



HAL
open science

Emergence, appropriation, activation d'un référent : la rhétorique de l'efficacité dans la régulation des activités médicales

Anne Branciard

► **To cite this version:**

Anne Branciard. Emergence, appropriation, activation d'un référent : la rhétorique de l'efficacité dans la régulation des activités médicales. IVèmes Journées de Sociologie du Travail, May 1990, Toulouse, France. halshs-00120678

HAL Id: halshs-00120678

<https://shs.hal.science/halshs-00120678v1>

Submitted on 16 Dec 2006

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

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

**IVèmes Journées de Sociologie du Travail
Toulouse, 16-18 mai 1990**

**EMERGENCE, APPROPRIATION, ACTIVATION D'UN REFERENT
LA RHETORIQUE DE L'EFFICACITE DANS LA REGULATION DES
ACTIVITES MEDICALES**

Anne BRANCIARD

*Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail
CNRS Aix en Provence*

Nous analysons les incidences d'une nouvelle règle, l'efficacité, introduite dans le système sanitaire depuis la crise économique, sur l'organisation de l'espace professionnel médical.

Nous partirons de l'idée que la fonction politique consiste à gérer le rapport entre secteur -ici le secteur sanitaire- et société globale¹. Ce rapport ne peut être l'objet d'intervention publique qu'en fonction de la représentation que se font du secteur les groupes sociaux concernés, sur son rôle et sa place dans la société. La représentation relève d'un ensemble de normes hiérarchisées et contradictoires, que nous considérons comme un "référentiel sectoriel".

¹ B. JOBERT, P. MULLER, "L'Etat en action", PUF, 1987.

Nous introduirons une seconde idée, suivant laquelle le secteur sanitaire est **un système de production complexe**. Complexité repérable à la fois dans la structure organisationnelle du système, et au sein des processus de production médicale.

La complexité structurelle est due à l'intervention de plusieurs niveaux d'acteurs, eux-mêmes segmentés et hétérogènes. Au niveau primaire, les producteurs de soins développent leur activité en fonction de la marge de latitude dont ils disposent pour réaliser leurs préférences, et ils l'adaptent en actualisant certaines ressources de leur potentiel d'action de façon à promouvoir leurs logiques d'action dans le cadre des règles en vigueur. Au niveau secondaire, les différentes instances collectives (pouvoirs publics, syndicats et groupes professionnels médicaux, Sécurité Sociale, instances de négociation tels les groupes administratifs ministériels ou les Commissions du Plan) concourent à l'élaboration des règles qui structurent le fonctionnement du secteur sanitaire. Elles encadrent et orientent les comportements des acteurs primaires, et modifient ou renouvellent les règles de façon à intervenir à travers les acteurs primaires sur les résultats du système.

La complexité fonctionnelle des activités médicales se fonde sur la variété des tâches et des degrés de technicité et difficulté (généralistes/spécialistes), qui s'exercent selon différents cadres (hôpital, médecine de ville ...) et modes d'exercice (libéral/salarié). Ceci dans un contexte de variabilité des conditions de production puisque, la plus grande part du financement du secteur étant socialisée, les fluctuations dans l'allocation des ressources attribuées au secteur sanitaire déplacent les enjeux et modifient les positions respectives des acteurs.

Cette complexité relève notamment des interrelations entre les différents éléments du secteur sanitaire, des processus d'ajustements continus des comportements par lesquels différents acteurs s'efforcent, selon leur positionnement dans l'espace professionnel, d'infléchir le fonctionnement du système sanitaire dans le sens de leur logique d'action, et dont les interactions complexes sont source d'incertitude quant à l'efficacité du secteur. Ces stratégies interdépendantes se développent dans le cadre de normes intégrées propres au secteur sanitaire (le progrès scientifique, par exemple), et obéissent à des contraintes qui relèvent de l'articulation entre le secteur sanitaire, et le contexte global, et qui sont généralement mises en oeuvre par les instances publiques².

Ce faisant, ces instances introduisent une norme de compatibilité entre sectoriel et global (I). Cette norme suscite des réactions d'ajustement dans les comportements des médecins, auxquelles répondent celles des acteurs intermédiaires (organisations professionnelles). Ces diverses réactions s'appuient sur des interprétations divergentes de la norme et accentuent la complexité et l'imprévisibilité du fonctionnement du système (II). Finalement, l'introduction d'une telle norme pourrait générer, en fondant des rapports d'instabilité, un fractionnement dans la structure organisationnelle des médecins libéraux, et une transformation du cadre de la régulation du secteur en fonction des nouveaux positionnements des acteurs (III).

² A. BRANCIARD, P. HUARD, "Stratégies et contradictions dans le système sanitaire : formes et représentations du changement", Rapport de recherche pour la MiRe, LEST, 1989.

I. Les stratégies de régulation du secteur sanitaire par les pouvoirs publics s'appuient sur l'introduction dans ce secteur de la norme d'efficacité.

A partir de la seconde moitié des années 70, s'impose un référentiel global organisé autour de la contrainte économique extérieure et la nécessité de s'y adapter en restaurant la compétitivité des entreprises. Au niveau du secteur sanitaire, dès le ralentissement de la croissance économique (environ 1964), l'accélération des dépenses de santé a été perçue en termes d'inflation sociale qui entre en concurrence avec les objectifs économiques prioritaires de développement industriel. Les objectifs sociaux de redistribution et de services collectifs sont devenus contradictoires avec l'impératif des équilibres macroéconomiques. La prééminence, dès 1981-82, de la norme de compétitivité sur celle de solidarité dans le référentiel global, conduit les pouvoirs publics à adopter **l'efficacité**, rapport de l'utilité produite aux ressources engagées pour la produire, comme référent dominant de leur politique dans le secteur sanitaire.

Ainsi la norme d'efficacité est-elle sous-jacente aux trois volets de l'actuelle politique de santé ambulatoire du Ministère Evin :

- la revalorisation de la médecine générale par un rééquilibrage des formes d'exercice,
- le blocage du "secteur 2", à honoraires libres,
- la maîtrise des dépenses de santé.

Pour parvenir à cet objectif d'efficacité, les pouvoirs publics doivent réguler le processus de production médicale afin d'améliorer le rapport entre l'utilité produite par le fonctionnement du secteur sanitaire et les ressources qui lui sont allouées par le contexte global.

La régulation dans le secteur sanitaire sollicite une pluralité d'acteurs publics, dont les zones d'intervention se recouvrent partiellement selon les enjeux poursuivis et les procédures des politiques de santé, dans des systèmes d'action distincts, et selon les segments du corps médical qui sont leurs interlocuteurs. Ainsi l'Administration sanitaire est-elle fragmentée en plusieurs Directions (Direction des Hôpitaux, Direction Générale de la Santé) et Assistances Publiques ; le Ministère de l'Education Nationale intervient dans la limitation du nombre d'étudiants en médecine ; le Ministère des Finances contrôle la politique de prestations sociales via la Direction du Budget et la Direction de la Prévision ; les Commissions du Plan et les groupes administratifs ministériels sont des instances de concertation et de négociation qui associent les administrations concernées aux organisations professionnelles représentatives et qui sont autant de lieux d'émergence et de socialisation à de nouvelles normes dans le secteur ; la CNAM enfin, organisme payeur des prestations sociales déterminées par le gouvernement, s'affirme à partir du VIIe Plan (1975-80) comme l'instrument privilégié du Budget dans la "rationalisation" des dépenses de santé et négocie avec les organisations professionnelles libérales, à travers la Convention médicale qui régit les relations entre organismes financeurs et médecins prescripteurs, les objectifs sanitaires à poursuivre paritairement.

Ces acteurs publics hétérogènes délimitent des espaces de régulation où sont mises en oeuvre, selon les instances, diverses logiques d'intervention, déterminant la nature et le degré de formalisation des règles. Ces logiques peuvent être de nature **incitative** (par exemple, lors de la négociation conventionnelle, l'engagement gouvernemental d'un allègement des charges sociales des médecins contre une autodiscipline des comportements, assurée par la profession elle-même) ; **normative** (par exemple, l'évaluation à travers les Tableaux Statistiques d'Activité des Praticiens d'une norme d'activité médicale visant à inculquer aux médecins une attitude d'autocontrôle de leurs actes et prescriptions) ; **coercitive** (règles administratives qui codifient le fonctionnement du secteur, ainsi le "numerus clausus" qui contrôle la démographie médicale, la nomenclature des actes médicaux, le blocage du secteur 2, l'"enveloppe globale" budgétaire qui lie au volume des actes et des prescriptions la rémunération des actes). Ces logiques sont tour à tour sollicitées pour rationaliser le système de santé, en agissant sur les divers composants de l'efficacité. En effet l'efficacité peut se définir comme le résultat de la séquence entre l'allocation de ressources, les facteurs de production, les producteurs, et l'utilité produite : R -> F -> P -> U.

La rationalisation du système sanitaire consiste alors à :

- d'une part contrôler la hausse de l'allocation des ressources et limiter la croissance des facteurs de production,
- d'autre part maîtriser la complexité structurelle et fonctionnelle du système en réduisant une source d'incertitude, l'autonomie des producteurs de soins qui, par leur capacité de prescrire et leur choix de la nature et de la quantité des actes qu'ils émettent, déterminent en grande part le montant des dépenses de santé ambulatoires. Pour réduire cette autonomie, les instances publiques peuvent soit contraindre directement les comportements des producteurs (règles, codification), soit agir sur les modèles de références (normes) qui les conditionnent.

Devenue référent dominant de la politique publique dans le secteur sanitaire, l'efficacité doit être imposée comme norme à l'intérieur du secteur. Mais la notion d'efficacité reste écartelée entre deux confusions. La première l'assimile à la seule utilité et néglige de considérer l'accroissement des moyens mis en oeuvre pour produire l'utilité supplémentaire ; elle débouche sur l'activisme et le perfectionnisme. La seconde l'assimile à la réduction des moyens et au ralentissement de leur croissance, et débouche sur le rationnement.

La rhétorique des organisations professionnelles médiatrices, qui ont pour rôle d'encadrer et orienter ("normaliser") les comportements des producteurs de soins au travers d'une modification de leur perception de l'environnement, vise à s'approprier cette norme et à créer les conditions de son apprentissage collectif et de son intériorisation par les médecins. Mais pour ce faire, ils vont décoder, interpréter la norme, et la traduire (re-coder) en des termes susceptibles d'alimenter leur rhétorique professionnelle.

Pour éclairer cette hypothèse, nous nous attacherons particulièrement à l'analyse de la Convention de 1990, dont les négociations ont offert l'opportunité à chacune des organisations représentatives des segments professionnels libéraux de se positionner, en fonction de son interprétation de la norme d'efficacité.

II. La rhétorique des acteurs intermédiaires professionnels dans l'appropriation, la réinterprétation et la traduction de la norme d'efficacité opère un fractionnement au sein du groupe des généralistes dans la négociation de la Convention.

L'évolution de la professionnalisation du corps médical s'est inscrite, en affirmant son caractère scientifique, dans un développement de spécialisations de plus en plus pointues qui découpent la médecine, évacuant à la fois son appréhension globale et son contenu social. Ce processus de spécialisation, qui a assuré progressivement au groupe hospitalo-universitaire une position de leadership dans l'émission des valeurs de la profession, fonctionne en rejetant les généralistes libéraux, fraction professionnelle la plus éloignée du pôle des compétences médicales technologiques les plus reconnues, à la périphérie du système hiérarchique de santé.

L'émergence de la norme d'efficacité dans le secteur sanitaire offre à ce groupe professionnel, devenu subordonné, l'opportunité de se repositionner, et de renouveler sa légitimité, en se saisissant de cette norme. Les valeurs économiques qu'elle véhicule s'imposent en effet dans l'espace professionnel médical en concurrence avec la valeur absolue du **besoin médical** qui fondait, dans la rhétorique de la profession, sa légitimité. L'objectif d'efficacité des pouvoirs publics rencontre la disposition des généralistes à jouer une stratégie de flexibilité et d'adaptation de ses activités pour élargir son potentiel d'action, par une **différenciation** de ses pratiques mieux adaptée à la diversité des besoins des usagers. L'appropriation de cette norme par les généralistes conduit alors à un renouvellement de l'argumentation de la légitimité, par une *"reformulation du discours du besoin et du discours de la science en des termes compatibles avec les nouvelles contraintes de la profession (qui leur) permettrait de reconstituer leur légitimité menacée"*³.

La stratégie des généralistes n'est toutefois pas unitaire, et leur argumentaire varie selon les objectifs propres des différents acteurs intermédiaires qui les représentent. Les préoccupations des organisations professionnelles sont en effet celles de leurs mandants, mais elles sont aussi spécifiques, car tempérées par la fonction d'interface de ces syndicats, qui les positionne dans une séquence de transactions avec les institutions publiques et avec les autres composantes des groupes professionnels. Sous la poussée du corporatisme d'intérêts antagonistes dans l'espace professionnel, on a assisté à l'explosion du syndicalisme médical, dont on peut voir l'illustration dans la fondation fin 1986 de MG France, syndicat de généralistes, et sa rapide ascension, confortée par la reconnaissance de sa représentativité par les pouvoirs publics.

Ainsi les syndicats libéraux représentatifs qui négocient la convention ont-ils des objectifs divergents, puisque l'un d'eux, MG France, est un syndicat catégoriel, tandis que les Confédérations (CSMF, FMF) sont des organisations professionnelles hétérogènes, pluri-catégorielles. Nous exposerons brièvement les distinctions d'objectifs et d'argumentaires dans la rhétorique de l'efficacité de ces organisations professionnelles, et les effets de composition de leurs interrelations.

Nous dirons, selon la terminologie d'Habermas, que MG France poursuit un objectif d'**intégration sociale**, tandis que celui des Confédérations est une **intégration du système** sanitaire ambulatoire, dont elles sont les représentants professionnels.

³ C. PARADEISE, "Rhétorique professionnelle et expertise", Sociologie du travail, 1985, 1.

MG France recherche une **légitimation** de l'identification de ses membres à un groupe professionnel restreint, de sa différenciation et de sa scission d'avec les organisations professionnelles confédérales. Or la différenciation sociale ne joue un rôle intégrateur que dans la mesure où elle est compatible avec les normes centrales de légitimation. MG France tend à s'approprier, intérioriser le référent devenu dominant, l'efficacité, et adhérer, dans sa rhétorique, à son interprétation en termes économiques, la réduction de la croissance des dépenses de santé, en invoquant dans son projet, au cours des négociations avec les pouvoirs publics, la responsabilité économique des médecins et le rôle, en tant que médiateur, qu'il peut y jouer.

Les Confédérations, et particulièrement la CSMF, ont une fonction politique de maintien de la cohésion sociale de la profession médicale, qui fonde leur capacité d'autonomie et leur potentiel d'influence. Elles ont ainsi pour objectif de rendre compatibles les comportements des divers groupes professionnels qu'elles représentent, d'organiser la différenciation de ces segments en référence aux normes du secteur sanitaire, de façon à rationaliser le fonctionnement du système ambulatoire.

Ces logiques induisent des argumentaires différents dans la rhétorique professionnelle, dans lesquels la norme d'efficacité devient un enjeu entre organisations professionnelles représentatives, au niveau de l'interprétation et de la traduction du contenu de la norme, et au niveau de son degré de formalisation, qui détermine les espaces de régulation.

MG France revendique pour les médecins généralistes une nouvelle fonction dans le processus de production de soins, que l'on peut apparenter à une "polyvalence effective" dans un système de travail, qui n'est ni une capacité à occuper plusieurs fonctions, ni à maîtriser plusieurs techniques, mais la mise en oeuvre d'une **culture technique générale** facilitant la compréhension de l'ensemble du processus. Cette conception de la médecine générale recouvre à la fois une médecine de premier recours, concurrentielle d'un recours direct aux spécialistes, une "expertise" de la relation aux malades dans la prévention, la continuité des soins, les alternatives à l'hospitalisation, et un rôle de synthèse des différentes interventions spécialisées. On peut voir là un retour de l'argumentation de l'universalité de la science médicale comme fondement de la légitimité professionnelle, en opposition au savoir parcellaire des spécialistes, et qui tendrait, par une requalification des généralistes, à une tentative de renversement de la hiérarchisation professionnelle médicale. La rhétorique de MG France repose sur une adhésion à la norme d'efficacité économique, mais pour **la déporter à son profit**, pour accroître la part du marché des généralistes par une substitution de leurs compétences à celles d'autres types de praticiens, mettant en oeuvre des ressources moins coûteuses (MG France : *"La croissance des dépenses est due principalement au déplacement depuis 30 ans de la demande de soins primaires vers les deux autres secteurs de soins, la médecine spécialisée et la médecine hospitalière"*).

La rhétorique des Confédérations s'appuie sur une interprétation de la norme d'efficacité comme efficacité productive du secteur ambulatoire ; elle cherche à infléchir la norme conformément à son objectif de maintien de la cohésion sociale du groupe professionnel, qui fonderait une plus grande efficacité productive du système. Sa traduction consiste alors à organiser une coopération et une **coordination** des différents éléments professionnels du système ambulatoire, conçus comme complémentaires, dans une division technique du travail ; et à maximiser l'utilité du secteur par une

meilleure satisfaction des besoins sanitaires. Les généralistes, dans le cadre de ces Confédérations, sont érigés en vecteur principal de cette appropriation de la norme, puisqu'ils vont s'efforcer de renforcer l'utilité de leur contribution en développant le champ de leurs interventions par une différenciation dans l'organisation des soins (gardes et urgences, soins coordonnés à domicile,...) et dans des actions de prévention et d'éducation sanitaire dans un cadre coordonné par la profession. La rhétorique de l'efficacité permet alors de démontrer la compatibilité et la convergence de l'extension des champs d'activité des généralistes avec l'objectif de rationalisation économique plus grande dans l'utilisation des ressources et des moyens disponibles.

Ces rhétoriques de l'efficacité impliquent des conceptions divergentes de l'architecture du système de travail dans la médecine ambulatoire, qui discriminent plusieurs régimes possibles de gestion de la complexité de sa production.

Dans les instances de négociation avec les pouvoirs publics, les organisations professionnelles vont chercher à promouvoir la hiérarchie de leurs objectifs. Les positions des Confédérations sont marquées par l'ambiguïté due à leur composition hétérogène, et leur appropriation de la norme d'efficacité varie selon les instances en fonction de la probabilité des décisions auxquelles celles-ci peuvent aboutir. Si dans les groupes administratifs et les Commissions du Plan, la CSMF appuie les mouvements de différenciation des pratiques des généralistes et de recomposition des activités sanitaires, dans la négociation de la Convention, qui est un degré plus élevé de formalisation des règles, la CSMF défend des enjeux qui reflètent l'organisation interne de la profession, i.e. la division sociale du travail, et la hiérarchisation professionnelle de ses mandats, l'hégémonie du segment professionnel des spécialistes.

MG France au contraire va chercher à promouvoir sa légitimité en obtenant la reconnaissance institutionnelle du fractionnement de la structure organisationnelle de la médecine libérale. L'espace de régulation offert par les Confédérations sera alors l'ensemble du secteur médical ambulatoire, à travers une convention unique, tandis que l'espace de régulation proposé par MG France est celui de la seule médecine générale, à travers une convention spécifique.

III. L'activation de la norme d'efficacité selon la topographie construite par les segmentations professionnelles et administratives peut conduire à une restructuration de l'espace de la régulation du secteur sanitaire ambulatoire.

La rhétorique de l'efficacité productive développée par les Confédérations syndicales pourrait initier l'apprentissage par les médecins d'un stade supérieur de complexité du processus de production (plus grande variété des interventions médicales, accroissement des relations entre les différents producteurs, complexification de l'architecture du système de travail). Mais son opérationnalisation se heurte à un double obstacle :

- les clivages dans la profession et dans l'administration sanitaire s'opposent, d'une part à une régulation professionnelle du secteur, d'autre part à une régulation publique sectorielle. La division du Ministère de la Santé en secteurs rivaux hypothèque toute innovation fonctionnelle, toute recomposition des activités sanitaires qui exigerait

une restructuration de leur système de décision, transgressant les frontières de leurs zones d'interventions respectives. Nous dirons que la complexité structurelle du secteur sanitaire fait obstacle à la maîtrise de sa complexité fonctionnelle.

- Le second obstacle est dû à l'articulation nécessaire entre niveau sectoriel et niveau économique global que suppose la norme d'efficacité. En l'absence d'indicateur pertinent, l'agencement des différents éléments de la complexité du secteur ambulatoire, produit par les rapports sociaux et les choix dont les Confédérations sont les vecteurs, n'apporte pas la démonstration de son efficacité. En revanche, l'incompatibilité entre l'efficacité productive du secteur, ainsi entendue, et l'efficacité globale, apparaît flagrante du point de vue de la logique financière : l'extension des champs d'activité, le perfectionnisme, exigent un accroissement dans l'allocation des ressources au secteur. Or la non maîtrise de son champ d'action par l'administration sanitaire laisse une influence décisive au Ministère des Finances dans les prises de décision en matière de santé, et dans les propositions de la CNAM lors des négociations conventionnelles.

En s'appropriant une valeur économique extérieure au secteur sanitaire et aux fondements traditionnels de la légitimité professionnelle, l'efficacité, MG France négocie les conditions de sa relation (convention spécifique, revalorisation des honoraires des généralistes) à l'acteur dominant qu'est l'Etat, et de sa reconnaissance en tant qu'acteur social, interlocuteur des pouvoirs publics. Emportant l'adhésion d'une fraction des généralistes à participer à la maîtrise des dépenses de santé, il permet au gouvernement de s'appuyer sur la division sociale de l'espace professionnel médical pour, face à l'échec des négociations conventionnelles, intervenir en arbitre.

Les effets de composition de l'activation de la norme d'efficacité par les différents acteurs du secteur sanitaire permettent de poser deux hypothèses alternatives de résolution du conflit de la Convention de 1990 :

- Il pourrait y avoir franchissement d'un seuil de la complexité du secteur par une phase de simplification structurelle, par éclatement de la structure professionnelle libérale en plusieurs fractions, institutionnellement reconnues. En répondant à la proposition de MG France de signer une convention spécifique aux omnipraticiens, qui encadre strictement l'activité médicale de ce groupe, les pouvoirs publics modifieraient les cadres de la régulation du secteur et ouvriraient la voie d'une recomposition des processus médicaux. Se poserait alors la question de l'identité professionnelle du système sanitaire.

- Sous la menace d'un fractionnement de la structure professionnelle, par échec des négociations, les Confédérations syndicales pourraient subordonner leurs revendications professionnelles à leur logique supérieure de maintien de la cohésion sociale de la profession, pour signer une convention générale, manifestant ainsi leur assimilation de la norme d'efficacité devenue irréversible. Elles se soumettraient alors à une régulation externe du secteur par des pouvoirs publics (M. Rocard : *"Le gouvernement fixe les règles du jeu, les partenaires conventionnels discutent des modalités de leur application"*, Impact Médecin, 12/01/90). Les acteurs publics pourraient chercher à réduire la complexité fonctionnelle du secteur sanitaire en imposant une congruence des règles dans le sens d'un rationnement (numerus clausus des médecins, réduction de leur autonomie, maîtrise des dépenses de santé), l'efficacité opérant comme principe de codification de l'exercice médical.