

LES MÉDECINS FACE À L'ÉTAT

Une comparaison européenne

Patrick Hassenteufel

PRESSES DE SCIENCES PO

LES MÉDECINS FACE À L'ÉTAT

LES MÉDECINS FACE À L'ÉTAT

Une comparaison européenne

Patrick Hassenteufel

Catalogage Électre-Bibliographie (avec le concours des Services de documentation de la FNSP)

Hassenteufel, Patrick

Les médecins face à l'État : une comparaison européenne. — Paris : Presses de Sciences Po, 1997

ISBN 2-7246-0708-2

RAMEAU :

syndicats : médecins : Europe : études comparatives

médecins : associations : Europe : études comparatives

politique sanitaire ; Europe : études comparatives

322 : Relations entre l'État et les groupes sociaux organisés

DEWEY :

Public concerné :

Public intéressé

ISBN de la version numérique : 9782724685350

Le photocopillage tue le livre

Le logo qui figure sur la couverture de ce livre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine des sciences humaines et sociales, le développement massif du « photocopillage ».

La loi de 1957 sur la propriété intellectuelle interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit (seule la photocopie à usage privé du copiste est autorisée). Or, cette pratique s'est généralisée, provoquant une brutale baisse des ventes, au point que la possibilité même d'éditer correctement ce type d'ouvrages est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, du présent ouvrage est interdite sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 3, rue Hautefeuille, 75006 Paris).

Couverture : Emmanuel Le Ngoc

© 1997. PRESSES DE LA FONDATION NATIONALE
DES SCIENCES POLITIQUES

REMERCIEMENTS

L'idée de travailler sur les rapports entre les médecins et l'État m'a été inspirée par Pierre Birnbaum, qui a dirigé avec une attention jamais démentie mon travail de thèse et qui m'a vivement encouragé à en faire un livre. Les remarques critiques de Philippe Braud, Bruno Jobert, Jean Leca et Gerhard Lehmbruch, membres de mon jury de thèse, m'ont été très précieuses pour reprendre mon travail et l'orienter dans de nouvelles directions.

Ce livre n'aurait pas vu le jour sans Hans-Ullrich Deppe qui m'a largement ouvert l'accès à la documentation du Centre de recherche sur la sociologie de la médecine qu'il dirige à l'Université de Francfort. Je dois aussi beaucoup au dialogue fructueux engagé avec Marian Döhler et Klaus Stegmüller, qui m'ont facilité la compréhension du système médical allemand.

Ma reconnaissance va également à tous ceux qui ont eu la gentillesse et la patience de m'accorder un entretien, ainsi qu'aux responsables des institutions qui m'ont accueilli pour effectuer ma recherche documentaire (en particulier l'IRES, *Le Quotidien du médecin*, le CREDES et la bibliothèque de la faculté de médecine de Paris).

Ce livre est le résultat de nombreuses discussions avec mes « complices » et contradicteurs du CRAP (Patrick Le Galès et Claude Martin), de la MIRE (Bruno Palier) et de Montpellier

(William Genieys). Je dois à Philippe Guenon un regard différent sur l'activité médicale au quotidien.

Last, but not least un merci tout particulier à Claude Gautier pour sa lecture aussi scrupuleuse que stimulante de mon manuscrit et à Mireille Perche pour ses encouragements.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction

Le déclin du pouvoir médical ?.....	6
Les médecins : une profession représentée.....	9
La socio-histoire des rapports entre les médecins et l'État	12
Une comparaison européenne.....	14
De l'analyse de la représentation médicale à celle des politiques de santé	17

Chapitre 1

LE POUVOIR MÉDICAL

Les pouvoirs des médecins.....	21
Du savoir au pouvoir médical	26
La dimension politique du pouvoir médical	31
De la représentation républicaine à l'Ordre corporatif, 33. – Représentation professionnelle, régime politique et stratégies collectives, 46.	

Chapitre 2

LES MÉDECINS FACE À LA PROTECTION SOCIALE

Les trajectoires historiques de la protection sociale	62
L'assurance maladie obligatoire, ou le modèle bismarckien, 63. — Les obstacles à la diffusion de l'assurance maladie obligatoire, 72.	
De la défense des intérêts économiques au refus de l'assurance maladie.....	79
Les conflits entre les médecins et la protection sociale, 80. — L'affirmation de l'identité libérale contre l'assurance-maladie, 94.	
Les formes de l'intégration à la protection sociale	102
L'institutionnalisation de la médecine de caisse, 102.	
Les médecins face à l'universalisation des droits sociaux....	107

Chapitre 3

DIMENSIONS DE LA REPRÉSENTATION

Les logiques de la segmentation.....	120
Les traductions organisationnelles de la spécialisation, 121. — La représentation autonome des médecins généralistes et des médecins hospitaliers, 128.	
Les configurations nationales de la représentation	135
Les configurations intégrées, 135. — Les configurations fragmentées, 151.	
L'intervention des médecins dans les politiques de protection maladie.....	167
Les ressources d'action publique, 168. — Les répertoires d'action publique, 172.	
Les médecins dans les réseaux des politiques de protection maladie.....	183
Les médecins dans les réseaux corporatistes, 184. — Les médecins dans les réseaux pluralistes, 193.	

Chapitre 4

LA « CRISE DE LA REPRÉSENTATION » MÉDICALE ?

La fin de « l'âge d'or », ou l'émergence de conflits économiques internes	203
La contestation identitaire	215
La contestation alternative, 215. – La contestation « ultra-libérale », 237.	
La contestation interne.....	247
Professionnalisation de la représentation et « dérive oligarchique », 247. – Les effets de la médiatisation, 255.	

Chapitre 5

LES MÉDECINS FACE À LA MAÎTRISE
DES DÉPENSES DE SANTÉ

L'opposition des médecins à la maîtrise imposée	266
Logique médicale contre logique économique, 266. – La mobilisation des médecins contre la maîtrise des dépenses de santé en France, 269. – L'opposition politique, 294.	
La maîtrise négociée et ses limites	297
Les enveloppes globales en Allemagne, 297. – La maîtrise médicalisée en France, 305.	
Les médecins face au changement des systèmes de protection maladie.....	316
La dynamique du changement : contrainte financière et stratégies politiques, 316. – Les médecins allemands face à la « réforme Seehofer » : l'échange politique impossible, 330. – Les médecins divisés face au plan Juppé, 340. – De l'opposition à la participation : les médecins anglais face à la réforme du NHS, 346.	
ANNEXES	349
BIBLIOGRAPHIE	353
INDEX DES AUTEURS CITÉS	365

INTRODUCTION

Peu de professions suscitent autant que la profession médicale à la fois la fascination et le rejet. Tour à tour perçus comme des « bienfaiteurs de l'humanité », dotés de la capacité de faire reculer la mort et de sauver la vie, ou, au contraire, comme une caste défendant des privilèges : les représentations associées aux « blouses blanches » sont ambivalentes et multiples. Pour le grand public et les médias, la figure du médecin oscille entre le modèle de dévouement au bien-être général et le bouc émissaire responsable d'un certain nombre de maux collectifs, ces dernières années tout particulièrement le « trou » de la Sécurité sociale¹. On retrouve cette perception duale et contradictoire dans la littérature scientifique. Les sociologues, en particulier, ont multiplié les travaux sur cette profession et l'ont présentée tantôt comme remplissant une fonction sociale tout à fait essentielle, tantôt comme une élite dominante cloisonnée et hiérarchisée.

Ce mélange de fascination et de rejet est fondamentalement lié aux multiples pouvoirs que les médecins exercent. Ils possèdent à la fois celui de soigner, des revenus et un prestige social importants et surtout un pouvoir politique, en raison de

1. La Une de *Libération* du 24 septembre 1996, « Comment les médecins creusent le trou de la Sécu », qui a suscité une forte émotion dans le corps médical, est tout à fait exemplaire à cet égard.

l'influence supposée qu'ils exercent sur leurs patients, sans parler de la visibilité médiatique d'un certain nombre de grands patrons. Le pouvoir médical, qu'il soit sacralisé ou au contraire dénoncé, est cependant le plus souvent posé comme une évidence résultant du savoir scientifique sur lequel se fonde l'exercice de la médecine. Si de nombreux travaux ont été consacrés à la description minutieuse des différentes facettes de ce pouvoir fondé sur la connaissance rationnelle du fonctionnement du corps humain, peu se sont attachés à rendre compte de ses fondements sociopolitiques¹.

La scientificisation du savoir sur la maladie est certes une donnée incontournable, mais elle est loin d'être suffisante pour comprendre les pouvoirs économiques et politiques des médecins. Ces pouvoirs sont fondamentalement liés aux rapports qui se sont instaurés entre la profession médicale et l'État. Contrairement à l'image répandue, en premier lieu par les médecins eux-mêmes, d'une activité indépendante, libre et pleinement autonome, l'exercice de la médecine est profondément lié au pouvoir étatique qui en fixe les règles, qui le contrôle et qui le finance, à la fois directement par la construction de lieux de soins comme les hôpitaux et la salarisation, et indirectement par la prise en charge solidaire du risque maladie. La dépendance des médecins par rapport à l'État apparaît aujourd'hui avec une acuité toute particulière, du fait de l'étau financier qui enserre de façon croissante les systèmes de santé européens, à tel point que l'on parle de plus en plus souvent du déclin du pouvoir médical.

LE DÉCLIN DU POUVOIR MÉDICAL ?

Parler de déclin, ou d'érosion, du pouvoir médical suppose, d'une part, d'être en mesure d'établir des critères précisant la nature de ce pouvoir, d'autre part, d'en retracer historiquement l'évolution. Le pouvoir médical s'est établi, dans le cadre d'un

1. Parmi les rares exceptions, on mentionnera surtout le magistral ouvrage de Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine*, New York, Basic Books, 1982.

processus de construction sociohistorique, à plusieurs niveaux : au niveau professionnel, où il se traduit par le monopole sur les soins et l'autosurveillance dans sa pratique ; au niveau économique, du fait de revenus élevés ; au niveau social où il correspond à un prestige reconnu ; enfin au niveau politique, où il repose sur une forte capacité à peser sur les décisions publiques concernant les médecins, souvent dépeinte sous les traits de la toute-puissance du lobby médical.

Historiquement, le pouvoir médical s'est construit sur la base de la monopolisation de la dispense de soins, fondée sur le savoir médical et l'autonomie dans l'exercice de la profession. Si, aujourd'hui, le monopole médical n'a pas été écorné, même si la question est sur la place publique comme le montre le débat actuel en France sur la possibilité offerte au pharmacien d'administrer un médicament générique au lieu du médicament prescrit par le médecin, il n'en va pas de même pour l'auto-contrôle de la pratique médicale. Dans le cadre des politiques récentes en matière de maîtrise des dépenses de santé, la surveillance de l'exercice des soins par des tiers non médecins s'est fortement accrue, notamment en France et en Grande-Bretagne. Dans le cas français, la mise en place des références médicales obligatoires, par la convention médicale de 1993, et la création, par le plan Juppé, de nouvelles instances chargées de sanctionner les médecins (au sein desquelles ils ne sont pas seuls à être représentés) vont clairement dans ce sens. En Grande-Bretagne, la réforme du NHS a nettement accru le contrôle des « managers » (directeurs d'hôpitaux et responsables administratifs) sur l'exercice de la médecine. C'est en Allemagne que l'autonomie a été le mieux préservée du fait du rôle joué par les unions de médecins de caisse, qui sont des institutions uniquement formées par des médecins, en matière de surveillance de l'activité médicale.

Les revenus de la profession sont un autre indicateur important du pouvoir médical. Si l'on ne peut certes pas parler de prolétarianisation de la profession médicale, comme le font certains, il est indéniable que, depuis les années quatre-vingt, le rythme d'évolution des revenus de la profession s'est ralenti¹,

1. Sur la période 1989-1994, le pouvoir d'achat des médecins libéraux français a augmenté en moyenne annuelle entre 0,8 % (pour les spécialistes)

creusant des disparités internes entre les franges de la profession les plus touchées par les politiques de maîtrise des dépenses et celles les moins touchées¹.

Le prestige social des médecins s'écorne aussi peu à peu, moins sous l'effet d'un doute généralisé sur le progrès médical et sur la capacité des médecins à soigner (malgré les interrogations nées des difficultés à trouver un traitement approprié au Sida) que sous celui du silence des autorités médicales sur des problèmes cruciaux de santé. En France, les « scandales » récents du sang contaminé, de la « vache folle » ou encore de l'ARC témoignent d'une certaine faillite de l'intervention médicale, là où elle aurait dû s'effectuer en priorité. Par son effacement, volontaire ou non, sur ces questions essentielles, la profession médicale a fait la preuve d'une impuissance à peser sur des choix concernant la santé de la population.

Par là est aussi posée la question de l'évolution du pouvoir politique des médecins. Jusqu'à la fin des années quatre-vingt, les médecins sont parvenus à préserver leur place centrale dans les systèmes de protection maladie et à sauvegarder leurs intérêts économiques comme l'illustre de façon exemplaire la création du secteur à honoraires libres en France en 1980. Cette situation s'est quelque peu modifiée ces dernières années. Les réformes récentes, comme le plan Juppé en France, la réforme Seehofer en Allemagne ou encore les transformations du système de santé britannique, se sont faites dans une large mesure contre les médecins, parce que celles-ci affectent directement leur pouvoir professionnel (en accroissant le contrôle extérieur de leur pratique), leur pouvoir économique (en encadrant plus étroitement le volume de leur activité) et leur pouvoir politique (en modifiant l'organisation des systèmes de protection maladie).

et 1 % (pour les généralistes). S'il n'est pas possible de parler d'appauvrissement, il est indéniable que l'on est loin des taux d'augmentation des années soixante et soixante-dix ; surtout l'évolution relative est défavorable, comparée à d'autres groupes comme les cadres supérieurs.

1. Malgré la disparité des chiffres, on peut noter qu'en France, en 1990, un assistant hospitalier en début de carrière avait un traitement brut annuel de 216 000 F, alors qu'un chef de service en milieu de carrière touchait 435 000 F ; dans le secteur ambulatoire, le revenu mensuel moyen net d'un généraliste était de 25 000 F contre 38 000 F pour un spécialiste. Ces écarts se retrouvent en Allemagne, cette fois-ci en revenus annuels : 140 000 DM pour un généraliste en 1994, contre 230 000 DM pour un radiologue.

Les médecins se sont opposés, souvent avec vigueur (grèves, manifestations, prises de position publiques), à ces réformes. Mais ils n'ont pas été en mesure de les empêcher, même s'ils ont pesé sur certains choix, perdant ainsi une partie du pouvoir de veto de fait qui s'était progressivement établi depuis la seconde guerre mondiale. Toutefois, s'il est possible de réformer les systèmes de protection maladie contre les médecins, il est également très difficile de le faire sans eux, à cause de leur rôle dans la mise en œuvre de celles-ci. À ce titre, la participation des médecins, tout au moins d'une partie d'entre eux, à l'application des politiques de maîtrise des dépenses de santé est significative de leur profonde intégration à l'État, voire de leur dépendance... ainsi que de certaines limites du « lobby médical ».

Avec cette expression on se trouve au cœur de la question du pouvoir des médecins auprès de l'État ; il renvoie aux modes d'organisation de la profession pour défendre ses intérêts face à l'État. C'est là l'élément central de ce livre.

LES MÉDECINS UNE PROFESSION REPRÉSENTÉE

En effet, il part de la représentation – organisationnelle – de la profession médicale. Le rapport des médecins à l'État concerne avant tout une série d'institutions qui parlent au nom de cette profession : syndicats, groupements professionnels, ordres, chambres, collèges, unions, coordinations... De façon quelque peu surprenante si, en France, la littérature sur les médecins est abondante, elle est beaucoup plus restreinte en ce qui concerne les diverses formes de représentation organisationnelles. Il est tout à fait significatif que les principales références disponibles sur la question soient américaines¹, et que dans l'énorme enquête, menée par l'INSERM, sur les médecins français seules trois questions, sur plus d'une centaine, aient été

1. En particulier David Wilsford, *Doctors and the State in France. The Politics of Health Care in France and in the United States*, Durham, Duke University Press, 1991.

consacrées au syndicalisme et à l'activité politique¹. Tout se passe un peu comme si le « lobby médical » était admis comme une évidence ne nécessitant pas une démonstration fondée empiriquement. Certes, le « lobby médical » existe, mais à quoi ressemble-t-il ?

Dans cette absence, il faut probablement aussi voir de façon plus globale un signe du faible investissement de la science politique française sur la question des groupes d'intérêts², à l'exception notable du syndicalisme ouvrier et agricole. La place centrale occupée par l'État en France a conduit à privilégier l'étude de son action au détriment de celle de ses multiples interactions avec des groupes sociaux organisés. Au contraire, notre attention s'est portée ici sur les formes de représentation collective des médecins. L'intérêt majeur de cette approche est de permettre d'articuler l'analyse des formes d'intervention auprès de l'État, les identités collectives des médecins et les intérêts défendus par ce groupe.

Ce sont en effet aussi les représentants qui font les représentés, comme l'avait déjà magistralement montré Hobbes. L'institution du représentant permet en retour d'unifier les représentés : « Une multitude d'hommes devient une seule personne quand des hommes sont représentés par un seul homme ou par une seule personne, de telle sorte que cela se fasse avec le consentement de chaque individu singulier de cette multitude. Car c'est l'unité de celui qui représente, non l'unité du représenté, qui rend une la personne³. »

Cette articulation entre le rapport de représentation et la création d'un collectif, en termes d'identité et d'intérêt, peut non seulement être appréhendée philosophiquement mais aussi être analysée sociologiquement, en cherchant par quelles opérations concrètes la représentation participe de l'émergence et

1. Claudine Herzlich, Martine Bungener, Geneviève Paicheler, Philippe Roussin, Marie-Christine Zuber, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, Paris, INSERM-Doin, 1993. De même dans l'ouvrage récent de Bénédicte Vergez, *Le monde des médecins au XX^e siècle* (Bruxelles, Complexe, 1996), à peine dix pages sont consacrées au syndicalisme médical.

2. Michel Offerlé, *Sociologie des groupes d'intérêt*, Paris, Montchrestien, 1994, p. 12.

3. Thomas Hobbes, *Leviathan*, chapitre 16, Paris, Sirey, 1971, p. 166.

de la consolidation des groupes, en l'occurrence ici la profession médicale.

Un des éléments explicatifs majeurs réside dans le fait que la représentation ressort de l'activité symbolique. Le représentant est condensation du groupe « en quelque sorte dans un rapport de métonymie avec le groupe, il est une partie du groupe qui peut fonctionner en tant que signe à la place de la totalité du groupe ¹ ». La représentation est ainsi à la fois incarnation de groupes, de collectifs et de valeurs. Le représentant fait aussi exister le groupe représenté en le symbolisant.

L'incarnation symbolique du collectif fonctionne tout particulièrement par l'intermédiaire du langage de la représentation qui relève largement du registre performatif, tel que le définit Austin ². Le langage de la représentation n'a pas seulement pour fonction de transmettre du sens, mais aussi de produire des effets de réel : en parlant au nom d'un collectif, le représentant le fait exister et l'unifie. Dire publiquement « nous les médecins... », c'est faire exister socialement le groupe unifié ; dire le groupe, c'est déjà le faire.

La représentation participe de la construction d'identités collectives à travers d'autres mécanismes que le symbolique. Ici nous avons pris en compte, en particulier, le rôle de la mobilisation, qui est un des moyens utilisés par les représentants pour rendre le groupe représenté socialement visible, notamment par la manifestation, à la fois attestation pour les autres groupes et pour lui-même de son existence sociale. La présence des médecins dans l'espace public est liée à leur capacité à avoir des porte-parole s'exprimant au nom de l'ensemble de la profession et à se mobiliser collectivement sous la forme de manifestations ou d'actions plus conflictuelles (grève, boycott...).

Le mécanisme de la représentation, plus précisément le rapport de représentation du représentant vers le représenté, est une étape décisive dans la construction d'identités collectives, qu'elles soient politiques ou sociales. C'est dans le cadre d'une interaction politique avec l'État que se sont façonnés à la fois la représentation des médecins, leurs intérêts et leurs identités

1. Pierre Bourdieu, « La délégation et le fétichisme politique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 52/3, juin 1984, p. 50.

2. Il désigne par là des paroles qui ont des effets concrets par le fait même d'être dites. Jean-Louis Austin, *Quand dire c'est faire*, Paris, Le Seuil, 1970.

collectives¹. La compréhension de ces processus est indispensable à l'analyse des évolutions actuelles, tant au niveau des rapports entre les différents groupes de médecins (généralistes/spécialistes, hospitaliers/non-hospitaliers, libéraux/salariés...) qu'à celui de la position de la profession dans les politiques de santé, en particulier celles relevant de la protection sociale (on parlera de politiques de protection maladie).

LA SOCIO-HISTOIRE DES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS ET L'ÉTAT

On comprend par là le deuxième choix effectué dans le cadre de ce travail : celui de partir d'une démarche socio-historique pour comprendre comment se sont constitués les différents modes de représentation des médecins.

D'un point de vue historique, le regroupement organisationnel des médecins s'est effectué dans une triple logique : une logique de monopolisation, une logique d'autonomisation et une logique économique. Avec le développement du savoir médical s'est affirmée la demande de réserver l'exercice des soins aux personnes détentrices de ce savoir, c'est-à-dire les docteurs en médecine. Tout au long du XIX^e siècle, les médecins se sont mobilisés pour écarter de l'administration des soins ceux qu'ils stigmatisent sous l'appellation générique de « charlatans » qui, à cette époque, jouent un rôle curatif important, en particulier dans les campagnes. Les médecins se sont organisés collectivement pour obtenir un monopole sur les soins médicaux. Or la garantie de ce monopole supposait une intervention de l'État. Historiquement, c'est à travers cet enjeu que se sont noués les rapports entre la profession médicale et l'État. Mais, si l'intervention de l'État est demandée par les médecins, elle suscite aussi la crainte d'un contrôle de leur pratique. C'est pour cela que la revendication du monopole sur les soins s'est historique-

1. Cette articulation n'est pas bien sûr propre à la profession médicale : elle est notamment très importante pour la compréhension des mouvements ouvriers. Pierre Birnbaum, « États, idéologies et action collective en Europe occidentale », dans Ali Kazancigil (dir.), *L'État au pluriel. Perspectives de socio-logie historique*, Paris, Economica, 1985, p. 231.

ment accompagnée de celle de l'autonomie dans les conditions de l'exercice des soins : c'est aux médecins eux-mêmes d'en fixer les règles et d'en contrôler le respect.

Cette logique de monopolisation et d'autonomisation a conduit à instaurer des rapports durables avec l'État et à l'institutionnalisation de la représentation de la profession sous la forme de l'Ordre des médecins en France (créé en 1940), des chambres de médecins en Allemagne (créées en 1935) ou encore du Conseil général de la médecine britannique (créé en 1858). Les modes de représentation organisationnelle de la profession se sont modifiés, stabilisés et codifiés dans le cadre même de l'interaction avec l'État. Les médecins acquièrent par là des véritables missions « publiques » puisqu'ils deviennent collectivement responsables du respect des règles de la déontologie médicale et de celles fixant les conditions d'entrée dans la profession, en échange de la garantie du monopole. Par ces instances de représentation professionnelle, relevant du droit public, les médecins font, en tant que groupe professionnel, partie de l'État. Ils en sont devenus un maillon.

Surtout les rapports entre les médecins et l'État se sont intensifiés à partir du moment où les enjeux économiques sont devenus prégnants, c'est-à-dire lorsque l'État est intervenu directement dans le système de soins. Cette intervention s'est faite selon deux modalités : la prise en charge financière de la demande de soins et la mise en place de lieux de soins (les hôpitaux en particulier). La création par l'État de systèmes de prise en charge solidaire du risque santé marque, à la fin du XIX^e siècle (en 1883 est créé le premier système d'assurance maladie obligatoire, dans l'Allemagne bismarckienne), une rupture historique forte et bouleverse l'exercice de la médecine dans la mesure où elle accroît fortement la demande solvable de soins. À nouveau, les médecins se sont trouvés en position de demande d'État sur la base de la revendication du monopole des soins des malades pris en charge par les systèmes collectifs de protection maladie et d'un niveau de rémunération satisfaisant.

C'est avec l'émergence de ces enjeux que se sont tissés des rapports multiples entre les représentants des médecins et l'État : la profession médicale est en permanence face à l'État, même pour revendiquer une plus grande autonomie. Les relations se sont institutionnalisées, notamment par la mise en place de systèmes de négociation collective sur les honoraires



Le politique est-il soumis au « lobby médical » ? Le déplorer et le dénoncer, comme on le fait généralement, c'est ne pas voir la forte dépendance des médecins par rapport à l'État. Car c'est de l'État que proviennent les principaux attributs du pouvoir médical, ainsi qu'une grande part des revenus de la profession, puisque la généralisation de la protection sociale a élargi considérablement la demande solvable de soins.

Patrick Hassenteufel compare les rapports entre les médecins et l'État dans plusieurs pays d'Europe. Il met en évidence le rôle important de la représentation organisée des médecins, en particulier sous la forme syndicale et il en souligne la grande diversité. Alors que le syndicalisme médical français est fragmenté et orienté vers la défense de l'identité libérale, la représentation des médecins allemands est institutionnalisée, intégrée à la gestion de l'assurance maladie par la médecine de caisse ; en Grande-Bretagne, en revanche, prédomine le clivage entre généralistes et spécialistes.

La maîtrise des dépenses de santé, en aiguisant les conflits économiques internes à la profession et en provoquant une « crise de la représentation », remet-elle en cause les rapports entre les médecins et l'État.

La mise en place du « plan Juppé », de la « réforme Seehofer » en Allemagne ou encore la libéralisation du système national de santé britannique ne traduisent-elles pas un certain déclin du pouvoir médical.

PATRICK HASSENTEUFEL est maître de conférences en science politique à l'Université de Picardie (Amiens), et chercheur associé au Centre de recherches administratives et politiques de l'Institut d'études politiques de Rennes. Ses travaux portent sur le syndicalisme en Europe, les groupes d'intérêt dans les politiques publiques et la comparaison des politiques d'assurance maladie.

Prix de lancement : 168 F (jusqu'au 31 juillet 1997)



janvier 1997

Prix : 198 F

ISBN : 2-7246-0708-2



945 641-5



Le politique est-il soumis au « lobby médical » ? Le déplorer et le dénoncer, comme on le fait généralement, c'est ne pas voir la forte dépendance des médecins par rapport à l'État.

Car c'est de l'État que proviennent les principaux attributs du pouvoir médical, ainsi qu'une grande part des revenus de la profession, puisque la généralisation de la protection sociale a élargi considérablement la demande solvable de soins.

Patrick Hassenteufel compare les rapports entre les médecins et l'État dans plusieurs pays d'Europe. Il met en évidence le rôle important de la représentation organisée des médecins, en particulier sous la forme syndicale et il en souligne la grande diversité. Alors que le syndicalisme médical français est fragmenté et orienté vers la défense de l'identité libérale, la représentation des médecins allemands est institutionnalisée, intégrée à la gestion de l'assurance maladie par la médecine de caisse ; en Grande-Bretagne, en revanche, prédomine le clivage entre généralistes et spécialistes.

La maîtrise des dépenses de santé, en aiguissant les conflits économiques internes à la profession et en provoquant une « crise de la représentation », remet-elle en cause les rapports entre les médecins et l'État.

La mise en place du « plan Juppé », de la « réforme Seehofer » en Allemagne ou encore la libéralisation du système national de santé britannique ne traduisent-elles pas un certain déclin du pouvoir médical.

PATRICK HASSENTEUFEL est maître de conférences en science politique à l'Université de Picardie (Amiens), et chercheur associé au Centre de recherches administratives et politiques de l'Institut d'études politiques de Rennes. Ses travaux portent sur le syndicalisme en Europe, les groupes d'intérêt dans les politiques publiques et la comparaison des politiques d'assurance maladie.

Prix de lancement : 168 F (jusqu'au 31 juillet 1997)



janvier 1997

Prix : 198 F

ISBN : 2-7246-0708-2



945 641-5