<http://www.remede.org/spip/IMG/memoire.pdf>

CHENEVOY-GUERIAUD Marie, *Les conventions nationales médicales*, thèse de doctorat, Droit, Clermont-Ferrand, 2002.

« De nouveaux modes de rémunération pour une médecine de ville plus qualitative ? », Module interprofessionnel de santé publique, Groupe n°30, EHESP, 2008, [consulté le 30/04/2012]
http://ressources.ensp.fr/memoires/2008/mip/groupe_30.pdf

FOSSE-POLIAK Claude, MAUGER Gérard, « "Choix" politiques et "choix" de recherches : essai d'auto-socio-analyse (1973-1984) », *Cahiers du réseau Jeunes et Sociétés*, n°3-4-5, février 1985, p. 27-121, [consulté le 15/05/2012] <http://coulmont.com/blog/fichiers/2009/choix-politiques-mauger-poliak.pdf>

GAIDIOZ Camille, RUHLMANN Stéphane, *Pourquoi la spécialité médecine générale est-elle mal classée aux choix des épreuves classantes nationales ?*, thèse de médecine, U.F.R LYON-RTH Laennec, 2008.

GELLER Markham J., *Ancient Babylonian Medicine, Theory and Practice*, Malden et Oxford, 2010, [consulté le 19/04/2012] <http://www.scribd.com/doc/54303374/Ancient-Babylonian-Medicine-Theory-and-Practice>

SAINT-LARY Olivier, *Problématiques éthiques soulevées par l'introduction du paiement à la performance en France dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)*, Mémoire de master 1 en santé publique, spécialité : recherche en éthique, Paris : Laboratoire d'éthique médicale de l'Université René Descartes, 2010

SAINT-LARY Olivier, *Quelle appréciation les médecins généralistes français ont-ils des problématiques éthiques induites par l'introduction du paiement à la performance ?*, Mémoire de master 2 de recherche en éthique, Paris : Laboratoire d'éthique médicale de l'Université René Descartes, 2011.

SAVARD Guillaume, *Enjeux et limites de la médecine factuelle (Evidence-based medicine)*, Mémoire pour le DEA en éthique médicale et biologique, Paris : Laboratoire d'éthique médicale de l'Université René Descartes, 2003.

SAVATIER Jean, *Étude juridique de la profession libérale*, thèse de doctorat, Droit, Poitiers, 1946.

TEIL Alice, *Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière*, Thèse de doctorat es sciences de gestion, Lyon : Université Jean Moulin, 2002.

CORPUS DE DROIT :

Décret d'Allarde des 2 et 17 mars 1791.

Loi Le Chapelier du 14 juin 1791.

Loi du 21 mars 1884 dite Waldeck-Rousseau relative aux syndicats professionnels, JORF, 22 mars 1884, p. 1577.

Loi du 15 juillet 1893 Assistance médicale gratuite, JORF, 18 juillet 1893, p. 3681.

Loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités dans les accidents du travail, JORF, 10 avril 1898, p. 2209.

Loi du 5 avril 1928 sur les Assurances sociales, JORF, 12 avril 1928.

Loi du 30 avril 1930 modifiant et complétant la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales, JORF, 1^{er} mai 1930, p. 4819-4833.

Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

Ordonnance n°45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme, JORF, 28 septembre 1945, p. 6083.

Ordonnance n°45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles, JORF, 20 octobre 1945, p. 6721-6731.

Arrêté du 6 novembre 1945 portant institution d'une commission permanente de la nomenclature générale des actes professionnels, JORF, 21 novembre 1945, p. 7736.

Loi n°47-649 du 9 avril 1947, dite loi « Morice ».

Décret n°47-1169 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale, JORF, 28 juin 1947, p. 5993-5997.

Loi n°49-489 du 12 avril 1949 portant extension aux militaires du bénéfice de la Sécurité sociale, JORF, 13 avril 1949, p. 3730.

Décret n°55-1591 du 28 novembre 1955 portant code de déontologie médicale et remplaçant le règlement d'administration publique n°47-1169 en date du 27 juin 1947, JORF, 6 décembre 1955, p. 11856-11862.

Ordonnance n°59-126 du 7 janvier 1959 portant association ou intéressement des travailleurs à l'entreprise, JORF, 9 janvier 1959, p. 641.

Décret n°60-451 du 12 mai 1960 relatif aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux, JORF, 13 mai 1960, p. 4356-4358.

Ordonnance n°67-706 du 21 août 1967 relative à l'organisation administrative et financière de la Sécurité sociale, JORF, 22 août 1967, p. 8403.

Loi n°70-1325 du 31 décembre 1970 relative aux avantages sociaux des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, JORF, 3 janvier 1971, p. 79.

Loi n°71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les

praticiens et auxiliaires médicaux modifiant les art. L.257, L.259 à L.265 et L.613-16 du Code de Sécurité sociale (conventions nationales), JORF, 6 juillet 1971, p. 6571.

Arrêté du 29 octobre 1971 portant approbation de la convention nationale des médecins annexée au présent arrêté (soins, tarif des honoraires commission médico-sociale paritaire départementale, commission médico-sociale paritaire nationale), JORF, 31 octobre 1971, p.10758-10763.

Arrêté du 27 mars 1972 relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, JORF, 31 mars 1972, p.3282-3286.

Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 dite Simone Veil relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), JORF, 18 janvier 1975, p. 739.

Loi n°75-603 du 10 juillet 1975 relative aux conventions entre les caisses d'assurance maladie du régime général de la Sécurité sociale, du régime agricole et du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles et les praticiens et auxiliaires médicaux : modifie les art. L.259I, L.259II, L.261, L.262, L.267 du Code de Sécurité sociale, JORF, 11 juillet 1975, p. 7127.

Arrêté du 2 août 1975 portant approbation de la convention nationale transitoire des médecins du 13-06-1975 annexée au présent arrêté, JORF, 22 août 1975, p. 8602-8604.

Arrêté du 30 mars 1976 portant approbation de la convention nationale des médecins du 03-02-1976 (tarifs des honoraires ; annexes I & II), JORF, 1^{er} avril 1976, p. 1978.

Arrêté du 22 juillet 1976 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des médecins du 03-02-1976, JORF, 6 août 1976, p. 4763.

Décret n°79-506 du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale, JORF, 30 juin 1979, p. 1568-1572.

Arrêté du 5 juin 1980 portant approbation de la convention conclue entre, d'une part, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et conjointement la caisse centrale de secours mutuels agricoles et la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et, d'autre part, la fédération des médecins de France, JORF, 6 juin 1980, numéro complémentaire, p. 4938-4945.

Arrêté du 4 juillet 1985 portant approbation de la convention nationale des médecins, JORF, 5 juillet 1985, p. 7554-7560.

Loi n°87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social, JORF, 31 juillet 1987, p. 8574 -08583.

Arrêté du 7 juillet 1989 portant approbation de la convention nationale des médecins et de son avenant n°7, JORF, 9 juillet 1989, p. 8631-8635.

Arrêté du 27 mars 1990 portant approbation de la convention nationale des médecins, JORF, 30 mars 1990, p. 3882-3896.

Loi n°93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre professions de santé et l'assurance maladie, JORF n°3, 4 janvier 1993, p. 251-255.

Arrêté du 25 novembre 1993 portant approbation de la convention nationale des médecins, JORF, 26 novembre 1993, p. 16297.

Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, JORF n°209, 8 septembre 1995, p. 13305-13310.

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, JORF n°98, 25 avril 1996, p. 6311.

Arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes, JORF n°75, 29 mars 1997, p. 4897.

Arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la Convention nationale des médecins spécialistes, JORF n°75, 29 mars 1997, p. 4922.

Arrêté du 17 octobre 1997 portant approbation de l'avenant n°1 à la Convention nationale des médecins généralistes, JORF n°243, 18 octobre 1997, p. 15152.

Arrêté du 10 juillet 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale, JORF n°160, 12 juillet 1998 p. 10781.

Arrêté du 11 août 1998 modifiant l'annexe 4 du règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale, JORF n°185, 12 août 1998, p. 12303.

Arrêté du 2 octobre 1998 modifiant l'annexe 4 du règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale, JORF n°231, 6 octobre 1998, p. 15118.

Arrêté du 13 novembre 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale, JORF n°264, 14 novembre 1998 p. 17147.

Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes, JORF n°282, 5 décembre 1998, p. 18329.

Arrêté du 24 février 1999 modifiant l'annexe 4 du règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale, JORF n°47, 25 février 1999, p. 2895.

Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, JORF n°172, 28 juillet 1999, p. 11229.

Arrêté du 12 août 1999 modifiant l'arrêté du 13 novembre 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale, JORF n°187, 14 août 1999, p. 12271.

Loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la Sécurité sociale pour 2000, JORF n°302, 30 décembre 1999, p. 19706.

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JORF, 18 janvier 2002, p. 1008.

Arrêté du 31 janvier 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale médicale des médecins généralistes, JORF, 1^{er} février 2002, p. 2143-2147.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF, 5 mars 2002, p. 4118.

Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie, JORF, 7 mars 2002 p. 4263.

Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes, JORF n°150, 29 juin 2002, p. 11215.

Arrêté du 19 février 2003 modifiant l'arrêté du 13 novembre 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale, JORF, 27

février 2003 p. 3492.

Avenant à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins généralistes libéraux et les caisses d'assurance maladie, JORF n°215, 17 septembre 2003, p. 15958.

Décret n°2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste, JORF n°69, 21 mars 2004, p. 5508.

Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, JORF n°183, 8 août 2004, p. 14150.

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF n°190, 17 août 2004, p. 14598.

Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, JORF n°35, 11 février 2005, p. 2275.

Arrêté du 21 mars 2005 portant approbation de l'avenant n° 2 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, JORF n°74, 30 mars 2005, p. 5231.

Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n°12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, JORF n°76, 30 mars 2006, p. 4768.

Arrêté du 6 avril 2007 modifiant l'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins, JORF n°91, 18 avril 2007, p. 6960.

Arrêté du 16 janvier 2007 portant approbation de l'avenant n°19 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, JORF n°18, 21 janvier 2007, p. 1264.

Arrêté du 2 mai 2007 portant approbation de l'avenant n° 23 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, JORF n°103, 3 mai 2007, p. 7826.

Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008, JORF n°0296, 21 décembre 2007, p. 20603.

Loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, JORF n°0294, 18 décembre 2008, p. 19291.

Décret n° 2008-1533 du 22 décembre 2008 relatif à la prime de fonctions et de résultats, JORF n°0304, 31 décembre 2008, Texte 186 sur 272.

Décret n°2009-474 du 27 avril 2009 relatif aux conditions de mise en œuvre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération de professionnels de santé, JORF n°0100, 29 avril 2009, p. 7253.

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167, 22 juillet 2009, p. 12184.

Arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale, JORF n°0104, 5 mai 2010, p. 8110.

Décret n°2010-535 du 20 mai 2010 relatif aux établissements de santé privés d'intérêt collectif, JORF n°0117, 22 mai 2010, p. 9451.

Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF

n°0185, 11 août 2011, p. 13754.

Décret n° 2011-1038 du 29 août 2011 instituant une prime d'intéressement à la performance collective des services dans les administrations de l'État, JORF n°0202, 1er septembre 2011, Texte 49 sur 146.

Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, JORF n°0223, 25 septembre 2011, p. 16080.

Arrêté du 5 mars 2012 portant approbation des avenants n° 3, n° 5 et n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, JORF n°0070, 22 mars 2012, p. 5174.

Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale, JORF n°0108 du 8 mai 2012, p. 8479.

DÉCISIONS DE JUSTICE :

Cass., crim., 27 juin 1885.

Cass., civ., 15 mai 1928, *D*, 1929, 1, p. 53 ; comp. Paris 30 mars 1926, *D*, 1926, 2, p. 99.

CE, Ass., 2 avril 1943, « Bouguen », n°72210.

Trib. Paix Nice 25 septembre 1957, *Gaz. Pal.* 1957, II, p. 246.

CE, section, 13 janvier 1961, « Magnier », n°43548.

CE, 3/5 SSR, 19 février 1975, n°86672 ! 86672 bis « Syndicat des médecins du Rhône et Guy Fradin ».

CE, Section, 18 février 1977, « Hervouët », n°00557.

CE 7/9 SSR, 24 octobre 1979.

CE, 3/5 SSR, 17 novembre 1982, « Syndicat de la médecine générale », n°27574.

Cass., soc., 16 janvier 1985, n°83-11966 , « CPAM des Bouches-du-Rhône contre Lavaurs ».

CC, décision n°89-269 DC, 22 janvier 1990 ; CC, décision n°90-287 DC, 16 janvier 1991.

CE, 5/10 SSR, 31 octobre 1990, n°112105, « Syndicat des biologistes de Bretagne ».

CE, 1/4 SSR, 10 juillet 1992, n°116876 117464 117533 117534, « Confédération des Syndicats Médicaux Français ».

CE, 1/4 SSR, 13 novembre 1995, n°163931, « Fédération des chirurgiens-dentistes de France ».

CE, 1/4 SSR, 30 avril 1997, « Association nationale pour l'éthique de la médecine libérale et autres », n°180838 180839 180867.

CE 1/4 SSR, 26 juin 1998, n°186855 186906 187997 188003 188005, « Confédération des syndicats médicaux français ».

CE Ass., 3 juillet 1998, n°188004 188006 188014 188035 188051 188064, « Syndicat des

médecins de l'Ain et autres ».

CC, décision n° 98-404 DC, 29 décembre 1998.

CE, Section, 14 avril 1999, n°202605 203623, « Syndicat des Médecins Libéraux ».

CE, 1/4 SSR, 28 juillet 1999, n°202606 203438 203487 203541 203589, « Syndicat des médecins libéraux et autres ».

CE, Section, 10 novembre 1999, « Syndicat national de l'industrie pharmaceutique et autres », n°203779 204071 204188 204266 204271.

CE, 1/2 SSR, 22 novembre 2000, n°212002 212003, « Syndicat national des médecins biologistes ».

CE, 1/6 SSR, 2 octobre 2009, n°309247.

CE, 7/2 SSR, 7 octobre 2009, n°298522.

Cass. 2^{ème} civ., 8 avril 2010, n°09-13.772.

CE, 1/6 SSR, 7 Avril 2011, n°329069.

AUTRES :

ACIP [consulté le 25/05/2012] http://www.unps-sante.org/IMG/pdf/ACIP_SIGNE_15_05_2012.pdf

Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception, Histoire de la legalisation de la contraception et de l'avortement en france, [consulté le 10/04/2012] http://www.ancic.asso.fr/textes/ressources/historique_ivg-veil.html

AUBRY Martine, *Projet de loi portant création d'une couverture maladie universelle*, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 mars 1999.

Avenant n°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, signé le 14 mars 2012.

Avis du CNOM, session de décembre 2008 [consulté le 05/04/2012] <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/contrats-d-engagement-individuels-89>

Avis du Conseil d'État, Section, 2 avril 1985, Droit social, n°6, juin 1985, p. 516-517, p. 517.

BLAIS Martin, *Éthique, morale, déontologie, droit*, 2008, [consulté le 17/05/2012] http://ethicpedia.org/IMG/pdf/Ethique_morale_deontologie_droit_commentaires_memoire_de_Chantal_Audet_par_Martin_Blais.pdf

Circulaire n° 2007-073 du CNOM, 21 septembre 2007.

Communication de l'assurance maladie de la Côte-d'Or, 29 mars 2010, [consulté le 23/03/2012] http://www.cpam21.fr/EnDirectPS/Medecins/2010/2010-03-29_Medecins_AAT/ED_medecins_AAT_29-03-10.pdf

DECHAMBRE Amédée, « Déontologie », *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Paris, Masson, Asselin et Houzeau, Première Série, 1882, p. 481.

Décision du 9 mars 2009 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés, JORF n°0093, 21 avril 2009, p. 6839.

Décision du 28 septembre 2011 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie abrogeant la décision du 9 mars 2009 relative au contrat d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés, JORF n°0269, 20 novembre 2011, p. 19517.

Décision du 23 décembre 2012 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, JORF n°0004, 6 janvier 2011, p. 386.

DEJOURS Christophe, Allocution filmée, au Rendez-vous d'automne de l'Association Nationale des Médiateurs, Palais Bourbon, 24 octobre 2008, [consultés le 30/04/2012] http://www.dailymotion.com/video/x82e0c_christophe-dejours-stress-au-travail_news et http://www.dailymotion.com/video/x82ef9_christophe-dejours-stress-au-travail_news

DELATTRE Francis, *Question écrite n°58488 au ministre des affaires sociales et de l'intégration à propos de la Sécurité sociale (conventions avec les praticiens)*, JORF, 1^{er} juin 1992, p. 2388-2389.

DUBESSET Mathilde, MAUREL Pauline, WOLFF Catherine, « FABRE Henri », *Le Maitron, dictionnaire biographique, mouvement ouvrier mouvement social*, [Consulté le 10/04/2012] http://maitron-en-ligne.univ-paris1.fr/spip.php?page=articleCD&id_article=49652

EVEN Pascal et TRIBOUX Patrice, Loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales, Répertoire numérique des articles F/22/2056 à F/22/2093, Archives nationales, Paris, 2011 [consulté le 05/05/2012] <http://www.archivesnationales.culture.gouv.fr/chan/chan/series/pdf/f22-2011.pdf>

Histoire de l'Ordre national des médecins français, p. 4, [consulté le 16/04/2012] <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/historique2012.pdf?download=1>

Historique des résultats des élections aux URPS, [consulté le 20/05/2012] http://www.mgfrance.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1484&Itemid=1956

Interview de Jean-Louis Lortat-Jacob par Jacques Lenoir, présentation d'Eric Gilbert, Journal de 20h, Télévision Française 1, 08 octobre 1979, [consulté le 11/03/2012] <http://www.ina.fr/economie-et-societe/vie-sociale/video/CAA7901673801/interview-jean-louis-lortat-jacob.fr.html>

JORF, 3 novembre 1972, p. 4618.

JUNOD Bernard, intervention en séminaire et interview [consulté le 05/05/2012] http://www.dailymotion.com/video/xizae6_depistage-des-cancers-le-surdiagnostic-par-bernard-junod_tech et <http://www.youtube.com/watch?v=OKMCHsVb8H4>

Les chiffres clés de la Sécurité sociale, Direction de la Sécurité sociale, 2010 [consulté le 05/05/2012] http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011_chiffres_cles.pdf

LORLIOL Marc, Séminaire de sociologie de la santé, Formation Octassa, 25 août 2006, p. 44, [consulté le 18/05/2012] http://cel.archives-ouvertes.fr/docs/00/36/25/88/PDF/Texte_SSA.pdf

MAUGÜE Christine, « Le contrôle de l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins », conclusions sur CE, 30 avril 1997, « Association nationale pour l'éthique de la médecine libérale et autres », RFDA, mai-juin 1997, p. 474-482, p. 476.

MG France alerte les médecins généralistes signataires du CAPI, Communiqué de presse n°124, 31 août 2010, [consulté le 01/03/2012] <http://www.mgfrance.org/content/view/1504/1566/>

Présentation des ENMR sur le Site général des ARS, [consulté le 02/02/2012]
<http://www.ars.sante.fr/Nouveaux-modes-de-remuneration.101542.0.html>

Présentation du site ameli.fr de l'assurance maladie, [consulté le 24 avril 2012]
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/l-8217-uncam.php>

Proclamation de MG France, par décision unanime de son Comité Directeur, réuni à Paris le 23 Septembre 2006.

Protocole d'accord tripartite entre les syndicats médicaux représentatifs pour la convention médicale, l'UNCAM et l'UNOCAM, signé le 15 octobre 2009, [consulté le 12/02/2012]
<http://www.sofcot.fr/Data/ModuleGestionDeContenu/application/835.pdf>

Réunion du conseil de l'UNCAM, Procès verbal, 27 janvier 2011.

Réunion du conseil de l'UNCAM, Procès verbal, 24 février 2011.

Réunion du conseil de l'UNCAM, Procès Verbal, 17 mars 2011.

Réunion du conseil de l'UNCAM, Procès verbal, 04 avril 2011.

ROMESTAING Patrick, L'Atlas de la démographie médicale en France (situation au 1^{er} janvier 2011), CNOM, 2011, [consulté le 03/04/2012] http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/demo_session_juin_2011.pdf?download=1

Site de la CCAM [consulté le 25/05/2012] <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>

TEULADE René, JORF, 1^{er} juin 1992, p. 2422.

VIGNERON Emmanuel, [consulté le 20/04/2012]
http://www.rue89.com/sites/news/files/assets/document/2012/02/12_ligne_rer_b_.pdf

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	p. 4
Liste des sigles.....	p. 5
Introduction.....	p. 7
I] <u>La conceptualisation difficile d'une rémunération à la performance appliquée au généraliste libéral français</u> :.....	p. 22
A] <u>L'ubuesque dessein de valorisation de la rétribution des médecins généralistes</u> :.....	p. 22
1] <u>La définition impossible d'une pratique normée du médecin généraliste nécessaire à son évaluation</u> :.....	p. 23
a] <u>La rationalisation à outrance, responsable du sacre d'une médecine restreinte à ses aspects techniques</u> :.....	p. 23
- La médecine scientifiquement normée faite reine mésusée de la qualité des soins :.....	p. 24
- La déontologie abusée par l'intéressement à la qualité :.....	p. 29
- Conformité : du jugement du soignant à celui du soigné ?.....	p. 30
- Les critères de qualité du paiement à la performance en pratique, une pertinence mitigée :.....	p. 32
b] <u>L'inventaire exhaustif inconcevable des caractéristiques de l'art médical</u> :.....	p. 34
- L'identification et la mise en ordre des actes médicaux, nécessaire à la bonne gestion de l'assurance maladie :.....	p. 34
- La dissection de l'activité médicale, nécessaire à sa tarification efficiente :.....	p. 37
2] <u>La performance appliquée à la santé, une mise en place fatalement imparfaite</u> :.....	p. 42
a] <u>Pathologies mentales liées au travail, les enfants illégitimes de la performance comme garde-fous</u> :.....	p. 44
- La performance comme mauvais traitement :.....	p. 44
- L'application difficile de la performance aux témoins de ses travers :.....	p. 47
b] <u>La performance en santé, notion instable aux amères conséquences</u> :.....	p. 48
- La trop complexe substance de la performance appliquée à la santé :.....	p. 48

- Les finalités fortuites du paiement à la performance des médecins :.....	p. 51
B] <u>La remise en question de la notion de médecine libérale inhérente à l'étude de l'évolution de la rémunération des médecins libéraux</u> :.....	p. 54
1] <u>La profession de médecin en France, systématiquement libérale et rarement indépendante</u> :.....	p. 54
a] <u>Le caractère libéral de la médecine, indépendant de son mode d'exercice</u> :.....	p. 55
b] <u>Le caractère accessoire du mode de rémunération des médecins, insignifiant devant l'essence de leur profession</u> :.....	p. 59
- La sacro-sainte tradition des honoraires, une exclusivité rêvée :.....	p. 60
- Les gratifications hétéroclites des différents modes d'exercices, une réelle diversité :.....	p. 63
- Les principes transcendants de la médecine, à l'épreuve du temps - et du paiement à la performance ?.....	p. 67
2] <u>Le conventionnement, une subordination financière des médecins par les caisses nationales d'assurance maladie nécessaire à la maîtrise des dépenses de santé de l'État</u> :.....	p. 74
a] <u>La genèse du conventionnement, système social aux avantages partagés</u> :.....	p. 76
b] <u>Les conflits tarifaires, la partie émergée d'un système qui bat de l'aile</u> :.....	p. 79
c] <u>La maîtrise médicalisée des dépenses de santé, la volonté de redresser un système défaillant mais utile</u> :.....	p. 88
II] <u>La banalité finale d'une étape impressionnante de l'évolution de la rémunération des généralistes</u> :.....	p. 100
A] <u>La mise en perspective historique de l'accueil fait au paiement à la performance en France</u> :.....	p. 100
1] <u>Des partenaires conventionnels aux opinions diverses et variées</u> :.....	p. 100
a] <u>UNCAM : le paiement à la performance, mise en œuvre d'une volonté ancienne...</u>	p. 101
- Un organisme appartenant à un système solidaire en perdition :.....	p. 101
- La rémunération sur objectifs de santé publique, nouvel échelon d'une logique de rationalisation salvatrice :.....	p. 102
b] <u>CSMF : une appropriation tardive du concept de paiement à la performance</u>	p. 107

- Une histoire ancrée dans la défense institutionnelle des intérêts des médecins libéraux :.....	p. 107
- Le rejet en bloc du CAPI et l'adhésion complète au paiement à la performance, une position loin d'être ambiguë :.....	p. 113
c] <u>MG France : la rémunération sur objectifs de santé publique, entre concessions, compromis et accord</u>	p. 115
- Un syndicat guidé par la volonté de faire revaloriser la médecine générale par les relations conventionnelles :.....	p. 115
- Une adhésion à la convention dictée par un devoir de représentation des omnipraticiens et une volonté de faire évoluer le paiement à la performance :.....	p. 121
2] <u>Des acteurs extérieurs doux rêveurs agressés</u> :.....	p. 125
a] <u>CNOM : la prise en compte de la déontologie dans le refus du paiement à la performance</u>	p. 125
- Une armure éthique de la profession créée tardivement :.....	p. 125
- Une voix peu crédible contre le paiement à la performance :.....	p. 130
b] <u>SMG : une utopie argumentée contre le paiement à la performance</u>	p. 133
- La volonté de révolutionner la médecine comme leitmotiv :.....	p. 133
- Le refus d'un mode de rémunération qui cristallise les travers de la médecine :.....	p. 137
B] <u>La rémunération sur objectifs de santé publique, évolution stimulante de la situation des médecins</u> :.....	p. 139
1] <u>Le paiement à la performance, énième révélateur des scissions idéologiques de la médecine générale libérale</u> :.....	p. 140
a] <u>Le rejet massif de la médecine sociale par le corps médical établi</u> :.....	p. 140
- Le monopole établi de la médecine dominante :.....	p. 141
- La marginalité dommageable de la médecine sociale :.....	p. 142
b] <u>La nécessaire remise en question de notre système de santé actuel, pour sa pérennité</u> :.....	p. 146
- Des remèdes inefficaces au manque d'attractivité de la profession de médecin généraliste libéral :.....	p. 146
- Le bilan du paiement à la performance : prévisible ?.....	p. 150

2] <u>Le paiement à la performance, coup de collier à l'élaboration d'une meilleure rétribution des médecins généralistes</u> :.....	p. 152
a] <u>L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération par les ARS</u> :.....	p. 154
b] <u>L'accord-cadre interprofessionnel des professions de santé</u> :.....	p. 158
Conclusion.....	p. 162
Annexes.....	p. 168
Bibliographie.....	p. 172