



HAL
open science

Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique

Géraldine Bloy, Laurent Rigal

► To cite this version:

Géraldine Bloy, Laurent Rigal. Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique. *Sociologie du Travail*, 2012, 54 (4), pp.433-456. 10.4000/sdt.2099 . halshs-01225368

HAL Id: halshs-01225368

<https://shs.hal.science/halshs-01225368>

Submitted on 7 Jun 2021

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique

With tact and moderation? French GPs struggling with the idea of measuring their practice

Géraldine Bloy et Laurent Rigal



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/sdt/2099>

DOI : 10.4000/sdt.2099

ISSN : 1777-5701

Éditeur

Association pour le développement de la sociologie du travail

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2012

Pagination : 433-456

ISSN : 0038-0296

Ce document vous est offert par Centre national de la recherche scientifique (CNRS)



Référence électronique

Géraldine Bloy et Laurent Rigal, « Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique », *Sociologie du travail* [En ligne], Vol. 54 - n° 4 | Octobre-Décembre 2012, mis en ligne le 10 juin 2018, consulté le 02 juin 2021. URL : <http://journals.openedition.org/sdt/2099> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/sdt.2099>

Ce document a été généré automatiquement le 2 juin 2021.



Sociologie du travail is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.

Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique

With tact and moderation? French GPs struggling with the idea of measuring their practice

Géraldine Bloy et Laurent Rigal

- 1 L'histoire de la médecine générale dans le système de soins français a été marquée par une certaine indifférence des autorités aux soins primaires. Alors que les généralistes jouissent de la confiance de la population, leur travail peine à être (re)connu au sein du champ médical ou sanitaire (Bloy, 2008a). Les soins qu'ils dispensent sont pris en charge par la collectivité via l'assurance maladie mais leurs consultations apparaissent encore comme une « boîte noire » : on ignore ce qui s'y déroule et l'autonomie pratique (Boussard *et al.*, 2010) du travail clinique reste considérable. Depuis une quinzaine d'années toutefois, les pouvoirs publics montrent davantage d'intérêt pour la médecine générale. D'un côté ils donnent des gages de reconnaissance et d'intégration à cette « spécialité », dans le cadre universitaire (Bloy, 2010a) comme sur le plan de la définition de ses missions ; de l'autre, ils cherchent à faire évoluer le contenu des consultations dans le sens des recommandations et priorités de santé publique ou d'une « maîtrise médicalisée » des dépenses. La médecine générale n'est plus en reste des projets de transformation du monde sanitaire, les gisements d'amélioration de la qualité et d'économies y sont d'ailleurs réputés importants. Resterait donc à trouver les leviers pour piloter une médecine qui s'exerce très majoritairement dans un cadre libéral réputé réticent aux régulations institutionnelles.
- 2 Le remaniement de la gouvernance de la médecine générale passe aujourd'hui par l'évaluation des performances effectives des généralistes, sous forme d'indicateurs mesurables. S'il s'agit d'une révolution symbolique par rapport aux traditions de la

médecine libérale française (Hassenteufel, 1997 ; Bloy, 2010b), la pratique des soins ne s'en trouve pas forcément bouleversée pour autant : à ce jour, un praticien peut pour l'essentiel continuer à exercer comme il l'a toujours fait. Il y a loin en médecine libérale des réformes annoncées à la refonte des pratiques du quotidien, tant les institutions se montrent faibles pour les faire passer dans les mœurs. Il convient donc de ne pas en rester au niveau des dispositifs et des inflexions annoncées pour aller enquêter en sociologue sur la réception que les professionnels en ont.

- 3 Le parti-pris de cet article n'est pas celui d'une sociologie « embarquée » au service des réformateurs sanitaires¹ mais celui d'une réflexion critique bien informée des réalités du terrain par une pratique ethnographique autonome régulière. Nous nous inscrivons ainsi dans la continuité des travaux développés autour de la sociologie de la mesure par François Vatin (2009) ou encore par Valérie Boussard, Didier Demazière et Philippe Milburn sur le management des professions (Boussard *et al.*, 2010). Ces auteurs jugent insuffisante la dénonciation d'un « impérialisme de la mesure » accusé de liquider les singularités humaines pour nous condamner à « l'avenir désespérant d'une rationalisation » marchande généralisée (Vatin, 2009, p. 285). Plutôt que de tenir *a priori* les professionnels pour des défenseurs vertueux d'une commune humanité face au déploiement de procédures évaluatives et comptables, cette sociologie poursuit des analyses précises des enjeux normatifs et cognitifs que contiennent ou révèlent les dispositifs métrologiques. Il s'agit d'identifier ce que la mesure fait aux collectifs de travail et aux professions en comprenant comment elle touche à la définition et à la maîtrise du travail, et quelles dynamiques sociales elle engage au sein des groupes concernés ou entre eux. On s'efforcera ce faisant d'articuler les enjeux institutionnels avec ceux du travail médical et de sa signification pour les individus. Cette posture a l'avantage d'éviter la diabolisation ou l'angélisme quant à la pratique médicale libérale laissée à elle-même comme aux réformes y introduisant l'évaluation chiffrée. Elle implique d'accorder la même attention aux partisans et aux adversaires de la mesure, en déployant dans un premier temps des procédés d'objectivation et de compréhension semblables de part et d'autre.
- 4 Nous situerons tout d'abord les manifestations de cette volonté de mesure du travail médical des médecins généralistes : quels sont les dispositifs récemment déployés ? À quelles considérations de bonne gestion sanitaire et de démocratie sont-ils censés répondre ? Nous envisagerons ensuite en deux temps le retentissement du virage métrologique amorcé sur les généralistes : la deuxième partie examine les critiques et résistances professionnelles qu'il éveille ; la troisième considère l'expérience et les arguments des médecins qui consentent, d'une manière ou d'une autre, à la mesure du travail médical et s'en saisissent, pour apprécier les inflexions que cela semble dessiner au sein du modèle professionnel.

1. Comment l'évaluation et la mesure sont venues aux généralistes

- 5 La médecine générale semble avoir été saisie par l'évaluation de la qualité des pratiques avec les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) introduits en 2009, suivis de la signature, en 2011, d'une convention médicale généralisant le principe du paiement à la performance sur la base d'indicateurs chiffrés. Nous montrerons que ces innovations ont été rendues possibles par un ensemble de mesures intervenues depuis

une vingtaine d'années, qui se sont inspirées des politiques de *managed care* des pays anglo-saxons pour tenter une « maîtrise médicalisée » des dépenses de santé.

1.1. Une préparation cohérente du terrain par les dispositifs faibles des années 1990

- 6 En France, les autorités sanitaires ont commencé à se mêler de définir les bonnes pratiques cliniques au début des années 1990. On a alors assisté au déploiement d'agences éditant des recommandations (Benamouzig et Besançon, 2007) et de dispositifs visant à mieux cadrer l'activité des médecins, notamment généralistes. Michel Arliaud et Magali Robelet (2000) ont jugé que le tournant de la « maîtrise médicalisée » des dépenses de santé contenu dans la convention de 1993 avait engagé une nouvelle logique de régulation du système de santé, liant coûts et qualité des soins. Le monde de la médecine générale libérale, qui valorise l'autonomie clinique au sein du « colloque singulier », s'y est montré toutefois peu réceptif, la majorité des praticiens ne se sentant pas tenue par des décisions vécues comme des élaborations administratives de peu d'intérêt. Dans un contexte de défiance réciproque, la plupart des dispositifs imaginés par les autorités sanitaires, dont nous retraçons la chronologie en Annexe 1, n'ont pas paru peser beaucoup sur les pratiques (Cour des Comptes, 2005, 2011). Il est devenu habituel dans ce domaine que des décrets d'application ne sortent pas, que les obligations et sanctions conventionnelles ne soient que des contraintes « en trompe l'œil » du fait de leur fragilité juridique (Pellet, 2003), quand l'opposabilité annoncée ne se dissipait pas face à la résistance passive de la profession. La capacité des réformateurs à se satisfaire de changements « symboliques » ou « psychologiques » qu'ils pensaient malgré tout induire patiemment dans les consciences professionnelles a pu ainsi être tournée en dérision (Bras, 2006). Nous jugeons toutefois que cette préparation du terrain n'a pas été vaine, sans pouvoir faire précisément la part de la responsabilité des pouvoirs publics dans l'évolution des mentalités²
- 7 Le paradigme de la qualité (Setbon, 2000) et l'évaluation chiffrée ont en effet fait leur chemin dans les esprits d'une partie des généralistes. Certains segments professionnels, sensibles au tournant de l'*Evidence based medicine* (Sackett *et al.*, 1996) et aux perspectives de santé publique, se sont approprié de nouvelles manières de penser leur activité. Un souci de réflexivité s'est diffusé parmi ceux investis dans la formation initiale et continue, puis dans la constitution de la médecine générale en tant que discipline académique. Plusieurs modalités d'évaluation des pratiques cliniques des professionnels par eux-mêmes ont ainsi vu le jour ces vingt dernières années. Les séminaires interactifs et groupes de discussion des pratiques prennent rarement appui sur la mesure, mais d'autres dispositifs, tels les audits cliniques réalisés à partir des dossiers, ont produit des indicateurs chiffrés relatifs à la qualité des pratiques dès les années 1990. Ces auto-évaluations de portée limitée ont contribué à acclimater l'idée d'une réflexion sur la pratique instruite par les chiffres qui en sont issus.
- 8 Quelques bases de données d'une certaine envergure recueillent aussi des informations chiffrées sur les pratiques des généralistes, même si elles sont inégalement structurantes pour le milieu professionnel. La Société française de médecine générale a mis en place, à compter de 1993, un Observatoire de la médecine générale rassemblant une centaine de médecins codant en continu leurs résultats de consultation. Des sociétés privées exploitent (principalement en direction des laboratoires pharmaceutiques) des panels de

médecins libéraux dont les prescriptions sont recensées (Chevreul *et al.*, 2006). Enfin, l'assurance maladie a constitué un système national d'informations inter-régimes (le SNIIRAM) recueillant pour chaque praticien les actes et prescriptions donnant lieu à remboursement et a commencé dans les années 2000 à l'exploiter en direction des professionnels. Un résumé de ces données est envoyé à chaque praticien sous forme d'un relevé d'information présentant son activité et la situant par rapport à une moyenne départementale. Cette objectivation quantitative minimale de la pratique sert de support aux échanges avec les représentants de l'assurance maladie.

1.2. Un second « grand tournant » de la médecine libérale ?

- 9 Plus récemment, les conditions nécessaires à une généralisation de l'évaluation individuelle des généralistes se sont précisées sur le plan législatif. En 2004, l'institution du parcours de soins coordonné a incité les assurés à désigner un « médecin traitant » responsable du suivi et de la coordination des soins (dans plus de 99 % des cas, un généraliste). Une liste des patients ayant choisi un même médecin traitant est constituée à cette occasion, qui pourra servir de base par la suite pour la mesure de différents indicateurs. En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) a défini les soins de premier recours et les missions des généralistes (d'où découleront ultérieurement les indicateurs), tandis que l'assurance maladie a proposé les CAPI et est parvenue à contractualiser avec 38 % des généralistes éligibles, malgré l'opposition des syndicats médicaux et du Conseil de l'Ordre³. L'objet du CAPI est le versement aux médecins d'une rémunération supplémentaire conditionnée par l'atteinte d'objectifs individuels, déclinés en 16 indicateurs. Définis unilatéralement par l'assurance maladie, ils visent à soutenir des actions de santé publique (comme le dépistage du cancer du sein), à réduire des écarts aux recommandations (par exemple pour la surveillance des diabétiques) ou à contenir les dépenses de santé (par la prescription de génériques). Le dispositif est ainsi censé s'autofinancer. Les seuils à atteindre ont été élaborés à partir d'un état des pratiques issu du SNIIRAM. La rémunération des médecins est calculée par une équation complexe tenant compte de la progression des indicateurs. Tirer les données permettant le calcul des indicateurs du SNIIRAM dispense les généralistes de tout codage de leur activité, mais par là-même les exclut de leur fabrication. Les données dont dispose l'assurance maladie pour évaluer la qualité de pratique sont limitées de ce fait aux prescriptions présentées au remboursement, dans l'ignorance des informations cliniques... à commencer par le diagnostic ou le résultat de la prise en charge⁴. La réalisation des objectifs du CAPI ne garantit donc pas que les patients reçoivent réellement des soins de qualité, certains indicateurs prêtant même le flanc à la critique au regard des données de la science⁵.
- 10 En 2010 ont débuté les expérimentations de nouveaux modes de rémunération (eNMR) prévues par la loi HPST. Elles permettent à un collectif pluri-professionnel coordonné de recevoir, dans le cadre d'un contrat signé avec son Agence régionale de santé (ARS), un forfait pour améliorer son offre de soins tout en développant des dispositifs d'évaluation chiffrés des actions qu'il engage. Les promoteurs ont été sélectionnés sur appel à projet et ces expérimentations pourraient éventuellement devenir le lieu d'une réflexion concertée avec quelques professionnels motivés sur la fabrication et la lecture des indicateurs. Dans une dernière étape, la convention médicale de 2011 a généralisé le paiement à la performance à l'ensemble des généralistes à compter de 2012⁶. Le nombre

d'indicateurs de qualité des pratiques est passé à 24 et 5 indicateurs relatifs à l'organisation du cabinet ont été introduits.

- 11 D'incitations diffuses, mais cohérentes, visant à orienter les pratiques de soins des généralistes libéraux, nous sommes donc passés avec le CAPI, les eNMR, et la rémunération à la performance de la nouvelle convention, à des dispositifs qui lient précisément mesure d'indicateurs/évaluation de la performance/récompense des praticiens selon leurs résultats. Les autorités sanitaires disposent aujourd'hui de leviers sans précédent pour orienter le travail des généralistes, au point que nous proposons de parler d'un second « grand tournant » de la médecine libérale (Hatzfeld, 1963).

1.3. À l'arrière-plan : des justifications équivoques entre New Public Management et Evidence Based Medicine

- 12 Ce mouvement métrologique et évaluatif trouve ses références dans les transformations du management public et des conceptions de la preuve en médecine. En période de tension sur les budgets sociaux, le *New Public Management* est censé permettre une rationalisation des politiques publiques par l'importation de techniques de gestion du secteur privé, mises au service du bon usage des fonds publics et de leur contrôle démocratique (Bezes *et al.*, 2011). Du fait de la socialisation des dépenses de santé et de la contribution des médecins généralistes libéraux à un service public de santé, leur activité n'est pas laissée à l'écart des considérations d'équité, d'efficacité et de transparence aujourd'hui portées par une économie de la santé empreinte des paradigmes de la rationalisation industrielle et de la démarche-qualité (Setbon, 2000). La médecine, de son côté, a connu un changement de paradigme avec le développement d'une médecine des preuves qui a initialement établi les meilleurs standards des essais thérapeutiques (Marks, 1999), puis diffusé la logique de la preuve statistique et épidémiologique dans la définition des bonnes démarches thérapeutiques (Sackett *et al.*, 1996), en rencontrant les volontés des assureurs de réduire l'hétérogénéité des pratiques cliniques (Kerleau, 1998).
- 13 L'évaluation chiffrée des pratiques médicales se comprend à la croisée de ces évolutions. Elle s'est répandue dans les hôpitaux, où ses effets sur les soignants ont donné lieu à des observations souvent critiques (Fraisie *et al.*, 2003 ; Belorgey, 2010), avant d'aborder la médecine libérale. Son côté hybride, pour ne pas dire « fourre-tout » idéologique, n'est probablement pas étranger à son succès, l'évaluation de l'activité de généralistes libéraux pouvant être de gauche comme de droite et parler tour à tour plusieurs langages : celui de la valorisation d'un segment professionnel délaissé, de la rationalisation et de l'amélioration des pratiques au service des patients, de l'accompagnement des professionnels en dynamique, de la couverture optimale des besoins de santé dans une approche populationnelle sensible aux inégalités de santé, de l'efficacité et de l'équité puisque l'utilisation de l'argent public est en cause, de la méritocratie individuelle via la distinction des praticiens impliqués par un ciblage des moyens alloués.
- 14 Que produit tout cela sur les médecins généralistes ? Le changement de paradigme en cours percute-t-il les professionnels ou accompagne-t-il leur évolution ? Nous nous appuyons sur le matériau empirique recueilli à l'occasion de deux enquêtes sur les soins préventifs en médecine générale, dont nous proposons une analyse secondaire afin d'apprécier les effets et enjeux pour les professionnels⁷. Notre étude ne prétend pas établir ce que le déploiement des indicateurs peut faire en dynamique aux pratiques, en

bien ou en mal⁸. Elle permet toutefois de repérer les justifications, les systèmes de référence et types d'engagement des professionnels, et des modèles émergents parmi eux.

15 Les enquêtes

Prev Quanti (Rigal et Falcoff, 2010), est une enquête épidémiologique observationnelle transversale, menée auprès de 52 maîtres de stage (généralistes libéraux formant des internes au cabinet) volontaires de deux facultés parisiennes. Soixante-dix patients (35 hommes et femmes) âgés de 40 à 74 ans ont été tirés au sort à partir de leur liste médecin traitant. Des informations portant sur les principaux soins préventifs (dépistage des cancers gynécologiques et colorectal, consommations de tabac et d'alcool, estimation du risque cardio-vasculaire) ont été d'une part recueillies auprès des patients et d'autre part extraites des dossiers médicaux par les internes. L'avis du praticien était également sollicité. L'étude visait à évaluer la qualité des soins préventifs dispensés sous l'angle des inégalités sociales de santé et de l'organisation des pratiques au cabinet.

La restitution aux médecins participants s'est faite en plusieurs étapes. Chacun a d'abord été invité à discuter en *focus group* du déroulement de l'enquête. Après explication des indicateurs construits pour l'étude, des résultats individuels et collectifs provisoires ont été remis. Les praticiens ont pu critiquer les indicateurs. Lors d'une journée d'étude ultérieure, les résultats collectifs concernant les inégalités sociales observées dans le dépistage des cancers ont été exposés et discutés. Enfin, chaque médecin a reçu une nouvelle série d'indicateurs individuels plus fins. Un effort a été fait pour rendre ces derniers les plus pertinents possibles par rapport à la pratique (indicateurs recalculés pour les seuls patients de l'enquête consultant effectivement régulièrement le médecin, intégration des connaissances des médecins ne figurant pas dans le dossier, adaptation des délais de réalisation des actes préventifs). Ces adaptations ont été explicitées aux participants.

Prev Quali (Bloy et Rigal, 2011) est une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'un échantillon diversifié de 99 médecins généralistes franciliens. Elle aborde les mêmes soins préventifs et dépistages que la précédente, et interroge en outre les médecins sur leur perception de leur rôle préventif dans le système de soins et ses évolutions (dont le CAPI). Une vingtaine des médecins de l'échantillon a été choisie parmi les participants de l'étude Prev Quanti. Avec ces derniers, l'entretien revenait sur le vécu de l'enquête, la réception des résultats et leur utilisation éventuelle.

2. Critiques et résistances professionnelles face à l'emprise de la mesure

- 16 Qu'elles prennent pour cible les indicateurs de notre étude quantitative ou le paiement à la performance, les réserves des généralistes par rapport à l'évaluation chiffrée de la qualité de leur pratique s'enracinent dans deux registres : l'un dominé par la défense politique de l'autonomie des médecins libéraux face aux volontés de contrôle extérieur, prompt à se recomposer (Hassenteufel, 1997 ; Bloy, 2010b, 2010c) ; l'autre renvoyant à la dimension prudentielle du jugement clinique complexe au sein d'une relation médecin/patient singulière⁹. L'un est de nature corporatiste, tandis que l'autre revendique une substance cognitive et humaniste. Ils sont entremêlés dans les rhétoriques, le premier ne se présentant pas indépendamment d'une exigence sur le soin et la prise en compte des patients. La difficulté (qui divise les sociologues) est donc de savoir jusqu'où il convient de voir dans la critique de l'emprise de la mesure autre chose que complaisance ou

mystification de la part d'une profession dominante cherchant à imposer sa manière de penser son activité, tandis qu'elle poursuivrait ses intérêts tout en les déniait. Notre option sera de prendre au sérieux la critique humaniste, sans la rabattre *a priori* sur la critique corporatiste, pour en éprouver justement la consistance au vu de notre matériau. Par-delà quelques motifs prévisibles, l'exercice conduit à cerner certaines spécificités du métier du généraliste.

2.1. Des caractéristiques essentielles de la clinique du médecin généraliste ne sont pas prises en compte

- 17 La mise en indicateurs est d'abord accusée de reposer sur une vision réductrice, mal informée et désincarnée des réalités du travail médical. Les indicateurs de procédure ou de résultat ne livrent jamais que ce qui se prête à une mesure simple, ils ignorent maintes dimensions qui participent au (bon) soin dans une médecine générale se voulant attentive aux singularités des contextes de vie des patients, de par son ambition bio-psycho-sociale (Engel, 1977). Les généralistes considèrent qu'une juste démarche préventive consiste moins à dérouler un programme standard sur des sujets indifférenciés qu'à faire preuve de jugement pour évaluer l'opportunité d'une proposition en fonction de la manière dont elle sera reçue et de ce que le patient pourra effectivement en faire. Limiter les risques prévisibles concernant la santé à venir passerait ainsi par un cheminement complexe du médecin au côté du patient, composant avec son autonomie ou sa vulnérabilité. Or, un décompte statistique décontextualisé ne dit rien de ce travail d'approche des patients réticents.
- 18 On peut certes suspecter les professionnels de faire preuve de complaisance dans l'invocation de la complexité de leur exercice — qui n'est évidemment pas toujours en rapport avec l'ensemble de leurs pratiques lorsqu'on peut les observer — pour se soustraire à une saine évaluation. L'argument de la subtilité du travail préventif bien conduit rencontre toutefois des échos dans les travaux consacrés aux pratiques ou représentations profanes et aux résistances qu'elles peuvent opposer à la médicalisation (Massé, 1995 ; Herzlich, 1996 ; Rossi, 2007). Les propos des professionnels de première ligne du travail préventif convergent avec les observations anthropologiques pour faire valoir qu'aborder les sujets qui touchent à la morbidité à terme et à la transformation durable des modes de vie n'est pas anodin, tandis que des interventions ressenties comme violentes, anxiogènes ou moralisatrices risquent de s'avérer contreproductives. En outre, la question de la discussion des fins des soins préventifs avec les patients concernés ne peut être éludée en démocratie (Malet, 1993 ; Lecorps, 2004 ; Carricaburu, 2010) : la participation à un dépistage ou l'arrêt du tabac, par exemple, ne peuvent être imposés comme des biens indiscutables, nécessairement sources de mieux-être pour les intéressés.
- 19 **Décliner la prévention au singulier**
- « Les femmes qui se trouvent trop grosses, c'est le terrorisme de la taille 38 ! J'essaie de discuter un peu de ça, poids préféré, poids de forme, comment on peut arriver à négocier avec soi-même, qu'est-ce qui peut être une motivation pour elles ? Est-ce qu'il y a des conséquences médicales ? “ça n'en a pas pour le moment, je crains que ça en ait à un moment... Imaginez-vous marcher avec 10 kilos de moins, ça va avoir des conséquences sur vos genoux, vous posez le sac à dos, vous serez mieux pour marcher”. Après, faut voir : si les gens ils s'en foutent de marcher, vous êtes tombé à côté quoi... Et puis comme pour l'arrêt du tabac, y a des moments où c'est pas le moment. Il y a des gens qui disent : “Pour le moment, je fume parce que ça me fait

du bien — Ben oui, ben fumez, mais réfléchissez...” Il faut pas trop presser, on utilise beaucoup la motivation, le fumeur heureux, pas heureux, au cas par cas. » (F, 59 ans, S1)

« On passe notre temps à ramer quand même dans ce métier... Sur le tabac, le cancer, parfois c'est très difficile d'apprécier. On a des patients tellement différents en face de nous, que parfois, ce qu'on prend pour une attitude un petit peu fanfaronne, quelque chose qu'on cherche un peu à casser, entre guillemets, “mais attendez, on n'est pas là pour fanfaronner on est là pour parler de choses.. ” Et en fait, la fanfaronnade, cachait une peur authentique. Alors on commence à dire : “Oui, mais vous comprenez, fumer, le risque etc.” Et là, le type vous sort : “J'ai perdu mon frère d'un cancer du poumon y a trois mois !” On a juste envie de disparaître sous la table... Voilà on veut en parler là parce qu'on n'a pas eu le temps avant, on se dit “il faut le faire”, et on parle du truc le jour où il faut pas en parler, parce qu'on n'a pas senti que c'est pas comme ça qu'il fallait faire... Moi, le côté check-list et tout, ça me plaît pas trop, j'essaie de raccrocher à ce que le patient apporte mais des fois, on raccroche mal... C'est comme les antécédents familiaux où on fait tout d'un coup. Tu convoques toute l'histoire familiale, le père, la mère, les frères, les sœurs, les maladies de tout le monde. Je pense qu'il faut le faire de manière assez subtile. Enfin, je donne un exemple où ça l'était pas du tout. » (F, 47 ans, S1)

- 20 Les médecins sont soumis à une obligation de moyens et non de résultats, mais ériger des indicateurs de moyens en critères de qualité, sans considération pour ce que les patients en retirent ou non, peut s'avérer trompeur¹⁰. D'où ces médecins qui s'insurgent, lors des discussions autour de l'enquête quantitative à l'idée de « soigner les indicateurs » ou les dossiers plutôt que des patients : « Je veux bien noter systématiquement dans le dossier le poids des patients, mais qu'est-ce que ça apporte ? Et quel rapport avec la capacité à les faire maigrir ? » (F, 48 ans, Secteur 1). Cette ligne de défense épouse la perspective d'une pratique clinique faite d'expériences et savoir-faire pour partie informels, engagée dans des processus peu maîtrisables du fait de l'alliance à établir avec des personnes qui ne sont pas à disposition de la médecine mais « décident » de la place de celle-ci dans leur vie, au sein de déterminations sociales plus larges. Dans le cas des soins préventifs, l'habileté clinique incorporée par le praticien ne renvoie pas à la finesse d'un diagnostic mais à une façon de naviguer avec le patient tenant compte de ses désirs et angoisses, de son mode de vie et de son environnement social, afin de l'amener à protéger (ou à moins mettre en péril) sa santé future :

« Pour la prévention on est un peu chauffeurs de taxis : les gens prennent un taxi, ils ont une idée de l'endroit où ils veulent aller. On leur dit “non, pas ce chemin-là, c'est un peu dangereux, plutôt ce chemin-là”. Ils ont une autre priorité mais quelquefois ils changent d'avis. Je fais un bout de chemin avec eux, ils peuvent sortir du taxi en route mais j'essaie de leur rendre service tant qu'on est ensemble. » (F, 59 ans, S1)

- 21 Faute d'arriver à objectiver ce type de compétences et de contraintes, la mesure de quelques indicateurs risque de rater son objet qui est la qualité des pratiques. La critique se présente donc comme réaliste, quand elle fait valoir que de larges pans de la réalité du travail échappent aux dispositifs de mesure, et comme éthique lorsqu'elle rappelle le statut de personne autonome et/ou vulnérable d'un patient qui n'est pas un simple objet de la rationalisation sanitaire.

2.2. Le généraliste acteur de la prévention parmi d'autres

- 22 La mesure des indicateurs peut aussi conduire à imputer aux généralistes des choses qui ne leur sont pas imputables. La vision individualiste de la performance médicale épouse les poncifs de l'autonomie clinique du praticien libéral seul maître à bord, absorbé dans le « colloque singulier ». Est-ce pour autant réaliste sociologiquement ? Les entretiens mêlent ici des considérations issues de l'expérience clinique et des arguments intellectuels qui correspondent à une montée en généralité.
- 23 Les généralistes reçoivent et sélectionnent en fonction de leur implantation, de leur style de pratique et de leur personnalité, des patients très différents dans leurs modes de vie et leurs dispositions vis-à-vis de la prévention. Ils ne maîtrisent pas les occasions d'aborder la prévention avec un patient qui peut « choisir » de ne les consulter que de loin en loin pour des motifs aigus. Le processus par lequel les patients se distribuent entre les médecins d'un territoire n'étant ni aléatoire ni régulé en France, la comparaison interindividuelle de leurs performances se fait sur des bases incertaines. Certains déterminants sociaux de l'hygiène de vie pourraient être pris en compte par le système de mesure, mais les différences des profils des patientèles paraissent plus subtiles, à composition sociale équivalente¹¹. Il serait ainsi hasardeux de déduire d'une tendance statistique (selon laquelle, par exemple, les bénéficiaires de la CMU seraient plus difficiles à engager dans des soins préventifs) des propriétés solides sur la patientèle d'un médecin donné et les contraintes de sa consultation. Certains généralistes s'accommodent de patients « non concernés » et « non éduqués », voire « non éducatibles », dans leur rapport aux soins préventifs ; d'autres les dissuadent de revenir s'ils ne sont pas à même de s'inscrire dans une forme de contrat moral conforme aux attentes du professionnel. Cela est de nature à retentir sur leurs indicateurs.

24 La prévention sous la dépendance des patients

« Si demain ils contrôlent les HbA1c à mes diabétiques, ils vont voir que grosso modo mes HbA1c ne sont pas trop mal, donc ils vont me qualifier de bon docteur. C'est bien, je vais avoir mon chèque pour mon CAPI. À côté de ça, le même bon docteur qui va bien faire ses HbA1c mais avec des patients qui ne suivent absolument pas leur régime, qui ne s'occupent pas de prendre leur traitement, parce ce qu'ils sont dans un coin plus défavorisé ou qu'ils n'ont pas compris l'intérêt d'être traités pour leur diabète à long terme, il va être qualifié de quoi ? De mauvais docteur ? Alors qu'il fait correctement son boulot, simplement il a en face de lui, pour diverses raisons, des mecs qui n'ont pas compris. J'ai la chance, moi, d'être dans un coin avec des gens qui réagissent bien, alors j'arrive à entretenir la motivation pour qu'ils fassent attention. » (H, 41 ans, S1)

« Le médecin-traitant c'est vrai qu'à un moment on avait signé *larga manu*. Je pense que je suis devenue plus consciente de ce que ça représente. Maintenant, je refuse de signer, par surcharge mais aussi parce que j'exprime des conditions. Hier j'ai eu une patiente, qui n'avait pas fait de mammo depuis trois ans parce qu'elle estimait que c'était pas utile et qui voulait signer. Je lui ai expliqué que c'était un engagement des deux côtés. Que je lui demandais aussi, dans la mesure du possible, de suivre les recommandations de prévention. Qu'évidemment j'avais aucun moyen coercitif, mais que je trouvais que c'était mieux de partir sur ces bases-là, chose que je disais pas avant. » (F, 45 ans, S1)

- 25 Les soins préventifs sont coproduits avec les patients, mais aussi *de facto* avec d'autres acteurs du système de soins — aussi mal coordonné soit-il. L'étude quantitative a ainsi mis en évidence une mauvaise corrélation entre l'investissement des généralistes dans le

dépistage des cancers gynécologiques, tel qu'il ressort de leurs dossiers, et le taux de dépistage de leurs patientes¹². Les généralistes qui se reposent le plus pour ces soins sur d'autres acteurs (gynécologues pour les femmes y ayant accès, dépistage organisé) ont des patientes aussi bien voire mieux dépistées. Or, le CAPI rémunère, au titre d'un effort individuel supposé, les médecins dont les patientes sont dépistées pour le risque de cancer du sein.

- 26 La critique retrouve ici des questions communes à la sociologie et à l'économie du travail¹³, qui ont trait à l'observabilité du travail ou de l'effort et à l'accord sur les dispositifs de jugement qui en établissent la qualité.

2.3. Le risque d'une déformation des pratiques et consciences professionnelles

- 27 Un dernier mouvement de la critique des indicateurs en médecine générale vise les déformations de la pratique qu'ils risquent d'induire en devenant les instruments de référence et de pilotage des politiques sanitaires à venir. Nourrie de philosophie et de psychanalyse¹⁴, elle dénonce globalement l'évaluation quantitative comme un avatar de l'idéologie néo-libérale. Un hybride technico-bureaucratique-marchand serait en train de laminer les valeurs professionnelles et humanistes traditionnelles du soin. La portée normative et, à terme, performative de la mesure par rapport aux pratiques des professionnels est fustigée comme un nouvel impérialisme intellectuel et politique. La mise en indicateurs de la médecine générale participerait de cet engrenage pervers, dans lequel le sens du métier et *in fine* la logique du soin (Mol, 2009) se verraient remplacés par une logique de la performance standardisée et chiffrée, objet d'un calcul d'optimisation et manipulable par les assureurs. La standardisation des actions des professionnels entraînerait celle de la relation thérapeutique et des sujets. On retrouve la vieille idée de Georg Simmel, ici reformulée par Lucien Karpik, selon laquelle « au fur et à mesure de la conversion des qualités en quantités, le monde devient plus homogène, plus impersonnel et plus menaçant pour la richesse esthétique, sensible et morale de l'humanité » (Karpik, 2007, p. 14). Pour ces professionnels (et pour les intellectuels auxquels ils se réfèrent), l'idée de normaliser les manières d'agir et les relations thérapeutiques est inacceptable car il ne peut exister de *one best way* applicable indépendamment des spécificités des personnes :

« Ce qui m'agace c'est cette espèce de discours uniciste, indépendamment de la psychologie du patient. Mais forcément ils ne le connaissent pas, ils ne l'ont vu ni d'Adam ni d'Ève ! Alors que la médecine n'a d'efficacité que si elle est personnalisée. Je pense que c'est le médecin traitant, le médecin généraliste, le médecin de famille qui connaît le mieux les fragilités de chaque famille, de chaque individu. » (F, 39 ans, S1)

- 28 Compte tenu de l'histoire de leur segment professionnel, les médecins généralistes sont nombreux en France à refuser de se voir comme les agents intermédiaires d'un biopouvoir qui normaliserait leur activité et leurs patients. Cette critique s'exprime particulièrement à propos des politiques de dépistage organisé des cancers et des CAPI.

« On est quand même en train de renforcer le biopouvoir, ce que disait Foucault dans les années 1970, où il s'agit de classer les corps, le sujet par des morceaux de corps. » (H, 60 ans, S2)

- 29 Par-delà la critique des indicateurs, la transformation du modèle professionnel portée par la rémunération à la performance pose des questions de fond. Des généralistes, tout en

déplorant la sous-rémunération traditionnelle du travail préventif dans le cadre du paiement à l'acte, ont vu dans le CAPI l'encouragement de comportements opportunistes, par l'introduction de motivations mercantiles dans le « bien soigner » :

« C, a veut dire quoi de me dire “Je vais toucher davantage si je fais mieux ?” On fait un minimum et on a une surprime si on fait mieux ? En tant que médecin c'est inacceptable ! On serait comme des *traders* ? Je dois faire toujours le mieux possible, pour 23 euros, parce que la société a décidé qu'elle mettrait 23 euros pour payer un médecin et c'est tout ! » (H, 60 ans, S1)

- 30 On doit toutefois rappeler que la médecine libérale payée à l'acte au sein d'une entreprise indépendante est structurellement traversée par la tension inhérente à tout couplage médico-économique, puisque le temps médical alloué à l'approfondissement de la qualité des soins plutôt qu'à la multiplication des consultations (« l'abattage ») n'est de fait pas financé. Les consultations s'inscrivent dans ces contraintes de gestion du temps et de rentabilité, ce qui n'implique pas que les logiques d'action des médecins s'y résument (Bloy, 2002). Les acteurs sont donc déjà portés à une certaine réflexivité micro-économique, et sensibilisés à une « logique-client ». La nouveauté réside plutôt dans l'intéressement individuel des médecins à des enjeux macro économiques et de santé publique. Les économistes hétérodoxes font cependant l'hypothèse que ce tournant du paiement à la performance correspond à une progression du référentiel marchand dans les politiques sanitaires comme dans les logiques d'acteurs, et risque de conduire à l'éviction des motivations intrinsèques des médecins (que nous dirions plus volontiers professionnelles) par des motivations extrinsèques (Kreps, 1997 ; Batifoulier et Gadreau, 2006). La question de l'effet des indicateurs sur le professionnalisme et les motivations des généralistes libéraux ne peut toutefois être tranchée sans plus d'investigations empiriques pour décrypter les « systèmes de préférence » et dynamiques de mobilisation des professionnels vis-à-vis de différents types de soins ou de patientèles, et leur éventuelle sensibilité aux modalités de régulation institutionnelle (Bouchayer, 2011). Rappelons cependant que l'attribution de primes individuelles, avec un horizon de comparaison des professionnels plus ou moins performants, ne favorise dans aucun milieu de travail la coopération. Les collectifs de travail (déjà fragiles et difficiles à articuler en médecine générale) sont d'ordinaire malmenés par ce type d'évaluation et il est paradoxal d'introduire de nouveaux principes de discrimination et de segmentation au sein du corps médical tout en prônant davantage de coopération (Arliaud et Robelet, 2000).
- 31 Les figures du soin évoquées dans cette partie ne sont pas marginales parmi les généralistes. Les plus attachés à l'exercice libéral à la française se montrent particulièrement zélés pour proclamer le caractère incommensurable de l'ajustement des prises en charge qu'ils réalisent. Ils sont soutenus en cela par le fond idéologique du syndicalisme libéral traditionnel, hérité de la charte de la médecine libérale de 1927 (Hassenteufel, 1997, 2010), et confortés par les interprétations trouvées du côté de la psychanalyse, dont une génération de médecins généralistes français s'est inspirée pour requalifier sa pratique (Herzlich, 1984). Mais les critiques passées en revue peuvent être formulées par des praticiens qui ne se posent pas en défenseurs de l'entreprise libérale et ne se reconnaissent nullement dans un refus idéologique de « rendre des comptes » à la collectivité. Dans un métier dont l'identité et les référents collectifs manquent de consistance, il y a là un socle d'arguments dans lequel tout généraliste, par-delà la multitude des styles professionnels, retrouve des éléments significatifs pour défendre et illustrer sa pratique et redouter, au nom du tact, les aveuglements de la mesure. La

possibilité d'orienter une consultation selon des critères, des préférences ou un tempo *ad hoc*, ceux qui semblent convenir dans l'interaction, reste ainsi au cœur de la pratique prudentielle généraliste et est prise à contrepied lorsque l'on prétend mesurer de l'extérieur la conformité des manières de faire. Mais à l'encontre de l'idée reçue d'une médecine générale libérale qui serait incapable d'évoluer¹⁵, ces arguments n'épuisent pas les interrogations des praticiens sur les moyens de la qualité du travail, l'inscription sociale de leur activité au service d'une population, son devenir dans un contexte qui se transforme. Nous allons à présent considérer les positions de médecins davantage réceptifs à la mesure, à l'objectivation des pratiques qu'elle permet et aux horizons qu'elle ouvre en termes de renouveau du modèle professionnel.

3. Avec les indicateurs, vers de nouveaux modèles professionnels ?

- 32 Derrière les réactions qu'inspirent les indicateurs aux généralistes se profilent des tensions fortes entre plusieurs conceptions du bon soin en médecine générale. Elles épousent et confortent pour partie des sous-cultures professionnelles existantes, mais sont souvent aussi source d'incertitude ou d'ambivalence pour les praticiens (Bloy, 2008b). Nous examinerons successivement les positions des médecins ayant expérimenté la mesure dans le cadre de l'étude quantitative, puis de ceux qui semblent se rallier au tournant métrologique en cours, en distinguant le cas des adhérents au CAPI et celui des praticiens avancés dans une vision réformatrice de la médecine générale passant par l'extension de la mesure.

3.1. Quand les généralistes sont confrontés à une lecture épidémiologique de leur pratique

- 33 Disposer d'indicateurs mesurant leur activité à partir des dossiers médicaux constituait une expérience inédite pour la plupart des généralistes participant à l'étude, ils y ont réagi en entretien individuel ou collectif.
- 34 On réalise d'abord l'épreuve de réalité que constitue la quantification du travail médical. Une simple mise en série des dossiers montre le plus souvent que « le compte n'y est pas », que les médecins ne font pas ce qu'ils pensent faire, ou pas à la fréquence attendue. La mesure a cette fonction d'objectivation sans complaisance des fluctuations de la vigilance dans les soins préventifs, y compris lorsque le généraliste se veut ou se croit systématique sur un soin donné. Des certitudes vacillent : « J'aurais juré que tous mes patients étaient à jour... mais non » ; « Moi, je pensais être obsessionnel sur le poids ... ». Malgré les précautions prises pour en tempérer la rigueur, la confrontation est difficile :
- « C'est désagréable de s'apercevoir qu'on a des *a priori* sur les gens, on n'est pas allé assez à leur rencontre, on n'a pas posé des questions qu'on aurait dû poser. Mais objectivement, si on regarde jamais ce qu'on fait, on est toujours content de soi. »
(F, 58 ans, S1)
- 35 Une fois posé le constat que se représenter correctement sa pratique n'est pas donné dans le flux ordinaire de l'activité, tous ne surmontent pas l'épreuve de la même façon. Certains y voient un enjeu cognitif, à titre individuel et collectif, pour se donner de nouveaux repères pour l'action ; d'autres s'emparent contre les conventions d'objectivation de l'étude qui leur paraissent (tardivement) sans intérêt ou irrecevables.

Lorsque les postures défensives prennent le dessus, les résultats sont à peine parcourus et le travail d'appropriation des indicateurs refusé :

« Franchement, je n'arriverais pas à identifier les alcoolo-tabagiques, ça me fait juste rire ! Et puis de toute façon ça ne m'intéresse pas d'aller cliquer les gens pour savoir ce qu'ils picolent. » (H, 60 ans, S1)

- 36 Pour ceux (surtout celles, dans notre échantillon) qui y consentent, la réflexivité conduit à s'investir au moins un temps dans une structuration différente des dossiers et de l'interrogatoire :

« Depuis, je pose systématiquement la question de l'alcool, j'ai créé la rubrique pour y penser. Je la pose et ça ramène beaucoup de choses étonnantes ! Je découvre chez des patients un niveau de consommation d'alcool qui ne se voit pas. Je me fiais à un sens clinique qui est faux en l'occurrence. L'activité sportive, l'alimentation, j'écris plus quand je donne des conseils hygiéno-diététiques. Et les antécédents familiaux, là j'essaie de les reprendre, et de mieux mettre en valeur dans mes dossiers les dépistages systématiques, avec la date exacte. » (F, 59 ans, S1)

- 37 Des médecins convaincus de l'apport de la mesure et ouverts à la critique imaginent pouvoir disposer de ce type de données à intervalle régulier, afin de suivre l'évolution de leur engagement sur les soins préventifs autrement qu'en termes d'impressions. Comme le souligne Danilo Martuccelli (2010), l'évaluation a de quoi séduire les travailleurs consciencieux parce qu'elle prolonge et enrichit leur expérience tout en ouvrant des promesses de meilleure prise sur leur action, et au-delà peut-être, de reconnaissance de leur implication.

- 38 Le constat a également été fait de l'exigence du dispositif de recherche avec tirage aléatoire dans la liste médecin traitant, qui ne pouvait recouper la perception spontanée des médecins, focalisée sur ceux qu'ils considèrent comme « leurs » patients. Cette expérience éclaire une sorte d'angle mort des pratiques et des patientèles, pour lequel la question de la prévention se pose pourtant fortement :

« Il y a des patients qu'on voit régulièrement, qu'on connaît par cœur, qui sont au cordeau sur tout... Et puis il y a toute une frange de patients qui sont inscrits sur nos listes, qu'on connaît mal ou qu'on a oubliés... Et on ne se rend pas compte qu'on est quand même un tout petit peu responsable de leur santé. » (H, 51 ans, S1)

- 39 Julia Evetts, dans sa réflexion sur la montée des procédures formalisées dans les professions de service qualifiées, pose la question de savoir à quels types d'usagers ou clients peuvent bénéficier ces procédures mesurables par rapport au flou d'approches moins formelles (Evetts, 2010). L'uniformité des procédures porte à sa façon une exigence sur le soin et une perspective sur l'intérêt des usagers — même s'ils sont surtout pris pour objet de la rationalisation de la qualité du service, sans que leur expression soit requise. L'étude des inégalités sociales de santé a ainsi relevé des gradients sociaux dans la réalisation des principaux soins préventifs, et apprécié la contribution propre des généralistes à ces gradients (par rapport à d'autres intervenants tels que gynécologues, dépistage organisé, etc.) (Rigal et Falcoff, 2010 ; Rigal, 2012). La mesure fait apparaître que le praticien en son cabinet n'est pas si bien placé pour identifier la diversité sociale des recours à la médecine et y adapter son action. Le constat qu'ils mettent en œuvre des stéréotypes sociaux¹⁶ mais n'accèdent pas à la juste représentation de la variabilité sociale de leur pratique interroge la consistance de l'éthique de la singularité mise en avant par les médecins.

3.2. Le CAPI, pourquoi pas ?

40 La question du CAPI a été abordée dans les entretiens individuels, en lien avec ses items préventifs¹⁷. Il n'existe pas d'étude sociologique sur les motivations des adhérents, et aucun profil sociodémographique particulier des signataires ne se dégage des éléments connus¹⁸. Malgré l'opposition syndicale et ordinale, ce contrat signé avec l'assurance maladie dans un dispositif qu'elle contrôle n'a pas suscité d'effroi généralisé parmi la base des médecins. Une partie d'entre eux s'est résignée ou convertie à l'idée de rendre des comptes sur la pratique et à une rémunération de plus en plus conditionnée par la qualité. Sur notre terrain, le CAPI a réussi à transcender des clivages idéologiques attendus, brouillant les lignes entre médecins de gauche ou de droite ou, dans le champ professionnel, entre tenants de l'individualisme libéral et médecins acquis à une régulation plus collective de l'exercice (Hatzfeld, 1963). Le méli-mélo des motivations énoncées va de l'opportunisme¹⁹ à l'engagement de bons artisans de la prévention et de l'amélioration des pratiques en mal de reconnaissance. Ces derniers y ont vu une valorisation de la conscience professionnelle et du souci de ne pas induire de dépenses abusives. Le dépassement d'un paiement à l'acte aveugle, qui ne valorise que la quantité, par des considérations de qualité est alors apprécié, tout comme ces items préventifs qui infléchissent l'orientation curative du système de soins.

41 **Propos de signataires du CAPI**

« La nana qui s'occupe de moi à la Sécu est une de mes patientes, et elle m'a dit : "vu vos indicateurs, signez, vous avez un chèque direct". Donc j'ai signé. Je trouve ça pas mal que ceux qui font à peu près attention aux recommandations aient une prime à la fin de l'année par rapport à ceux qui ne font rien, qui juste encaissent la consultation. » (H, 43 ans, S1)

« Bien sûr, avoir plusieurs milliers d'euros parce qu'on est un bon élève et qu'on a de bons indicateurs, c'est toujours bien ! C, ça permet d'être plus vigilant, ça permet de faire plus attention et de se remettre en cause. Moi je sais que depuis qu'il y a le CAPI, et qu'il y a des recommandations, je me suis remis en cause. J'ai vu par exemple que je ne demandais pas suffisamment l'hémoglobine glycosylée. Alors que maintenant c'est tous les trois mois. » (H, 56 ans, S2)

« Ce qui est intéressant, je suis très claire la dessus, c'est pas l'hypothétique rémunération, qui à mon avis est un gros attrape tout ce que vous voulez. Ce qui est intéressant, que je vais lire, que la Sécu m'a donné, c'est les relevés. Vous voyez par rapport à certains thèmes où moi je sais que je fais des efforts, j'essaie d'être présente. Le fond d'œil, j'ai de la marge, bon je me dis qu'est ce qui se passe ? Il faut que je regarde, voilà, peut-être que je laisse trop les patients... Il faut que je me repose un certain nombre de questions que j'ai mis en branle ce matin en recevant mes indicateurs. Mais j'ai un bon retour, je suis toute contente, j'ai les chevilles qui enflent un peu, mais j'en suis très fière de ce matin ! » (F, 51 ans, S1)

« La Sécurité sociale se comporte comme un assureur privé et va continuer à se comporter comme un assureur privé. Le CAPI rentre dans un contrat annuel d'objectif. De toute façon, qu'on soit d'accord ou non, ça va être le tiers des rémunérations des médecins généralistes dans dix ans. Donc un contrat CAPI qui consiste à dire faut pas prescrire trop de statines, trop de benzodiazépines longue durée de vie... Il y a effectivement des médecins qui sont purs et durs, qui s'arcbutent sur le libéralisme et moi je leur dis "hé coco, réveille-toi, le libéralisme ça fait longtemps qu'il est mort !" ça sert à quoi maintenant de faire la vierge effarouchée en disant "vous vous rendez compte, c'est une atteinte à la liberté, ça va modifier la relation de soin avec les patients" ? Evidemment que cela va changer la relation de soin, mais pourquoi penser que la relation de soin c'est un truc

monolithique, statufié ? Moi le CAPI, ou tout autre contrat annuel d'objectifs, ne me pose pas de problème. Cela ne veut pas dire que je trouve cela génial mais quand on fait l'analyse des choses, ça va pas pouvoir être autrement. » (H, 61 ans, S1)

42 Certains praticiens dénie au CAPI le pouvoir d'influencer leur pratique, voire s'offusquent de cette vision péjorative de leur conscience professionnelle ; d'autres considèrent que tout ce qui entretient et valorise leur volonté de bien faire les aide à la soutenir. Les critiques portent principalement sur la fiabilité des mesures réalisées par l'assurance maladie et sur le fait que le système puisse leur imputer des prescriptions qu'ils ne reconnaissent pas comme leurs. Les réactions au CAPI sont enfin un moment de l'entretien où s'expriment des sentiments mitigés vis-à-vis du reste du corps médical (représentants de la profession instituée, confrères convoqués comme contre-modèles).

43 **Comment le Docteur S. (F, 52 ans, Secteur 1) raisonne son adhésion au CAPI**

GB : Vous avez une sensibilité politique ?

Dr S : Oh oui, plutôt de gauche.

GB : Et le CAPI ?

Dr S : J'y suis !

GB : Vous êtes au CAPI ? C'est intéressant... Vous y avez adhéré rapidement ?

Dr S : J'y ai adhéré parce que des médecins qui refusent tout contrôle de la Sécu sur notre activité, ça m'énerve un peu, on est quand même leurs salariés. A force d'entendre des médecins qui disent : « Il est inadmissible que des gens nous disent ce qu'on doit faire », je dis : « non, mais attendez, vous êtes pas dans la vraie vie mes potes ! Si, c'est normal qu'on vous dise ce qu'on doit faire ! » Et y avait quand même la valorisation de la prévention. Comme moi j'aimais bien, que j'en faisais, je me suis dit : « c'est une façon de la valoriser ». Je fais partie aussi d'un groupe où on en a discuté. Les arguments contre auxquels je suis assez sensible, c'est que c'est aussi patient-dépendant. Quand on dit de faire la mammo, à une femme, on va être moins suivi dans le 93 que dans le 5^e. Ça, ça m'a convaincue. J'étais consciente de ça, mais j'ai quand même choisi de le faire, parce que ça m'obligerait à une certaine vigilance sur certains thèmes, le côté un peu jeu, un peu challenge.

GB : Et ça vous a...

Dr S : Alors, c'est marrant, j'ai vu la dame de la Sécu avant-hier, elle nous donne nos chiffres tous les trimestres... Elle est sympa, ça va. Ça me fait rire l'évaluation par chiffres parce qu'il y a mille choses à dire...

GB : Ah oui ?

Dr S : Les listes de médecin traitant sont pas à jour, les chiffres... qui ne sont pas possibles, absolument pas possibles vu notre activité. Je pense que leurs chiffres sont faux, et y a un truc qui me met hors de moi, et d'ailleurs, j'ai appelé le médecin conseil, c'est qu'on n'est pas responsables de nos prescriptions mais on est responsables de ce que prend le patient.

GB : Oui

Dr S : Je vais vous prendre un exemple tout bête : il faut pas donner de vaso-dilatateurs ça sert à rien, mais si l'ophtalmo...

GB : Prescrit par ailleurs...

Dr S : Voilà ! Je m'en étais plaint, j'avais dit : « il faudrait que cet item soit modifié ». D'ailleurs, je pense que je ne résignerai pas le CAPI. Pour ça, et puis j'aurai plus besoin.

Une fois que j'aurai fait l'expérience trois ans et que j'aurai amélioré cette pratique, j'aurai plus besoin. Et c'est pas l'argument financier qui me fera résigner, ça, c'est clair. Donc je m'étais plainte à cette charmante dame. Le médecin conseil m'a appelée, on a discuté une heure au téléphone. Elle me dit : « oui, mais il faut pas le prendre comme une critique personnelle, c'est un fait collectif ». Je dis : « Attendez... comprenez bien que quand on nous engage sur un objectif avec des primes individuelles, si quand le cardio, en fin de consult, le patient lui dit "mettez moi une boîte de benzo, parce que j'en ai plus pour dormir et que le Dr S n'en a pas donné", le cardio la met, et c'est compté sur moi, c'est pas être d'une susceptibilité délirante de dire que c'est pas juste ! » Donc, ça, ça reste le gros truc. Alors, ça, il paraît qu'ils peuvent pas modifier ! Moi, j'y crois pas une seconde, entre mes prescriptions et ce que prend le patient, il est quand même facile de voir ce qui sort de chez moi. Bon je suis assez critique mais je regrette pas... Je suis encore engagée un an et demi, bon. Je crois que l'argument fort, ça a été, on fait déjà des trucs de prévention, ça va rien nous coûter. Et puis d'un autre côté, ça m'a permis de voir que les mammos, c'était perfectible, et donc, moi, j'ai tout à gagner, même mes patientes ont tout à gagner. Alors que les mammos, je pensais que j'étais, comme je vous disais, vraiment dans les clous, or je peux l'être davantage. Tout le monde y gagne, non ? Vraiment, je me rappelle très bien, le premier argument, c'était valoriser la prévention. Et on a corrigé, c'est indéniable, les courbes, elles sont comme ça. Après il y a des courbes qui m'intéressent absolument pas, prescrire plus de génériques. Moi, j'ai pas l'impression d'avoir changé mes prescriptions. Mais la première partie, qui est quand même beaucoup de la prévention, puisque c'est le diabète, hypertension et sein, moi, ça m'a fait plaisir de le faire.

GB : Et vous dites, le dispositif resterait tel quel, bon ça va sûrement changer, mais il resterait tel que tel, vous décrocheriez au bout d'un moment ?

Dr S : Alors, l'argument de mon associé c'est : « les items vont varier, ça va s'enrichir, et puis, ça va toujours être bien », mais moi, j'ai pas envie de penser qu'on peut me faire faire n'importe quoi pour 4000 euros par an.

- 44 Faute de solidarité ressentie, les adhérents ne cherchent pas à décrypter la portée de ces contrats individuels sur la perte de pouvoir de la profession, ou en ont fait le deuil. Malgré les polémiques auxquelles le CAPI a donné lieu, nous trouvons peu de prise de position idéologique tranchée : la « bascule » dans le camp des signataires s'inscrit dans un réalisme pragmatique et tient souvent à peu de chose.

3.3. Des indicateurs pour travailler mieux et différemment ?

- 45 Reste le cas des médecins généralistes intellectuellement ralliés à la mesure et aux transformations du modèle professionnel qu'elle porte. Ils constituent un petit groupe émergent, mieux caractérisable que celui des signataires du CAPI. Proches de l'université, familiers des études, engagés dans la promotion des soins primaires, ce sont les plus enclins à une réflexion organisationnelle critique. Ils puisent leurs références et leur vision de leur mission dans la santé publique plus que dans les sciences humaines et s'intéressent au management de la qualité. La mesure des indicateurs devant contribuer à une refonte de l'organisation des soins primaires, ils y voient des ressources pour leur action comme pour leur discipline. S'ils ne sont pas élaborés en apesanteur des positions occupées, ces arguments n'en sont pas non plus un simple reflet. L'adhésion à l'évaluation quantifiée des pratiques médicales traduit des convictions et des visions du système de

soins qui méritent d'être créditées d'une base cognitive et axiologique consistante. Quelles que soient les dispositions de ces généralistes au *leadership*, cela ne leur ouvre d'ailleurs pour l'instant que des opportunités professionnelles limitées, en l'état d'inorganisation du champ de la médecine libérale et de faiblesse de « l'expertise généraliste » dans les instances.

- 46 On trouve dans ce groupe des médecins ayant développé de longue date (parfois dès leur socialisation politique, dans les années 1970) une critique de l'exercice libéral et du paiement à l'acte. Leur conversion au langage de la mesure, à l'évaluation médico-économique et à la rationalisation de la production des soins, découle de cette histoire et non d'un ralliement opportuniste au management. Faire bouger les frontières du cabinet libéral et l'individualisme médical, organiser plus de transparence et de traçabilité des pratiques, réfléchir en termes de service rendu à une population sur un territoire, formaliser des procédures adaptées à cette vision collective des soins primaires, rationaliser l'usage du temps médical en relation avec les interventions des autres soignants, sont autant d'idées qu'ils ont mûries avant que les réformateurs du système de santé français s'en emparent, en lorgnant vers des expériences étrangères. Ils croient à la pertinence de la mesure en soins primaires et à la nécessité d'en repenser l'organisation pour que la qualité soit le produit d'un système qui la reconnaisse grâce à un système d'information adéquat, et la soutienne, plutôt que de la laisser à la bonne volonté et l'énergie individuelles des praticiens. Ces médecins font enfin valoir l'intérêt, pour la recherche comme pour toute action de santé publique, de bases de données chiffrées sur les pratiques des généralistes et les soins ambulatoires en population générale. Dans leur perspective, la discussion doit porter sur le contenu et l'usage des indicateurs mesurés, pas sur leur principe ni sur la primauté de la quantification dans l'évaluation de la qualité, qui seraient des combats d'arrière-garde au vu de la situation des pays anglo-saxons ou nordiques (IGAS, 2008). S'ils sont disposés à expérimenter de nouvelles formes de rémunération, ils n'expriment pas moins le souci que les indicateurs procèdent d'une vision collective du métier de généraliste et non une production unilatérale de l'assurance maladie :

« Qu'on mesure les indicateurs, je trouve ça très bien, mais des indicateurs qui n'ont pas été choisis par des professionnels, ça ne va pas. S'il s'agit de payer plus des médecins généralistes sur certains indicateurs, il faut que le Collège de la médecine générale dise ce qu'il en pense. » (F, 49 ans, S1)

- 47 Sur des bases différentes du socle libéral traditionnel, cette posture entend donc refonder l'autonomie professionnelle au sens de V. Boussard *et al.*,²⁰ tout en jouant le jeu d'une meilleure intégration institutionnelle de la médecine générale (Benamouzig et Pierru, 2011). L'enjeu n'est plus la défense de la clinique individuelle mais l'implication d'experts généralistes légitimes dans la régulation des soins primaires, puis celle de la base de la profession dans l'appropriation et la production des indicateurs. Dans les termes de J. Evetts (2003), il ne s'agit pas de subir l'imposition d'un professionnalisme *from above*, de la part de tutelles méconnaissant le contenu et les contraintes du métier, mais de bâtir un professionnalisme responsable vis-à-vis de la collectivité *from within*, produisant ses normes de manière endogène. Des conventions professionnelles pour peser sur les contours des indicateurs et les modalités de la mesure sont donc à trouver, dont quelques médecins généralistes devraient s'affirmer maîtres d'œuvre en entraînant leurs propres troupes, au prix sans doute d'une stratification du groupe (Freidson, 2001). La discussion des indicateurs constituerait alors une nouvelle arène où démontrer la responsabilité de la profession et de ses structures par rapport aux pouvoirs publics, en pesant sur

l'élaboration d'une régulation conjointe (Reynaud, 1989) débordant le cadre habituel des négociations conventionnelles²¹. La fabrication de la mesure et de l'information sur les pratiques ouvre ainsi à certains un nouvel espace de stratégie et de pouvoir, alors que ce dernier se nourrissait traditionnellement de l'asymétrie d'information et de la maîtrise de zones d'incertitude (Crozier et Friedberg, 1977 ; Martuccelli, 2010).

- 48 Pour finir (et tempérer le schématisme de notre plan), soulignons que même ces praticiens les plus favorables aux indicateurs, situent le cœur de leur exercice ailleurs, dans la subtilité de la clinique et l'ajustement au patient. Aucun ne pense du bien d'une pratique qui serait littéralement gouvernée par les indicateurs. Même parmi ceux qui en attendent le plus, ils sont tenus pour des repères et des outils au service de la clinique, à dériver pour l'essentiel de dossiers médicaux bien structurés. Les tensions cognitives et morales concernant les bienfaits/méfais de la mesure, les réserves par rapport au type d'usage du dossier médical imposé par la vision du soin préventif qui la sous-tend, au risque de perdre de vue le patient en tant que « moteur » de la prise en charge, sont exprimées même par les généralistes intellectuellement convaincus de sa pertinence²².

4. Conclusion

- 49 Ces artefacts que sont les indicateurs seront inévitablement au fondement des décisions à venir pour le management des soins primaires, mais la médecine générale peut-elle sortir modernisée et grandie, scientifiquement comme politiquement, de ce virage météorologique qui prétend élever la qualité des pratiques ? Il pourrait bien l'ancrer dans une forme de rigueur, mais cette forme prête à discussion pour qui veut bien envisager le contenu du travail médical. Une modélisation de la pratique généraliste sur ce socle la consoliderait-elle en participant à sa promotion et son intégration institutionnelle... ou nous égarerait-elle dans une vision scientifique erronée de ce qu'est le métier ? Si la valeur de ce dernier réside dans quelque dialectique bio-psycho-sociale entre le général et le singulier en situation, modéliser la pratique sur le seul plan des procédures biomédicales mesurables est gênant car c'est l'empêcher de marcher sur ses deux pieds. Il y a dans la disqualification du non mesuré/non mesurable comme non connu et finalement non pertinent un enjeu de représentation cognitive du travail bien vu par Robert Salais (2010). Face aux indicateurs qui quantifient la pratique, il devient difficile de déconstruire l'illusion que « les faits sont déjà là », tandis que se trouvent menacées les formes de l'expérience et la connaissance locales, privées d'accès aux processus de généralisation et de légitimation. La mise en indicateurs, parés de tous les signes extérieurs de l'objectivité, risque de renvoyer « le reste » au rang des « savoirs coupables » (Hughes, 1996), embarrassants et à garder par devers soi²³. Le contexte idéologique qui promeut l'évaluation chiffrée, sur laquelle se fondent de nouveaux modes de gouvernance et leur « imagerie de puissance » (Martuccelli, 2010) ne rend pas optimiste. Trop d'études constatent la capacité inquiétante des organisations à se satisfaire de mesures creuses pour faire valoir leur culte du chiffre exact et de l'*accountability*, quitte à ce que la mauvaise évaluation ou les mauvais indicateurs chassent les bons (Champy, 2009). Face à des savoirs professionnels difficiles à saisir, les organisations sont friandes d'une réduction de la complexité à ce que les managers pensent pouvoir gérer sans encombre. Les commodités du jugement automatique sont redoutables, quand le mouvement d'ensemble de l'évaluation et du management entraîne à une redéfinition des *professionalism and accountability as measurable* (Evetts, 2010, p. 13). On ne peut alors que

plaider pour un pluralisme des procédures de connaissance et d'interprétation de ce qui fait la valeur du travail.

- 50 Il est toutefois important de continuer à distinguer analytiquement l'évaluation chiffrée de ses usages sociaux dominants ou actuellement probables. Cela permet d'en penser d'autres (professionnels, délibératifs, participatifs, etc.) et de retrouver des degrés de liberté par rapport à des instruments à mettre au service du jugement, dont aucun système de mesure automatisé du travail ne devrait dispenser (Dujarier, 2010). Les débats sur le bon soin, fussent-ils impossibles à trancher du fait de la pluralité des points de vue et conjectures sur la pratique, ne sont pas condamnés à être rabattus sur une affaire de mesure d'indicateurs mais peuvent être éclairés par ces mesures sans qu'elles aient raison de l'autonomie de la réflexion. Ne pas aborder naïvement ces instruments suppose certes une vigilance et une lucidité particulières quant à leur puissance de mise en forme/en norme du monde. Ils exercent des effets d'autant plus perniciox qu'ils se présentent comme des auxiliaires discrets et fidèles, au service de la gestion de l'intendance et de la volonté de bien faire (Berry, 1983 ; Lascoumes et Le Galès, 2004).
- 51 Ces questions sont légitimement sensibles car elles touchent le cœur de l'autonomie des professionnels et de ses (més)usages, ainsi que le contrôle démocratique de la manière dont les médecins utilisent les deniers publics et leur pouvoir sur les patients qui leur confient leur santé. L'assurance maladie a d'abord été pour les soins de médecine générale un payeur aveugle, avant de formuler des préoccupations comptables d'économie à la fin des années 1970. Elle a entrepris de les articuler à des considérations d'utilité médicale et de besoins des patients dans les années 1990 (Arliaud et Robelet, 2000). Elle est désormais équipée pour évaluer pratiquement les performances individuelles des généralistes (de manière certes imparfaite) et ajuster leur rémunération en fonction de leur conformité aux indicateurs mesurés par ses soins. En réussissant ce virage métrologique, l'encadrement managérial des pratiques de la médecine générale libérale française a donc récemment passé un sérieux cap.
- 52 La façon dont les sociologues appréhendent la montée de l'évaluation quantifiée en santé semble finalement très liée, comme celle de tout un chacun, à la considération qu'ils accordent ou non au travail prudentiel et aux justifications que les praticiens en donnent. Ceux qui soupçonnent que cela cache surtout un manque de rigueur ou un lien distendu des professionnels à l'intérêt général, en l'absence de densité prudentielle particulière de leur activité, voient d'un œil favorable l'emprise des institutions sur les professionnels *via* l'évaluation ou l'intégration (Benamouzig et Pierru, 2011) ; ceux qui y voient d'abord le lieu possible d'une pratique subtile et humaniste de la médecine, forcément vulnérable, s'inquiètent de l'emprise de la mesure et requalifient les vertus d'un modèle professionnel qui serait à réinventer (Freidson, 2001 ; Champy, 2011). La sociologie permet à la fois de comprendre le travail complexe, dans la proximité, de l'objectiver, plus à distance des professionnels (y compris en procédant à des mesures..), et de le penser dans la configuration dynamique des pouvoirs et des légitimités. C'est ensuite au débat démocratique de dire quel niveau et quelles modalités de contrôle sur les professionnels paraissent souhaitables, puisque chacun de nous est concerné quand il s'agit de dire quel type de médecine générale et de médecin généraliste nous voulons.

BIBLIOGRAPHIE

- Arliaud, M., Robelet, M., 2000. Réformes du système de santé et devenir du « corps médical ». *Sociologie du travail* 42 (1), 91-112.
- Aubenque, P., 1963. *La prudence chez Aristote*. PUF, Paris.
- Batifoulier, P., Gadreau, M., 2006. Comportement du médecin et politique économique de santé. Quelle rationalité pour quelle éthique ? *Journal d'économie médicale* 24 (5), 229-240.
- Belorgey, N., 2010. *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*. La Découverte, Paris.
- Benamouzig, D., 2010. L'évaluation des aspects sociaux en santé. La formation d'une expertise sociologique à la Haute Autorité de santé. *Revue française des affaires sociales* 1-2, 187-211.
- Benamouzig, D., Besançon, J., 2007. Les agences, alternatives administratives ou nouvelles bureaucraties techniques. *Horizons stratégiques* 3, 1-12.
- Benamouzig, D., Pierru, F., 2011. Le professionnel et le « système » : l'intégration institutionnelle du monde médical. *Sociologie du travail* 53 (3), 293-348 [Dossier-débat, *New Public Management et professions dans l'Etat : au-delà des oppositions, quelles recompositions ?*].
- Berry, M., 1983. *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*. Document de travail du Centre de recherche en Gestion de l'école Polytechnique, 1-46.
- Bezes, P., Demazière, D., Le Bianic, T., Paradeise, C., Normand, R., Benamouzig, D., Pierru, F., Evetts, J., 2011. *New public management et professions dans l'Etat : au-delà des oppositions, quelles recompositions ?* *Sociologie du travail* 53 (3), 327-333 [Dossier-débat].
- Bloy, G., 2002. Motivations et représentations de l'acte médical en médecine générale de ville : un regard sociologique. In : Béjean, S., Peyron, C. (Eds.), *Santé, règles et rationalités*. Economica, Paris, pp. 73-110.
- Bloy, G., 2008a. *Une médecine générale durablement dépréciée ? Enquête sur une évidence*. ONDPS, Rapport 2006-2007, tome Médecine générale. ONDPS, Paris, pp. 137-73.
- Bloy, G., 2008b. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sciences sociales et santé* 26 (1), 67-89.
- Bloy, G., 2010a. Que font les généralistes à la faculté ? Analyse d'une implantation improbable. In : Bloy, G., Schweyer, F.X. (Eds.), *Singuliers généralistes*. Sociologie de la médecine générale. Éditions de l'EHESP, Rennes, pp. 309-327.
- Bloy, G., 2010b. La constitution paradoxale d'un groupe professionnel. In : Bloy, G., Schweyer, F.X. (Eds.), *Singuliers généralistes*. Sociologie de la médecine générale. Éditions de l'EHESP, Rennes, pp. 23-40.
- Bloy, G., 2010c. Rémunérer les médecins généralistes. La question des revenus. In : Bloy, G., Schweyer, F.X. (Eds.), *Singuliers généralistes*. Sociologie de la médecine générale. Éditions de l'EHESP, Rennes, pp. 75-95.

- Bloy, G., Rigal, L., 2011. Pratiques préventives en médecine générale : une analyse qualitative par entretiens. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Professions de Santé d'Ile de France, Paris.
- Bouchayer, F., 2011. Le soignant, le patient et le tiers gestionnaire : les nouvelles données d'un rapport tripartite. *Revue Sociologie Santé* 33, 87-103.
- Boussard, V., Demazière, D., Milburn, P. (Eds.), 2010. L'injonction au professionnalisme. Presses universitaires de Rennes, Rennes.
- Bras, P.L., 2006. Le médecin traitant : raisons et déraisons d'une politique publique. *Droit social* 1, 59-72.
- Carricaburu, D., 2010. Santé publique et libertés individuelles : du droit à la santé au devoir de santé. *Cahiers Français*, no 354.
- Champy, F., 2009. La sociologie des professions. PUF, Paris.
- Champy, F., 2011. Nouvelle théorie sociologique des professions. PUF, Paris.
- Chevreur, K., Le Fur, P., Renaud, T., Sermet, C., 2006. Faisabilité d'un système d'information public sur la médecine de ville. Biblio no 1648 de l'IRDES, Paris.
- Cour des Comptes, 2005. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. La Documentation française, Paris.
- Cour des Comptes, 2011. La sécurité sociale. La Documentation française, Paris.
- Crozier, M., Friedberg, E., 1977. L'acteur et le système. Seuil, Paris.
- Dujarier, M.A., 2010. L'automatisation du jugement sur le travail. Mesurer n'est pas évaluer. *Cahiers internationaux de sociologie* 1-2 (no 128-129), 135-160.
- Duran, P., Le Bianic, T., 2008. Introduction générale. In : Le Bianic, T., Vion, A. (Eds.), *Action publique et légitimités professionnelles*. LGDJ, Paris.
- Engel, H., 1977. The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine. *Science* 8, 1964286.
- Evetts, J., 2003. The Sociological Analysis of Professionalism. *International Sociology* 8 (2), 395-415.
- Evetts, J., 2010. Organizational Professionalism : Changes, Challenges and Opportunities. XIV IRSPM Conference, University of Berne, 7-9 april.
- Fassin, D., Memmi, D. (Eds.), 2004. *Le gouvernement des corps*. Éditions de l'EHESS, Paris.
- Fraisse, S., Robelet, M., Vinot, D., 2003. La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles. *Revue française de gestion* 146, 155-166.
- Freidson, E., 2001. *Professionalism : The Third Logic : On the Practice of Knowledge*. University Press de Chicago, Chicago.
- Hassenteufel, P., 1997. *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*. Presses des Sciences Po, Paris.
- Hassenteufel, P., 2010. La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes. In : Bloy, G., Schweyer, F.X. (Eds.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Éditions de l'EHESS, Rennes, pp. 403-418.
- Hatzfeld, H., 1963. *Le grand tournant de la médecine libérale*. Éditions Ouvrières, Paris.

- Herzlich, C., 1984. Du symptôme organique à la norme sociale : des médecins dans un groupe Balint. *Sciences sociales et santé* 1, 11-31.
- Herzlich, C., 1996. *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Éditions de l'EHESS, Paris.
- Hughes, E.C., 1996. *Le regard sociologique*. Éditions de l'EHESS, Paris.
- IGAS, 2008. *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*. Rapport no RM2008-047P, Paris.
- Karpik, L., 2007. *L'économie des singularités*. Gallimard, Paris.
- Kerleau, M., 1998. L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé. *Sciences sociales et santé* 16 (4), 5-32.
- Kreps, D., 1997. Intrinsic Motivation and Extrinsic Incentives. *American Economic Review* 87 (2), 359-369.
- Lascoumes, P., Le Galès, P. (Eds.), 2004. *Gouverner par les instruments*. Presses de Sciences Po, Paris.
- Lecorps, P., 2004. Éducation du patient : penser le patient comme « sujet » éduicable. *Pédagogie médicale* 2, 82-86.
- Malet, E. (Ed.), 1993. *Santé publique et libertés individuelles*. Éditions Passages, Paris.
- Marks, H., 1999. *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*. Institut Synthelabo, Le Plessis-Robinson.
- Martuccelli, D., 2010. Critique de la philosophie de l'évaluation. *Cahiers internationaux de sociologie* 1-2 (no 128-129), 135-160.
- Massé, R., 1995. *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal.
- Mol, A., 2009. *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*. Presses des Mines, Paris.
- Pellet, R., 2003. Les relations juridiques (très peu) conventionnelles des médecins libéraux avec la Sécurité sociale. In : de Kervasdoué, J. (Ed.), *La crise des professions de santé*. Dunod, Paris, pp. 121-183.
- Polton, D., Aubert, J.M., 2010. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles, aboutissement ou nouveau départ pour la gestion des soins ? *La Lettre du collègue des économistes de la santé* 3, 5-7.
- Reynaud, J.D., 1989. *Les Règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*. Armand Colin, Paris.
- Rigal, L., 2012. Les pratiques préventives des généralistes sont-elles de nature à réduire les Inégalités Sociales de Santé éventuellement présentes dans leurs patientèles ? Communication orale au 6^e Congrès de la Médecine Générale, disponible à l'adresse http://www.congresmg.fr/presentations/vendredi/salle_gallieni4/16-00-com-oral/rigal/index.html
- Rigal, L., Falcoff, H., 2010. Mobiliser les médecins traitants franciliens pour réduire les inégalités de prévention et de dépistage. Rapport de recherche pour le GRSP d'Île de France, Paris.
- Rigal, L., Chambon, F., Falcoff, H., 2011. Analyse de la variabilité des pratiques des médecins généralistes. Communication orale au cinquième Congrès de la Médecine Générale, disponible à l'adresse <http://videos.overcome.fr/cmgf/2011/presentation/vendredi-24/gallieni-3/11h00/86-chambon/index.html>

Rossi, I. (Ed.), 2007. Prévoir et prédire la maladie. De la divination au pronostic. Aux lieux d'être, La Courneuve.

Sackett, D.L., Risenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B., Richardson, W.S., 1996. EBM : What It Is and What It Isn't. *British Medical Journal* 312 (7023), 71-72.

Salais, R., 2010. Usages et mésusages de l'argument statistique : le pilotage des politiques publiques par la performance. *Revue française des affaires sociales* 1-2, 129-147.

Sécurité Sociale, 2011. Rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale (septembre), Paris.

Setbon, M., 2000. La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective. *Sociologie du travail* 42 (1), 51-68.

Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, B.R., Sermeus, W., 2010. Systematic Review : Effects, Design, Choices, and Context of Pay-for-performance in Health Care. *BMC Health Services Research* 10 (247), 1-13.

Vatin, F. (Ed.), 2009. Évaluer et valoriser. Une sociologie économique de la mesure. Presses universitaires du Mirail, Toulouse.

ANNEXES

Annexe 1. Chronologie de l'encadrement de l'activité médicale des généralistes libéraux.

1990	- Création de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM)
1993	- Création des Références médicales opposables (RMO), précisant les actes inutiles voire dangereux, que les professionnels s'engagent conventionnellement à respecter dans le cadre de la « maîtrise médicalisée » - <i>Évaluation des pratiques médicales en médecine générale, l'audit médical</i> (publication ANDEM) - Création de l'Observatoire de la médecine générale par la Société française de médecine générale
1996	- Obligation de Formation médicale continue (FMC) (jamais sanctionnée) - « Plan Juppé » fixant des objectifs de progression des dépenses de santé opposables (sanctions initialement prévues) et permettant l'expérimentation de l'option « médecin référent »
1997	- Création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), issue de l'ANDEM
1999	- Création du Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) regroupant les prestations remboursées pour les soins de ville

2000	- Création des Accords de bon usage des soins, engageant collectivement des médecins libéraux sur l'évolution de leur activité professionnelle (ex : diminution de la prescription inutile d'antibiotiques) et des Contrats individuels de bonne pratique (rémunération forfaitaire accordée en contrepartie de l'engagement dans une démarche qualité)
2001	- Création des premiers groupes qualité en Bretagne (réunions de généralistes pour l'amélioration de leurs pratiques, prenant les indicateurs établis par l'assurance maladie comme base de travail)
2002	- <i>Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux</i> (publication ANAES) - Création des Contrats de santé publique portant sur l'implication dans une action de coordination/permanence des soins ou de prévention
2004	- Procédures d'accord préalable pour quelques médecins prescrivant significativement plus que la moyenne - Loi instaurant le parcours de soins coordonné et créant la liste « médecin traitant » - Mise en place du <i>Quality and Outcomes Framework</i> au Royaume-Uni, avec 86 indicateurs couvrant une vingtaine de domaines, au terme d'une élaboration méthodique associant agences, professionnels et patients (données produites dans les cabinets médicaux) - Introduction de la Tarification à l'activité (T2A) dans les hôpitaux - Création de la Haute autorité de santé (HAS), issue de l'ANAES - Reconnaissance de la médecine générale comme spécialité - Obligation d'Évaluation des pratiques Professionnelles (EPP) (jamais sanctionnée)
2005	- Initiation de contacts directs et systématiques entre les médecins libéraux et des délégués de l'Assurance maladie (DAM) ou des praticiens-conseil (échanges confraternels)
2008	- Fusion de la FMC et de l'EPP au sein du Développement professionnel continu (DPC)
2009	- Loi Hôpital Santé et territoire (HPST) - Création des Agences régionales de santé (ARS) chargées de piloter de façon intégrée (ville et hôpital) le système de santé - Création du Collège de la médecine générale rassemblant l'ensemble des structures de la discipline - Lancement des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)
2010	- Lancement de l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (eNMR)
2011	- Convention médicale généralisant le principe du paiement à la performance

NOTES

1. La sociologie de la santé devient mobilisable dans une démarche d'aide à la décision publique ou d'affinage des mesures du travail médical. Des sociologues investissent ainsi l'espace pluridisciplinaire d'une *health services research* émergente en France pour proposer une « Contribution sociologique à l'évaluation en santé » (Benamouzig, 2010) ou s'associer au « Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours », aujourd'hui en charge de l'évaluation de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération.
2. L'hypothèse d'un « gouvernement des pratiques » passant par un lent façonnage des sujets n'est pas déraisonnable, à la lumière des thèses de Michel Foucault ou de Norbert Elias et des transformations de la biopolitique contemporaine (Fassin et Memmi, 2004).
3. C'est par un procédé semblable de contournement de la représentation syndicale par un contrat individuel que les caisses avaient proposé en 1960, sur la base d'un décret, à chaque médecin de signer individuellement une convention-type. Cette « stratégie de conquête de l'opinion à la base » (Arliand et Robelet, 2000, p. 92) avait eu pour effet de contraindre la CSMF de l'époque à signer la convention (Hatzfeld, 1963).
4. Dans le cadre du suivi du diabète par exemple, les médecins sont récompensés pour la réalisation des examens de suivi (dosages sanguins permettant la surveillance) mais sans considération pour les résultats (équilibre glycémique atteint ou non) ni pour la pertinence de leur prise en charge.
5. La revue indépendante *Prescrire* (n° 325 et 326 de 2010) s'est livrée à une critique serrée de leur contenu.
6. Possibilité était laissée de refuser cette partie de la convention à titre individuel, ce que 1 % des généralistes a fait.
7. La réduction aux soins préventifs et dépistages circonscrit le propos de façon pertinente : ils sont concernés par les dispositifs évoqués car leur efficacité dépend de leur systématisme dans une population. L'enquête *Prev Quanti* a bénéficié du soutien du Conseil Régional et du GRSP d'Île-de-France ; l'enquête *Prev Quali* de celui de l'URPS Médecins libéraux d'Île-de-France. L'exploitation et l'approfondissement des deux enquêtes se poursuivent avec le soutien de l'INPES.
8. L'assurance maladie a comparé les performances des signataires et des non signataires du CAPI. Un an après son introduction, les résultats étaient positifs pour le suivi des diabétiques (pour lequel la France accusait un retard, avec des performances très variables selon les médecins). Ils n'étaient pas significatifs dans le cas des soins préventifs (Polton et Aubert, 2010). Pour la suite, l'évolution globale des prescriptions a été jugée meilleure chez les signataires (Sécurité Sociale, 2011). Une revue systématique de la littérature internationale sur les effets du paiement à la performance sur les pratiques médicales ne permet toutefois pas de dégager de résultats concluants (Van Herck *et al.*, 2010).
9. L'activité prudentielle constitue un mode de connaissance du particulier en situation d'incertitude et de contingence identifié par Aristote. Elle fait appel à la délibération et au discernement sur les moyens comme sur les fins de l'action. Elle constitue une alternative au paradigme galiléen et à la démarche expérimentale dominant la science (Aubenque, 1963 ; Champy, 2009, 2011).
10. Les audits des services des urgences, qui se concentrent sur des objectifs intermédiaires de gestion des flux de patients en évitant la question de l'évaluation du service final rendu, posent le même problème (Belorgey, 2010). Ce point entre en résonance avec l'analyse du renouveau des formes de légitimité de l'action publique (Duran et Le Bianic, 2008). À côté des incitations à une

normalisation/standardisation des procédures de prise en charge des personnes et des évaluations quantitatives, on attend des professionnels de l'action publique dans un mouvement contraire qu'ils ne se contentent plus de délivrer des services homogènes mais s'inscrivent dans une logique de résolution de problèmes et de résultats, qui requiert précisément une adaptation de proximité au contexte d'action et aux différents publics. Loin d'une logique bureaucratique weberienne reposant sur « le caractère prévisible, rationnel, scientifiquement fondé des moyens qu'elle met en œuvre pour parvenir à des fins fixées en dehors d'elle » (p. 21), le « pilotage par l'aval » doit savoir anticiper « les effets différenciés, directs et indirects de l'action » et non produire aveuglément sans s'enquérir des conséquences finales sur l'usager (p. 30). Les généralistes de l'enquête ne diraient pas mieux...

11. Ce propos se fonde sur notre pratique d'enquête auprès de médecins travaillant ou remplaçant au sein de groupes. La question relative aux patientèles ne manque jamais de faire surgir les différences de recrutement et les capacités contrastées des médecins d'un même cabinet (fût-il bien intégré et sans dépassement d'honoraires) à drainer des patients « éduqués ».

12. Dans le cas du frottis, les femmes sont paradoxalement mieux suivies (aussi bien dans le cas de la mammographie), quand le dossier de leur généraliste ne contient aucune information sur leur statut vis-à-vis de ces dépistages (Rigal *et al.*, 2011).

13. La théorie économique de l'agence expose notamment que quand un principal (employeur, tutelle..) ne peut pas observer directement l'effort d'un agent, il en cherche des indicateurs accessibles et corrélés à l'effort, pour le rémunérer en conséquence. Les problèmes surviennent lorsque le monde extérieur affecte de manière aléatoire les résultats de l'effort, lorsque le résultat est un produit de la collaboration de plusieurs individus, et lorsque la tâche de l'agent est trop multiple ou complexe pour pouvoir faire l'objet d'un contrat incitatif complet entre les deux parties.

14. Voir par exemple le numéro de la *Nouvelle Revue de psychosociologie* « La passion évaluative » (G. Amado et E. Enriquez) 2009, n° 8 ; ou celui de la revue *Cités* « L'idéologie de l'évaluation » (Y.-C. Zarka) 2009, n° 37.

15. Daniel Benamouzig et Frédéric Pierru (2011, p. 331) décrivent par exemple une forte dynamique d'intégration institutionnelle et de régulation contractuelle dans le secteur hospitalier, mais rien de tel en médecine de ville, où ils jugent que l'identité libérale fait efficacement barrage pour « préserver le cadre d'exercice de la médecine ambulatoire ».

16. L'alcoolisme est par exemple mieux identifié et renseigné dans les dossiers des patients hommes des classes populaires, tandis que le suivi du dépistage du cancer du col utérin est mieux renseigné pour les patientes des classes supérieures (Rigal et Falcoff, 2010).

17. L'enquête est antérieure à la signature de la convention de 2011 qui a étendu le paiement à la performance.

18. Les signataires présentent quasiment la même proportion de médecins femmes, secteur 2, ou exerçant en zone rurale que les non-signataires. L'âge moyen est de 53 ans dans les deux populations, les tailles ou profils des patientèles sont comparables. Au moment de l'inclusion, les signataires présentaient des indicateurs à peine meilleurs que les non-signataires (*Le Quotidien du Médecin*, 11 décembre 2009 ; Sécurité Sociale, 2011). Cela conforte nos impressions d'enquête et rend difficile l'indexation de l'adhésion au CAPI sur des variables sociodémographiques. Le taux d'adhésion connaît toutefois de fortes variations selon les départements (de 15 à 69 %), qui révèlent l'existence de normes locales.

19. Le dispositif ne pouvait conduire qu'à un surcroît de rémunération et il était possible de s'en dégager à tout moment. Les objectifs à atteindre étant raisonnables, les premières primes ont pu fonctionner comme un effet d'aubaine pour des praticiens mobilisés. En 2010, 70 % des signataires ont touché une prime, qui en moyenne s'élevait à 3000 D et représentait 1,4 % de leurs honoraires. Les « meilleurs élèves » du dernier décile ont touché 4900 D et plus (Sécurité Sociale, 2011).

20. V. Boussard *et al.* distinguent autonomie institutionnelle (dont jouit le corps médical en termes de monopole et de contrôle de son expertise), autonomie professionnelle stricto sensu (qui donne au groupe son assise collective pour définir son travail et sa mission, grâce au « contrôle pratique et symbolique sur ce que doit être le travail spécifique d'une catégorie de travailleurs ») et autonomie pratique (des professionnels dans la réalisation du travail). L'autonomie professionnelle désigne « le poids des groupes professionnels dans la définition de leur travail, entendu comme un ensemble d'activités pratiques à réaliser et de ressources mobilisables en conséquence, et comme un ensemble de buts poursuivis et de significations associées » (Boussard *et al.*, 2010, p. 159).

21. C'est la voie choisie par le Collège de la médecine générale, récemment unifié, après la légitimation des indicateurs et du paiement à la performance par la convention de 2011. Participer à la « philosophie de l'évaluation » et à sa mise en œuvre est devenu pour les organisations un mode de légitimation et d'intégration dans le jeu institutionnel. S'y refuser peut valoir disqualification. Entrer dans le jeu de l'affinage des indicateurs revient toutefois à en valider implicitement les principes et usages dominants (Martuccelli, 2010).

22. Exemple de cette ambivalence : « J'ai voulu beaucoup travailler avec les données structurées par le logiciel et les rappels. Pour le suivi au bout de l'année, c'est utile, mais dans une consultation, j'ai eu l'impression de travailler pour remplir des cases et que je perdais de vue l'essentiel qui était la personne devant moi. Pour la pratique, c'est plus une source de tension qu'une aide. En fait ça rentre en conflit avec la conception que j'ai de mon métier. Mais intellectuellement, je pense qu'il faut aller vers ça. Je voudrais bien pouvoir répondre si on me demande : "Combien de tes patients diabétiques ont eu un fond d'œil ?" » (F, 52 ans, S1).

23. Si l'on suit Florent Champy (2009, 2011), ce problème est celui des professions qui ont conquis leur autonomie institutionnelle à partir de la revendication de leur ancrage dans le savoir formel et en se donnant la « Science » pour référence et horizon, alors même qu'elles mobilisent pour une grande part la prudence aristotélicienne qui constitue fondamentalement un autre type de rapport au savoir et à l'incertain.

RÉSUMÉS

L'article s'intéresse aux effets de l'évaluation chiffrée de la qualité des pratiques en médecine générale. La mise en perspective des réformes concernant la médecine générale libérale en France montre que le déploiement progressif de dispositifs d'encadrement de la pratique connaît aujourd'hui un tournant métrologique décisif. Nous en envisageons le retentissement sur les généralistes à partir de deux études originales consacrées aux soins préventifs. Les critiques et formes de résistance professionnelles sont examinées, avant d'approfondir l'expérience et les arguments des praticiens qui consentent à la mesure du travail médical, voire s'en saisissent, pour apprécier les inflexions en cours du modèle professionnel comme de la gouvernance de la médecine libérale.

The article focuses on the effects of statistically evaluating the quality of practice in general medicine. Putting the reforms that have affected the private practice of medicine in France in perspective shows that the gradual deployment of ways of governing it has recently taken a decisive metrological turn. We envision the impact on GPs through two original studies devoted to preventive care. Criticism and professional forms of resistance are examined before delving

into the experience and arguments of practitioners who consent to the idea of measuring medical work, or even agree to do it themselves, in order to assess the current inflections of the professional model as well as of the organization of medicine in the private sector.

INDEX

Keywords : General Medicine, Private Medical Practice, Evaluation, Measurement, Rationalisation, Quality, Medical Profession, Prevention

Mots-clés : Médecine générale, Médecine libérale, Évaluation, Mesure, Rationalisation, Qualité, Profession médicale, Prévention

AUTEURS

GÉRALDINE BLOY

UMR CNRS 5118, pôle d'économie et de gestion, laboratoire d'économie et de gestion (LEG), université de Bourgogne, 2, boulevard Gabriel, BP 26611, 21066 Dijon cedex, France
gbloy[at]u-bourgogne.fr

LAURENT RIGAL

Département de médecine générale, faculté de médecine, université Paris Descartes, 15, rue de l'école de médecine, 75006 Paris, France
Inserm CESP 1018, hôpital Paul-Brousse, bâtiment 15/16, 16, avenue Paul-Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif cedex, France