

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2019

N° 2019-265

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE

par

Simon VERGNAUD

né le 04 mars 1988 à CAEN

Présentée et soutenue publiquement le 20 décembre 2019

Médecins, pouvoir et légitimité : étude de cas de l'implication des médecins dans la
gouvernance en santé.

Président : Madame le Professeur Leïla MORET
Directeur de thèse : Monsieur le Dr Maxime CAUTERMAN
Membres du jury : Monsieur le Professeur Pierre-Antoine GOURRAUD
Monsieur le Docteur Jean-Michel NGUYEN
Monsieur le Docteur Brice LECLERE

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

« The popular view that scientists proceed inexorably from well-established fact to well-established fact, never being influenced by any unproved conjecture, is quite mistaken. Provided it is made clear which are proved facts and which are conjectures, no harm can result. Conjectures are of great importance since they suggest useful lines of research.»
(Alan Turing, Computing machinery and intelligence 1950)

Remerciements

A Madame le Professeur Leïla Moret

Je vous suis reconnaissant de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse, et vous remercie pour votre bienveillance tout au long de mon troisième cycle. Grâce à vous, j'ai pu construire un parcours d'internat riche en rencontres, en expériences et en enseignements, et m'engager avec confiance dans mon exercice médical.

A Monsieur le Professeur Pierre-Antoine Gourraud

Je vous remercie de me faire l'honneur d'évaluer ce travail et de siéger en tant que membre de mon jury. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Jean-Michel Nguyen

Vous avez accepté d'évaluer ce travail et de siéger en tant que membre de mon jury, ce dont je vous remercie. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Brice Leclère

Je te remercie d'avoir accepté d'évaluer mon travail, mais également pour ta disponibilité, ta bienveillance et ton investissement sans faille pour les internes de Santé Publique et Médecine Sociale, et un peu après.

A Monsieur le Docteur Maxime Cauterman, mon directeur de thèse

Un grand merci pour m'avoir épaulé dans ce travail et pour les opportunités que tu as créées. Ces portes que tu m'as ouvertes ont certes permis d'enrichir le contenu de ces pages, mais elles m'ont aussi permis de progresser dans une réflexion personnelle et professionnelle.

Table des matières

Liste des abréviations utilisées	10
Synthèse	11
Introduction	12
Méthode générale	16
I. Contexte méthodologique	16
II. Approche	16
A. Cadre général	16
B. La posture du chercheur.....	17
C. Termes employés	18
Première partie : Les médecins exerçant en administration en France	19
I. Cadre conceptuel.....	19
A. Sociologie professionnelle et médecine.....	19
B. Rôle social et utilité	20
II. Etude documentaire.....	24
A. La médecine d'administration en France	24
B. Les enjeux de ces exercices à travers l'analyse des MISP	24
1. Les MISP à travers le XXe siècle	25
2. Missions et rôles	28
3. Chiffres et attractivité du statut.....	30
4. Missions, rôles et professionnalisme chez les MISP	32
5. Le poids de la clinique sur le professionnalisme, et donc l'utilité sociale des MISP	33
6. Attentes sociales et rôles des MISP	37
C. Les autres domaines d'exercice de la médecine en administration	38
1. Structures considérées	38
2. Les différents exercices médicaux	39
D. Rôles généraux.....	43
III. Conclusion	44
Deuxième partie : La légitimité dans l'implication médicale dans la gouvernance en santé ...	45
I. Contexte	45
II. Méthodologie	47

A.	Vue d'ensemble.....	47
B.	Objet de l'étude	47
C.	Objectif de l'étude	47
D.	Problématique de travail et origine du questionnement.....	48
E.	Méthode utilisée	48
F.	Echantillon.....	49
G.	Recueil de données	50
H.	Analyse des données.....	50
	1. Cadre d'analyse.....	50
	2. Objectifs des catégories du guide	51
I.	Auto-socio-analyse	52
III.	Résultats	53
	A. Auto-socio-analyse.....	53
	B. Entretiens.....	54
	C. Profils et parcours individuels	54
	1. Eléments génériques	56
	2. Eléments protéiformes	56
	D. Contenus	56
	1. Légitimité	57
	2. Pertinence	70
IV.	Discussion.....	71
	A. Introduction	71
	B. Thèmes d'analyse	71
	C. Limites	75
	D. Perspectives	76
V.	Conclusion.....	78
	Conclusion générale.....	79
	Annexe 1 : Guide d'entretien	81
	Annexe 2 : Références	82

Liste des abréviations utilisées

- ARS : Agence régionale de santé
- CME : Commission médicale d'établissement
- CNAM(TS) : Caisse nationale d'assurance maladie (des travailleurs salariés)
- CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins
- CPCME : Conférence des présidents de commission médicale d'établissement
- CRLCC : Centre régional de lutte contre le cancer
- DDASS : Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
- DIM : Département d'information médicale
- DRASS : Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
- DRSM : Direction régionale des services médicaux
- HCSP : Haut conseil de la santé publique
- INCa : Institut national du cancer
- MISP : Médecin inspecteur de santé publique
- OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

Synthèse

Contexte : En France, des médecins s'impliquent dans la gouvernance du système de santé, que ce soit au sein des administrations publiques du système, ou d'organisations parties prenantes dans la décision. L'analyse du phénomène social représenté par cette implication relève des théories sociologiques et en particulier de la sociologie professionnelle avec la conception de la profession défendue par Eliot Freidson.

Méthode : Notre objectif était de proposer des facteurs explicatifs de la sollicitation de médecins dans les processus de gouvernance en santé. Afin d'aborder ce sujet complexe, nous avons tout d'abord procédé à une étude documentaire pour définir les rôles des médecins exerçant en France au sein des 3 fonctions publiques et de l'Assurance Maladie, en nous intéressant particulièrement aux médecins inspecteurs de santé publique.

Par la suite, nous avons réalisé une étude qualitative exploratoire qui consistait en l'analyse des contenus recueillis au cours de 12 entretiens semi-directifs avec des médecins présentant un haut niveau d'implication dans la gouvernance en santé au travers de différentes institutions. Notre objectif dans cette deuxième partie était de comprendre comment ceux-ci construisaient une légitimité à s'impliquer dans la gouvernance.

Résultats : Notre étude documentaire a permis de définir les rôles sociaux en rapport avec les missions réglementaires et institutionnelles pour les médecins exerçant en administration. Ceux-ci étaient intégrés comme experts sur des dimensions médico-scientifique, professionnelle et de santé publique. Selon le statut, s'ajoutaient des rôles spécifiques (inspection, contrôle) avec également une dimension clinique non systématique.

Notre étude exploratoire retrouvait des facteurs de légitimité partagés entre les médecins impliqués dans la gouvernance en santé. Ainsi, ceux-ci s'appuyaient à la fois sur une tradition d'implication de la profession, des compétences attribuées aux professionnels médicaux dans leur ensemble et sur ce statut de professionnel médical en lui-même, avec des conceptions divergentes sur la définition du professionnel médical tenant principalement à la nécessité d'activité clinique.

Conclusion : Les deux parties de notre étude retrouvaient des résultats cohérents. Ceux-ci réaffirmaient l'importance pour les médecins s'impliquant dans la gouvernance en santé de faire appel à des valeurs professionnelles solidement construites et partagées. L'hétérogénéité retrouvée sur la définition du professionnalisme pourrait en retour impacter la légitimité et l'efficacité de l'implication de ces professionnels dans un domaine où ils se trouvent éloignés d'une occupation spécifique à l'origine de leur positionnement privilégié.

Introduction

“Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen” (“La politique n’est rien de plus que la médecine en grand”). Nous devons cette assertion au Dr Rudolf Virchow, père de la médecine sociale¹, et connu des étudiants en médecine pour la triade éponyme. Cent dix-sept ans après sa mort, les dynamiques de décision des politiques² de santé en France mettent en jeu des médecins, au sein d’acteurs multiples, étatiques, experts, professionnels et associatifs. Le pouvoir politique de la profession médicale est une réalité dans le monde entier, bien que les dernières décennies aient vu un recul relatif de sa légitimité et de son influence sur les politiques de santé (2). C’est sans doute dans son action syndicale, et dans une dynamique de rapport de forces, que le pouvoir de la profession médicale est le plus visible. Au-delà de ce « pouvoir dur » (*hard power* de Joseph Nye), les médecins possèdent également un « pouvoir doux » (*soft power*), dont une dimension prégnante est l’intégration de médecins dans l’appareil de production des politiques. Appelés à des fonctions auxquelles ils sont peu préparés par le tronc commun des études médicales et qui semblent éloignées de l’occupation spécifique de leur profession – le soin, des médecins français gravitent dans les sphères d’influence des politiques de santé, dont les trois fonctions publiques. Un premier questionnement, volontairement large, s’ensuit naturellement. Pourquoi une profession centrée sur la relation individuelle au patient influe-t-elle sur la décision politique en santé ?

La place des médecins dans les processus de gouvernance est très étudiée dans le monde clinique des établissements (3–5), en particulier parce que les organisations hospitalières sont plus faciles à transposer et à décortiquer que des administrations régionales ou nationales,

¹ Rudolf Virchow décrit, en 1847, une épidémie de typhus en Silésie supérieure, en analysant les facteurs sociaux et leur corrélation avec l’infection. Il s’agit d’un exemple précoce d’une approche des états pathologiques comme multifactoriels, en opposition avec des visions centrées sur l’infection par un micro-organisme, en développement à l’époque.

² La classique confusion autour du terme *politique* existe également en allemand. Rappelons que l’anglais dispose de trois termes qui peuvent être traduits par le même mot en français : *polity*, *politics*, *policy*. Le terme *politique* est ici employé dans le sens de *policy*, qui désigne la ligne de conduite adoptée par un état ou un acteur gouvernant pour traiter d’un sujet (1).

particulièrement publiques. La complexité de ces dernières, en France, rend les analyses exhaustives difficiles, mais fait la part belle à l'adoption d'une perspective normative et juridique, dont nous ne pourrions totalement nous affranchir ici.

A l'heure actuelle, l'Etat français emploie environ 2000 médecins dans les collectivités territoriales (principalement en protection maternelle et infantile), 1000 médecins scolaires, 469 médecins inspecteurs de santé publique, ainsi qu'environ 2000 médecins conseils³, ce qui représente environ 2,4% du total des médecins actifs en 2017 (6). La dimension d'implication de chacune de ces catégories dans les politiques de santé n'est pas homogène, et ce, avant tout statutairement. En revanche, toutes les quatre ont un point commun, elles peinent à renflouer leurs effectifs (7,8).

Si ces médecins exercent au sein des administrations, c'est qu'il existe une nécessité réglementaire de leur présence. Le rapport Benevise de 2006 s'interrogeait déjà sur les raisons de l'intégration préférentielle de médecins par rapport à d'autres professionnels du milieu. Parallèlement, il pointait les difficultés de recrutement médical dans la fonction publique, les expliquant en partie par les faibles rémunérations, mais également par le flou entourant la plus-value des médecins dans l'appareil étatique (7), responsable d'une utilisation à mauvais escient. Plus tôt, le sociologue Michel Vanderberghe, dans son ouvrage sur les médecins inspecteurs de santé publique, identifiait clairement une problématique identitaire, centrée sur la perception de leur utilité (9).

Ces quatre statuts médicaux de l'appareil d'Etat⁴ ne couvrent qu'une partie de l'implication médicale dans les politiques publiques de santé. D'une part, les médecins peuvent aujourd'hui également intégrer les processus de politiques publiques par d'autres statuts (praticien hospitalier, contractualisation individuelle ...), ou sur des postes spécifiques (par exemple : directeur de CRLCC). D'autre part, les instances représentatives professionnelles (ordre des médecins, syndicats ...), institutionnelles (conférence des présidents de CME, ...), ou sociétés savantes médicales, participent activement au processus décisionnel en santé. Enfin, certains

³ Les médecins conseils ne sont pas des fonctionnaires, mais sont salariés de la CNAMTS, de droit privé.

⁴ Les organismes d'assurance maladie ne sont pas des structures publiques, mais font de fait partie intégrante de la régulation du système de santé.

médecins se présentent et sont élus lors d'élections démocratiques municipales, parlementaires etc. Nous considérons cette dernière catégorie comme à part, puisqu'elle relève d'un processus démocratique, et sort donc du spectre de notre analyse que nous restreignons volontairement à l'exercice d'un pouvoir non coercitif de la profession médicale.

En tant qu'acteurs ou qu'interlocuteurs, les médecins auxquels nous nous intéressons partagent cette caractéristique d'incarner l'intérêt prononcé des instances de décision pour l'implication médicale. Celui-ci sous-entend que les intérêts servis par le corps médical, quels qu'ils soient, ont une probabilité élevée d'être favorisés, traçant la définition wébérienne d'un pouvoir médical (10). Le concept de "pouvoir" pour la sociologie et les sciences politiques nous intéresse particulièrement ici, avec sa définition la plus connue, donnée par Max Weber :

“Le pouvoir est la probabilité pour un acteur d'être en mesure d'imposer sa volonté dans le cadre d'une relation sociale, malgré les résistances éventuelles, quel que soit le fondement sur lequel repose cette probabilité.” (10,11)

Cette dernière nous amène à questionner la base de la forte probabilité de réalisation de la volonté du corps médical dans les politiques de santé. Questionner cette base, c'est questionner à la fois le rôle social incarné par les médecins dans la gouvernance en santé, et leur légitimité à s'y impliquer (12). Nous chercherons donc ici à proposer des facteurs explicatifs de la présence de médecins à différents niveaux de l'appareil politique de santé.

Au-delà de l'intérêt académique à explorer le fonctionnement du système politique de santé, ce sujet nous permet également de nourrir une réflexion professionnelle identitaire qui, à notre sens, s'impose en début de carrière à un médecin spécialiste de Santé publique lorsque celui-ci se voue à un exercice dans le champ des politiques de santé.

Parce qu'il s'agit là d'un phénomène social, nous avons fait appel aux sciences humaines et sociales – principalement la sociologie, afin de cadrer la réponse à notre problématique. Les attentes réglementaires qui pèsent sur les médecins exerçant en administration, et les rôles sociaux qu'elles délimitent, nous ont paru un point de départ pertinent. Pour compléter cette

réflexion, il nous fallait explorer le concept de légitimité médicale, perçue par différents médecins placés à de hauts niveaux de responsabilité, avec le questionnement suivant :

Comment un médecin construit-il sa légitimité dans son implication dans la gouvernance en santé ?

Ainsi, nous espérons apporter non seulement un éclairage sur les aspects conceptuels de la légitimité des médecins à s'impliquer dans la gouvernance en santé, mais aussi des connaissances actionnables pour guider la réflexion professionnelle d'internes ou de médecins.

Méthode générale

I. Contexte méthodologique

La place de la profession médicale dans la société a constitué un sujet d'étude de choix pour les sociologues sur la seconde moitié du XXe siècle (13–15). La dimension spécifique que nous abordons dans ce travail, l'implication des médecins dans les appareils de gouvernance, a été moins décrite. A ce titre, notre approche est globalement exploratoire, c'est-à-dire que les différentes étapes de notre recherche ont été guidées par les étapes précédentes et que nos analyses concernaient des contenus qualitatifs, qu'ils proviennent de la littérature scientifique, politico-juridique ou de contenus empiriques.

II. Approche

A. Cadre général

Le cadre d'analyse en sciences humaines et sociales est généralement décrit comme peu contraignant. Les phénomènes étudiés et les approches exploratoires, mais aussi la faisabilité des travaux requièrent un cadre souple, mais rigoureusement décrit. Notre approche relève ici de l'étude de cas, ce qui implique la consultation de matériaux d'origines multiples (littérature scientifique et réglementaire, matériaux empiriques) et le choix des concepts théoriques étudiés.

La première étape de notre analyse consistait en une étude documentaire du statut des médecins inspecteurs de santé publique, et à travers celui-ci une extrapolation aux trois autres grands statuts médicaux de l'appareil publique de santé en France : les médecins-conseil, les médecins territoriaux et les médecins scolaires. Nous avons postulé et décrit des rôles sociaux communs au sein de ces exercices médicaux.

Dans la deuxième étape de notre analyse, nous avons interrogé des médecins français, à des positions considérées comme à fort pouvoir de décision.

En l'absence de pré-existence d'une description suffisamment opérationnelle du sujet, une approche qualitative semblait la plus adaptée. L'étude de cas permet d'enrichir une description d'un phénomène, en s'appuyant sur des contenus variés, en particulier empiriques. Dans le cas d'une approche exploratoire comme celle-ci, les variables d'intérêt sont préalablement ignorées, ou simplement suspectées par le chercheur (16).

Par ailleurs, les interactions médicales avec les appareils politiques, en particulier de santé publique, possèdent une complexité qui aurait justifié à elle seule le choix de la méthode qualitative. Pour rendre compte de la multiplicité des acteurs et progresser dans la compréhension du sujet, l'apport d'une nouvelle perspective était nécessaire, d'où le choix d'une approche exploratoire.

Celle-ci permet la co-construction d'un modèle conceptuel du phénomène avec les individus interrogés. Un design mixte, mariant le qualitatif et le quantitatif a été écarté pour des questions de délai et de faisabilité.

B. La posture du chercheur

La qualité scientifique de toute recherche présuppose une certaine objectivité de la part de ceux qui la conduisent. Dans une analyse qualitative telle que celle entreprise ici, la nécessité d'interprétation limite les prétentions d'objectivité scientifique classique, au sens entendu dans les approches quantitatives. Cette interprétation est obligatoirement tributaire de la relation à l'objet de la recherche, et aux interactions à l'origine des données recueillies. Ainsi, il est primordial de reconnaître la subjectivité de l'auteur vis-à-vis de son sujet, en décrivant leur relation, et de procéder à une définition critique des concepts majeurs mis en œuvre pour mettre à jour ses préconceptions (17,18).

Ainsi, l'objectivité nécessaire à toute recherche scientifique relève ici de la subjectivité assumée et critiquée, plus crédible du fait du conflit d'intérêt obligatoire de tout chercheur avec son sujet. La subjectivité devient alors un outil puissant pour le chercheur, puisqu'il a un vécu "intense" du phénomène étudié (19), duquel découlent des catégories d'analyse qui lui sont propres. En

adoptant une posture critique sur ce vécu, il trace un cadre d'étude pour le phénomène et induit une forme de reproductibilité.

En tant que médecin de santé publique, ma démarche relève en partie de la "recherche embarquée" (20) puisque je me suis moi-même impliqué dans la gouvernance des politiques de santé, dans un domaine où, en matière de production de connaissance, "l'implication individuelle et la dynamique collective posent de façon singulière le rapport du savant au politique" (21). Comme tout "médecin fait sociologue" il importe cependant de prendre garde à ne pas être l'instrument d'une médicalisation de la sociologie, en y appliquant des définitions et normes intégrées lors de la formation médicale initiale (22,23). A cet écueil s'ajoute celui du format inductif de la deuxième partie de notre étude, qui rompt avec l'approche hypothético-déductive souveraine dans les études médicales et dans une grande partie de la littérature scientifique médicale.

C. Termes employés

La dénotation et la connotation des termes utilisés doit être considérée, afin de mitiger la variabilité de compréhension du lecteur. Nous considérerons les termes gouvernance et implication qui nous semblent pouvoir faire l'objet d'une telle variabilité.

Il existe un vaste corpus sur ce qu'est la gouvernance, mais l'objet de notre étude n'est pas une critique de concept et celui-ci est vu comme un outil opérationnel pour évoquer l'influence sur la décision. Cette influence est conçue comme la prise de décision en elle-même, l'appui à la décision, ou encore la validation de la décision, par exemple par des instances de représentation professionnelle.

Le terme implication peut parfois présenter une connotation de volontarisme, qui n'est pas voulue ici. L'implication est conçue comme une participation directe, sans que la motivation de cette participation soit présumée. Ainsi, les individus considérés dans la recherche influent sur la décision politique de santé, mais leur volonté de s'impliquer n'est pas présumée.

Première partie : Les médecins exerçant en administration en France

Ce premier chapitre trace les contours de l'exercice médical dans les processus de gouvernance en santé. Il s'attache tout particulièrement à l'étude, du point de vue de la sociologie professionnelle, des fonctions médicales des appareils d'Etat, au travers des médecins inspecteurs de santé publique (MISP). Notre objectif y était, au travers d'une étude documentaire narrative des attentes sociales visant les médecins exerçant en administration, de dégager des rôles sociaux transposables entre les différentes administrations.

I. Cadre conceptuel

A. Sociologie professionnelle et médecine

La sociologie des professions s'est construite en partie sur l'étude de la profession médicale (24). Les réflexions de Freidson dans l'ensemble de son œuvre, et particulièrement dans son ouvrage fondateur *Profession of Medicine* apportent un éclairage sur le professionnalisme médical et sur les professions en général (25). Selon Freidson, la position de prestige social, en 1970, des médecins, résulte d'une construction sociale autour de la profession, trouvant son origine dans le savoir spécialisé et spécifique des médecins, qui les place dans une position de pouvoir au sein d'une relation de service au patient, leur "occupation spécifique". De ce monopole de savoir et de ce pouvoir découlent l'autonomie, l'autorégulation et le prestige. Ainsi, la profession a un statut d'occupation ayant acquis une position dominante dans un domaine de travail, de telle façon qu'elle contrôle la détermination de l'essence de son travail. La profession conserve ce statut en professant l'extraordinaire fiabilité de ses membres, entretenue par leur adhésion au professionnalisme. Celui-ci comprend l'ensemble des valeurs, attribuées ou défendues par le corps médical comme étant les siennes. Parmi celles-ci on retrouve d'une part la déontologie médicale, basée sur la relation au patient, auquel le médecin doit assistance et discrétion, et d'autre part la conception du modèle biomédical des maladies, à

l'origine des succès de la profession. Le pouvoir qu'a acquis la profession médicale est tempéré par la déontologie propre à la médecine. Le concept de *primum non nocere* (avant tout ne pas nuire) est enseigné à tout étudiant en médecine pour lui communiquer tempérance et humilité. Il confère à la médecine un statut d' "entreprise morale" qui l'absout de scrutation morale, ce que Freidson lie à l'aspiration à la guérison des indigents, la vocation professionnelle. Les valeurs attribuées aux médecins et le prestige qui en découle sont les éléments d'un contrat social entre la profession et la population (26). Ainsi, la société a des attentes vis-à-vis du professionnel, qui les subit comme des contraintes à incarner un rôle social. La capacité d'un groupe d'individus à se conformer aux attentes sociales donnerait alors légitimité au groupe, pour le reste de la société et pour ses membres, à occuper le rôle en question (27,28).

B. Rôle social et utilité

La théorie du rôle social initialement développée par Merton en 1957 puis par Kahn en 1964, pense l'individu social comme un acteur jouant une pièce de théâtre. Le rôle qui lui est attribué dans la pièce reflète les différentes facettes du personnage qui seront utiles au développement de l'intrigue, et ainsi, chaque facette est le résultat d'une contrainte que le scénario de la pièce exerce sur l'individu. Il en va de même avec l'individu social, dont chaque rôle est le résultat de multiples contraintes qui définissent les attentes de la société à son égard. L'individu doit jouer plusieurs rôles, qui sont chacun le résultat des attentes qu'il perçoit dans différents domaines, professionnel, familial, culturel, etc. Cette cohabitation pose le problème d'attentes conflictuelles, qui seront la cause de "conflits de rôles", lorsque l'individu devra endosser plusieurs rôles incompatibles simultanément. L'exemple le plus parlant est le conflit entre les attentes liées au rôle parental et les attentes professionnelles ; un travailleur sera jugé remplir son rôle parental en fonction du temps consacré à ses enfants. Ceci entrera facilement en conflit avec les attentes que ses supérieurs hiérarchiques auront vis-à-vis de son implication professionnelle.

Le rôle social est un concept souple. Un rôle étant défini avant tout par un faisceau d'attentes sociales, il peut se confondre avec une profession ou un métier. On peut considérer qu'il y a un

rôle social de médecin, comme on peut considérer qu'il existe un rôle de guérisseur et un rôle de professionnel, le médecin personnifiant l'unification des deux rôles.

L'individu social est donc déterminé par son environnement qui lui transmet ses attentes. Celles-ci peuvent être de types très variés : réglementaires, économiques, issues de la formation. La détermination est issue non seulement des attentes de la société, mais aussi de la transmission de celles-ci au sujet, ce qui expose à une inadéquation entre les attentes et leur perception (28).

Dans le cas des médecins exerçant en administration, à la différence d'un professionnel libéral, ces contraintes sont exercées non seulement par l'environnement professionnel, mais aussi par l'environnement organisationnel. Les missions des organisations sont en effet imprimées aux individus qu'elles emploient, d'une manière qui dépend des caractéristiques structurelles et des modes de communication de l'organisation (29). Les organisations peuvent être modélisées par un « apex stratégique » dont les décisions sont transmises par une « ligne hiérarchique » à un « cœur opérationnel », chargé de la production de l'organisation. Les interactions entre ces trois niveaux et les modalités de production sont supervisées et théorisées par une technostucture, et rendues possible par une structure support (29). Dans ce modèle, les administrations de santé sont des organisations productrices de politiques (30), où le « cœur opérationnel » de Mintzberg serait alors responsable d'un pilotage opérationnel des politiques, leur adaptation au terrain local. Dans cette production, les membres d'une profession intégrés à une organisation peuvent subir des contraintes incompatibles entre elles, dans une forme de conflit de rôle, à risque d'opérer une déprofessionnalisation, c'est à dire une perte de tout ou partie des caractéristiques professionnelles (31,32) à commencer par l'autonomie. La déprofessionnalisation peut être ressentie comme une perte de sens du travail, le changement de système de référence bouleversant l'évaluation qu'a le professionnel de son utilité sociale, sa production de valeur pour la société (33).

Nous identifions trois perspectives de l'utilité sociale d'un individu. Si l'on considère la première comme étant l'utilité sociale absolue, notion théorique⁵ de la valeur produite indépendamment de la perspective considérée, on peut alors définir l'utilité ressentie, et l'utilité perçue. L'utilité ressentie étant la production de valeur que l'individu pense réaliser, alors que la visibilité de cette production pour les autres groupes sociaux constituera une utilité perçue. Cette dernière notion est évidemment dépendante du groupe social considéré (décideurs, ensemble de la population). Ainsi définies, il peut exister des hiatus entre la production réelle de valeur d'un individu, le ressenti qu'il en a lui-même, et la perception que la société en a (Figure 1). L'utilité sociale perçue d'une profession dans un rôle social renforcerait alors sa légitimité à occuper ce rôle, en contribuant à la validation des valeurs professionnelles, nous concevons ces différentes utilités comme présentant une interdépendance avec des effets de renforcement (Figure 2), qui dépendent directement d'une efficacité individuelle en matière de résultats et en matière d'exposition.

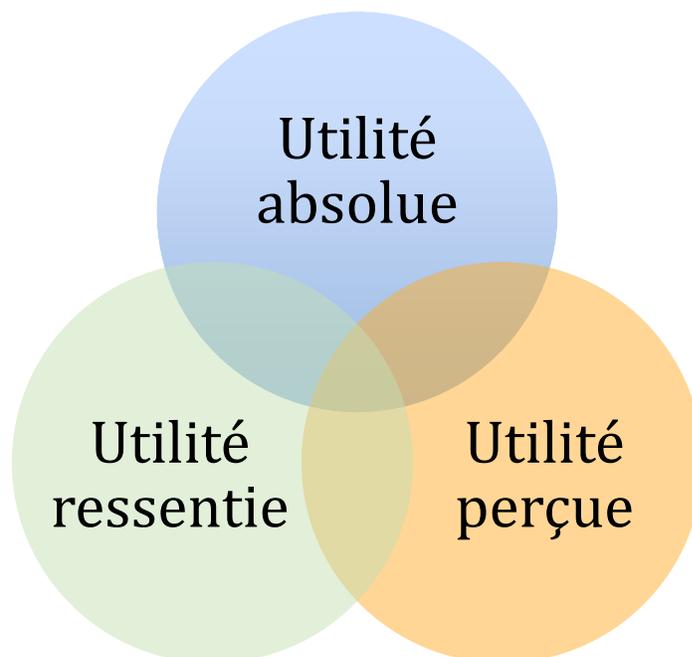


Figure 1: Utilité sociale selon la perspective.

⁵ Cette utilité est purement conceptuelle, l'évaluation de l'utilité d'un individu constituant obligatoirement une utilité ressentie de sa part, ou perçue par d'autres.

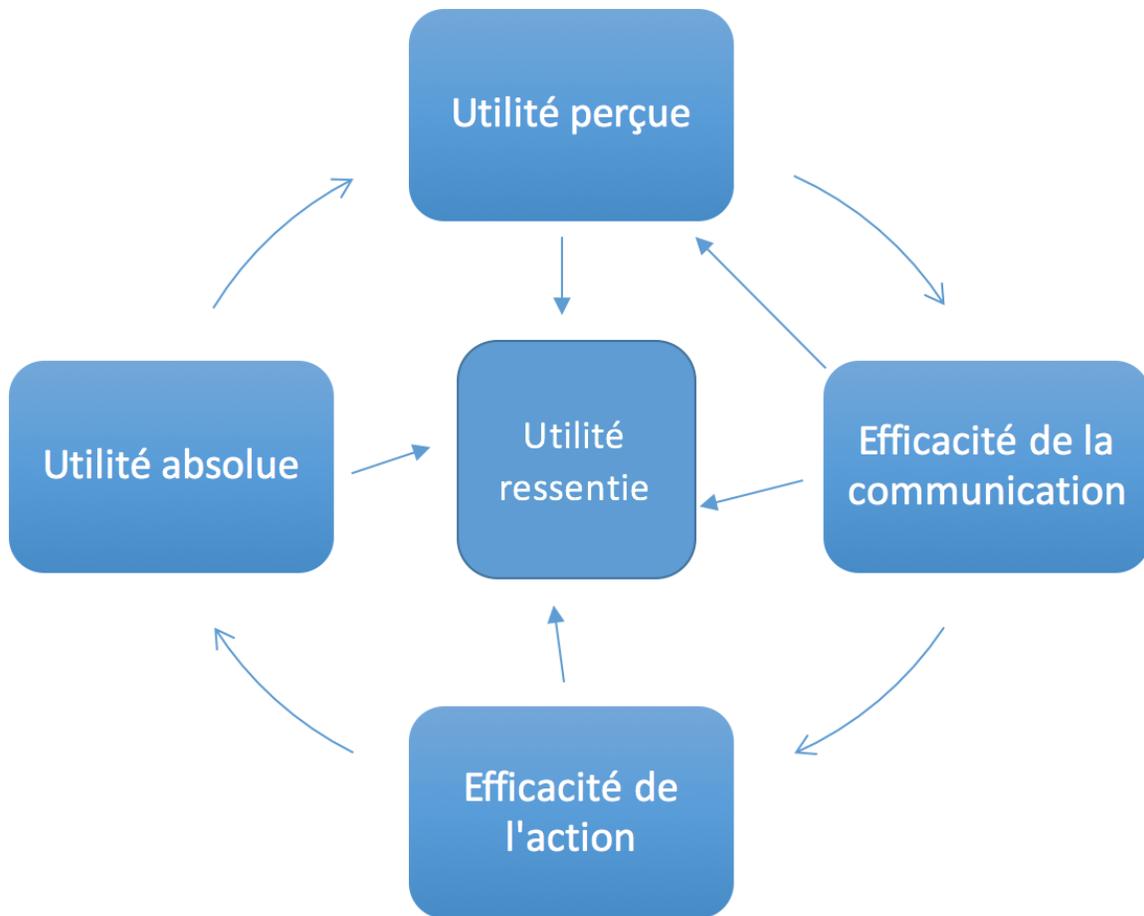


Figure 2: Cercle vertueux de l'utilité (les flèches représentent l'amplification).

Le système constitué par l'organisation administrative et le professionnel médical est alors un ensemble complexe de contraintes, traçant les contours d'un rôle social à l'intersection entre les exigences professionnelles et administratives. Les notions de professionnalisme, rôle, légitimité, utilité ont chacune leur importance parce qu'elles permettent d'identifier les contraintes qui s'exercent sur les médecins considérés dans l'incarnation de leur rôle. L'analyse sociologique fine de ces concepts n'est pas le but de ce travail, qui se veut d'abord opérationnel, et aboutir à des propositions concrètes, de manière à impartir des valeurs professionnelles communes. Ceci pourrait en retour permettre de transmettre efficacement les attentes de la société vis-à-vis de ce rôle social.

II. Etude documentaire

A. La médecine d'administration en France

Bien que cette partie se focalise sur les médecins inspecteurs de santé publique, nous y tentons, par la considération de différents statuts médicaux en administration en France, d'offrir un panorama des missions exercées. Les médecins de l'éducation nationale, les médecins-conseil et les médecins territoriaux ont retenu notre attention parce qu'il s'agit de postes médicaux réservés au sein de structures administratives chacune à son échelle productrice de politiques de santé. Les descriptions qui sont faites de ces statuts sont volontairement idéalisées pour en faciliter la considération, selon le concept de l'idéal type, proposé initialement par Max Weber.

Il n'en faut pas conclure hâtivement à une similarité entre eux des différents statuts de la fonction publique, et encore moins des statuts publics avec ceux de l'Assurance Maladie. Les positionnements relatifs au sein des 4 structures considérés présentent des similitudes.

B. Les enjeux de ces exercices à travers l'analyse des MISP

Le corps des médecins inspecteurs de santé publique (MISP) a soulevé l'intérêt de plusieurs auteurs (9,34). Ils constituent en effet un objet sociologique intéressant de par le flou qui entoure leurs fonctions, l'histoire de leur création et l'exemple qu'ils représentent de l'intégration d'une profession autonome dans une administration. Ici, les MISP nous sont utiles pour considérer l'exercice de la médecine en administration en France. L'avantage de ce statut est sa définition réglementaire, ainsi que la mentalité de corps issue de ses pérégrinations (35). Ces deux éléments permettent de traiter les MISP comme un tout homogène, ce qui serait difficile en considérant l'ensemble des modalités d'exercice des médecins dans l'administration. Ils représentent de plus un important débouché potentiel pour les médecins de santé publique s'orientant vers la médecine en administration.

Pour considérer ce corps, il est nécessaire de faire appel au travail exhaustif de Michel Vandenberghe, son ouvrage "Les médecins inspecteurs de santé publique : Aux frontières des

soins et des politiques” en 2002, sans toutefois le plagier. C’est l’enjeu de cette partie qui tentera de compléter et de réactualiser certains aspects de son exposé, en s’appuyant sur la littérature grise, scientifique et réglementaire pour repositionner les MISP dans le contexte et les organisations actuels. Le corps des MISP a subi des changements importants depuis 2002, du fait des modifications importantes du paysage administratif en santé, et de la montée en charge de la spécialité de Santé publique et médecine sociale. Ce dernier changement nous conduit à revenir sur certaines affirmations présentes dans l’ouvrage de Michel Vandenberghe.

1. Les MISP à travers le XXe siècle

La compréhension d’un corps de fonctionnaire et de son positionnement dans l’appareil d’Etat nécessite de se pencher sur son histoire. En effet, celle-ci peut révéler les mécanismes d’intégration dans le paysage politique et professionnel, qui éclairent les positions individuelles et corporatistes d’aujourd’hui. Par ailleurs, l’histoire de ces fonctionnaires contribue à nous éclairer concernant les enjeux posés par la formation à l’exercice en administration.

Au XIXe siècle, en France, parallèlement aux avancées spectaculaires de la médecine et de l’hygiène, se discute la compétence⁶ en matière de salubrité et d’hygiène publique. Initialement dévolue au maire, cette compétence est donc circonscrite au territoire municipal (36). Mais, justement du fait des développements scientifiques que voit ce siècle, la décision en matière de salubrité et d’hygiène publique cesse d’être un simple appel au bon sens. Déjà à l’époque, les ressources qui pourraient être déversées dans une application profane des découvertes de l’hygiène, effraient, autant que les risques nouvellement compris de l’absence d’action publique. Ainsi cette compétence municipale devrait-elle être endossée par des initiés, qui dans la loi de 1902, relative à la protection de la santé publique, seront les chefs des services municipaux d’hygiène. Ceux-ci ont l’obligation d’être diplômés, ou compétents en hygiène publique et reconnus aptes (37). Ils pourront être appuyés, sur décision préfectorale, par un corps d’inspection départementale de l’hygiène publique dont la composition reste à la discrétion du préfet. La fonction d’inspection sera formalisée par la suite, en 1922, avec une exigence en

⁶ On entend ici par compétence la notion administrative du mot, qui implique autorité en la matière, devoir d’action et responsabilité.

matière de compétence en hygiène. Parallèlement à cette exigence réglementaire, il est noté l'importance des contacts entre ces inspecteurs et les médecins cliniciens (37). Dans les deux décades qui suivent, le remaniement de l'administration publique voit l'évolution du poste d'inspecteur départemental d'hygiène et de ses adjoints, désormais obligatoirement médecins, nommés par le ministre de la santé publique. Notons que ce ministère a vu le jour en 1930, faisant suite au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale, créé lui-même en 1920 à partir d'une division du ministère de l'Intérieur. Ses missions concernent principalement la protection de la santé, par la production d'un règlement sanitaire qui concerne les maladies à déclaration obligatoire, et par la réalisation systématique d'inspections d'hygiène. Le processus de sélection de ces inspecteurs départementaux d'hygiène permet de situer ce qu'en attendait l'Etat à l'époque. Il comprenait des épreuves orales et écrites dans les domaines de l'épidémiologie, de l'hygiène publique et sociale, du droit administratif et de conférence, ainsi que des épreuves pratiques. Ces épreuves pouvaient donner lieu à un échec, prévu dans la loi par des scores éliminatoires (38). Pour avoir accès à ces épreuves, les candidats devaient avoir réalisé un stage d'hygiène qui nécessitait l'obtention d'un diplôme d'hygiène. Le Journal Officiel du 25 août 1937 reprend également les attributions de l'inspecteur départemental de l'hygiène détaillées sur 32 alinéas. La brève description qui en est faite ici permet d'en visualiser l'étendue et la variété. L'inspecteur est majoritairement chargé de la protection de la santé de la population, avec un rôle important dans la détection et la jugulation des épidémies, et un rôle d'inspection sanitaire. Il est également en charge de la prévention, avec une responsabilité vaccinale. Il est enfin défini comme gestionnaire des infirmières visiteuses et des demandes de subvention, expert médical, liaison médicale de la préfecture avec les cliniciens et les autres départements d'Etat impliqués dans la santé publique, éducateur du public en matière de santé, etc. Il existe un décalage entre des attributions larges et un examen qualifiant portant sur un nombre de compétences restreint.

En 1940, l'organisation des services se régionalise, et les inspecteurs deviennent Médecins inspecteurs de la santé. Cette administration ne durera pas, et est réorganisée dès 1943 à l'échelle départementale, en conservant tout de même ces médecins inspecteurs, dont certains

prennent la tête des directions départementales de santé (37). Les années suivantes voient la fonction évoluer assez peu, puisque les réorganisations successives vers les échelons régionaux ou départementaux reprennent puis redonnent aux médecins inspecteurs la conduite des directions de santé. On notera cependant l'ascension de certains médecins inspecteurs vers des postes en administration centrale, qui est formalisée dans le Journal Officiel du 20 juillet 1949, avec une redéfinition de leurs missions autour de la protection de la santé et de la prévention. Il y est aussi fait mention de la possibilité de détachement de ces médecins auprès d'autres structures de l'Etat que le ministère de la Santé Publique, et de la nécessité de limiter le nombre de détachés à 10% de l'effectif, ce qui laisse supposer que ces médecins sont une ressource importante et convoitée. Ils doivent également effectuer un stage à l'Ecole Nationale de Santé Publique, lieu de formation des directeurs d'hôpitaux, et obtiennent à la fin de leur formation un diplôme de santé publique, plus de 20 ans avant la création de la spécialité médicale du même nom.

La réforme des corps de fonctionnaires en 1964 va entraîner la création d'un corps de médecins de santé publique issus de la réunion entre les médecins scolaires et les médecins inspecteurs. Paradoxalement, cette réforme met l'accent sur la fonction d'inspection et non de spécialiste en santé publique. Elle voit la perte de l'autonomie préalable des médecins en les plaçant dans des services déconcentrés de l'Etat sous l'autorité d'un directeur qui n'est que rarement médecin (7).

Le revirement vers un statut de médecin-inspecteur en 1973 s'accompagne d'une redéfinition des missions, chargeant ces médecins de l'élaboration, de la mise en œuvre, de l'exécution et du contrôle des politiques de santé dans les domaines préventifs et curatifs (39), ainsi que du diagnostic préalable. Ils sont par ailleurs chargés de l'animation des activités médicales et du contrôle des formations en santé. Cependant, s'il décrit en détail les grades et les modalités d'avancement de ces fonctionnaires, ce décret 73-417 ne précise pas de nouvelles modalités de formation en rapport avec les nouvelles missions.

Par la suite, les médecins-inspecteurs vont subir un approfondissement de leur perte d'autonomie professionnelle en 1977 avec une séparation des fonctions au niveau régional et

départemental, fonctions qu'ils exercent sous l'autorité des directeurs de DDASS/DRASS. Parallèlement, leurs actions sont redéfinies, d'abord en mettant l'accent sur l'inspection et le travail en équipe et les libérant partiellement des tâches administratives, puis en y intégrant la limitation des dépenses de santé, et en positionnant les médecins inspecteurs comme seuls destinataires de l'information médicale confidentielle au sein des services de l'Etat (37).

Le statut de MISP apparaît en 1991, et retrace le contour de leurs missions. Les politiques de santé curatives et préventives dans lesquelles ils sont impliqués se transforment en politiques de santé publique, et leur implication dans la recherche, l'enseignement, la communication et les actions préventives est étendue à toute la santé publique. Les années suivantes les dotent d'outils de planification et de programmation adaptés à la réalisation de leurs missions, les schémas d'organisation sanitaire - bientôt portés par les Agences régionales de l'hospitalisation, et les programmes régionaux de santé (37).

Les missions des MISP sont redéfinies en 1999 leur reconnaissant d'une part, des connaissances spécifiques, une indépendance technique et le statut de garant du secret médical dans les administrations, et d'autre part le statut de professionnel de santé publique possédant une vision globale (37).

Les années 2000 seront marquées majoritairement par la création des Agences régionales de santé par la loi Hôpital Patient Santé Territoire en 2009 et par le développement des projets régionaux de santé. Ceux-ci changent le mode d'exercice des MISP mais ne modifient pas leurs missions maintenues pertinentes par leur largeur relative.

En 2016 est entreprise une refonte de la formation donnant accès aux postes de MISP, afin de faire correspondre les objectifs d'Etat de raccourcissement de la durée de formation de ses fonctionnaires. Cette nouvelle formation conserve les principes généraux de la formation précédente, tout en diminuant le temps de formation.

2. Missions et rôles

Au cours de leur histoire, les MISP ont été impliqués dans la gouvernance avec une influence de plus en plus élevée, à l'origine postés au niveau départemental, puis obtenant des postes au niveau national, et aujourd'hui par détachement, ayant la possibilité d'intégrer des organismes

internationaux comme l'Organisation Mondiale de la Santé. Cela implique une claire reconnaissance de leur utilité, pouvant provenir de leur expérience professionnelle précédant leur incorporation à la fonction publique d'Etat, ou de la formation et de l'expérience découlant de leur intégration. Malheureusement, il n'existe pas de base de données permettant de croiser les parcours des MISP avec leurs postes actuels. Nous souhaitons néanmoins procéder à une brève analyse des principales structures où ceux-ci exercent selon le Syndicat des MISP.

Soixante-dix pourcents des MISP exercent leurs fonctions au sein du ministère chargé de la santé et de ses services déconcentrés, dont la production d'un point de vue sociologique, est la politique de santé de sa définition nationale jusqu'à une déclinaison locale (29). Par ce truchement, le cœur opérationnel de cette organisation n'est pas constitué des professionnels de santé de terrain, mais de ceux qui les coordonnent. Le ministre de la santé et ses différentes directions en forment l'apex stratégique. La "ligne hiérarchique" est constituée de l'ensemble comprenant les fonctions exécutives centrales subalternes à l'apex, et les directeurs des ARS, qui sont rarement des médecins. Ce système comprend de multiples technostructures, comme Santé Publique France, ou encore la Haute Autorité de Santé, l'Institut National du Cancer, l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique, l'Inspection Générale des Affaires Sociales et bien d'autres. Nous notons que parallèlement aux structures publiques existent des organisations professionnelles qui sont utilisées également comme technostructures, par exemple, l'Académie de médecine et de pharmacie. Au sein des services centraux du ministère chargé de la santé, les MISP ont soit une fonction d'expert dans une forme de technostructure dispersée, soit de "ligne hiérarchique".

La majorité des MISP (53%) sont mis à disposition des ARS par le ministère de la Santé. Ces agences régionales ont été impactées récemment par la réforme de fusion des régions françaises, avec un impact variable selon les régions. Ces structures sont composées d'une direction régionale qui comporte la direction stratégique et les services d'appui, et de délégations départementales. Les ARS sont à la fois positionnées dans l'appareil de santé en tant que cœur opérationnel. Il est à noter que l'organisation interne des ARS peut différer selon les régions, et que la réflexion qui est portée ici a trait à une organisation théorique. Les ARS

sont sous la direction d'un apex stratégique, le ministère de la santé, en ce qui concerne les politiques de santé, mais sont également dépendantes de l'autorité préfectorale, et donc indirectement du ministère de l'intérieur dont l'ascendant se fait principalement ressentir dans les cas de crises sanitaires et de judiciarisation de la santé (hospitalisation sous contrainte, etc.).

En matière d'organisation interne, les ARS sont formées d'un apex stratégique constitué par le comité de direction, de structures d'appui logistique en la matière des services financiers, statistiques et de ressources humaines. Les technostructures internes de l'ARS sont bien souvent les professionnels de santé, principalement les médecins et pharmaciens, dont l'organisation, si elle était formalisée, représenterait une forme de structure transversale. Le cœur opérationnel des ARS, qui vise à produire la politique de santé est constitué des fonctionnaires et contractuels, dont les MISP (et les autres médecins), des différents services qui réalisent les missions d'études, de communication, de rédaction en rapport avec les politiques de santé. Au sein des ARS, les MISP (et les médecins en général) possèdent un double rôle d'opérants et de producteurs et diffuseurs d'information.

Les fonctions des MISP en dehors du ministère sont très diverses, puisqu'il existe 35 "accueils" pour 94 détachements. Ils y agissent en tant qu'experts à la fois médicaux et de la politique de santé, avec fréquemment des responsabilités managériales.

Du fait de l'organisation de l'administration de santé, les MISP y sont des communicants, des experts médicaux, et parfois des managers.

3. Chiffres et attractivité du statut

Le dernier recensement des MISP⁷ faisait état de 469 médecins en activité, dont 45 (9,6%) en disponibilité. On observait une diminution de 4% par an des effectifs entre 2012 et 2014 qui s'expliquait d'une part par les nombreux départs à la retraite, dans ce corps où 33% des effectifs en fonction en 2014 avaient atteint l'âge moyen de la retraite (63 ans) en 2018, et d'autre part, par le faible renouvellement, car la filière MISP peine à attirer des médecins. En

⁷ Source : Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique, Recensement 2017

2015, la formation a été purement annulée, faute de candidats au concours (seulement deux cette année-là).

Il existe deux publics pour ces postes de MISP. En premier lieu, les médecins spécialistes de santé publique sont visés par le régime non dérogatoire de recrutement de la filière MISP. En 2018, environ 90 nouveaux médecins de santé publique ont été diplômés. Pour ces jeunes professionnels, cela représente l'aboutissement de 10 à 11 ans d'études, dont leur formation de spécialisation en santé publique sur les 4 dernières années. Ils sont peu motivés à s'orienter vers la filière. En effet, des postes accessibles en fin d'internat, les postes de MISP sont parmi les moins bien rémunérés (comme en témoignent les grilles des émoluments pour les assistants hospitaliers (40), les grilles indiciaires des MISP (41) et la convention collective des médecins conseil (42)) et requièrent une formation supplémentaire d'un an, débutant en janvier, en décalage d'au moins deux mois avec la fin de leur internat (fin octobre ou fin mai). L'internat de santé publique, jusqu'à la réforme du 3e cycle impulsée en 2016, était globalement peu tourné vers le pilotage des politiques de santé, et les internes peu sensibilisés à cet exercice. Le statut de médecin inspecteur déplaît (35), et la perte d'autonomie associée avec le statut de fonctionnaire inquiète. Certains choisissent de rejoindre ce type de poste sur des contrats à durée déterminée ou pour des missions spécifiques. Ceux-ci leur assurent une rémunération comparable, une plus grande liberté et une moindre dépendance hiérarchique. Pour les structures concernées, cela représente une facilité de gestion des ressources humaines et une certaine plasticité de l'action, mais entraîne une plus grande hétérogénéité des médecins recrutés, et de leurs compétences.

Par ailleurs, un certain nombre des nouveaux MISP, chaque année, sont des médecins de santé publique contractuels désirant intégrer la fonction publique. Plus expérimentés, plus âgés, ils ont construit leur propre vision de leurs attentes et certains désirent le statut afin de pérenniser leur engagement. Rappelons que la spécialisation de santé publique, jusqu'à la réforme de 2016, était peu contraignante en matière de connaissances théoriques et de terrains de stage. Ce modèle, qui était censé permettre des cursus individualisés pour correspondre à

l'ensemble des débouchés a généré une population de médecins de santé publique très hétéroclite (43).

Il existe également une voie dérogatoire, qui permet à des médecins non spécialistes de santé publique de rejoindre la filière MISP en valorisant une expérience ou une formation alternative en santé publique, par exemple un master 2 de santé publique. Ces formations universitaires de deux ans sont difficilement comparables à un cursus professionnel de 4 ans. Au vu des profils hétérogènes le rejoignant, les valeurs communes au corps des MISP sont donc nécessairement larges.

4. Missions, rôles et professionnalisme chez les MISP

Selon Mintzberg, il existe deux types de missions. Les missions de l'organisation, et les missions individuelles (29). Cette notion rejoint la notion de rôle social, parce que les missions dont s'investit un individu lui seront transmises par les organisations sociales auxquelles il prend part. Un employé tentera de réaliser les missions de l'organisation et les siennes, ce qui implique la possibilité de conflit.

Les missions liées au statut MISP sont définies réglementairement par le Code de la santé publique (44) et le Code de l'action sociale et des familles (45).

“Les membres du corps des médecins inspecteurs de santé publique participent à la conception, à la mise en œuvre, à l'exécution et à l'évaluation de la politique de santé publique.

Ils assurent, dans les agences régionales de santé, le contrôle de cette politique et les missions permanentes et temporaires d'inspection.

Ils participent au contrôle de l'application des dispositions du présent code et des règlements pris pour son application.

Ils contribuent à l'organisation du système sanitaire et à la promotion de la santé.

Dans le cadre de leurs attributions, ils peuvent être chargés d'études et de missions spéciales.

Ils peuvent être associés à l'enseignement, à la formation et à la recherche dans le domaine de la santé publique.

Dans l'exercice de leurs fonctions, ils veillent au respect du secret médical et des règles professionnelles. “

5. Le poids de la clinique sur le professionnalisme, et donc l'utilité sociale des MISp

Professionnalisme médical spécifique

Michel Vandenberghe développait brièvement dans son ouvrage la notion de professionnalisme chez les MISp (9), les définissant comme une sous-profession au sein de la profession médicale. Suivant le rapport établi par le syndicat des MISp en 1989, leur professionnalisme se baserait sur trois éléments. Le premier est un élément de professionnalisme non spécifique aux MISp, puisqu'il fait référence à l'appartenance au corps médical, et rejoint la thèse de Freidson. Les bases en sont le savoir médical, l'appartenance au groupe, et la morale professionnelle. Cet élément permet de s'identifier en tant que médecin, et donc confère au MISp "un potentiel relationnel exclusif" en permettant "l'approche clinique et l'échange entre cliniciens". Actuellement cette affirmation, peut sembler erronée. Tout d'abord, au vu de l'exercice des MISp et de la voie théorique encouragée par les textes (obtenir la spécialité de santé publique), ceux-ci sont éloignés de la pratique clinique et du statut de clinicien. Ceci impacte le savoir médical, qui n'est pas uniquement un savoir pratique concernant les maladies et les traitements, mais aussi un savoir expérientiel de l'approche du patient et de la construction de la relation médecin-malade (25). L'idéologie de la profession tend elle-même à valoriser l'expérience clinique personnelle par rapport au savoir théorique. L'appartenance au groupe, qui repose en partie sur la notion précédente, en devient partielle (46) - reste la déontologie professionnelle.

Toutefois, les arguments développés dans le rapport de 1989 concernaient un corps des MISp en activité constitué en majeure partie d'anciens cliniciens (la spécialité de santé publique datant de 1982, seules trois promotions de médecins de santé publique auraient pu être concernées). Le professionnalisme d'alors pouvait plus facilement se concevoir sur une base clinique. Dans l'esprit de la loi prônant la spécialité de santé publique pour les MISp, il apparaît difficile de fonder un professionnalisme sur la clinique. Au contraire, comme nous le verrons par la suite, la relation à la clinique peut obérer la construction identitaire des médecins en administration.

Le second élément avancé en soutien du professionnalisme des MISP est la spécificité de la spécialité de santé publique, et le fait que, dans ce champ d'intervention, "les médecins sont les professionnels les mieux adaptés" (47). Cet élément semble incompatible avec le premier, puisque la santé publique se fonde sur l'approche populationnelle plutôt que sur l'approche individuelle. Ce second élément est de plus en désaccord avec une définition de la santé publique en tant qu'objet transversal, interdisciplinaire et trans-sectoriel, pour le traitement duquel le médecin, au sens global du terme, n'est pas le professionnel le plus adapté.

Le troisième élément fait référence aux qualités managériales des MISP. Au vu des modalités actuelles de formation, à la fois dans les études de médecine et dans la formation initiale de MISP, et au vu des modalités d'entrée dans ces deux filières, sans exigence d'une quelconque formation en management, les capacités managériales ne font pas l'objet d'une normalisation forte. Le leadership variera alors beaucoup avec l'individu considéré (48).

Le professionnalisme est une facette importante de l'identité d'un praticien (49). La conversion identitaire que subissent des médecins cliniciens en intégrant l'administration est double. Ils doivent apprendre à concevoir une santé publique au-delà de l'individuelle, mais aussi à agir au sein d'une administration, qui exerce sur eux des contraintes bureaucratiques spécifiques. L'apprentissage que cela suppose devrait alors se faire en référence à plusieurs environnements. Il paraît difficile, pour un clinicien dont l'identité professionnelle est fortement liée à une conception clinique de la médecine, et à l'autonomie supposée de la profession médicale, de construire solidement une nouvelle identité qui fasse à la fois appel à un paradigme médical différent, et à un positionnement organisationnel où lui échappe l'autorité décisionnelle, tout en conservant ses valeurs professionnelles. La construction d'une nouvelle identité solide est d'autant plus importante que c'est grâce à elle que le MISP prend son statut de conciliateur entre l'administration et les médecins.

Utilité sociale et professionnalisme

Le développement d'un professionnalisme est lié à l'utilité sociale. Les valeurs professionnelles défendues garantissent le maintien de l'utilité de la profession, et légitiment ses membres dans l'exercice de fonctions qui leur sont réservées parce qu'ils sont reconnus utiles (25). Nous

distinguons trois utilités (cf. (I) Cadre Conceptuel). En premier lieu, l'utilité sociale perçue par la société, liée donc à l'attribution de tâches réservées aux professionnels. En second lieu, l'utilité sociale ressentie par les professionnels eux-mêmes, la perception qu'ils ont de l'effet de leur activité. En troisième lieu, l'utilité absolue, production théorique de valeur.

L'utilité perçue est très en lien avec la visibilité des objets considérés. Un cardiologue, qui effectue des angioplasties afin de désobstruer des vaisseaux, règle un problème existant, rendu tangible par sa fréquence, la douleur associée chez le patient, et la gravité de l'absence d'intervention. L'objet social en est facilement identifiable et concevable par le profane qui en aura une expérience personnelle, au travers de son entourage ou des médias, et son importance incontestable. En revanche, l'effet des politiques de santé est bien moins tangible, particulièrement quand leur objet est la prévention et la promotion de la santé. La conception de la santé comme résultante d'une multitude de déterminants sociaux, économiques et comportementaux est difficile à appréhender pour qui ne maîtrise pas les modèles actuels de genèse des maladies. Les événements de santé potentiels font appel à la notion d'incertitude qui est ressentie par les individus de façon variable. La santé publique, notion floue souvent associée à l'action du service public de santé, traite donc d'objets sociaux peu visibles. Ainsi son utilité perçue par la population est faible⁸ et l'utilité des MISP perçue par les décideurs est suffisante pour que le statut ait survécu au second millénaire, mais pas suffisante pour leur attribuer une augmentation substantielle de rémunération, qui contribuerait sans doute à augmenter l'attractivité du statut.

L'utilité ressentie est liée à l'identité professionnelle et au système de valeurs référent. Pour un médecin soignant, l'utilité est facilement mesurée par la guérison et la satisfaction du patient et la reconnaissance de ses pairs. La difficulté de la mesure de l'efficacité des actions menées dans l'exercice médical en administration, ainsi que la déconsidération des pairs et l'absence de patientèle ont conduit les MISP à effectuer une forme de transposition de la relation patient dans la relation aux acteurs externes et internes à leur structure (9). Le MISP tente d'agir sur les représentations du monde de ses partenaires pour y instiller un contenu médical

⁸ il est peu probable que la population ait connaissance de la spécialité de santé publique, ignorée y compris au sein des études médicales (Bérard, 2007)

indispensable à l'obtention de leur adhésion. Il évalue son utilité sur le retour et l'adhésion qu'il génère dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'une politique de santé. Parallèlement, dans son travail auprès des médecins, le MISP façonne la représentation médicale du monde en y injectant des éléments nouveaux issus des domaines de l'action sociale et administrative. Ainsi, l'utilité ressentie du MISP émane de sa capacité à être un agent de changement. Ce rôle lui est imprimé par ses missions administratives, certes, mais il est nuancé par son appartenance professionnelle.

L'appartenance au système administratif donne un deuxième système de référence à partir duquel évaluer son utilité pour un MISP. Deux catégories sont décrites par Vandenberghe, ceux qui perçoivent l'administration comme un environnement à dompter, et ceux qui adhèrent à la mission de l'Etat et de service public. Les premiers conjugueront leurs connaissances médicales et réglementaires et évalueront leur utilité sur leur compétence à guider leurs partenaires à utiliser les rouages administratifs à des fins d'amélioration de la santé, ils prendraient alors un rôle de décrypteur du système. Les seconds évalueront leur utilité à l'aune de la légitimité conférée à l'Etat pour agir.

Les enjeux de la construction identitaire sont liés à la capacité des professionnels à endosser leurs rôles au sein des administrations, particulièrement du fait que ces rôles impliquent des capacités de conciliation et de communication.

Le professionnalisme de santé publique

Le profil idéal des MISP (45) en fait des spécialistes de santé publique, et donc des non-cliniciens (43). Par leur formation et leur éloignement de la clinique, ces spécialistes sont sensibilisés à l'évaluation de politiques et d'actions de système, qui fait appel à une temporalité et à des indicateurs très différents de la pratique clinique. Dans leur accès à des exercices en administration, leur conversion identitaire ne nécessite pas le changement de paradigme médical, puisqu'ils évoluent d'ores et déjà dans celui de la santé populationnelle. Leur évaluation de leur propre utilité sociale, utilité ressentie, ne se base donc pas sur le paradigme médical clinique, et ils seront en mesure de ressentir une utilité sur d'autres critères que ceux issus d'une relation médecin-malade transposée. L'utilité perçue de ces spécialistes exerçant

en administration sera aussi corrélée à leurs capacités à communiquer autour de leurs actions, agissant ainsi sur les représentations du monde en y instillant un contenu de médecine populationnelle.

Ce que nous dégageons ici est l'importance, pour le MISP ex-clinicien comme pour le MISP spécialiste, de posséder à la fois les capacités et l'autonomie de communiquer autour de ses actions. En faisant connaître ce qu'il est, et l'efficacité liée au professionnalisme qu'il développe, le MISP contribue à augmenter sa crédibilité. Il est logique de penser que pour un professionnel dont une partie des missions consiste à obtenir et à maintenir l'adhésion de ses partenaires, l'augmentation de la crédibilité conduit naturellement à une augmentation d'efficacité, qui, en retour, impacte également l'utilité perçue, dans un cercle vertueux (Cadre Conceptuel, Figure 2).

Plus haut, nous avons questionné l'hypothèse selon laquelle le médecin, sans plus de précision, serait par essence le professionnel le plus adapté dans des démarches de santé publique, donc intersectorielles et transversales. En revanche, par une formation polyvalente, qui inclut une formation médicale mais aussi une formation à de nombreuses disciplines impliquées dans le champ de la santé publique (50) ainsi qu'un contact avec des acteurs de santé publique divers au cours de l'internat, le médecin spécialiste de santé publique est le seul à posséder une formation professionnelle spécifique au champ de la santé publique aussi longue.

6. Attentes sociales et rôles des MISP

Les MISP sont au cœur d'un faisceau d'attentes sociales complexes. Avant tout, ils sont statutairement fonctionnaires, avec un rôle de représentation et de soutien de l'action publique (51), et inspecteurs, par le nom et la fonction primaire. Il est également attendu d'eux qu'ils procurent une expertise médico-scientifique dans leurs missions d'inspection des établissements de santé, dans la conception et dans le pilotage des politiques de santé. Ces mêmes missions demandent une capacité de contextualisation en santé qui correspond à une expertise de santé publique, et intègrent une dimension d'accompagnement qui est facilitée par leur statut de membre de la profession médicale. Du fait des missions réglementaires qui leur

sont attribuées, ils combinent donc des rôles d'expert médico-scientifique, d'expert de santé publique et de professionnel médical.

C. Les autres domaines d'exercice de la médecine en administration

1. Structures considérées

Le ministère de l'éducation nationale

Les fonctionnaires de l'éducation nationale construisent et actionnent le système éducatif public français. Sa mission de formation ne vise pas uniquement à faire acquérir aux élèves des aptitudes académiques, mais également des compétences de vie, qui incluent des notions d'hygiène et de santé. La circulaire n°2001-012 du 12 janvier 2001 relative aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves précise que « la mission de promotion de la santé en faveur des élèves a pour objectifs essentiels et spécifiques de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective ». Par ailleurs, l'école constitue un endroit idéal pour procéder à des actions de prévention et de promotion collective en matière de santé. La concentration de populations jeunes et fragiles justifie également des mesures de précaution en matière de pathologies infectieuses et liées à l'environnement.

Dans l'approche de Mintzberg, nous considérons que la mission de la structure est d'éduquer. La conception d'actions, de politiques liées à la santé ne constitue pas sa production principale.

Les organismes d'assurance maladie

La France compte plusieurs organismes d'assurance maladie, dont les 2 principaux sont l'Assurance Maladie, qui gère le régime général et la Mutualité sociale agricole qui prend en charge les exploitants et salariés agricoles⁹. Ces organismes gèrent les remboursements des dépenses de santé et la rémunération des activités de santé concernant leurs assurés. Cette relation de payeur auprès des professionnels de santé les place dans une position privilégiée

⁹ La Sécurité sociale des indépendants, qui a succédé en 2018 au régime social des indépendants est dès lors intégrée au régime général.

pour négocier certaines conditions d'exercice et ainsi agir sur le déterminant de la santé qu'est le système de soins. Un exemple en est la convention récente avec les médecins libéraux qui définit, entre autres, des conditions avantageuses de rémunération pour l'exercice partagé, ainsi que pour l'exercice en zones sous-dotées médicalement.

Au travers de la gestion des dépenses de santé, les organismes d'assurance maladie produisent des politiques de santé et sont parties prenantes de la conception de politiques de santé par l'appareil d'Etat.

Les collectivités territoriales

Les organisations locales employant des médecins territoriaux sont nombreuses et diverses. Leur mission de relais de la politique de santé développée par les ARS s'associe à une mission de fait : suppléer à la ligne des soins primaires lorsque ceux-ci sont défaillants. D'une manière générale, elles agissent localement dans un objectif de coordination et d'homogénéisation de la prise en charge en santé. Elles ont une production mixte de soins et de politiques de santé.

2. Les différents exercices médicaux

Les médecins de l'éducation nationale

Les médecins de l'éducation nationale sont des personnels médicaux, fonctionnaires du ministère de l'éducation nationale. Ils sont recrutés parmi les médecins, sur concours, à la suite duquel ils suivront une formation de seize semaines au maximum. Leurs missions sont définies réglementairement (44), et peuvent être divisées en trois catégories. D'une part, on y retrouve les actions de prévention individuelle, la réalisation des bilans de santé et d'orientation obligatoires et les interventions auprès des commissions de l'éducation spécialisée concernant l'adaptation et l'orientation des élèves le nécessitant. D'autre part, ils possèdent des missions de prévention collective, de promotion de la santé, doivent élaborer des programmes d'action à partir de l'identification des spécificités de la population dont ils ont la charge, et d'éducation envers les enseignants, les enseignés et leurs familles. Enfin, ils contrôlent les environnements éducatifs en matière d'hygiène, d'ergonomie et de sécurité.

Les rôles issus de l'appartenance à la structure nous paraissent positionner les médecins dans une position de technostructure exclusive, puisqu'ils ne participent pas à la production finale. Ainsi, les missions précédentes nous paraissent délimiter un rôle d'expert médico-scientifique, dans l'adaptation des parcours éducatifs et le contrôle des environnements, un rôle d'expert de santé publique dans la conception d'actions en prévention-promotion collective, un rôle de contrôleur et un rôle de clinicien dans la réalisation de bilans de santé et d'orientation.

L'ancienneté et la progression hiérarchique peuvent les amener à endosser un rôle de gestion.

Les médecins-conseil (52)

Les médecins-conseil, appartenant au groupe des praticiens-conseil qui inclut également pharmaciens et dentistes, sont des personnels médicaux des organismes de sécurité sociale, intégrés à l'origine à des fins de contrôle de l'attribution de prestations sociales sur critères médicaux¹⁰. Ils sont recrutés parmi les médecins, et suivent une formation d'une durée de 6 mois. La loi HPST a permis, à des fins de meilleure coordination, de rapprocher une partie de ces médecins du pilotage politique dans les ARS. En effet, au-delà de leur mission de contrôle, qui s'exerce dans une forme de pratique clinique, avec un contact patient individuel, ces médecins ont aussi une mission d'analyse de l'activité des établissements et professionnels de santé, dans une optique de détection des abus, mais aussi de correction des mécanismes de financement, afin de permettre la gestion du risque assuré par les organismes d'assurance maladie (53). Dans l'une de ses déclinaisons, cette mission prend la forme d'échanges confraternels, qui jouent sur le rapport individuel de médecin à médecin. Lorsqu'elle s'applique à plus grande échelle, cette forme d'audit externe du système de santé nourrit la réflexion de planification sanitaire portée par les ARS et les organismes de sécurité sociale dans une démarche d'amélioration de l'efficacité du système de soins et de maîtrise et rationalisation médicalisées des dépenses de santé (52). Les éléments définis ci-avant s'intègrent dans une démarche populationnelle à l'échelle nationale ou d'un territoire plus restreint, mais ne sont pas

¹⁰ Il existe également des médecins-conseil à l'étranger, qui sont des médecins cliniciens utilisés comme experts médicaux cliniques par les consulats et ambassades. Les deux fonctions ont en commun le contrôle médical de l'attribution d'avantages sociaux (rapatriement sanitaire etc.) mais guère plus.

accessibles à tout médecin-conseil dès l'entrée dans le statut. L'avancement permettra au professionnel de progresser au-delà des missions cliniques.

Les médecins-conseil dans le cadre de leurs missions en administration apportent une vision médicale et une expertise médicale et scientifique aidant aux décisions des organismes d'assurance maladie, et sont responsables de la recherche d'informations pertinentes pour l'atteinte des objectifs de leur institution. L'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale leur définit aussi un rôle d'analyse des pratiques professionnelles et d'accompagnement des professionnels de santé.

Du fait des missions de la structure, les médecins-conseil appartiennent à la fois à sa technostructure, à sa ligne hiérarchique et à son cœur opérationnel. Les rôles des médecins-conseil varient de façon importante selon leur ancienneté et leur progression hiérarchique. L'implication dans la gouvernance de ces médecins est corrélée à cette progression, et ils prennent dans cette dimension un rôle d'expert de santé publique dans l'analyse de l'activité des établissements et professionnels. Lorsqu'ils sont moins ou pas impliqués dans la gouvernance, ces médecins incarnent des rôles de contrôleurs (d'où l'appellation fréquente de médecins contrôleurs), mais aussi de professionnels médicaux lorsqu'ils accompagnent des professionnels de santé ou réalisent des démarches d'échanges confraternels et de cliniciens dans l'évaluation et le contrôle des indemnités. En tous les cas, ils ont un rôle d'expert médico-scientifique.

Les médecins des collectivités territoriales

Leur nom l'indique clairement, les médecins territoriaux ont la charge d'un territoire, et donc d'une population (54,55). Ils exercent des fonctions de direction au sein d'organisations au niveau local. Leurs territoires d'action sont variables, de la commune au département. Ils peuvent ainsi diriger les services communaux d'hygiène et de santé, les services départementaux de protection maternelle et infantile, de l'aide sociale et de santé publique. Ils peuvent également diriger des laboratoires d'analyses médicales et des centres d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées. Selon la loi, dans le cadre de leurs fonctions de direction, ils élaborent les projets thérapeutiques de leur organisation d'attache, et développent

des actions de prévention et de promotion de la santé. Enfin, ils participent à la conception, la mise en œuvre, l'exécution et l'évaluation de la politique de leur collectivité en matière de santé publique (55).

Leur recrutement s'effectue parmi les médecins, visant spécifiquement des médecins spécialistes lorsque les missions envisagées l'exigent. Les candidats sont sélectionnés sur concours, à la suite duquel ils suivront une formation d'un an précédant leur titularisation. Au cours de leur carrière, ils peuvent avoir accès à des postes à haute responsabilité de direction générale de services concernant plus de 10 000 habitants.

De l'échelon local où ils se positionnent, ces médecins ont la possibilité d'exercer au plus près des populations, et ainsi d'adapter finement les politiques de santé publique à leurs objets. L'exercice est très divers, et dans un grand nombre de cas, ces médecins maintiennent une activité clinique ou encore possèdent une activité de médecine du travail au sein de la fonction publique. L'intitulé du décret qui réglemente leur fonction est cependant tel qu'ils semblent constituer l'échelon de la santé publique le plus près des cliniciens de première ligne. Ces médecins, selon la description de leurs missions, pourraient piloter la politique de santé publique de proximité, par la planification et la programmation d'actions, inspirées par les politiques nationales et définies par les exigences et spécificités locales. En tant que fonctionnaires de l'Etat appelés à modeler l'action publique, il leur serait nécessaire d'en maîtriser le cadre réglementaire, et de coordonner à la fois leurs équipes et les professionnels extérieurs pour permettre une action publique efficace. La formation, en 2013, ne permettait néanmoins pas de garantir des compétences d'encadrement suffisantes à la gestion d'un service (54).

Nous pouvons donc définir les médecins territoriaux comme endossant quatre rôles. D'une part, ce sont souvent des cliniciens, qui pallient aux difficultés des soins primaires par un exercice tourné vers les catégories sociales en difficulté mais également par des fonctions de médecine occupationnelle. Ce sont des experts médico-scientifiques lorsqu'ils élaborent le projet thérapeutique de leur structure d'attache ou évaluent son action, et des experts de santé publique, dans leur analyse des spécificités locales des populations dans un but d'élaboration

de politiques de santé locales. Enfin, ils peuvent être investis de responsabilité de gestion des structures sociales ou de santé publique de proximité.

D. Rôles généraux

Bien qu'exerçant en administration, ces médecins, quels qu'ils soient, sont soumis aux attentes de leur profession, et doivent honorer la déontologie de leur ordre et en favoriser le rayonnement (56). Ils sont également des individus privés, dont le rôle ne peut pas être généralisé.

III. Conclusion

Les médecins exerçant en administration sont au centre d'attentes en partie comparables dans les positions qu'ils occupent. Exemplifiés par les MISp, ils semblent incarner la projection de la compétence santé, traditionnellement médicale, sur les administrations. Ainsi, ces médecins n'ont pas de rôle évident de guérisseur, tel qu'il est attendu d'un professionnel médical, bien que la pratique clinique ait pour certains influencé leur construction identitaire, leur positionnement et les éléments de théorisation d'un professionnalisme qui leur serait propre. Leurs rôles d'experts sur le plan médico-scientifique et sur le plan de la santé publique sont clairement mis en avant par les missions qui leur sont attribuées. Les formations et les pré-requis en matière de compétences médico-scientifiques d'une part et de santé publique d'autre part sont variés entre les statuts considérés. Bien qu'il semble que cette attente soit commune, l'incarnation de ces rôles d'experts sera différente selon le statut et le profil de ces médecins.

L'attente liée à la profession, de la part des structures, portait sur une dimension clinique et sur la facilitation liée à la confraternité.

Les médecins exerçant en administration incarnent de fait un rôle régalién de contrôleur, d'inspecteur, qui les place dans une situation de conflit avec le rôle professionnel issu des attentes de la profession, dont l'incarnation requiert une autonomie et donc une indépendance vis-à-vis de valeurs non professionnelles.

Lorsqu'ils s'impliquent dans la gouvernance, les attentes focalisées sur ces médecins dessinent des rôles d'experts, liés au savoir et un rôle de professionnel, lié à leur appartenance à la profession médicale. Dans un contexte de menace du monopole de leur savoir professionnel, de formations de santé publique accessibles à tous et de l'abandon de l'occupation spécifique de leur profession, les médecins impliqués dans la gouvernance en santé restent dépositaires d'un savoir et de valeurs médicales et portent une responsabilité, sans doute liée au contrat social tacite constitutif de la profession (26), mais avec quelle légitimité ?

Deuxième partie : La légitimité dans l'implication médicale dans la gouvernance en santé

Le but de l'étude présentée dans ce chapitre est de décrire et de développer les éléments perçus par des médecins, à forte implication dans la gouvernance politique dans le système de santé français, comme étant liés à une nécessité de placer un tel pouvoir entre des mains médicales. La complexité du système de santé français place à la fois des individus, mais également des institutions dans une position d'implication dans la décision.

Le ministère des solidarités et de la santé, appuyé de ses services déconcentrés, est l'opérateur politique le plus visible dans le domaine de la santé. Des institutions expertes nationales, telles que l'Institut National du Cancer, le Haut Conseil de la Santé Publique, l'Agence Nationale de Sécurité du médicament, contribuent à l'élaboration de la politique de santé et à la prise de décision. Parallèlement, les acteurs syndicaux médicaux sont également mobilisés en appui à la décision dans la constitution d'un certain nombre de politiques de santé. Tous ces acteurs impliquent des médecins à des postes de haute responsabilité. A un échelon plus local, les centres régionaux de lutte contre le cancer ont, à leur tête, un médecin, qui porte lui-même la décision (57).

I. Contexte

Nous évoquons en première partie le contexte de la médecine exercée en administration. Celle-ci constituait un cas spécifique d'une implication médicale dans la gouvernance en santé. En effet, le pouvoir en santé, dans sa définition wébérienne, n'est pas l'apanage de l'Etat ou des organismes d'assurance maladie, mais est partagé entre différents acteurs. Dans ce travail, nous considérons uniquement les acteurs qui intègrent des médecins ayant une influence sur leur prise de décision, et donc l'exercice de leur pouvoir. La gouvernance à l'échelon infra-hospitalier a déjà été analysée dans la littérature avec des perspectives différentes, traitant les

médecins impliqués comme des hybrides professionnels médico-managériaux (3–5). Pour cette raison, nous avons choisi de considérer uniquement les échelons dépassant l'organisation du soin au sein d'une entité juridique.

La prise de décision revient à l'exercice d'un pouvoir, qui, dans la définition de Weber, s'intègre dans une triade pouvoir – légitimité – autorité (58). Nous nous focaliserons dans cette partie sur la considération de la légitimité, en ayant comme objectif de comprendre l'origine de la légitimité donnée aux médecins pour exercer ce pouvoir important sur le monde de la santé. Max Weber définit l'autorité comme l'exercice d'un pouvoir légitime. Dans la continuité de la définition donnée en introduction générale, la légitimité est donc la source de la probabilité d'imposer sa volonté à un groupe social.

La légitimité rejoint l'approche centrée sur les rôles sociaux développée en première partie, puisqu'elle constitue une approche complémentaire de l'approche des rôles pour identifier les facteurs explicatifs de l'implication dans la gouvernance en santé.

La considération de la nature du pouvoir exercé dépassait à notre sens le cadre de notre analyse, mais a été traitée par d'autres auteurs, avec le concept de biopouvoir (59,60).

II. Méthodologie

A. Vue d'ensemble

L'étude française consistait en une seconde étude exploratoire visant à obtenir, à partir d'entretiens semi-directifs, des éléments de discours permettant de détailler les facteurs de légitimité qu'identifiaient les médecins impliqués dans la gouvernance en santé.

Notre étude a été réalisée dans le respect des recommandations en matière d'éthique de recherche (61). En revanche, au vu de sa dimension non expérimentale et du statut des interlocuteurs, elle n'a pas fait l'objet de l'approbation d'un comité d'éthique.

B. Objet de l'étude

L'implication dans la gouvernance en santé, telle que nous l'avons définie plus haut, constitue l'appui à la décision ou la prise de décision concernant une politique de santé. Cette politique de santé peut relever de différents cadres, et s'appliquer à des échelons locaux à internationaux, être spécifique ou non de groupes sociaux ou professionnels. Conformément à la définition de légitimité promue par Weber (10,46), elle constitue la reconnaissance du bien-fondé de l'exercice d'un pouvoir, et participe donc à l'établissement d'une autorité. Cet objet, volontairement large, permet un recrutement et donc des représentations variées. Les notions de gouvernance, d'autorité et de légitimité placent les individus d'intérêt dans des organisations sociales.

C. Objectif de l'étude

Notre objectif était d'obtenir des éléments de discours permettant de caractériser les représentations des individus interrogés en matière de légitimité de l'implication médicale dans la gouvernance en santé. Il s'agissait donc d'une recherche ontogénique, visant à recueillir l'interprétation de médecins sur le sens de leur présence et de leur action dans le système. Ces éléments ont vocation à tracer un canevas de construction de la légitimité de tout médecin dans son implication personnelle dans la décision en santé.

D. Problématique de travail et origine du questionnement

Les décisions prises par les appareils politiques et administratifs en santé le sont sur la base d'expertises multiples et d'intérêts variés. L'expertise et l'intérêt médicaux semblent être davantage valorisés que ceux d'autres professionnels de santé, malgré une déconnexion apparente entre les domaines de compétences des médecins et les champs d'application de nombreuses politiques de santé. Au-delà de questions de coûts directs et de coûts d'opportunité dans l'utilisation d'une main d'œuvre hautement spécialisée, se pose la question de la pertinence de l'implication médicale. Quelles sont donc les tâches spécifiquement médicales liées à la gouvernance en santé ? Pourquoi des médecins sont-ils préférentiellement choisis pour fournir au système son expertise ? Ces deux questions sont rassemblées au sein d'une problématique globale :

Comment les médecins construisent-ils leur légitimité à s'impliquer dans la gouvernance en santé ?

E. Méthode utilisée

Bien qu'un sujet connexe, le professionnalisme médical, soit très travaillé dans la littérature scientifique, notre sujet constituait à première vue un terrain relativement peu exploré. Nous avons choisi une méthode exploratoire inductive, reposant sur la constitution d'une théorie ancrée dans les contenus empiriques recueillis¹¹. A la recherche de sens et d'interprétations, l'outil le plus adapté nous a semblé être l'entretien individuel semi-directif. Ce type d'entretien permet d'explorer un sujet en profondeur avec chacun des individus sélectionnés (62,63).

Nous avons écarté l'approche par focus groups dans cette étude. La réalisation de focus groups puisant son intérêt dans la confrontation bienveillante ou neutre de perspectives non

¹¹ La méthode inductive s'oppose à la méthode hypothético-déductive plus souvent observée dans les travaux de thèse de médecine, en particulier dans les analyses quantitatives. Comme son nom l'indique, l'induction n'implique pas la validation d'une hypothèse préalable, mais plutôt la constitution d'une théorie hypothétique à partir des contenus recueillis suite à un questionnement ouvert.

équivalentes (64), nous avons estimé que le profil des acteurs ne le permettrait pas. La candeur du discours des acteurs aurait été impactée par la présence d'autres médecins avec des positions hiérarchiques ou institutionnelles perçues comme antagonistes ou concurrentielles. Par ailleurs, la modération de focus groups par un interne en médecine face à des médecins chevronnés aurait à elle seule représenté un obstacle conséquent. Enfin, la mobilisation des profils ciblés et donc peu disponibles sur des plages horaires communes aurait constitué une difficulté organisationnelle majeure.

Il était attendu que les individus interrogés redéfinissent le professionnalisme médical et positionnent ses caractéristiques principales dans la perspective de la gouvernance en santé. Néanmoins, nous attendions également des éléments spécifiques à la profession médicale mais non généralisés à ses membres, ainsi que des éléments individuels, non spécifiques à la profession.

F. Echantillon

Nous avons identifié les organisations d'intérêt hébergeant des médecins à fort impact sur la gouvernance en santé. Les structures retenues étaient le Ministère de la santé et des affaires sociales – et ses services déconcentrés les Agences régionales de santé, l'Assurance Maladie (CNAM et DRSM), les différents syndicats médicaux, les organes représentatifs des centres hospitaliers (CPCME), les CRLCC (Direction médicale), ainsi que toute institution nationale à gouvernance médicale (HCSP, INCa).

Au sein de celles-ci, nous visons des médecins à haut niveau de décision. Celui-ci se définissait préférentiellement par une place élevée sur l'organigramme de la structure et à un niveau moindre par la durée relative de l'expérience professionnelle. Nous avons contacté 15 médecins, sur lesquels 13 ont répondu à notre demande, dont 1 par la négative. Tous furent contactés par courriel par un message type reprenant le but de la recherche, le cadre institutionnel, les encadrants et présentant l'enquêteur comme interne en médecine. Au total, 12 entretiens ont été réalisés.

G. Recueil de données

Douze entretiens, pensés comme semi-directifs, ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien, présenté en Annexe 1. Le plan général de l'entretien était présenté en préambule après rappel du cadre de la recherche et des informations recherchées. Les interventions de recadrage étaient limitées au minimum, le cadre de l'entretien s'appuyant avant tout sur le préambule.

Les entretiens étaient enregistrés, après consentement des personnes rencontrées, conformément à la réglementation, et assurance de l'anonymité des propos. La durée anticipée pour les entretiens était d'une heure, sans que le protocole ne prévoie d'interrompre l'échange une fois le temps écoulé.

H. Analyse des données

1. Cadre d'analyse

Les éléments relatifs aux parcours individuels ont été intégrés de manière agrégée pour ne pas permettre l'identification des individus interrogés dans le cadre de cette recherche.

Les données d'entretien ont été codées par deux techniques successives, selon les recommandations en matière de rigueur méthodologique en recherche qualitative (16,65). En accord avec l'objectif exploratoire de l'étude, un premier codage ouvert a été réalisé sur l'ensemble des entretiens et a donné lieu à une grille de codage thématique qui a permis une deuxième passe de codage.

Pour des questions de lisibilité et de confidentialité, nous présentons les résultats sous la forme d'un narratif par thème et non sous forme de verbatims.

La fréquence d'apparition des contenus ne constituait pas un élément d'analyse et ne doit donc pas être déduite des éléments du narratif. Tout contenu évoqué relatif à la recherche était ajouté au modèle.

Le premier niveau d'analyse inductive constituait la constitution des narratifs, organisés selon les thèmes de la grille de codage thématique. Le deuxième niveau d'analyse inductive faisait appel à des références extérieures et au suivi d'un cheminement présenté en Discussion.

2. Objectifs des catégories du guide

Parcours

Le détail des parcours ne sera pas relaté ici. Des monographies de parcours feront l'objet d'un travail ultérieur, après l'obtention d'un consentement éclairé et d'une approbation du document final par les enquêtés. Dans le présent travail, les parcours de vie étaient analysés dans les objectifs suivants :

- Identifier un fil conducteur commun amenant à l'implication dans la gouvernance en santé ;
- Contextualiser le message en évaluant les objectifs sous-jacents de l'enquêté ;
- "Accrocher" l'enquêté et interroger des aspects précis de son parcours dans les phases suivantes.

Légitimité

Cette phase de l'entretien visait à recueillir des éléments en rapport avec la problématique en interrogeant l'autorité de ces médecins, reformulée également comme l'acceptation de l'implication en gouvernance.

Pertinence

Cette phase de l'entretien visait à recueillir des éléments en rapport avec la problématique en interrogeant le bien-fondé de positionner des médecins en gouvernance et les objectifs poursuivis par ce positionnement.

I. Auto-socio-analyse

Conformément aux éléments évoqués en chapitre 1 et aux bonnes pratiques en recherche qualitative, il était nécessaire d'inclure les outils d'investigation dans le champ de l'analyse, ce qui, ici, signifiait opérer une analyse de l'investigateur.

J'ai donc suivi l'évolution de mes réflexions, et critiqué mes pré-conceptions dans des notes de recherche, qui ont fait l'objet d'une analyse globale.

III. Résultats

A. Auto-socio-analyse

Les éléments développés en méthode générale se sont confirmés lors des entretiens. Le fait que je sois interne en médecine a vraisemblablement eu un impact important sur la réalisation de la recherche.

Sur un versant statutaire, être interne en médecine a sans doute facilité l'accès à des individus à forte responsabilité, au titre de la confraternité. Les agendas des organes gouvernants des institutions mentionnées sont connus pour être chargés. Il n'a pas été fait référence, au cours des entretiens, à une relation de causalité entre l'obtention de rendez-vous et mon statut d'interne.

La relation entre un médecin expérimenté et un interne fait appel à une relation particulière de transmission de savoir. Elle exposait ici à un fort risque d'instrumentalisation, mais il m'a semblé qu'elle avait davantage permis la candeur et la bienveillance de mise face à l'apprenant.

Sur un versant professionnel, un interne en médecine, fût-il spécialisé en santé publique et formé en sociologie, est culturellement un médecin. Il possède naturellement un biais de défense de sa profession. J'ai abordé cette recherche en combattant la préconception, qui pour autant sous-tend la problématique, que l'implication des médecins en gouvernance en santé était pertinente et légitime. Au cours des entretiens, cette posture a été parfois perçue comme un élément dé-professionnalisant, et a alors nécessité d'être justifiée auprès des interlocuteurs pour ne pas perdre le bénéfice de mon statut.

Mes interlocuteurs intégraient dans leur abord de la problématique une comparaison entre leur profil et le mien. Ceci biaisait, au moins au début de l'entretien, la compréhension de la question de la légitimité, en la limitant aux médecins spécialistes de santé publique. Cela a pu être responsable d'une ambivalence constatée pour quelques interlocuteurs par rapport à la spécialité de santé publique et médecine sociale, avec dénigrement et contradiction subséquente.

Ma conviction personnelle initiale sur l'absence de nécessité de l'exercice clinique pour la construction identitaire et déontologique du professionnel médical s'est transformée, au cours de la recherche, en une considération plus circonspecte. Au terme de ce travail, j'étais convaincu que l'exercice clinique représentait un chemin pertinent et professionnellement robuste de construction identitaire et déontologique et dont l'alternative ne pouvait pas convenir à tous les profils.

Nous rappelons qu'il s'agit ici d'une auto-analyse issue de multiples conjectures et de la perception de l'enquêteur.

B. Entretiens

Les entretiens se sont déroulés selon la méthode établie. Le recours au guide d'entretien, conformément à ce qui était envisagé et du fait des profils des candidats, n'a pas dépassé le cadre global tracé en début d'entretien. Les personnes interrogées ont elles-mêmes organisé leurs réponses pour répondre à la commande de l'enquêteur. Deux modèles de réponse ont été observés :

- 1) l'analyse de la problématique et des éléments du guide à travers le parcours personnel
- 2) le suivi du plan du guide commençant par un récit de vie succinct suivi de l'abord des questions de légitimité et de pertinence de l'implication médicale.

La durée moyenne d'un entretien était de 67 minutes, pour un minimum de 43 minutes et un maximum de 126 minutes.

Sans que cela ait fait l'objet d'un critère de sélection, l'ensemble des personnes interrogées étaient des hommes.

Au terme du 12e entretien, nous étions confiants d'avoir atteint la saturation des données, du fait de la répétition des thèmes retrouvés.

C. Profils et parcours individuels

Les institutions ou types d'institution abritant les individus interrogés sont reprises dans le Tableau 1.

Institution / type d'institution	Profil de l'intervenant	Niveau de gouvernance
Centre de lutte contre le cancer	Professeur des universités	Local
Agence régionale de santé	Médecin titulaire	Régional
Direction régionale des services médicaux de l'Assurance Maladie	Médecin titulaire	Régional
Institut national du Cancer	Professeur des universités	National
Ministère des solidarités et de la santé	Professeur des universités	National
Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique	Médecin titulaire	National
Confédération des syndicats médicaux français	Médecin titulaire	National
Collège de Liaison des internes de santé publique	Interne en médecine	National
Intersyndicale nationale des internes	Interne en médecine	National
Conférence des présidents de CME	Médecin titulaire	National et local
Agence régionale de santé	Médecin titulaire	Régional
Haut Conseil de la Santé Publique	Professeur des universités	National

Tableau 1 : Institutions et profils des individus interrogés

Sur les 12 entretiens réalisés, 10 visaient des médecins titulaires et 2 des internes impliqués syndicalement.

Sur les 10 médecins titulaires interrogés, 4 étaient professeurs des universités.

Sur les 12 médecins interrogés, 10 faisaient l'objet de nominations à un échelon national.

Sur les 12 médecins interrogés, 7 étaient d'anciens (n=2) ou d'actuels cliniciens (n=5).

Les éléments décisifs des parcours menant à s'impliquer dans la gouvernance en santé semblaient soit très génériques, soit protéiformes.

1. Eléments génériques

Les enquêtés communiquaient une volonté d'investissement pour le collectif, en exprimant le besoin de s'affranchir des limites propres à l'action individuelle. Cette volonté pouvait apparaître plus ou moins tôt dans le parcours, intervenant dans le choix de spécialité, donc au moment de l'externat, ou se révélant après plus de 10 ans de pratique au chevet des patients.

Les caractéristiques individuelles étaient perçues comme jouant une part importante dans la construction du parcours. Une certaine volonté d'entreprendre et une capacité à créer et à saisir les opportunités étaient avancées comme un facteur différenciant par rapport à leurs confrères médecins.

2. Eléments protéiformes

Les profils rencontrés étaient suffisamment divers pour qu'il ne soit pas surprenant d'obtenir des éléments variés, et non contributifs à l'élaboration d'un modèle, dans l'explication des parcours. Une analyse ultérieure ciblant un nombre restreint de profils serait nécessaire pour analyser en profondeur les parcours professionnels.

D. Contenus

Le conditionnel est employé pour signifier les éléments issus directement du discours et donc non objectifs.

Ces résultats sont ceux d'une recherche qualitative exploratoire, et la fréquence d'apparition des contenus n'entre pas en ligne de compte dans la présentation qui en est faite ici.

1. Légitimité

“Quand on se pose la question de la légitimité, c'est qu'on est pas clair avec soi-même”

(Entretien n°5)

La légitimité des médecins à s'impliquer dans la gouvernance en santé était perçue comme émanant principalement de caractéristiques reconnues à la profession médicale. Cette observation n'était pas aussi tautologique qu'il y paraît (cf. dernier paragraphe de Méthode utilisée).

Les éléments constituant la légitimité médicale à l'implication dans la gouvernance en santé relevaient de plusieurs thèmes : le système, la pratique et l'exercice, éthique et déontologie, le savoir médical général, spécifique ou individuel, l'appartenance professionnelle.

Les éléments appartenant à plusieurs thèmes peuvent apparaître plus d'une fois dans les narratifs ci-dessous.

Une légitimité issue du système

Différents éléments structurels permettraient aux médecins de s'impliquer dans la gouvernance en santé. Les particularités du système pour positionner ces individus semblaient constituer une légitimité systémique.

En premier lieu, cette légitimité serait politico-historique. Bien que la place du médecin ait évolué, celui-ci conserverait une aura importante dans la société actuelle, source d'une reconnaissance propre.

Il existerait donc une cohérence historique avec la tradition de lutte du corps médical contre les épidémies - qui a elle-même conduit à l'intégration de médecins dans les rangs des fonctionnaires, mais aussi avec la tradition de sollicitation des médecins en cas d'événement relatif à la santé et de consultation des médecins au titre d'acteurs du système et sources de coûts. Une traduction actuelle de cette légitimité historique serait la nécessité réglementaire de

leur présence à différents niveaux de l'appareil politico-juridique, parfois reléguée dans le discours au rang de "cocher une case". Ce phénomène conduirait à une légitimité de l'appareil politique en santé.

En second lieu, le système accorderait une reconnaissance sur un ensemble d'arguments, parmi lesquels l'appartenance universitaire, les postes précédents et la posture adoptée par rapport à des associations d'usagers. L'un de ces arguments pèserait davantage pour obtenir un poste médical à fort impact : la reconnaissance universitaire et ses titres, avec principalement le statut de professeur des universités (bien souvent accolé à celui de praticien hospitalier), sanctionnant la compétence en dehors de l'obtention de résultats probants en cristallisant les réalisations. Présentée comme surdimensionnée en France, cette reconnaissance universitaire serait néanmoins tributaire de la perception du niveau d'expertise requis, et surtout utile à l'avancement de la médecine, plutôt qu'à l'organisation de son évolution.

En troisième lieu, il existerait une légitimité sociologique, issue de l'observance des codes du monde politico-juridique. Ceux-ci différencieraient des codes médicaux particulièrement en ce qui concerne les temporalités considérées et la nécessité de compromission et de projection.

Un consensus émanait des personnes interrogées autour de la valeur de l'efficacité reconnue des actions passées. La légitimité de tout acteur, médecin ou non, serait d'abord issue de ses actes et de sa réussite, ou du moins de ce qui en était perçu.

En revanche, le système n'accorderait pas particulièrement d'importance au statut d'acteur de terrain expérimenté des médecins libéraux, leur préférant les médecins hospitaliers. Leur intégration dans les processus de décision se ferait plutôt par la reconnaissance d'un pouvoir de nuisance, exercé raisonnablement, du fait de leur représentativité des médecins "sur le terrain" et de la force historique de la relation entre médecins et patients en France.

Exercice médical et pratique clinique

"La médecine est peut-être plus large que la pratique clinique, mais elle reste au cœur de la profession : on ne peut se dire médecin qu'avec une pratique clinique." (Entretien n°3)

La pratique clinique n'a pas été définie préalablement, ni directement au cours des entretiens.

La pratique clinique était mobilisée comme un critère d'appartenance à la profession médicale, avec différents niveaux d'interprétation, et un positionnement différent selon le parcours et la spécialité.

La pratique clinique n'était pas une considération binaire, et sa valeur dans un processus de légitimation semblait faire appel à un curseur individuel, qui répondrait à deux variables principales :

- La prise de responsabilité vis-à-vis du soin : cette dimension de l'activité clinique lierait sa reconnaissance à l'engagement que le professionnel a eu dans la résolution d'un problème de santé. Naturellement, la considération de ce critère excluait du prisme médical les étudiants jusqu'à la 6^e année, voire jusqu'à la fin du 3^e cycle, et donc la majeure partie des médecins des spécialités non cliniques. Cette dimension serait également vectrice d'une forme de hiérarchie intra-professionnelle.
- La durée d'exercice.

L'importance de la quantité et de la qualité de contact avec le patient n'était pas mobilisée pour évoquer la pratique clinique.

Le médecin était inconstamment mais aisément défini par son activité clinique. Y compris dans les sphères administratives, nous retrouvions des médecins pour lesquels l'exercice clinique faisait office de critère absolu. En dehors de certaines prises de position extrêmes du type "*Le médecin DIM n'est pas un médecin, il ne soigne pas*" (Entretien n°3), l'appartenance professionnelle était souvent liée à une forme d'activité clinique, passée ou présente, voire simplement au port de la blouse blanche, qui en serait alors le symbole. L'activité clinique véhiculerait la crédibilité liée à la nécessité de décision et d'action, prégnante dans le soin.

"Le médecin "parle docteur couramment" : cela émane de la pratique clinique en responsabilité, d'avoir regardé des patients dans les yeux, d'avoir un lien avec les patients et la maladie : mettre des sondes sur la table de coro c'est pas pareil que de regarder des stats."(Entretien n°2)

Pour les anciens cliniciens, la pratique clinique passée représenterait une activité nécessaire, apportant une dose de pragmatisme à des fonctions éloignées du terrain, qui pouvait également

être perçue comme un pragmatisme opérationnel néfaste et nuisible à l'anticipation nécessaire. La nécessité de pratique clinique maintenue n'était pas unanime.

“Avoir arrêté la pratique clinique pour prendre des fonctions administratives ne signifie pas faire partie des tocards de la profession” (Entretien n°2)

En effet, la pratique clinique était définie comme *“Une activité qui donne vie à un contexte de santé publique” (Entretien n°8)*, mais également limitante par son manque de recul et de vision collective, conférant un *“pragmatisme opérationnel néfaste et nuisible à l'anticipation nécessaire” (Entretien n°4)*.

Non suffisante à donner une légitimité à un médecin pour exercer des fonctions d'appui à la décision, l'activité clinique pourrait procurer un lien au terrain et une légitimité, y compris en l'absence de pratique récente, ou au contraire être soumise à une forme de périssabilité, non précisément définie.

L'exercice médical était mobilisé comme incluant les activités médicales cliniques et non cliniques. Il y était différencié trois formes d'exercices : l'exercice libéral, l'exercice hospitalier et l'exercice en administration.

La qualité de l'exercice médical était jaugée par la spécificité de celui-ci, c'est-à-dire la possibilité pour un non spécialiste d'un domaine particulier d'y maintenir un exercice. L'implication médicale dans la gouvernance, lorsqu'elle était considérée comme un exercice médical, était perçue comme ne nécessitant pas de formation spécifique.

L'exercice médical en administration était le plus souvent assimilé à une pratique de santé publique. Pour certains de nos interlocuteurs, cette pratique serait, comme nous l'avons vu plus haut, intimement liée à la pratique clinique. L'absence d'activité clinique la rendrait désincarnée et n'en ferait que la simple répétition d'acquis théoriques : l'exercice médical de santé publique se jouerait dans la transposition du regard clinique critique développé au chevet du patient. Dans cette dynamique, la compétence de santé publique serait construite d'abord dans le champ d'une spécialité clinique, puis transposée à un niveau global.

En matière de types d'exercice médical, nos interlocuteurs les identifiaient comme variés, opposant l'exercice de la médecine générale, de la chirurgie, de la diabétologie, de la santé

publique, au-delà des formes qu'ils pouvaient prendre. Les évolutions techniques et organisationnelles étaient perçues comme plaçant de nombreux médecins loin du patient, soit à cause d'interfaces techniques (ex.: radiologie médicale) ou par des rôles de coordination de professionnels de santé (ex.: gériatrie).

L'activité clinique était principalement perçue comme l'élément fondateur de la définition du médecin. L'exercice médical constituerait la transposition de valeurs issues de la clinique dans des activités non cliniques.

En synthèse, deux modèles s'opposaient :

- Un modèle considérant l'activité clinique comme fondatrice et nécessaire à tout exercice médical:
 - L'activité clinique serait valorisée davantage lorsqu'elle est pratiquée longtemps, récemment, et dans le cadre d'une spécialité à forte responsabilité perçue (cardiologie, chirurgie, réanimation) ;
 - L'exercice médical pourrait intégrer des activités non cliniques, mais s'il s'y résumait, il devrait être limité dans le temps ;
 - L'exercice médical d'activités non cliniques consisterait en la transposition à plus haute échelle du regard et de l'expérience acquis au chevet du patient. Cet exercice serait valorisé dans le sens où il constituerait le prolongement d'un engagement professionnel, et que l'abandon de la clinique serait vécu comme un sacrifice ;
- Un modèle considérant l'activité clinique comme compas moral initial de l'exercice médical :
 - L'activité clinique serait suffisante pour caractériser un médecin, mais ne constituerait pas le seul exercice caractéristique ;
 - L'exercice médical correspondrait à l'ensemble des activités dans lesquelles la profession peut être impliquée productivement en y transposant son cadre de valeurs ;

- La diversité des pratiques médicales actuellement imposerait de ne pas réduire la médecine à la pratique clinique.

Le savoir médical général ou spécifique et le savoir individuel

“La reconnaissance suit la connaissance mais ne se décrète pas” (Entretien n°4)

Le savoir et l’expertise des médecins étaient mentionnés comme éléments de légitimité. Nos interlocuteurs différençaient un savoir médical général, possédé par l’ensemble de la profession, et un savoir médical spécifique, lié à la spécialité et à la forme d’exercice. Par ailleurs, ils revendiquaient un savoir non médical issu de caractéristiques individuelles.

Le savoir médical général était défini comme davantage qu’une simple masse de connaissances relatives au corps humain, au système de santé et à ses professionnels. Y étaient également inclus les prismes de lecture médical et médico-scientifique. Le prisme médical, issu du positionnement traditionnel des médecins en tant que profession prescriptrice et responsable, offrirait une conception globale de l’individu et de sa prise en charge. Le prisme médico-scientifique reviendrait à soumettre en permanence les pseudo-certitudes individuelles à la question de la rationalité. Il permettrait de faire évoluer les méthodes et de remettre en cause les pratiques.

L’expertise issue des spécialités cliniques et de la forme d’exercice était simplement présentée comme relevant de l’expérience. Après de nombreuses années à traiter des patients pour des problèmes cardiaques, un cardiologue deviendrait légitime pour appuyer une décision à grande échelle sur des sujets cardiologiques.

L’exercice médical en administration était souvent associé à un exercice de santé publique. Il est important ici de différencier la spécialité du type d’exercice, puisque l’existence d’un savoir médical spécifique lié à la spécialité de santé publique ne faisait pas l’objet d’un consensus.

“Tout le monde fait de la santé publique. La santé publique c’est facile, n’importe qui peut en faire” (Entretien n°2)

L’exercice médical de santé publique était présenté comme une prise de recul, sur la base du savoir médical général ou spécifique.

L'expertise de santé publique issue de la spécialité, lorsqu'elle était reconnue, était définie comme provenant de la maîtrise d'outils populationnels d'analyse et de décision, adaptés au domaine de la santé. Néanmoins, contrairement aux autres spécialités médicales, la santé publique présenterait deux formes d'expertise bien distinctes. La première, la plus reconnue, serait une santé publique hospitalière et universitaire, axée sur l'épidémiologie et les processus internes à l'hôpital (qualité, hygiène etc.). Très associée à la pratique et à la recherche cliniques, l'aspect médical de cette expertise ne serait pas remis en cause du fait d'un contact étroit avec les cliniciens, et des sujets d'expertise traitant de problématiques hospitalières, souvent à court terme et techniques.

La seconde forme d'expertise de santé publique relèverait davantage de l'exercice en administration. De dimension médicale moins évidente, cette expertise reposerait sur des outils populationnels utilisés pour nourrir des compétences apprises de prise de recul et de projection d'une part, et une coordination des acteurs en présence d'autre part. La dimension médicale tiendrait alors à l'association entre cette vision globale projective et une compréhension du phénomène à l'échelle individuelle. Une des dimensions de cette expertise reposerait sur la capacité à prioriser objectivement en intégrant les multiples perspectives relatives à un sujet, dans une approche de concertation systématique, avec une rigueur méthodologique issue du monde médico-scientifique. Source de neutralité et d'objectivité, cette dernière constituerait un rempart contre les démarches actuelles de désinformation. Elle s'inscrirait à l'antipode d'une expertise surspécialisée telle que celle décrite plus haut, partielle à un ou plusieurs cadres de lecture.

Il existerait une confusion entre la prise de recul construite sur une pratique clinique et celle procurée par les compétences théoriques des spécialistes de santé publique. Cette confusion jouerait sur les domaines de légitimité perçus pour les différents profils, contribuant à minorer la reconnaissance de la spécialité de santé publique, moins visible.

Les types d'exercice amèneraient également à développer une expertise spécifique, valorisée et reconnue.

L'expertise hospitalière était présentée comme une expertise à part entière. Relative aux organisations, problématiques et solutions propres au milieu de l'hôpital, elle proviendrait du vécu hospitalier des médecins concernés. La reconnaissance de cette expertise dans les processus de gouvernance en France serait particulièrement importante, du fait que la majorité des sujets d'intervention de l'Etat seraient hospitaliers.

A l'inverse, l'expertise médicale libérale était perçue comme peu valorisée. Procurant une bonne connaissance du "terroir de santé", elle serait pourtant indispensable à l'élaboration de projets localement pertinents.

Enfin, l'expertise médicale issue de l'exercice en administration était réduite à la capacité à appuyer les médecins cliniciens dans leur navigation des procédures et contacts administratifs.

L'expertise n'était pas perçue comme un argument pour faire des médecins des preneurs de décision, mais plutôt des appuis à une bureaucratie. La compétence technique ne procurant pas obligatoirement de légitimité à porter la responsabilité d'une décision politique.

La légitimité serait issue du besoin technique de l'Etat, nécessitant une expertise reconnue qui le légitimerait dans sa décision politique.

Nos interlocuteurs avançaient le savoir individuel comme élément important de légitimité. Ce savoir était issu des parcours individuels, protéiformes dans notre étude. Des caractéristiques de ce savoir émergeaient des discours recueillis.

Ainsi, la mobilité et la variété des expériences professionnelles, lorsqu'elles ne nuisaient pas à la construction d'une expertise, constitueraient un facteur de légitimité, parce que consolidant un même savoir dans des contextes ou des exercices différents, mais aussi parce qu'elles feraient la preuve opérationnelle de l'intelligence de l'individu.

Par ailleurs, la capacité d'argumentation et de plaidoyer, auprès de professionnels de santé, de décideurs ou du grand public, constituerait un élément majeur de légitimité de l'individu, au-delà de son statut médical. Cette capacité jouerait sur la perception de la compétence et fonctionnerait en synergie avec les éléments ci-dessus, et en particulier la maîtrise du jargon médical.

En synthèse, la reconnaissance de l'expertise pour les médecins proviendrait autant d'un savoir biomédical et médico-scientifique général et spécifique, que des savoirs expérientiels des pratiques. La légitimité dans la gouvernance en santé serait davantage issue d'une capacité à apporter un regard médical critique sur un éventail varié de sujets que d'une hyperspécialité, mobilisable ponctuellement.

Ethique et déontologie, générales et spécifiques

Nos interlocuteurs faisaient ressortir l'éthique et la déontologie¹² médicales comme des facteurs importants de légitimité, parce que supposés transposables dans le cadre de l'implication en gouvernance.

La nécessité d'une éthique et d'une déontologie médicales s'expliquerait alors par l'objet des politiques de santé : l'humain. L'Etat aurait un devoir d'humanisme en la matière expliquant son besoin d'impliquer des médecins dans la gouvernance. A l'inverse, les médecins auraient un devoir d'humanisation de l'action de l'Etat, expliquant leur besoin de s'impliquer dans la gouvernance, afin de "dé-technocratiser" l'action politique. Ainsi, l'éthique médicale donnerait un intérêt à agir à la profession, capital dans la reconnaissance d'une légitimité.

Ici, nous retrouvons une conception partagée des éléments fondateurs de l'éthique médicale. Les valeurs évoquées étaient l'humanisme, la transparence, l'altruisme, l'empathie, l'indépendance, l'humilité, l'excellence, le *primum non nocere*, le désintéressement et la confraternité. Certains de nos interlocuteurs appuyaient la dimension culturelle de la médecine et donc la possible variation dans les valeurs éthiques considérées comme fondamentales, en particulier sur le plan international. Les valeurs revêtaient une dimension plus individuelle ou plus populationnelle selon les interlocuteurs.

L'indépendance médicale apparaissait comme un aspect crucial de la légitimité liée à l'éthique médicale. Elle était cependant conçue comme émanant à la fois d'un système de valeurs et d'une position dans le système de santé actuel. L'indépendance reconnue comme fondement éthique de la médecine serait permise par le système de santé du fait de la rareté de la

¹² Dans leurs définitions retenues ici, l'éthique fait référence à un système de valeurs morales, et la déontologie à la déclinaison pratique de ces valeurs.

ressource médicale, qui donnerait un caractère inexpugnable au médecin, sous peine de se priver de son concours.

L'humanisme médical quant à lui, serait professionnalisé, intellectualisé et construit sur le savoir expérientiel et les contacts avec les patients. Il ne serait pas possible de le standardiser.

Les autres valeurs n'étaient pas définies.

En matière de déontologie, les précédentes valeurs étaient déclinées en protection du patient et du secret médical et tempérance des décisions politico-comptables.

En écho aux éléments retrouvés sur la pratique clinique et le savoir médical, des représentations diverses existaient quant à l'acquisition et à la construction d'une éthique et de sa transformation en déontologie.

Le système de transmission de valeurs éthiques n'était pas clairement défini. Si pour l'ensemble de nos interlocuteurs, l'éducation médicale par la formation jouait un rôle important, nous retrouvions également la perception d'un fort impact des valeurs morales individuelles préexistantes.

Dans la conception partagée par nos interlocuteurs, la déontologie représentait l'opérationnalisation de valeurs éthiques. Dès lors, elle était naturellement conçue en lien étroit avec ce qui était retrouvé concernant l'exercice médical. La reconnaissance de valeurs éthiques à un individu émanerait de sa déontologie, qui lui offrirait l'opportunité de démontrer ses valeurs.

Deux définitions de la déontologie médicale s'opposaient :

- Une déontologie médicale constructible uniquement dans un cadre clinique, issue du colloque singulier avec le patient qui inculquerait au médecin le respect de l'humain :
La légitimité médicale issue de l'ensemble éthique - déontologie ne proviendrait alors que de la pratique clinique. Celle-ci contribuerait à consolider la fondation éthique, tout au long de la pratique, avec constitution d'un code individuel déontologique figé et résilient. Dans cette définition, la responsabilité populationnelle et la confrontation avec

les besoins d'une population ne sont pas suffisantes pour inculquer une déontologie médicale.

- Une déontologie médicale construite par l'opérationnalisation des valeurs éthiques dans un contexte, quel qu'il soit :

La consolidation de la fondation éthique se baserait ici sur les multiples modalités d'opérationnalisation, avec la constitution d'un code individuel déontologique solide mais néanmoins adaptable au contexte.

Dans ces deux définitions, la déontologie médicale était présentée comme un ouvrage à consolider tout au long d'une carrière. Il en ressortait que la légitimité de tout jeune médecin serait amoindrie, dans sa dimension liée à la déontologie médicale, puisque perçue comme plus fragile face aux contraintes d'un monde non médical. L'exercice de fonctions dans la gouvernance amènerait des médecins à perdre leurs valeurs éthiques professionnelles en l'absence d'un code déontologique individuel solide et adapté.

“La déontologie se construit par la prise de responsabilité, et pas l'inverse” (Entretien n°1)

Certains enquêtés décrivaient une déontologie médicale spécifique à un exercice non clinique, désignée comme une déontologie médicale de santé publique. Celle-ci, théorisée, mais selon eux non soumise à une diffusion homogène, permettrait de garantir un engagement médical dans la gouvernance en santé qui soit conforme à l'éthique professionnelle, en particulier en matière d'indépendance, pour éviter toute priorisation à des fins politiques ou sur des bases partisans.

Le respect d'un cadre éthique n'était pas toujours compris comme l'adhésion pleine et entière aux valeurs, comme en témoignaient les références au cadre réglementaire français, puisque le code de déontologie médicale est inscrit dans le Code de la Santé Publique.

L'éthique et la déontologie médicales et leur solidité découleraient d'un savoir expérientiel et d'une pratique, et parfois d'un socle “inné”. Qu'elle se construise depuis une pratique clinique,

ou depuis une autre forme d'exercice médical, la déontologie de santé publique ne s'improviserait pas, elle s'acquerrait : les fonctions incarnées sans expérience suffisante préalable rendraient les jeunes professionnels fragiles et vulnérables à une corruption de leur pratique : guidés ni par une expérience de santé publique construite, ni par une expérience clinique construite, ils seraient malléables face à un système à fortes contraintes.

Appartenance professionnelle

L'appartenance à la profession médicale était présentée comme un facteur de légitimité des médecins dans le système.

L'appartenance individuelle n'était pas résumée par la possession du diplôme de docteur en médecine, ni par la possession du savoir biomédical ou de l'éthique médicale. Néanmoins, le processus de formation était présenté comme permettant de sélectionner les individus sur leurs aptitudes cognitives.

Nos interlocuteurs faisaient appel à des valeurs professionnelles différentes, et concevaient une appartenance plus ou moins forte selon l'adhésion aux valeurs qu'ils professaient.

L'adhésion était jugée en utilisant le prisme inverse de celui utilisé pour les points précédents. Les éléments légitimant l'implication médicale dans la gouvernance en santé étaient présentés comme des valeurs professionnelles inaliénables.

Certains interlocuteurs procédaient à une hiérarchisation des spécialités médicales et chirurgicales, en les ordonnant selon l'impact perçu sur la survie. Dans cet ordre, la cardiologie, la réanimation et la chirurgie étaient mieux considérées que des spécialités pour lesquelles l'intensité du besoin médical du patient était perçue comme plus faible (diabétologie, gériatrie), elles-mêmes situées plus haut que les spécialités non cliniques mais familières (biologie médicale, anatomopathologie). La spécialité médicale de santé publique était, sur cette échelle, en dernière place.

La soumission à la doctrine de l'*evidence-based medicine* et à une démarche scientifique représentait un élément-clé de l'appartenance professionnelle.

Nous relevions des facteurs de déconsidération, comme la soumission non critiquée à un système de valeurs différent comme celui du monde bureaucratique ou technocratique. La

défense des valeurs professionnelles au sein d'une institution antagoniste pouvait représenter au contraire un surcroît de perception d'appartenance professionnelle.

L'exercice de la spécialité de santé publique était parfois présenté comme un facteur de non appartenance professionnelle du fait de son association systématique à l'action d'une institution, considérée comme un abandon de l'indépendance professionnelle.

L'intérêt perçu de l'appartenance professionnelle

L'appartenance à la profession médicale procurerait une valeur particulière dans le cas de l'implication dans la gouvernance en santé, légitimant la présence médicale.

Le corporatisme médical permettrait une reconnaissance rapide et faciliterait l'échange entre pairs, dans une dimension confraternelle, plus efficace qu'entre non-médecin et médecin.

L'implication des médecins dans la gouvernance en santé faciliterait la transposition depuis le terrain vers les sphères d'élaboration des politiques. Cette transposition ne pourrait se faire directement et nécessiterait des observateurs médicaux de part et d'autre, relayant l'information.

La qualité de médecin sous-entendrait la maîtrise d'un grand nombre de concepts médicaux, même ceux éloignés de la spécialité pratiquée.

La perception du concept de légitimité professionnelle

Le concept principal de l'analyse était compris de deux manières, non exclusives, par nos interlocuteurs.

1. Le questionnement sur la légitimité est un questionnement sur le professionnalisme médical et la valeur de ce positionnement au sein de la profession : "médicalité" de l'individu.

- Autrement dit, les médecins qui s'impliquent dans la gouvernance en santé sont-ils encore des médecins ?

Cette approche revenait à faire la démonstration, positive ou négative, que l'implication dans les processus politiques constituait un exercice médical au sens professionnel.

2. Le questionnement sur la légitimité est un questionnement sur l'autorité réelle des médecins à des postes administratifs : "médicalité" de ces postes.

Cette approche revenait à faire la démonstration, positive ou négative, que les médecins s'appuyaient sur des caractéristiques professionnelles dans leur exercice au sein des processus de gouvernance en santé.

2. Pertinence

A la question principale "Comment un médecin construit-il sa légitimité dans son implication dans la gouvernance en santé ?", l'un de nos interlocuteurs a tout d'abord avoué ne pas être convaincu de la nécessité d'être médecin pour occuper ses fonctions.

La pertinence de l'implication de la profession médicale dans la gouvernance en santé

A la notion de pertinence était rattachée les notions implicites de besoin et de demande, de la part des entités impliquées dans la gouvernance, d'utiliser des médecins.

En traitant de la pertinence selon la perspective du besoin, nos interlocuteurs faisaient référence aux valeurs professionnelles médicales en évoquant l'importance de ce que les médecins apportaient au système. Ces contenus ont eux aussi contribué à la conception d'un modèle de professionnalisme médical.

La perspective de la demande se comprenait ici comme le besoin perçu par les entités susvisées mais non lié aux valeurs professionnelles.

Les thèmes retrouvés relatifs à ce domaine faisaient écho aux thèmes précédemment décrits pour la légitimité, concernant le besoin (même cadre de référence à un modèle professionnel).

La demande faisait référence à un thème en particulier : la légitimité réglementaire.

La pertinence de l'implication médicale à des postes spécifiques

Les missions spécifiques des institutions constituant notre échantillon pouvaient justifier d'une implication médicale sans que cela rentre dans le spectre de notre problématique. Ces contenus, présentés par les enquêtés pour leur valeur d'exemple, ne sont pas rapportés ici.

IV. Discussion

A. Introduction

Contrairement à l'usage, nous commencerons dans cette partie par rappeler les limites générales de l'étude présentée, afin d'alléger et de fluidifier la discussion s'ensuivant des résultats.

Une étude telle que la nôtre ne prétendait pas procurer des résultats généralisables à l'ensemble des médecins français. Les représentations rapportées existaient dans la population considérée. La fréquence des conceptions retrouvées pourrait faire l'objet d'une étude quantitative ultérieure, mais n'est pas un élément conclusif ici. Nous l'avons rappelé en méthode, la discussion qui suit se doit d'être considérée avec recul, car elle présente un raisonnement issu d'un carottage sociologique circonscrit. La discussion, sur ces bases, vise à capitaliser sur certains éléments des résultats pour proposer des éléments théoriques applicables au sujet en réponse à la problématique.

B. Thèmes d'analyse

Les différents thèmes retrouvés dans notre analyse faisaient écho à des éléments de théorie sociologique pressentis, en particulier à la conception wébérienne du pouvoir et celle freidsonnienne de la profession – médicale.

Le premier thème décrit, la légitimité issue du système, se plaçait aisément dans un cadre wébérien de la conception de pouvoir. La triade pouvoir – légitimité – autorité se concevait alors par une légitimité complexe à deux niveaux. Premièrement, la présence historique des médecins dans l'appareil d'Etat conduisait à une autorité de tradition, non remise en cause du fait de son ancienneté, pré-datant le début du XXe siècle. Cette autorité traditionnelle étant formalisée par des règlements (statuts et postes spécifiquement médicaux), elle serait convertie en autorité légale. Sa nature duale la rendrait alors difficile à contester, autant qu'à expliquer, ce qui ressortait des analyses de l'IGAS sur les médecins en administration (7). Comme nous

l'avons évoqué plus haut, ces dernières questionnaient la plus-value spécifique à la profession médicale dans les appareils d'Etat.

Le cœur de la question de la légitimité, pour les médecins impliqués dans des processus de gouvernance reposait sur l'activité clinique. Au vu des évolutions actuelles de la profession médicale, où les spécialisations multiples ont remis en cause une vision uniforme du soin et de la relation patient, cette question reste épineuse et nous n'avons pas la prétention d'y apporter une conclusion absolue. L'exercice clinique correspond à la notion d'occupation spécifique, fondamentale à la profession au sens sociologique du terme (13). Si l'activité clinique composait un élément crucial de la définition initiale par Freidson de la profession médicale, cela n'empêcherait alors pas l'occupation spécifique de la profession médicale d'évoluer et de transcender l'activité clinique. Le motif pour lequel l'activité clinique était une part si importante de la légitimité tenait dans nos entretiens à la notion de déontologie. L'éthique médicale étant un facteur important dans la construction de la légitimité, l'activité clinique constituait, pour certains des médecins interrogés, sa réalisation, sa confrontation au monde réel. Le degré d'invocation de la relation au patient dans le processus de légitimation montrait que la légitimité perçue par les médecins tenait à une conception plus hippocratique de la médecine (66).

La légitimation par le savoir faisait également appel au cadre décrit du professionnalisme médical. Dans la conception de Freidson, le savoir propriétaire d'une profession est également un élément fondamental. Au même titre que l'occupation spécifique, mais sans doute de manière plus consensuelle, le savoir médical dépasserait les bornes d'un savoir biomédical lié au seul fonctionnement du corps humain. Ce dernier a été démocratisé par la révolution de l'information liée aux développements technologiques depuis la fin du XXe siècle. A l'inverse, le savoir expérientiel de l'activité médicale, dans la relation de soin, mais également dans la relation aux autres professionnels de santé, et dans les nombreuses interfaces entre le système de santé et les systèmes adjacents reste difficile à démocratiser, en particulier parce qu'il est très lié aux spécificités régionales d'exercice, et donc plus difficile à globaliser. Le savoir médical se construirait dans la pratique d'un art médical, basé sur les sciences mais ne s'y

restreignant pas. Par ailleurs, la division du travail médical et sa conséquence, la spécialisation avancée des praticiens, diminuent le rapport du savoir professionnel général sur le savoir individuel. La construction d'une légitimité médicale générale sur l'argument du savoir deviendrait alors plus aléatoire, bien que la conscience de ce phénomène puisse être principalement intra-professionnelle (67).

Sur le pilier éthique et déontologique de la légitimité médicale, il convient de rappeler que les institutions ordinales produisent en France une doctrine qui est intégrée au Code de Santé Publique. Le serment d'Hippocrate, prêté lors de la thèse de médecine, reste la référence de l'éthique médicale, avec de nombreux remaniements par rapport au serment original (68). La diversité des thèses d'exercice de médecine, reflet des processus de spécialisation évoqués plus haut, fait du serment d'Hippocrate un élément majeur de professionnalisme, puisqu'il constitue un élément de référence commun aux docteurs en médecine à la fin d'un processus de formation propre à chaque spécialité. Notons que ceci n'est pas le cas dans de nombreux pays de l'OCDE, où la thèse d'exercice peut être soutenue à la fin du tronc commun des études médicales. La déontologie, que nous avons défini brièvement par l'opérationnalisation de l'éthique serait alors sujette, elle, aux modalités d'exercice. En tant que facteur de légitimité, elle serait donc clivante parmi les médecins, puisque ceux-ci déclinent aujourd'hui leur activité dans de nombreux modes. La déontologie serait donc difficile à traiter comme facteur de légitimité, puisqu'elle supposerait une référence stricte au cadre d'exercice lorsque celui-ci dépasse le cadre clinique habituel. La dissension retrouvée dans notre étude sur la conceptualisation de la médecine était liée à ce point précis. Nos interlocuteurs traitaient tous de la déontologie comme cruciale à la confiance donnée aux médecins dans l'appareil. La justification de cette confiance devrait alors tenir à des éléments partagés, ce qui ne peut être le cas en l'absence d'exercice conçu de manière homogène¹³.

Si les valeurs éthiques sont un facteur de légitimité, la consultation des documents produits par le CNOM (68) montraient qu'elles faisaient elles-mêmes référence à des éléments de professionnalisme, rejoignant la conception que l'éthique est vectrice de professionnalisme (25).

¹³ Nous faisons bien ici référence à la conception de l'activité protégée, c'est-à-dire la mesure dans laquelle doit agir un médecin pour que son exercice soit reconnu comme médical par ses pairs.

Ces différents éléments supportaient le dernier pilier de la légitimité : l'appartenance professionnelle. Nous retrouvons ainsi les mécanismes de perpétuation professionnelle décrits par Freidson : la légitimité du professionnel médical tenait indépendamment aux qualités faisant de lui un professionnel médical, et à sa qualité de professionnel médical. Un des intérêts principaux de nos résultats était constitué, nous l'avons dit, par le constat de la défense de plusieurs professionalismismes médicaux, cohérente avec d'autres travaux (69), au travers d'une conception différente de l'importance de l'activité clinique. Le processus de légitimation des médecins s'impliquant dans la gouvernance en santé relevait de la défense de l'appartenance à la profession, et pourrait être considérée comme symptomatique d'un malaise médical retrouvé ailleurs (70).

L'appartenance professionnelle reflétait à notre sens un processus d'attribution de confiance et de reconnaissance de fiabilité qui serait donc conditionné à un standard professionnel garantissant une homogénéité (71). Dans ce processus, l'homogénéité professionnelle était retrouvée à certains niveaux, avec de nombreux éléments communs. L'élément principal de dissension mettait en évidence la référence à deux modèles conceptuels de la médecine : le modèle hippocratique et le modèle social (66).

Selon Kluge, trois conceptions théoriques de la médecine s'affrontent : le modèle Hippocratique, le modèle social et le modèle commercial (66). Chacun des modèles met l'accent sur l'intérêt d'une des parties prenantes du triptyque patient – société – médecin, avec de ce fait un impact sur l'intérêt des autres parties. Pour Kluge, ces trois modèles correspondent à des idéaux-types qui n'existent donc pas dans leur forme pure. Nous retrouvons dans nos résultats des références aux modèles social et hippocratique, au travers de la réflexion sur la construction déontologique par le contact avec le patient, et la notion de priorisation de l'intérêt collectif. L'opposition des deux modèles de professionalismisme, l'un basé sur l'activité clinique, hippocratique, et l'autre basé sur l'acquisition de compétences relatives à la gestion de la santé au niveau populationnel ressortait clairement des contenus recueillis. Le développement proposé par Kluge, à notre sens peut être représenté par un repère triangulaire

au sein duquel se placerait alors tout médecin selon son affinité aux trois modèles. Les conceptions différentes exclusives du professionnalisme médical constituent dans ce cadre une polarisation des médecins dans le modèle et un rejet des autres conceptions.

En revanche, l'appartenance professionnelle pourrait être mise à mal par l'appartenance à une institution non professionnelle, puisqu'elle priverait le médecin de son autonomie et de son indépendance.

Nous retrouvons une légitimité assise sur le savoir, une autorité de tradition, une indépendance et une fiabilité attribuable à la profession médicale. Les individus rencontrés percevaient donc la légitimité médicale comme une légitimité d'expertise.

C. Limites

Nous avons considéré être parvenus à la saturation des données, par définition, parce que les contenus des discours n'apportaient plus d'éléments nouveaux en rapport avec notre problématique. Cette saturation était très dépendante de notre méthode d'échantillonnage, qui nous focalisait sur des institutions visibles, et principalement du secteur public.

Un sélection des interlocuteurs dans un champ plus large, incluant en particulier des médecins exerçant dans des entreprises privées lucratives aurait peut-être permis d'élargir le champ des représentations recueillies, avec en particulier la possible apparition d'une 3^e conception médicale, la « *Business medicine* » (66), qui n'apparaissait pas du tout chez nos interlocuteurs. La notion d'une médecine commerciale se retrouverait sans doute davantage avec une plus forte représentation libérale, du fait d'une posture nécessairement plus entrepreneuriale du médecin en exercice libéral. La modification d'exercice vers la délégation de tâches qui implique une approche managériale du soin (gestion des enveloppes de parcours etc.) pourrait entraîner une diffusion d'une conception davantage commerciale de la médecine.

Nous l'avons évoqué en méthode, la posture du chercheur et des cherchés a pu influencer sur les résultats obtenus. Le discours reflétait nécessairement un désir de convaincre, ce qui plaçait les contenus recueillis dans une dimension légèrement différente de la représentation candide du phénomène, puisqu'ils seraient alors des idéaux projetés par les interlocuteurs. Comme le

rappelait l'auto-socio-analyse, le discours était modifié par le positionnement relatif médecin sénior – interne. La dimension dans laquelle les discours ont été influencés par ce positionnement était difficile à évaluer. Les éléments relatifs à la bienveillance et au maintien de la posture professionnelle pouvaient laisser supposer que les interlocuteurs n'édulcoraient pas ou peu leur propos pour ménager l'enquêteur.

Le mode de codage des contenus n'a mobilisé que l'enquêteur, et reflète donc obligatoirement une part de subjectivité, dont l'intérêt et la critique ont été développés en Méthode, mais faisaient partie intégrante des résultats.

Enfin, la perspective considérée était partielle. La légitimité d'un individu ou d'un groupe professionnelle se concevant comme une perception de la capacité à endosser un rôle, elle dépend bien évidemment du point de vue. La capacité perçue (i.e. le point de vue des médecins eux-mêmes) ne fournissait qu'une partie de la réponse. Des études ultérieures intégrant le point de vue des professionnels en interface avec ces médecins, ainsi que celui du public, seraient utiles à la construction d'un modèle robuste et compréhensif.

D. Perspectives

Le sujet traité ici était vaste et aurait pu être abordé avec différentes perspectives. L'exercice du pouvoir politique en santé, s'il est considéré comme la prise directe de décision, n'est, en France, que marginalement aux mains de la profession médicale, dont le pouvoir le plus fort se situerait dans la défense syndicale des intérêts professionnels. Les thèmes ressortant de notre analyse traitait de fait la légitimité en la restreignant à la légitimité de l'expertise médicale dans la prise de décision en santé. L'incompatibilité des statuts de décideur et d'expert, et entre décideur et professionnel médical sortait du champ de notre analyse, mais nous semblait être la conséquence directe de nos résultats.

Les résultats retrouvés posaient la problématique de l'expertise : influencer les décisions politiques en santé en s'appuyant uniquement sur un savoir médical brut est-il possible ? Dans les politiques de santé, l'utilisation du savoir médical peut-elle être déconnectée de la défense d'intérêts professionnels ?

Les conflits d'intérêt majeurs qui existent pour la profession médicale sur les questions d'organisation du système posent la question de son intérêt à agir. La défense des intérêts médicaux peut prendre la forme des représentations professionnelles mais peut également sous-tendre l'expertise. La valeur de l'expertise médicale se juge par des dimensions de savoir, mais aussi d'autorité liée à l'appartenance professionnelle. Cette appartenance même rend l'expertise à risque d'être biaisée par les intérêts de la profession.

L'instrumentalisation de l'expertise peut également se concevoir à l'inverse, par l'administration qui l'utiliserait pour rogner sur l'autonomie de la profession autant que pour légitimer son action. Le paradoxe de la situation est que l'implication de la profession médicale favorise en théorie l'amélioration du système de santé, mais l'existence même de la dynamique professionnelle crée un conflit d'intérêt qui pourrait biaiser l'utilité de son implication.

V. Conclusion

Les éléments décrits ci-dessus permettaient selon nous de proposer des éléments opérationnels en ce qui concerne les parcours de formation et professionnels, les constructions identitaires personnelles, ainsi que les choix de profil pour les étudiants admis à suivre la formation de troisième cycle des études médicales en Santé publique et médecine sociale.

Dans ces trois dynamiques, il nous apparaissait primordial de réfléchir le professionnalisme médical, comprendre ses bases et concevoir une appartenance professionnelle construite sur des éléments de pratique pertinents par rapport au choix de spécialité. La spécialité médicale de Santé Publique et Médecine Sociale ouvrant à une implication forte dans la gouvernance en santé, le travail sur un professionnalisme médical spécifique au cours du 3^e cycle et la sélection en fin de deuxième cycle sur une conceptualisation davantage sociale de la médecine, permettraient de lutter contre les crises identitaires professionnelles que rencontrent certains médecins non cliniciens (9). Ainsi, si la pratique clinique ne nous apparaît pas strictement nécessaire pour définir le médecin aujourd'hui et surtout demain, des liens à l'intérêt individuel, à celui de la collectivité et à celui du professionnel lui-même semblent primordiaux. Il devient nécessaire de redéfinir l'occupation spécifique des médecins pour que les différents exercices retrouvent un dénominateur commun.

L'implication dans la gouvernance en santé, si elle a été facilitée pour les spécialistes en santé publique et médecine sociale du fait de postes spécifiques et protégés, requiert une construction professionnelle solide afin de pouvoir exercer légitimement l'autorité liée à certaines de ces fonctions. Les modalités de cette construction professionnelle reposent sur une identification professionnelle qui se joue au niveau individuel, et sur le maintien de la légitimité collective de la profession et des spécialités qui la composent.

Conclusion générale

Notre étude avait pour objectif d'explorer le phénomène social que représente l'implication médicale dans la gouvernance en santé afin de proposer des facteurs explicatifs de cette implication particulière. Notre première partie nous a permis de définir des rôles communs pour les médecins exerçant en administration, qui cristallisent les attentes reposant sur ceux-ci autour d'un besoin d'expertise médicale. Ces rôles trouvaient un écho dans les facteurs de légitimité des médecins impliqués dans la gouvernance, confirmant une cohérence entre les attentes de l'idéal type portées sur les médecins des administrations et la représentation que les médecins impliqués à divers niveaux de l'appareil ont de la leur.

Le statut de professionnel médical dans cet exercice non clinique lié aux politiques de santé semblait jouer un rôle à de multiples niveaux, procurant à la fois un standard de compétences, une obligation professionnelle déontologique dé-corrélée des fonctions incarnées et un lien avec la profession médicale dans son ensemble. Ces éléments montraient néanmoins qu'une partie de cette implication repose sur une notion du professionnalisme qui est sujette à hétérogénéité aujourd'hui. Celle-ci, si elle se confirmait comme étant polarisante, présenterait un risque important de déprofessionnalisation globale au fur et à mesure de l'évolution des exercices médicaux.

Les changements actuels en matière de technologie, d'information et de paradigme de soin (72), a minima¹⁴, constituent des révolutions en devenir de l'environnement des médecins qui nécessiterait que soit interrogée la conception professionnelle. L'occupation spécifique des médecins serait peut-être justement issue du modèle décrit par Kluge et sous-tendue par un engagement éthique fort. Un médecin pourrait être défini comme celui qui œuvre à améliorer la santé des individus et des populations en considérant l'intérêt des trois parties prenantes : l'individu, le collectif et lui-même. De cette réponse pourrait découler l'organisation de la

¹⁴ Mais également de société, face aux défis amenés par les changements environnementaux et la responsabilité sociale de chaque individu (73).

médecine, la formation des étudiants et la place sociale de la profession (voire sa pérennité) dans les années à venir.

Annexe 1 : Guide d'entretien

Cadre

La gouvernance en santé constituant la prise de décision politique sur des sujets relatifs à la santé, les médecins semblent des parties prenantes privilégiées. Les études de médecine, hors le troisième cycle du DES de santé publique et médecine sociale, ne forment cependant pas à la réflexion à l'échelle populationnelle.

Question principale

Comment avez-vous construit votre légitimité dans votre implication dans la gouvernance en santé ?

Reformulations

Sur quelles bases vous sentez-vous légitime pour occuper votre fonction actuelle ?

Comment expliquez-vous que votre avis soit écouté ?

Relances

Le système politique de santé pourrait-il fonctionner sans médecins ?

Quel impact a l'exercice clinique sur votre implication dans la gouvernance ?

Plan de l'entretien

Parcours professionnel pertinent

Facteurs de construction de la légitimité

Pertinence de l'implication médicale dans la gouvernance en santé

Annexe 2 : Références

1. Leca J. L'état entre politics, policies et polity. *Gouv Action Publique*. 3 avr 2012;n° 1(1):59-82.
2. Schlesinger M. A Loss of Faith: The Sources of Reduced Political Legitimacy for the American Medical Profession. *Milbank Q.* juin 2002;80(2):185-235.
3. Reinertsen JL. Physicians as leaders in the improvement of health care systems. *Ann Intern Med*. 15 mai 1998;128(10):833-8.
4. Busari JO, Berkenbosch L, Brouns JW. Physicians as managers of health care delivery and the implications for postgraduate medical training: a literature review. *Teach Learn Med*. 2011;23(2):186–196.
5. Baker GR, Denis J-L. Medical leadership in health care systems: from professional authority to organizational leadership. *Public Money Manag*. 2011;31(5):355–362.
6. DREES. Effectifs des professionnels de santé : les médecins de 2012 à 2017 (RPPS) [Internet]. 2017 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3334>
7. Benevise J-F, Lopez A. L'utilisation des compétences médicales permettant à l'Etat d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local. [Internet]. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2006 sept. Report No.: RM 2006 141A. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000780.pdf>
8. Lecarboulec R. Médecin scolaire : je gérais 11.000 élèves. Certains n'avaient jamais vu un docteur. *Nouv Obs*. 3 janv 2015;
9. Vandenberghe M. Les médecins inspecteurs de santé publique [Sociology]. Lille; 2002.
10. Weber M. *Wirtschaft und Gesellschaft*. [Volume 2] / von Max Weber [Internet]. 1947 [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k943834>
11. Goetschy J. Les théories du pouvoir. *Sociol Trav*. 1981;447–467.
12. Duran P. Légitimité, droit et action publique, Abstract. *Année Sociol*. 1 oct 2009;59(2):303-44.
13. Freidson E. The Reorganization of the Medical Profession. *Med Care Rev*. 1 févr 1985;42(1):11-35.
14. Abbott A. Status and Status Strain in the Professions. *Am J Sociol*. 1981;86(4):819-35.
15. Parsons T. Illness and the Role of the Physician: A Sociological Perspective*. *Am J Orthopsychiatry*. 1 juill 1951;21(3):452-60.

16. Creswell JW. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 4th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2014. 273 p.
17. Greenbank P. The role of values in educational research: the case for reflexivity. *Br Educ Res J*. déc 2003;29(6):791-801.
18. Heshusius L. Freeing Ourselves From Objectivity: Managing Subjectivity or Turning Toward a Participatory Mode of Consciousness? *Educ Res*. avr 1994;23(3):15-22.
19. Moustakas C. *Heuristic research: Design, methodology, and applications*. Sage Publications; 1990.
20. Alam T, Gurruchaga M, O'Miel J. Science de la science de l'État: la perturbation du chercheur embarqué comme impensé épistémologique. *Soc Contemp*. 18 oct 2012;n° 87(3):155-73.
21. Bessin M, Chabrol F, Kehr J, Michels D. Le « Réseau des Jeunes Chercheurs Santé et Société » : un acteur des sciences sociales de la santé. *Socio-Logos Rev Assoc Fr Sociol* [Internet]. 2 mars 2012 [cité 1 sept 2019];(7). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/socio-logos/2671>
22. Fournier C. *Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours: place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes* [PhD Thesis]. Paris 11; 2015.
23. Freidson E. *Professionalism reborn: Theory, prophecy, and policy*. University of Chicago Press; 1994.
24. Calnan M. Eliot Freidson: Sociological Narratives of Professionalism and Modern Medicine. In: *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine* [Internet]. Palgrave Macmillan, London; 2015 [cité 7 août 2017]. p. 287-305. Disponible sur: https://link.springer.com/chapter/10.1057/9781137355621_19
25. Freidson E. *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. University of Chicago Press; 1988.
26. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism and Medicine's Social Contract with Society. *Virtual Mentor* [Internet]. 4 janv 2004 [cité 7 août 2017];6(4). Disponible sur: <http://virtualmentor.ama-assn.org/2004/04/msoc1-0404.html>
27. Working Party of the Royal College of Physicians. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. *Clin Med Lond Engl*. déc 2005;5(6 Suppl 1):S5-40.
28. Kahn RL, Wolfe DM, Quinn RP, Snoek JD, Rosenthal RA. *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. 1964;
29. Mintzberg H. Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Manag Sci*. 1980;26(3):322-341.
30. Chevallier J. La place de l'administration dans la production des normes, The Role of Civil Servants in the Law-Making Process. *Droit Société*. 23 janv 2012;(79):623-36.

31. Clark C. The Deprofessionalisation Thesis, Accountability and Professional Character. Soc Work Soc. 1 déc 2005;3(2):182-90.
32. Haug MR. Deprofessionalization: An Alternate Hypothesis for the Future*. Sociol Rev. 1 mai 1972;20(S1):195-211.
33. Cambon L. Désirabilité et utilité sociale, deux composantes de la valeur. Une exemplification dans l'analyse des activités professionnelles. Orientat Sc Prof [Internet]. 15 mars 2002 [cité 7 août 2017];(31/1). Disponible sur: <http://osp.revues.org/4861>
34. Schweyer F, Campéon A. Le pouvoir de régulation à l'épreuve de la division du travail: les médecins inspecteurs de santé publique. Action Publique Légitimités Prof Paris LGDJ. 2008;73-90.
35. Schweyer F-X. Médecins, pharmaciens, ingénieurs. Santé Publique. 2007;19(hs):37-51.
36. Murard L, Zylberman P. Experts et notables. Les bureaux municipaux d'hygiène en France (1879-1914). Genèses. 1993;10(1):53-73.
37. Raimondeau J, Bréchat P-H. 100 ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique. Actual Doss En Santé Publique. 2002;41:67-71.
38. Journal Officiel de la République Française du 25 août 1937. août 25, 1937.
39. Journal Officiel de la République Française du 5 avril 1973. avr 5, 1973.
40. Arrêté du 12 juillet 2010 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé. juill 1, 2016.
41. Arrêté du 29 septembre 2000 fixant l'échelonnement indiciaire applicable au corps des médecins inspecteurs de santé publique.
42. Convention collective nationale des praticiens-conseils du régime général de sécurité sociale du 4 avril 2006 - Textes Attachés - Avenant du 17 avril 2012 relatif à la mise à jour de la convention. avr 17, 2012.
43. Bérard A. Les médecins spécialistes de santé publique. Santé Publique. 2007;19(0):53.
44. Décret n°91-1195 du 27 novembre 1991 portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'éducation nationale et à l'emploi de médecin de l'éducation nationale - conseiller technique. 91-1195 nov 27, 1991.
45. Décret n°91-1025 du 7 octobre 1991 relatif au statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique. 91-1025 oct 7, 1991.
46. Le Bianic T, Vion A. Action publique et légitimités professionnelles. LGDJ; 2008.
47. Rapport Annuel du Syndicat des Médecins Inspecteurs de Santé Publique. SMISP; 1989.

48. Abraham Carmeli. The relationship between emotional intelligence and work attitudes, behavior and outcomes: An examination among senior managers. *J Manag Psychol*. 1 déc 2003;18(8):788-813.
49. Bacon C. Professionnalisme et identité : des enjeux pour la formation. *Éthique Publique Rev Int D'éthique Sociétale Gouv* [Internet]. 15 mai 2009 [cité 14 août 2017];(vol. 11, n° 1). Disponible sur: <http://ethiquepublique.revues.org/1334>
50. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. avr 21, 2017.
51. Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors. oct 14, 2017.
52. Code de la sécurité sociale - Article L315-1. Code de la sécurité sociale janv 28, 2016.
53. Bocquet P-Y, Peltier M. Rapport de la mission sur la gestion du risque. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2010 déc. Report No.: RM2010-163P.
54. Simoni M-L, Renaud-Boulesteix B, Barbezieux P, Martin Saint Léon V, Segal P, Allal P, et al. Rapport sur la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2014 sept. Report No.: 2014-051R.
55. Décret n°92-851 du 28 août 1992 portant statut particulier du cadre d'emplois des médecins territoriaux. 92-851 août 28, 1992.
56. Freidson E. Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge. University of Chicago press; 2001.
57. Holcman R. La gouvernance interne de l'hôpital. *Guid Sante Soc*. 2015;2e ed.:175-214.
58. Weber M. The three types of legitimate rule. *Berkeley Publ Soc Inst*. 1958;4(1):1-11.
59. Pescosolido B. Theories and the Rise and Fall of the Medical Profession. In: Cockerham WC, éditeur. *Medical Sociology on the Move* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2013 [cité 6 nov 2019]. p. 173-94. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-94-007-6193-3_9
60. Bréchat P, Salines E, Segouin C. Médecins de santé publique. Rennes Éditions L'École Natl Santé Publique. 2006;
61. Devers KJ. How will we know « good » qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. *Health Serv Res*. déc 1999;34(5 Pt 2):1153-88.
62. DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Med Educ*. avr 2006;40(4):314-21.

63. Abramson JH, Abramson ZH. Research Methods in Community Medicine [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2008 [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/9780470987230>
64. Edmunds H. The Focus Group Research Handbook991 *The Focus Group Research Handbook* . Chicago, IL: NTC Business Books 1999. Bottom Line. sept 1999;12(3):46-46.
65. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. 3 ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2002. 598 p.
66. Kluge E-HW. Resource Allocation in Healthcare: Implications of Models of Medicine as a Profession. *Medscape Gen Med*. 21 mars 2007;9(1):57.
67. Sanders T, Harrison S. Professional legitimacy claims in the multidisciplinary workplace: the case of heart failure care. *Sociol Health Illn*. mars 2008;30(2):289-308.
68. Ethique et déontologie médicales [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2019 nov. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits>
69. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Defining professionalism in medical education: A systematic review. *Med Teach*. janv 2014;36(1):47-61.
70. Moore PK. Remember why we went into this field in the first place...: *J Trauma Acute Care Surg*. sept 2012;73(3):539-41.
71. Cruess RL, Cruess SR. Professional Trust. In: Cockerham WC, Dingwall R, Quah S, éditeurs. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [cité 6 nov 2019]. p. 1900-3. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/9781118410868.wbehibs209>
72. Landau D-A. Doctors – A species on the verge of extinction? *Med Hypotheses*. janv 2007;68(2):245-9.
73. Pearson D, Walpole S, Barna S. Challenges to professionalism: Social accountability and global environmental change. *Med Teach*. 2 sept 2015;37(9):825-30.

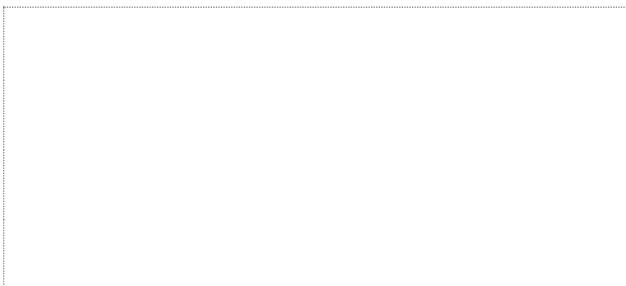
Résumé

L'administration du système de santé s'appuie sur des médecins, qui s'impliquent dans sa gouvernance au sein des administrations ou d'organisations parties prenantes. Ces individus n'exercent le plus souvent pas ou plus d'activité clinique, mais endossent des rôles sociaux liés à leur profession, et se construisent une légitimité hors du monde clinique. A travers un prisme sociologique, nous proposons une description du rôle social des médecins en administration, ainsi qu'une étude des facteurs de légitimité des médecins qui s'impliquent dans la gouvernance en santé. Au travers de ces éléments, nous décrivons une vision hétérogène du professionnalisme médical, qui s'appuient sur deux modèles conceptuels de la médecine, le modèle hippocratique et le modèle social.

MOTS-CLES

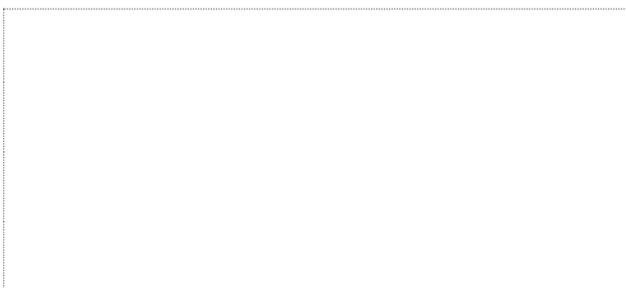
Professionnalisme, pouvoir, légitimité, rôle social, gouvernance, profession médicale

Vu, le Président du Jury,



Professeur Leïla MORET

Vu, le Directeur de Thèse,



Dr Maxime CAUTERMAN

Vu, le Doyen de la Faculté,



Professeur Pascale JOLLIET