



HAL
open science

De l'erreur en politique. Le cas de la régulation démographique du corps médical en France

Marc-Olivier Déplaude

► **To cite this version:**

Marc-Olivier Déplaude. De l'erreur en politique. Le cas de la régulation démographique du corps médical en France. Albert Ogien; Christiane Chauviré; Louis Quéré. Dynamiques de l'erreur, 19, Editions de l'EHESS, pp.253-270, 2009, Raisons pratiques. hal-01806517

HAL Id: hal-01806517

<https://hal.science/hal-01806517>

Submitted on 3 Jun 2018

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.

De l'erreur en politique
Le cas de la régulation démographique du corps médical en France
(années 1980-années 2000)

Marc-Olivier Déplaudé (INRA-RiTME)

Publié dans Christiane Chauviré, Albert Ogien et Louis Quéré (dir.), *Dynamiques de l'erreur*, Paris, Éditions de l'EHESS, collection « Raisons pratiques », vol. 19, 2009, p. 335-361.

« Maintenant, c'est vichyssois, quoi, il faut se battre la
coulpe, on a baissé "bêtement" [le *numerus clausus*].
Pff... C'est pas ça¹ ! »

Introduction

Les erreurs constituent un objet encore peu étudié par les sciences sociales². Certes, un certain nombre de travaux, parfois anciens, ont entrepris d'explorer les erreurs commises dans le cadre de la vie quotidienne (Goffman, 1991, p. 294-337) ou dans le cours d'une activité professionnelle (Hughes, 1996a ; Riemer, 1976). D'autres se sont davantage intéressés aux erreurs à l'origine d'accidents graves ou de catastrophes (Perrow, 1984 ; Vaughan, 1996). Cependant, la grande majorité de ces travaux ont cherché à explorer les causes des erreurs ainsi repérées, alors que l'erreur peut être également considérée comme une catégorie de jugement ou comme une manière de qualifier une action. C'est cette dernière approche que nous nous proposons de préciser et d'illustrer dans le cadre de cet article.

Considérer l'erreur comme une catégorie de jugement ordinaire, au même titre que la faute ou le scandale, invite tout d'abord à se démarquer d'un certain nombre de recherches fortement inspirées par les sciences cognitives qui définissent l'erreur sur un mode objectiviste, en postulant l'existence de « normes substantielles du raisonnement et de l'action, qui, sauf accident ou imperfection cognitive, devraient s'imposer naturellement en toute situation » (Pharo, 1998, p. 55)³. Une telle approche invite également à s'écarter des travaux qui ont entrepris de repérer les erreurs non pas au regard d'une norme intrinsèque du raisonnement ou de l'action, mais au regard des normes et des attentes des individus eux-mêmes (Morel, 2002). D'après ces travaux,

1. Entretien avec un ancien directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, 26 octobre 2004.

2. Pour un bilan des travaux consacrés aux erreurs, mis en regard avec ceux portant sur les fautes et sur les catastrophes, voir Vaughan (1999).

3. Voir Bronner (2007) pour un exemple récent de ce type d'approche.

une erreur pourrait être identifiée par le chercheur lorsqu'il observe qu'un agent ou une organisation ont commis une action allant à l'encontre des objectifs qu'ils cherchaient à atteindre. Ces travaux expliquent les erreurs ainsi identifiées en les rapportant à des facteurs d'ordre cognitif, technique ou organisationnel. Cependant, bien que ces deux ensembles de recherches se distinguent fortement l'un de l'autre tant par leurs hypothèses que par les épreuves empiriques auxquelles ils les soumettent, ils partagent un même présupposé : celui selon lequel il reviendrait au chercheur d'identifier les erreurs commises par les acteurs qu'il étudie et donc de décider s'il y a erreur ou non, quel que soit le critère utilisé pour le faire. En appréhendant au contraire l'erreur comme une catégorie de jugement dont les individus font usage pour qualifier une action ou son auteur, nous nous proposons d'enquêter non pas sur les causes de l'erreur, mais sur le travail de qualification et d'imputation dont la reconnaissance de l'erreur est le produit¹.

Pour cela, nous nous appuyerons sur des données recueillies lors d'une enquête socio-historique sur la régulation démographique du corps médical en France (Déplaud, 2007). Depuis la fin des années 1990, de nombreux porte-parole du corps médical s'inquiètent publiquement du risque d'une diminution du nombre de médecins exerçant en France, alors même que la population va continuer à augmenter et que les besoins en soins devraient encore s'accroître. D'après eux, certaines parties du territoire seraient déjà des « déserts médicaux » ou en voie de le devenir, tandis que la médecine générale et certaines spécialités médicales seraient « sinistrées » faute de vocations et risqueraient de connaître une diminution dramatique de leurs effectifs. Ainsi, la France risquerait de manquer de médecins, voire en manquerait déjà, alors même que les pouvoirs publics disposent depuis plusieurs décennies d'instruments permettant de réguler les flux d'étudiants en médecine — dont le plus emblématique est le *numerus clausus* en fin de première année de médecine, institué au début des années 1970. Doit-on pour autant admettre, comme l'affirment certains, que cette situation résulterait d'une série d'« erreurs » commises par les pouvoirs publics, qui auraient sous-estimé les besoins en médecins de la population ? Ces erreurs seraient-elles imputables à la « myopie » de gouvernants soucieux avant tout de contenir l'accroissement des dépenses de santé, ou bien aux limites techniques de leurs modèles de prospective ?

Nous montrerons tout d'abord que loin de résulter d'une « imprévoyance » des pouvoirs publics, la diminution escomptée du nombre de médecins a été délibérément souhaitée par certains segments bureaucratiques. Nous exposerons ensuite quelles sont les raisons qui ont conduit un nombre croissant d'acteurs (responsables hospitalo-universitaires, syndicats de médecins spécialistes, Ordre des médecins) à stigmatiser cette politique en la présentant comme le fruit d'une « erreur » des pouvoirs publics. Nous indiquerons enfin de quelle manière certains hauts fonctionnaires continuant à défendre la réduction du nombre de médecins refusent toujours d'admettre qu'ils se sont trompés en avançant l'argument suivant : ce qui est aujourd'hui présenté comme une « erreur » de prévision ne serait en fait que le produit de l'incapacité politique à organiser le système de santé de façon rationnelle².

1. Pour des approches voisines portant sur les fautes professionnelles ou les scandales, voir Chateauraynaud (1991), Lemieux (2000) et De Blic et Lemieux (2005).

2. Je remercie vivement Albert Ogien et Louis Quéré pour leurs commentaires et leurs suggestions sur des versions antérieures de cet article.

Le souci gestionnaire

L'accroissement rapide des dépenses de santé a constitué un objet de préoccupations pour certaines administrations de l'État dès les années 1950-1960. Il a cependant fallu attendre la fin des années 1970 pour que les problèmes de financement de l'assurance maladie s'inscrivent de manière durable sur l'agenda gouvernemental. Dans ce contexte, l'accroissement démographique rapide du corps médical a été accusé d'être à l'origine d'une augmentation artificielle de la demande de soins et donc des dépenses de santé. C'est au nom du principe selon lequel l'offre créerait la demande que la Direction du Budget, soutenue par d'autres administrations du secteur de la santé et de l'assurance maladie, a entrepris de faire du *numerus clausus* de médecine un instrument de maîtrise des dépenses, et même de réforme, du système de santé.

Accroissement démographique du corps médical et crise financière de l'assurance maladie

En raison de l'accroissement brutal des effectifs d'étudiants en médecine à partir du milieu des années 1960 et du maintien du *numerus clausus* à un niveau relativement élevé jusqu'à la fin des années 1970, les effectifs du corps médical ont connu une hausse très importante entre le milieu des années 1970 et la fin des années 1980. Celle-ci s'est poursuivie, mais à un rythme moindre, durant les années 1990 : le nombre de médecins passe de 81 000 en 1975 à 168 700 en 1989 et à 193 200 en 1999¹. Cette croissance s'accompagne en outre d'une progression encore plus forte du nombre de médecins spécialistes, dont la part, comprise entre 36 et 38 % de l'ensemble des médecins dans les années 1970, atteint les 50 % à la fin des années 1990². Or, c'est précisément au moment où le corps médical connaît un accroissement sans précédent de ses effectifs que « le trou de la Sécu » s'installe de manière durable dans les préoccupations des pouvoirs publics et dans les colonnes des journaux (Duval, 2002). Le débat public autour de la Sécurité sociale s'organise essentiellement autour de la publication des comptes prévisionnels produits par la Commission des comptes de la Sécurité sociale, créée en 1979. Les déficits escomptés de la Sécurité sociale s'inscrivent désormais pratiquement tous les ans sur l'agenda des autorités publiques en suscitant, de manière tout aussi rituelle que récurrente, des plans de redressement des comptes (Palier, p. 169-210).

Si, en raison même de ces plans, les comptes du régime général de l'assurance maladie sont généralement restés excédentaires durant les années 1980, ils sont devenus durablement déficitaires au début des années 1990. En effet, dans un contexte économique particulièrement difficile, caractérisé par de moindres rentrées de cotisations sociales, les dépenses d'assurance maladie ne cessent d'augmenter, même si

1. Source : ministère chargé de la santé.

2. Parmi les médecins recensés comme « généralistes », une part significative n'exerce pas la médecine générale. En fort accroissement au début des années 1980, celle-ci est évaluée à environ 20 % au début des années 2000. Sur ce point, voir Arliaud (1986) et Observatoire national de la démographie des professions de santé (2004, t. 1., p. 30-32).

c'est à un rythme qui tend à se ralentir. En y ajoutant les autres dépenses de santé prises en charge par l'État, les collectivités locales et les ménages, le poids total des dépenses de santé dans le produit intérieur brut passe de 6,6 % en 1980 à 7,9 % en 1990 et à 8,6 % en 2000 (Caussat, Fenina et Geoffroy, 2003, p. 14). Même si l'on admet que les progrès de la médecine et l'évolution des caractéristiques sociodémographiques de la population (comme l'élévation générale du niveau d'instruction et le vieillissement de la population) expliquent pour une part l'accroissement des dépenses de santé, une évidence finit toutefois par s'imposer parmi les hauts fonctionnaires qui s'intéressent aux finances de l'assurance maladie : l'offre créerait la demande. L'accroissement démographique très rapide du corps médical, dont certains experts affirment qu'il n'obéirait à aucune nécessité de santé publique, se serait traduit par une augmentation injustifiée de la consommation médicale. La théorie dite de la « demande induite » connaît, un grand succès parmi les hauts fonctionnaires et spécialistes du secteur de la santé et de l'assurance maladie, notamment en raison de la légitimité académique que lui confère l'économie de la santé et de la diffusion au même moment de la thèse relative aux effets iatrogènes de la « surconsommation » médicale (Déplaudé, à paraître). L'idée s'impose ainsi que les Français pourraient être aussi bien soignés, voire mieux avec 20 000 ou même 40 000 médecins de moins. Encore faudrait-il que le système de soins soit sérieusement réformé et « rationalisé ». Telle est la politique que défendent les hauts fonctionnaires du secteur de la santé et de l'assurance maladie à partir du début des années 1990.

Rationaliser le système de soins

Dès la fin des années 1960, la Direction du Budget s'est préoccupée de l'impact à long terme de l'accroissement des étudiants en médecine sur les dépenses de santé : le *numerus clausus* puis le nouveau concours de l'internat institué en 1982-1983 furent ainsi considérés par celle-ci comme des moyens de contrôler l'accroissement du nombre des médecins, leur répartition par grand type de discipline (médecine générale, spécialités médicales, spécialités chirurgicales et psychiatrie pour l'essentiel) et, dans une moindre mesure, leur répartition géographique. La limitation de l'accroissement du nombre des médecins apparaît comme un moyen essentiel de contenir l'augmentation des dépenses de santé. D'autres professions de santé voient progressivement leur accès limité par des quotas entre le début des années 1970 et la fin des années 1980, comme les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les masseurs kinésithérapeutes, les infirmiers ou les orthophonistes. Au même moment, les pouvoirs publics se dotent également d'instruments visant à contrôler le développement de l'offre de soins hospitaliers. La loi du 31 décembre 1970 institue ainsi une « carte hospitalière » dans le but de planifier l'implantation des établissements hospitaliers et des équipements médicaux les plus coûteux, tandis qu'en 1983-1984, une importante réforme du mode de financement des hôpitaux doit permettre à l'État de mieux contrôler leurs investissements.

Ainsi, dès la fin des années 1960, l'État a entrepris de se doter d'instruments visant à réguler l'offre de soins. À la fin des années 1970, les quotas existants sont fortement réduits. Le plus important d'entre eux, le *numerus clausus* de médecine, est ainsi ramené de 8 661 places en 1976-1977 à 3 500 en 1991-1992, puis est stabilisé à ce niveau.

Toutefois, ces mesures ne sont pas jugées suffisamment efficaces. En 1994, les auteurs d'un *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie* soulignent l'« insuffisante maîtrise de l'offre [de soins] » (Soubie, Portos et Prieur, 1994, p. 69). Pour ces mêmes auteurs, la planification des équipements hospitaliers a permis de limiter leur expansion, mais « elle n'a pas [...] favorisé la rationalisation de l'offre existante et permis les restructurations nécessaires » en raison de « la logique de prestige et de concurrence entre centres hospitaliers » (*ibid.*, p. 70-71). De même, les instruments de régulation démographique des médecins sont critiqués :

« En effet, ce n'est pas dans la seule évolution de la démographie médicale qu'il faut trouver l'explication de l'augmentation des dépenses en France, mais d'une part, dans la conjugaison de cette croissance démographique et de l'absence de régulation et, d'autre part, dans un déséquilibre très marqué de la répartition par discipline.

« Au cours de la dernière décennie, la densité de spécialistes a augmenté de 68 % alors que celle des généralistes n'augmentait que de 19 %. [...] La répartition par spécialité ne correspond pas aux besoins réels et certaines spécialités se voient délaissées [...] au détriment du bon fonctionnement du système de soins » (*ibid.*, p. 72).

Ainsi, c'est en vue de promouvoir « une gestion raisonnée, concertée, et plus volontaire de la démographie médicale »¹ que les pouvoirs publics confient à l'ancien directeur du Budget Jean Choussat la confection d'un rapport sur la démographie médicale. Estimant que la France compte trop de médecins, Jean Choussat considère qu'il n'est pas « insensé d'imaginer qu'un système de santé mieux organisé, mieux géré, mieux contrôlé pourrait fonctionner avec 20 % de médecins en moins (Choussat, 1996, p. 9). Tel est donc son mot d'ordre : rendre le système de santé plus « performant » en faisant du *numerus clausus* la « pierre angulaire » de cette politique :

« Dans un système de santé tel que le nôtre, caractérisé par un extrême libéralisme (liberté de choix des patients, liberté d'installation des médecins, liberté de prescription, paiement à l'acte), [le *numerus clausus*] joue le rôle de contrepoids aux dérives qui menacent en permanence le dispositif. Il ne faut donc pas céder à la solution apparemment séduisante qui consisterait à asseoir le *numerus clausus* sur la seule analyse "objective" des besoins — analyse au demeurant très hypothétique. Le *numerus clausus* doit au contraire avoir un rôle correcteur en mettant l'ensemble du système de santé sous contrainte et en incitant à corriger les dysfonctionnements. Bref, c'est un instrument de réforme au moins autant qu'un instrument de gestion. Dans cette optique, il est légitime que le *numerus clausus* joue le rôle qui est le sien dans l'arbitrage permanent entre les besoins de santé et l'équilibre financier de l'assurance maladie, en privilégiant le second objectif. Autrement dit, face à l'incertitude inhérente à toute prévision à long terme, mieux vaut courir le risque d'une certaine tension démographique, voire d'une pénurie relative, que celui d'une pléthore de médecins, aussi longtemps du moins que les mécanismes de base de notre système de santé demeurent ce qu'ils sont » (*ibid.*, p. 19 ; souligné par nous).

1. D'après les termes employés par la lettre de mission adressée à Jean Choussat en 1996 (Choussat, 1996).

Autrement dit, il s'agit, par le moyen du *numerus clausus*, de réduire délibérément le nombre de médecins de manière à contraindre les médecins et les autres acteurs du système de santé à accepter des réformes visant à le « rationaliser ». Il s'agit notamment de favoriser les fermetures et les restructurations d'hôpitaux et de freiner la croissance de la médecine spécialisée, accusée d'engendrer une demande artificielle de soins particulièrement coûteuse pour l'assurance maladie, en faisant « du généraliste le pivot du système de santé » (*ibid.*, p. 24).

L'ancien directeur du Budget se contente ainsi d'appliquer à la médecine un programme que son administration avait déjà promu en vue de faire baisser les dépenses publiques, comme le souligne un ancien directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) :

« L'idéologie de la Direction du Budget, la grille d'analyse de la Direction du Budget, c'est qu'il fallait appliquer au social, et notamment à l'assurance maladie et à la santé, le même schéma, le même modèle qu'ils avaient appliqué à l'État durant les années 80-90. C'est-à-dire : on va mettre chaque ministère, chaque établissement sous contrainte de ressources rares, donc ils vont redéployer leurs ressources et optimiser leurs... et ça c'est pas facile » (entretien, 26 octobre 2004).

Bien que la CNAMTS et le ministère chargé de la santé soient davantage soucieux de concilier les impératifs sanitaires et budgétaires que la Direction du Budget, il n'en demeure pas moins que tous s'accordent sur la nécessité de « rationaliser » le système de santé par une redistribution et une raréfaction des ressources qui lui sont affectées. Dès lors, les risques d'une diminution à venir du nombre de médecins, dénoncés à partir de la fin des années 1990, ne peuvent pas être imputés à une imprévoyance ou à des erreurs qu'auraient commises les pouvoirs publics : ces derniers ont explicitement défendu une politique qui visait à réduire le nombre de médecins, quitte à créer des pénuries relatives de praticiens. Le *numerus clausus* a ainsi été considéré comme l'instrument d'une politique de long terme, qui devait faciliter l'acceptation de réformes de grande ampleur du système de santé. Mais c'est précisément au moment où cette doctrine est mise en forme que les pouvoirs publics entreprennent de relever le *numerus clausus*, malgré les résistances de la Direction du Budget, de la Direction de la Sécurité sociale (DSS) et de la CNAMTS.

De la « pléthore » à la « pénurie » : la redéfinition du problème de la démographie médicale à la fin des années 1990

À la fin des années 1990, l'Ordre des Médecins et plusieurs syndicats de médecins spécialistes commencent à s'inquiéter des risques d'une diminution de praticiens. Ils rejoignent ainsi les doyens des facultés de médecins, jusqu'à alors isolés, pour demander un relèvement important du *numerus clausus*. Ils critiquent avec vigueur la politique menée par les pouvoirs publics depuis la fin des années 1970. Leur « imprévoyance » ou leur « aveuglement » sont stigmatisés : en 2001, un responsable de la Conférence des doyens des facultés de médecine regrette qu'« on assiste à une prise de conscience tardive des problèmes de démographie médicale liés à un *numerus*

clausus pensé uniquement en termes de réduction des dépenses de santé »¹, tandis qu'en 2002, un dirigeant du Collège national des gynécologues et obstétriciens français déplore, à propos du manque de praticiens dans sa spécialité : « ces difficultés étaient prévisibles, elles étaient attendues depuis longtemps. On annonçait depuis des années une crise, maintenant on y est »². Reprenant ces analyses, certains journalistes en viennent également à évoquer « l'imprévoyance de l'État »³, qui se serait « acharné pendant plus de vingt-cinq ans à diminuer le nombre de médecins formés »⁴. Comment expliquer des jugements aussi sévères ? C'est parce que la diminution du *numerus clausus* engagée à la fin des années 1970 a eu des effets importants, tant sur les facultés de médecine et sur les hôpitaux que sur l'exercice de la médecine libérale. Les premiers sont apparus dès la fin des années 1980, tandis que les seconds se sont faits sentir surtout à partir de la fin des années 1990, conduisant à un retournement de la définition dominante du problème de la démographie médicale.

Les quotas : un enjeu hospitalier et universitaire

Les doyens des facultés de médecine s'inquiètent de la diminution du *numerus clausus* de médecine dès le début des années 1980, et ce pour deux raisons. Tout d'abord, la diminution du *numerus clausus* rend les créations de postes hospitalo-universitaires plus difficiles à justifier. En effet, l'attribution des crédits de fonctionnement et des postes d'enseignants, centralisée au niveau du ministère de l'Éducation nationale, se fait officiellement en fonction du nombre d'étudiants inscrits. Or, après avoir atteint un maximum avec 148 500 étudiants en 1978-1979, les effectifs des facultés de médecine ne cessent de décroître les années suivantes, passant à 113 700 en 1988-1989 et à 107 200 en 1998-1999⁵. Cette diminution a une incidence limitée sur les crédits de fonctionnement des facultés, la Conférence des doyens réussissant à faire compenser la baisse des effectifs d'étudiants par une modification du mode de calcul de leurs subventions pédagogiques. Les créations de postes d'enseignants hospitalo-universitaires représentent, en revanche, un enjeu bien plus considérable. Dans un contexte où les effectifs d'étudiants de médecins diminuent alors qu'ils augmentent dans la grande majorité des autres disciplines universitaires, et où l'austérité budgétaire en vigueur n'autorise qu'un nombre limité de créations de postes, les facultés de médecine ne sont pas bien placées pour en obtenir. Ainsi, bien que les créations de postes hospitalo-universitaires soient encore importantes dans les années 1980, elles marquent ensuite le pas et sont pratiquement nulles durant la deuxième moitié des années 1990, le nombre de postes de professeurs et de maîtres de conférences en médecine n'augmentant que de 0,7 % entre 1995 et 2000, contre 10,5 % dans l'ensemble des disciplines universitaires⁶. Le ralentissement des créations de postes apparaît plus préoccupant pour les facultés de province les plus petites et les plus récentes, qui restent sous-dotées en personnel enseignant par rapport aux facultés les plus importantes et les plus anciennes, comme les facultés parisiennes. Aussi le

1. Propos cités par *Le Monde*, 6 juin 2001.

2. *Le Monde*, 4 décembre 2002.

3. *L'Express*, 24 janvier 2002.

4. *Le Monde*, 5 décembre 2002.

5. Source : ministère de l'Éducation nationale, Direction de l'évaluation et de la prospective.

6. *Ibid.*

ministère de l'Éducation nationale entreprend-il, à partir de 1993, de « redéployer » des postes entre les facultés, les créations de postes, trop peu nombreuses, ne suffisant pas à remédier aux déséquilibres existants. Bien que ces redéploiements aient été très limités¹, ils ont suscité des « mécontentements très vifs [...] au niveau des établissements payeurs »².

Les tensions opposant petites et grandes facultés sont en outre aggravées par la politique des pouvoirs publics, qui consiste à moduler la baisse du *numerus clausus* suivant leur taille et la densité médicale de la région où elles sont situées. Il s'agit en effet à la fois de favoriser une meilleure répartition géographique des médecins, la majorité de ceux-ci étant supposée s'installer à proximité de leur lieu de formation, et d'éviter que certaines facultés ne soient contraintes de fermer, en raison d'effectifs d'étudiants trop faibles. Si les petites facultés sont favorables à cette politique, ce n'est pas le cas des grandes, qui voient leurs effectifs d'étudiants diminuer dans des proportions bien supérieures. En raison de ces tensions entre grandes et petites facultés, la revendication d'une hausse *globale* du *numerus clausus*, ou en tous cas d'une diminution moins forte que celle souhaitée par les pouvoirs publics, apparaît comme le seul point d'accord possible entre l'ensemble des doyens.

Cependant, les enjeux purement universitaires n'expliquent pas tout. La diminution des effectifs d'étudiants en médecine risquait également d'avoir une incidence très forte sur le fonctionnement des hôpitaux universitaires. Les internes de médecine (c'est-à-dire les étudiants préparant un diplôme d'études spécialisées après avoir réussi le concours de l'internat, qui peut être passé à la fin de la sixième année d'études) sont en effet considérés par la grande majorité des médecins hospitaliers comme indispensables au fonctionnement de leurs services, principalement en raison de leur jeunesse. En effet les internes, généralement âgés moins de 30 ans, se voient reconnaître une résistance physique plus importante que les « seniors ». Ce point est très important, dans la mesure où le travail médical en milieu hospitalier peut nécessiter des efforts physiques importants qui doivent parfois être soutenus sur une durée assez longue et où, en outre, il comporte un nombre important de gardes et d'astreintes. En outre, les « jeunes » internes sont supposés faire allégeance à leurs **confrères** plus âgés et sont souvent tenus, dans un milieu social ou professionnel donné, d'accepter les tâches ou les occupations que ceux-ci leur délèguent. Il s'agit souvent des tâches considérées comme les moins intéressantes ou les plus astreignantes, du « sale boulot » (Hughes, 1996a, p. 81-83). Les médecins hospitaliers cherchent ainsi, lorsqu'ils avancent dans leur carrière, à se défaire des tâches les plus pénibles et les moins valorisées de leur métier sur les plus jeunes, comme les internes et les chefs de clinique. Cela explique que les internes effectuent une grande partie des gardes et des astreintes en milieu hospitalier et que la prise en charge des tâches les plus routinières retombe, pour une bonne part, sur leurs épaules.

Par ailleurs, l'alourdissement des contraintes budgétaires n'a fait que renforcer l'importance des internes aux yeux des responsables hospitaliers, dans la mesure où, touchant des rémunérations plus faibles, ils sont beaucoup moins coûteux que les médecins hospitaliers titulaires. Tant pour des raisons liées à la jeunesse des internes

1. Entre 1998 et 2000, seuls 27 postes de professeur ou de maître de conférences (sur 3 800 environ) ont été redistribués, dont 14 au détriment des facultés parisiennes (archives de cabinet du ministère de l'Éducation nationale, CAC 20020529, art. 4).

2. Note de cabinet datée du 4 février 2000. Source : *ibid.*

qu'à leur coût salarial, les internes constituent donc généralement une main-d'œuvre considérée comme indispensable au fonctionnement de nombreux services hospitaliers.

Or, la diminution du *numerus clausus* a conduit les pouvoirs publics à réduire le nombre de postes offerts à l'internat. Du milieu des années 1980 à la fin des années 1990, le nombre de postes offerts chaque année au concours passe d'environ 2 500 à moins de 1 900, avec une baisse plus marquée dans les régions caractérisées par une forte densité médicale, comme l'Île-de-France et le Sud de la France. Afin d'éviter que certains services des CHU ne se retrouvent à court d'internes, les doyens cherchent à limiter la diminution du nombre de postes offerts au concours de l'internat et s'opposent donc, en amont, à une diminution trop forte du *numerus clausus*. Néanmoins, ils restent relativement isolés dans leur combat jusqu'à la fin des années 1990, moment où certains représentants des médecins libéraux et des futurs médecins viennent appuyer leurs revendications.

Des conditions de travail moins bien acceptées qu'autrefois

En effet, le motif de la « pléthore » médicale, omniprésent dans les discours des porte-parole des médecins libéraux entre la fin des années 1970 et le début des années 1990, tend à disparaître. Mieux : l'Ordre des médecins, les organisations d'étudiants et d'internes de médecine et certains syndicats de médecins libéraux commencent à s'inquiéter d'une diminution à venir du nombre de médecins et demandent un relèvement du *numerus clausus*.

Le ralentissement de l'accroissement démographique du corps médical et l'amélioration des perspectives économiques des médecins libéraux est sans doute un premier élément d'explication de cette évolution. La diminution du *numerus clausus* a produit ses effets sur le marché de l'emploi médical. Après s'être accrus de 34,8 % entre 1979 et 1984 et de 20,0 % entre 1984 et 1989, les effectifs du corps médical n'augmentent plus que de 9,5 % entre 1989 et 1994 et de 4,6 % entre 1994 et 1999¹. Dans le même temps, le pouvoir d'achat des médecins libéraux progresse, alors qu'il avait stagné et même régressé au début des années 1980, notamment parmi les médecins généralistes.

Cependant, l'amélioration de la situation économique des médecins libéraux ne suffit pas à expliquer pourquoi certains de leurs représentants commencent à s'inquiéter d'une diminution à venir du nombre de médecins. Il faut également prendre en compte les effets de la féminisation et du vieillissement du corps médical sur l'exercice de la médecine et les craintes qu'ils suscitent parmi les médecins. La part des femmes à l'intérieur du corps médical est passée de 24,5 % en 1984 à 37,7 % en 2004 (Sicart, 2001 et 2005). Elles sont même devenues majoritaires parmi les étudiants en médecine. Mais les femmes médecins travaillent plus souvent à temps partiel que les hommes : en 1999, 25 % des femmes médecins (et même 31 % des femmes âgées de moins de 45 ans) déclaraient travailler à temps partiel, contre seulement 2 % des hommes (Simon et Niel, 1999, p. 7). Quant à celles qui travaillent à temps complet, elles déclarent une durée de travail hebdomadaire très inférieure à celle des hommes, qu'elles exercent dans le secteur libéral ou à l'hôpital, qu'elles soient généralistes ou spécialistes. Bref, les femmes médecins travaillent moins que leurs confrères masculins. Cependant, la

1. Source : ministère chargé de la santé.

féminisation de la profession médicale ne suffit pas à rendre compte d'un phénomène plus général : la transformation du rapport des médecins à leur travail. Comme l'a montré une enquête effectuée par trois sociologues qui ont réalisé des entretiens approfondis auprès de vingt-trois médecins âgés de trente à trente-cinq ans (dont douze femmes et onze hommes), ceux-ci « aspirent à une moindre disponibilité pour leur travail » (Robelet, Lapeyre et Zolesio, 2006, p. 80). Même s'ils ne parviennent pas toujours, dans la pratique, à réduire leur temps de travail, ils recourent à diverses « stratégies de régulation de leur temps de travail, qui les conduisent notamment à privilégier des journées de travail longues et intenses pour “libérer” des journées ou des demi-journées » (*ibid*, p. 81). Si ces stratégies sont davantage pratiquées par les femmes, elles le sont aussi par une partie des hommes. Le surinvestissement temporel dans le travail serait ainsi moins valorisé qu'autrefois parmi les jeunes médecins, l'exercice libéral de la médecine se prêtant assez bien, notamment en ville, à une modulation assez souple de l'emploi du temps (Lapeyre, 2006, p. 115-144).

Par ailleurs, en raison du resserrement du *numerus clausus*, le corps médical a fortement vieilli : la part des médecins âgés de plus de cinquante ans, qui n'était que de 21,6 % en 1990, atteint 33,1 % en 2000 et même 44,3 % en 2004 (Sicart, 2001 et 2005). Plus âgés, les médecins éprouvent plus de peine ou rechignent à effectuer des gardes et des astreintes en milieu hospitalier ou à participer à la permanence des soins les nuits et le week-end dans le secteur libéral, ce qui contribue à tendre les relations entre praticiens dans certaines régions. La diminution du nombre de jeunes diplômés a également pour effet que certains médecins (notamment les médecins généralistes exerçant dans des régions rurales ou peu attractives) ont de plus en plus de mal à trouver des remplaçants.

En raison des aspirations des jeunes médecins à mieux maîtriser et à réduire leur temps de travail et de l'accroissement de la part des médecins âgés à l'intérieur du corps médical, les astreintes liées à l'exercice de la médecine sont moins bien acceptées qu'autrefois. Cela préoccupe particulièrement le Conseil national de l'Ordre des médecins et les Unions régionales de médecins libéraux, qui réalisent ou commandent plusieurs études sur la féminisation du corps médical ou sur la permanence des soins à partir de la fin des années 1990. Le problème est particulièrement sensible pour certaines formes d'exercice, comme la médecine générale en milieu rural, ou pour les spécialités caractérisées par les astreintes les plus importantes.

C'est ainsi qu'à partir de la fin des années 1990, des syndicats de spécialistes se mobilisent pour exiger un relèvement du *numerus clausus* et du nombre de postes ouverts à l'internat. Mais leurs mobilisations et leurs prises de position ne s'expliquent pas seulement par une intolérance plus grande ou plus répandue aux astreintes que peut impliquer l'exercice de la médecine. La reproduction sociale de leurs disciplines et leur importance respective à l'intérieur du champ médical sont également en jeu.

L'accroissement des tensions internes au champ médical

À partir du début des années 2000, la crainte qu'une diminution du nombre de médecins en exercice ou de médecins en formation ne contribue à dévaloriser leur métier est régulièrement exprimée parmi les médecins, qu'ils occupent une position élevée ou une position basse à l'intérieur du champ médical. Voici par exemple ce

qu'un médecin généraliste exerçant dans une commune rurale déclare à un journaliste en 2002 :

« Aujourd'hui, j'ai 54 ans. Je suis encore assez loin de la retraite. Mais, franchement, je ne sais pas comment je vais réussir à tenir le coup. Une idée surtout m'angoisse: la crainte de ne plus pouvoir réussir à assurer des soins de qualité. Car jamais je ne pourrai faire une médecine d'abattage. [Evoquant la fermeture à venir de l'autre cabinet de médecine générale de la commune, elle poursuit :] je sais déjà que ce sera quasiment mission impossible pour trouver un successeur. Dans d'autres communes des Ardennes, de nombreux médecins sont déjà partis sans avoir été remplacés » (*La Croix*, 18 novembre 2002).

Confronté à une diminution du nombre d'internes, un chef de service d'un grand hôpital parisien déplore la même année :

« Nous avons aujourd'hui un savoir extraordinaire, mais plus personne à qui le transmettre. Dans ma discipline, pour toute l'Île-de-France, cinquante-cinq postes d'internes en gastro-entérologie ont été proposés au début du semestre aux nouveaux internes. Quinze seulement ont été pris par des internes des hôpitaux de Paris. [Il ajoute un plus loin:] l'hôpital ne forme plus l'élite de la médecine française. Tout un savoir-faire est en train de disparaître. En hépatologie, la France a été une nation leader. C'est la fin d'une époque. Nous n'avons plus d'élèves, nous formons des médecins étrangers » (*Le Figaro*, 23 décembre 2003).

Voici encore comment un journaliste résume les propos du président de l'Union des chirurgiens de France, qui dénonce la crise que connaîtrait la reproduction sociale de sa spécialité en 2004 :

« [...] Rien ne va plus dans cette spécialité noble qu'a toujours été la chirurgie. Ce serait la fin de l'âge d'or. *Pour preuve, la démographie est en berne*. La profession ne suscite plus de vocation. Les étudiants boudent le métier au profit de la dermatologie, de l'ophtalmologie, de la radiologie... » (*Le Monde*, 28 avril 2004. Souligné par nous.)

La notion de reproduction sociale renvoie tout d'abord à celle de reproduction tout court — avoir un successeur. Mais il est jugé préférable que les nouveaux venus aient des propriétés sociales aussi « distinguées » que celles de leurs prédécesseurs — qu'ils soient, par exemple, des internes français et non pas des « médecins étrangers », l'accroissement de la part des « médecins étrangers » dans une spécialité étant considéré comme un signe tangible de sa dévalorisation¹.

Cependant, la dernière de ces trois citations ne témoigne pas seulement de l'importance des enjeux de reproduction sociale aux yeux des médecins. Elle montre aussi que ceux-ci sont toujours étroitement liés à leur discipline ou à leur mode d'exercice. En effet, la médecine est un champ d'institutions et de disciplines en

1. À partir du milieu des années 1980, les hôpitaux publics français ont peu à peu recruté plusieurs milliers de médecins immigrés, souvent originaires du Maghreb ou du Proche Orient. Travaillant fréquemment sous des statuts précaires et mal rémunérés, ils occupent des postes non pourvus par les internes ou les médecins français. Certains porte-parole du corps médical ont entrepris de dénoncer l'accroissement du nombre de médecins immigrés dans les hôpitaux à partir de la fin des années 1980. Sur ces différents points, voir Déplaudé (2007, p. 571-627).

concurrence, défendant chacune leur juridiction, c'est-à-dire leur domaine légitime de compétence et d'intervention¹. Ainsi, si la chirurgie « ne suscite plus de vocations », c'est au profit d'autres spécialités offrant de meilleures conditions de travail tout en garantissant de bons revenus, comme l'ophtalmologie ou la radiologie. Autrement dit, la diminution du nombre de praticiens à l'intérieur d'une spécialité risque de conduire à un rétrécissement de sa juridiction et à un affaiblissement de son pouvoir à l'intérieur du champ médical. Cela est particulièrement vrai des spécialités chirurgicales, dont les juridictions ont été attaquées par la disparition de certaines interventions chirurgicales autrefois couramment pratiquées, qui sont aujourd'hui remplacées par de simples traitements médicamenteux ou par des interventions moins invasives réalisées par des non-chirurgiens. Les transformations concomitantes de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque sont assez exemplaire :

« La cardiologie était la spécialité qui... a été stagnante le plus longtemps, puis qui s'est développée avec une très grande brutalité, une grande efficacité, à partir de nouvelles méthodes d'exploration et de nouvelles chirurgies. En méthodes d'exploration, ce qui a été la grande révolution, ça a été l'échographie ! L'échographie vous permet d'explorer le cœur de façon très remarquable [...]. D'autre part, la chirurgie cardiaque a permis de... de régler d'abord le problème des valvules, puis dans un deuxième temps les problèmes des coronaires. Ça a été des développements considérables. Considérables ! Et puis alors, plus récemment, est apparu ce qu'on a vu apparaître dans d'autres secteurs de la médecine, c'est-à-dire un traitement que faisaient auparavant les chirurgiens, qui est fait maintenant par les médecins. C'est-à-dire, mettre des stents — ce qu'on appelle des stents, c'est-à-dire de dilater les coronaires, et maintenir la dilatation des coronaires par une petite prothèse métallique qui maintient la chose ouverte. Et ça ce n'est plus fait par les chirurgiens. Donc on a un cycle très compliqué en chirurgie cardiaque, et très positif en cardiologie. C'est l'arrivée d'une nouvelle exploration qui est l'échographie, le développement considérable de la cardiologie à cette occasion, et puis des méthodes peu invasives comme la pose des stents » (entretien avec un ancien professeur d'immunologie parisien, 10 mai 2005).

Le souci de certaines spécialités de conserver leur juridiction et leur puissance à l'intérieur du champ médical face à d'autres spécialités en expansion ne caractérise pas seulement certaines spécialités chirurgicales, mais également, et depuis bien plus longtemps, la médecine générale. Ainsi, le syndicat de médecins généralistes MG-France s'inquiète, dès le début des années 1990, de la diminution de la part des médecins généralistes parmi l'ensemble des médecins, et demande que le *numerus clausus* soit relevé afin que la tendance soit inversée et que les médecins généralistes puissent représenter à terme environ 60 % des médecins. La « revalorisation » de la médecine générale et la reconquête de sa juridiction passent ainsi, aux yeux de ce syndicat, par la restauration de sa prépondérance numérique à l'intérieur du corps médical.

La combinaison de différents éléments — féminisation, vieillissement du corps médical, détérioration des conditions de travail, crise de la reproduction sociale de certains modes d'exercice et de certaines disciplines, compétition interne au champ médical, tout cela dans un contexte d'amélioration des revenus — explique ainsi qu'à partir de la fin des années 1990, une partie des représentants des médecins libéraux

1. Nous nous inspirons ici des analyses d'Andrew D. Abbott (1988, p. 59-85).

abandonnent le motif de la « pléthore » médicale et se préoccupent de plus en plus de la diminution annoncée du nombre de médecins. Plusieurs syndicats de médecins libéraux (et notamment des syndicats de médecins spécialistes) et l'Ordre rejoignent ainsi les revendications portées par la Conférence des doyens et par le milieu hospitalo-universitaire depuis le début des années 1980. Le retournement de la définition dominante du problème de la démographie médicale à la fin des années 1990 apparaît essentiellement lié à une conjonction de forces (syndicats de médecins spécialistes, Ordre des médecins, Conférence des doyens) qui n'avaient pas été coalisées jusqu'alors.

On observe donc, à partir de la fin des années 1990, qu'un nombre croissant de représentants du corps médical réclament une hausse du *numerus clausus* en agitant le spectre d'une « pénurie » de médecins, tout en affirmant qu'une hausse du *numerus clausus* ne pourra pas l'empêcher à court terme en raison de la longueur des études médicales. Ils dénoncent alors « l'imprévoyance » et les « erreurs » de prévision des pouvoirs publics afin de sensibiliser les médias à leur cause. Et de fait, ils obtiennent un relèvement rapide du *numerus clausus*, malgré l'opposition de la Direction du Budget, de la DSS et de la CNAMTS.

Rationalité gestionnaire et rationalité politique

La détermination des quotas contingentant l'accès aux études et aux spécialités médicales depuis la fin des années 1970 a été assez peu sensible aux alternances politiques¹. Il ne s'agit pourtant pas d'instruments purement techniques maniés en dehors de toute considération politique. Au contraire, la fixation de ces quotas suit de très près les intérêts défendus par les syndicats de médecins libéraux.

Le pouvoir politique du corps médical

La Direction du Budget, la DSS et la CNAMTS et n'ont pas réussi à empêcher un fort relèvement du *numerus clausus* à partir de 2001. Cela est dû, pour l'essentiel, au fait qu'elles ne peuvent plus se prévaloir à ce moment-là du soutien des syndicats de médecins libéraux et, dans une moindre mesure, des syndicats d'internes et de chefs de clinique, contrairement aux années précédentes. Ainsi, bien que les syndicats de médecins libéraux prennent rarement part aux négociations relatives au *numerus clausus*, ils sont constamment présents dans les têtes et dans les stratégies de persuasion déployées par les représentants de ces administrations. Voici comment la DSS justifie, en 1992, que le *numerus clausus* soit abaissé à 3 500 et non pas maintenu à 3 750 :

« [Un *numerus clausus* à 3 750] aura un effet très négatif sur la renégociation de la convention médicale² : comment justifier l'exigence d'une politique effective de

1. Ce constat n'a connu qu'une brève exception. En août 1981, le ministre de la Santé, membre du Parti communiste, a annoncé que cette année-là, le *numerus clausus* ne serait pas réduit comme prévu. Néanmoins, il a été ramené de 6 409 à 5 900 en 1982 et à 5 000 en 1983.

2. Les conventions médicales sont des accords signés périodiquement entre les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux reconnus comme représentatifs par les pouvoirs publics. Elles fixent notamment le montant des honoraires perçus par les médecins et les

maîtrise si, dans le même temps, le Gouvernement “crée” une dépense supplémentaire de l’ordre de 300 millions de francs annuels ? Une telle décision pourrait être interprétée par les syndicats médicaux comme un renoncement de fait à la politique de maîtrise dans la mesure où l’ensemble des partenaires sont convaincus de la nécessité d’une action sur la démographie médicale pour la viabilité et l’efficacité à moyen terme des dispositifs de régulation¹. »

Cependant, les agents de la Direction du Budget, de la DSS et de la CNAMTS étaient trop convaincus de la nécessité de réduire le nombre de médecins pour voir dans le *numerus clausus* un instrument destiné avant tout à faciliter les négociations entre les syndicats de médecins libéraux et les caisses d’assurance maladie. La mise en avant des difficultés que connaissaient ces négociations et de la nécessité de faire des « concessions » pour les faciliter leur permettait, à propos du *numerus clausus*, de renforcer leur position dans les luttes qui les opposaient à d’autres segments bureaucratiques, comme la Direction générale de la santé (DGS), la Direction des Hôpitaux et le ministère de l’Éducation nationale, plus sensibles aux problèmes des médecins hospitaliers et hospitalo-universitaires.

Ainsi, on peut soutenir que si, pendant une vingtaine d’année, la Direction du Budget, la DSS et la CNAMTS ont pu, au moins pour le *numerus clausus*, conduire la politique qu’ils promouvaient, cela a été dû en grande partie à l’appui constant que leur ont apporté les syndicats de médecins libéraux. À l’inverse, c’est lorsque, à la fin des années 1990, le motif de la « pléthore » médicale perd de sa force mobilisatrice aux yeux des dirigeants des syndicats de médecins libéraux et que, au contraire, un nombre croissant de syndicats de médecins spécialistes s’inquiètent de la diminution à venir de leurs effectifs, que le pouvoir de négociation de cette coalition bureaucratique connaît un affaiblissement durable. S’appuyant sur les médias, les syndicats de spécialistes, l’Ordre, la DGS et la Direction des Hôpitaux réussissent à inverser le rapport de forces en leur faveur. Le gouvernement est contraint de se saisir officiellement du problème, une « mission d’études et de propositions sur la démographie des professions de santé » étant créée en juin 2002 et un Observatoire national de la démographie des professions de santé en juin 2003. Le relèvement des quotas apparaît ainsi comme une réponse politique immédiate au problème. Après avoir été relevé au rythme de 117 à 150 places supplémentaires par an depuis 1998, le *numerus clausus* augmente d’un seul coup de 600 places en 2001, puis de 575 places par an (en moyenne) de 2002 à 2005, pour atteindre un niveau bien supérieur à celui que la Conférence des doyens elle-même jugeait raisonnable.

Il en va de même de l’évolution du nombre de postes offerts au concours de l’internat, qui laisse la place, en 2004, à des « épreuves classantes nationales » (ECN). Entre 2001 et 2005, le nombre de postes offerts au concours de l’internat puis aux ECN (médecine générale exclue) passe de 1 843 à 2 403. C’est en 2005, avec 256 postes supplémentaires, que la hausse a été la plus forte. En effet, les professeurs de médecine et les médecins hospitaliers ont entrepris d’alerter les médias à partir de 2003, déplorant notamment le manque d’internes français dans les hôpitaux et dénonçant les effets d’un *numerus clausus* qui aurait été fixé trop longtemps à un niveau trop bas. En outre,

obligations respectives des caisses et des médecins. Renouvelables par tacite reconduction, elles ne peuvent entrer en vigueur ou être reconduites qu’après avoir été « approuvées » par un arrêté ministériel.

1. Compte rendu d’une réunion entre la DSS, la Direction générale de la santé, la Direction des Hôpitaux, la CNAMTS et les cabinets des ministres chargés de la Santé et de l’Éducation nationale établi par la DSS, 9 septembre 1992, archives de cabinet de Philippe Douste-Blazy, CAC 19960368, art. 44.

comme nous l'avons noté, plusieurs syndicats de médecins spécialistes se mobilisent pour souligner la crise démographique de leurs disciplines. La plus spectaculaire de ces mobilisations a été celle des chirurgiens en juillet 2004. Échouant notamment à obtenir des revalorisations d'honoraires suffisamment substantielles auprès des caisses d'assurance maladie et confrontés à une crise de renouvellement de leurs effectifs, les chirurgiens libéraux annoncent publiquement le 27 juillet qu'ils ont programmé un « exil symbolique » en Grande-Bretagne du 30 août au 4 septembre et que 1 200 chirurgiens seraient déjà prêts à y participer. L'événement est largement médiatisé. La revalorisation du métier de chirurgien, ainsi qu'un accroissement du nombre de postes d'internes en chirurgie, sont jugés indispensables. Interrogé par *Le Monde*, le ministre de la Santé déclare que « la chirurgie est une grande cause, une grande urgence, si on continue il n'y aura plus de chirurgiens en France¹. » Il ne les paie pas que de mots, puisque les honoraires des chirurgiens sont revalorisés et, surtout, le nombre de postes ouverts dans la filière « spécialités chirurgicales » des ECN passe de 380 à 550 en 2005. Cela est d'autant plus significatif que le nombre de postes ouverts dans les autres filières est maintenu à un niveau pratiquement identique, sauf en psychiatrie. L'accroissement du nombre de postes dans les filières spécialisées des ECN se fait ainsi avant tout au détriment de la médecine générale. Pour les pouvoirs publics, il s'agit bien de parer au plus pressé, quitte à augmenter le nombre de postes d'internes plus rapidement et plus fortement que prévu. Un agent de la DGS, interviewé au moment de la mobilisation des chirurgiens, expliquait ainsi :

« [...] Ecoutez, très concrètement hein, de façon pragmatique — mais que voulez-vous — quand vous avez des hôpitaux qui vous disent, on n'a plus d'anesthésistes, on n'a plus de chirurgiens pour opérer, on n'a plus de spécialités médicales genre cardiologues etc. etc., bon, on a plutôt tendance à se dire d'urgence il faut mettre un peu plus de chirurgiens, parce que les gens ne seront pas soignés ou vont mourir carrément — consciemment ou inconsciemment d'ailleurs — et de se dire, bon ben des généralistes de toute façon on en forme quand même, et puis bon, il y aura peut-être un peu plus de monde dans les cabinets, il y aura peut-être un peu plus de files d'attente, mais... ils auront plus de clients en tous cas, mais... en tous cas les gens pourront continuer à voir les généralistes ! Ils ne seront quand même pas privés de généralistes ! Alors que s'il n'y a pas de chirurgiens, il n'y a pas de chirurgiens. Ça, c'est concret, quoi. Vous voyez ? Donc, voilà ! Dans cette situation d'urgence, si je puis dire, notamment dans les spécialités hospitalières, et avec encore une fois l'héritage d'un *numerus clausus* dramatique, il fallait bien faire un arbitrage, moi ce que j'appelle gérer la pénurie, quoi. Quand vous avez une enveloppe de 3 700 étudiants à l'internat, et même de 3 500 j'ai vu, dans les années 2002, le choix il n'est pas de... On ne peut pas à la fois faire beaucoup de chirurgiens, d'anesthésistes et de généralistes ! Il faut bien faire un choix ! Et donc là c'est forcément un choix par défaut. C'est pas le choix idéal, c'est le choix le m... qui paraît le moins mauvais possible » (entretien avec un administrateur civil de la Direction générale de la santé, 28 juillet 2004).

Plus généralement, indépendamment de ses effets à long terme, la hausse ou la diminution d'un quota constitue un message à l'effet immédiat et d'autant plus efficace qu'il a le mérite de la simplicité. Autrement dit, diminuer ou augmenter un quota, c'est adresser aux parties concernées, mais aussi à un public plus large et moins bien informé,

1. *Le Monde*, 27 juillet 2004.

un *signal* signifiant clairement que les pouvoirs publics entendent répondre au problème. Autrement dit, le relèvement des quotas n'importe pas seulement pour sa capacité effective à résoudre le problème de la démographie médicale (ou du moins à lui apporter un début de solution), il constitue également un geste symbolique. Par exemple, l'annonce, très médiatisée, d'un « plan santé mentale » en février 2005 s'accompagne, entre autres, d'une augmentation de 50 % du nombre de postes ouverts en psychiatrie aux ECN pour 2005-2006, soit une hausse encore plus forte que pour la chirurgie. Il en va de même de la hausse du *numerus clausus* depuis le début des années 2000, effectuée moins en fonction d'une prévision précise des besoins futurs en médecins que du souci, pour les gouvernements en place, d'apporter une réponse immédiate et tangible au problème montant de la « pénurie » de médecins. En effet, pour les dirigeants politiques, l'augmentation du *numerus clausus* présente l'avantage d'être une solution politiquement peu coûteuse au problème de la « pénurie » médicale et de les dispenser de prendre des mesures *structurelles* politiquement risquées qui rencontrent l'opposition systématique des syndicats d'internes de médecine et de la plus grande partie des syndicats de médecins libéraux, comme la remise en cause de la liberté d'installation des médecins libéraux ou l'institution de quotas par spécialité¹.

Ainsi, bien que les quotas puissent être déterminés conformément à une politique de long terme — comme c'est le cas du *numerus clausus* pour la Direction du Budget, la DSS et la CNAMTS de la fin des années 1970 à la fin des années 1990 —, ils le sont avant tout suivant les préoccupations à court terme des acteurs politiques ou des groupes d'intérêt concernés. Cela explique que les pouvoirs publics n'aient jamais réussi à instituer durablement une programmation pluriannuelle du *numerus clausus*. Un ancien directeur général de la santé expliquait ainsi :

« Ça n'a jamais été fait parce que c'est déjà une telle bagarre pour arriver à un consensus d'un an que personne n'avait envie de donner l'impression qu'il allait se faire canaliser pour les trois ans successifs. Oui. [...] On ne peut envisager des programmations pluriannuelles que sur des sujets très consensuels. [...] On n'a jamais réussi à faire des programmations. Alors, il y a eu une... je crois qu'il y a eu une fois... une fois où il y a eu un engagement ministériel des deux côtés sur trois ans. Mais ce n'est pas la règle » (entretien un ancien directeur général de la santé, 22 octobre 2004).

Intériorisation des rapports de force et désabusement des agents de l'État

La conscience très claire que les hauts fonctionnaires du secteur de la santé et de l'assurance maladie ont du pouvoir politique des médecins explique précisément que lorsqu'ils veulent faire adopter des mesures qui risquent d'aller à l'encontre d'intérêts puissants à l'intérieur du corps médical, ils aient recours à des stratégies de long terme visant à faciliter leur adoption et leur mise en œuvre. Cela permet également de comprendre pourquoi ils se montrent parfois désabusés lorsque ces stratégies échouent.

1. La détermination des quotas contingentant l'accès à la profession médicale fait ainsi songer à la politique d'*affirmative action* aux États-Unis, les objectifs numériques assignés aux employeurs américains permettant de donner à l'action des agences chargées de veiller à leur mise en œuvre « un semblant d'efficacité immédiate et mesurable », alors qu'elles ne peuvent pas s'attendre à ce que l'État engage les réformes structurelles susceptibles de s'attaquer aux facteurs expliquant les pratiques discriminatoires (Sabbagh, 2006, p. 115).

Et ce n'est pas vrai seulement des agents de l'État les plus exposés aux sollicitations des représentants du corps médical, comme ceux du ministère chargé de la santé, mais également de ceux des administrations qui se présentent comme situées hors d'atteinte de ces groupes, comme la Direction du Budget. Puissante, attachée à ses « privilèges », la profession médicale ne se laisserait pas réformer facilement. Quand on sait combien il est difficile de gouverner contre les médecins, il est préférable de privilégier le recours à des instruments qui ont leur assentiment. L'ancien directeur du Budget Jean Choussat note ainsi :

« [...] Il est relativement plus facile et plus efficace de jouer sur le nombre de médecins que de plafonner le nombre d'actes par médecin. Pour illustrer cette idée de façon caricaturale, il suffira d'observer que la réduction classique du *numerus clausus*, passé de 8 698 en 1976 à 3 576 en 1996, a été incontestablement plus indolore que ne l'aurait été la mise en œuvre d'une politique visant à réduire autoritairement l'activité moyenne des médecins [...] » (Choussat, 1996, p. 3).

Un tel aveu, de la part d'un tenant réputé de l'ordre budgétaire, a quelque chose de troublant. En effet, alors que les hauts fonctionnaires de la Direction du Budget considèrent souvent leur administration comme la seule capable de résister aux groupes d'intérêt et qu'ils fondent en grande partie leur légitimité sur ce point — Jean Choussat présentait lui-même sa direction comme « l'ultime défenseur de l'État » (Serré, 2001, p. 457) —, son rapport sur la démographie médicale reconnaît que tout n'est pas envisageable avec les médecins, au moins à court terme. Il faut ruser, en quelque sorte, pour espérer que sur le long terme ceux-ci souhaiteront cela même que les pouvoirs publics ne peuvent pas leur imposer à court terme. La proposition d'une telle politique en dit long sur le pouvoir, réel ou supposé — mais précisément réel parce que supposé — des médecins.

Et, en effet, la Direction du Budget, la DSS et la CNAMTS n'ont pas réussi à empêcher le fort relèvement du *numerus clausus* à partir du début des années 2000. Ce qui est présenté par les partisans de la hausse du *numerus clausus* comme un moyen de corriger les « erreurs » commises durant les années précédentes apparaît donc, pour un ancien haut responsable de la CNAMTS, comme l'exemple même d'une politique « irrationnelle » :

« [...] En fait, quand vous regardez tout le problème du *numerus clausus*, c'est que le paradigme de base est ultra cochon. C'est un paradigme soviétique. C'est-à-dire : je vais faire de la croissance extensive. [Supposons que] j'ai besoin de 50 néphrologues dans le Limousin. Spontanément, ils ne vont pas y aller. D'accord ? Parce que s'il en faut 200 en PACA, ils préféreront être 250 en PACA plutôt que 200 et 50. OK. Eh bien, je vais en mettre 500 en PACA, je vais bien finir par en avoir 50 dans le Limousin. Vous voyez ? Et en fait si vous voulez résumer ça, vous allez trouver le même constat que quand vous parlez du matériel, que quand vous parlez des murs, des immobilisations, etc. La ressource est illimitée. Vous voyez ? La ressource n'est pas rare. Et ce qui est très intéressant d'ailleurs, c'est de voir que c'est la même chose financièrement et humainement. La ressource humaine et la ressource financière. Et le *numerus clausus*, c'est l'alimentation d'un système extensif. Ce qui est dramatique, c'est que je pense que cette gestion folle du *numerus clausus* est une des sources — pas la seule ! — mais une des sources du très profond mal-être qui maintenant touche tous les professionnels de santé » (entretien avec un ancien directeur de la CNAMTS, 26 octobre 2004).

Conclusion

Peut-on dire, au final, que le problème à venir de la « pénurie » de médecins constitue une illustration exemplaire de « l'empire de l'erreur » qui s'exercerait sur les agents de l'État comme sur l'ensemble des individus (Bronner, 2007) ? Et l'apparition de ce problème peut-elle être expliquée principalement par les biais cognitifs ou par les erreurs de prévision qui auraient affecté les décisions publiques prises dans le domaine de la démographie médicale ?

Nous avons montré au contraire que la diminution du nombre de médecins a constitué un objectif délibéré des pouvoirs publics dans les années 1980-1990. Convaincus que les médecins étaient trop nombreux et qu'ils étaient à l'origine d'une croissance artificielle de la demande de soins, les hauts fonctionnaires de la Direction du Budget, de la Direction de la Sécurité sociale ou de la CNAMTS ont cherché à en réduire le nombre afin de faciliter la mise en œuvre ultérieure de réformes visant à « rationaliser » le système de santé et à réduire les ressources financières qui lui sont affectées. Pour ces hauts fonctionnaires, l'idée même selon laquelle la France pourrait manquer de médecins est, aujourd'hui encore, un non-sens : à leurs yeux, le problème ne réside pas dans leur nombre mais dans le fait qu'ils sont mal utilisés ou mal répartis entre les régions ou entre les spécialités. Dans la mesure où il n'existe pas de norme commune et unanimement admise en matière de démographie médicale, il serait gênant, du point de vue de l'analyse, de partir à la recherche des erreurs ou des biais cognitifs qui auraient affecté les décisions publiques dans ce domaine.

La question est plutôt de savoir comment est née une controverse au sujet des « erreurs » que les pouvoirs publics auraient commises en matière de démographie médicale. Pour les uns, ce sont les décisions qui ont consisté à maintenir un *numerus clausus* très bas dans les années 1990 qui ont été erronées, le relèvement rapide de ce quota constituant une correction bienvenue, quoique tardive, des « erreurs » ainsi commises. Pour les autres, la politique conduite dans les années 1990 obéissait à des raisons bien précises, et c'est au contraire la hausse récente du *numerus clausus* qui constituerait une erreur, dans la mesure où elle compromettrait la réussite d'une politique visant à mieux gérer le système de santé.

L'erreur consiste donc bien, dans ce cas, en une catégorie de jugement à laquelle des acteurs peuvent recourir lorsqu'ils entendent discréditer une décision ou une politique publique. Pour cela, il leur faut tout d'abord rendre légitime la référence à une norme définissant ce que devrait être une « bonne » décision ou une « bonne » politique. Mais comment fixer cette norme ? Médecins et agents de l'État admettent que les décisions prises en matière de démographie médicale doivent être orientées en fonction d'une appréciation raisonnée des « besoins de santé » de la population. Mais du fait de la plasticité de cette notion, la référence commune aux besoins de santé de la population peut se faire selon des définitions et des modes de quantification très variables de ces mêmes « besoins ».

Cela explique que, dans le cas de la régulation démographique du corps médical, le registre de l'erreur fasse l'objet d'usages très différents suivant les estimations que les

uns et les autres font du nombre de médecins à former, en médecine générale et dans les différentes spécialités. Mais si divers segments du corps médical ou du champ administratif cherchent à faire prévaloir leur propre appréciation des « besoins de santé » de la population, ils entendent tous défendre une politique *rationnelle* en la matière. C'est donc toujours au regard d'une norme de l'action publique rationnelle que le recours au registre de l'erreur prend son sens. Et bien que les conceptions de ce que devrait être une politique rationnelle en matière de démographie médicale varient, on peut constater qu'elles se revendiquent toutes d'une rationalité d'ordre technique, au sens où elles se réfèrent aux savoirs spécifiques que certains hauts fonctionnaires ou représentants du corps médical affirment détenir.

Pour les médecins et les hauts fonctionnaires que nous avons étudiés, qualifier une décision ou une politique publique d'erreur ne consiste donc pas seulement à les critiquer ou à les stigmatiser ; cela revient également à prétendre ou à sous-entendre qu'elles n'ont pas été prises ou définies en respectant ces normes de rationalité technique. C'est pourquoi le recours au registre de l'erreur enferme souvent, dans le domaine de l'action publique, une condamnation plus ou moins explicite des logiques spécifiques au champ politique. « L'imprévoyance » des détenteurs du pouvoir politique, leur « court-termisme » ou leur incapacité à prendre des décisions « rationnelles » mais politiquement coûteuses sont stigmatisées. Pourtant, le jeu politique a ses « règles » (Bailey, 1971) et donc sa rationalité propre, et ce qui est peut être considéré comme une erreur du point de vue d'un haut fonctionnaire ou des porte-parole d'un groupe professionnel ne l'est pas nécessairement sur le plan politique. Une décision peut être considérée par certains comme bonne sur le plan politique, dans la mesure où elle tient compte soigneusement des rapports de force et des coûts et bénéfices politiques qu'elle comporte, même si, d'un point de vue « technique », elle est jugée peu satisfaisante, voire totalement erronée par d'autres. La dénonciation des écarts entre ce que devrait être une gestion « rationnelle » des affaires publiques et les modalités effectives des choix politiques laisse ainsi à penser que le registre de l'erreur est porteur, au fond, d'une conception technocratique de l'action publique, selon laquelle les décisions devraient toujours être prises en fonction de données « objectives » rigoureusement validées (comme celles que certains segments bureaucratiques et groupes professionnels prétendent détenir) et non pas en fonction des logiques propres à la compétition politique.

Bibliographie

- Abbott A. D. (1988), *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Arliaud M. (1986), « L'autre spécialisation ? Propos obliques sur les médecines parallèles », *Sciences sociales et santé*, 4 (2), p. 25-43.
- Bailey F. G. (1971), *Les règles du jeu politique. Étude anthropologique*, Paris, PUF.
- Bronner G. (2007), *L'empire de l'erreur. Éléments de sociologie cognitive*, Paris, PUF.
- Caussat L., Fenina A., Geoffroy Y. (2003), « Les comptes de la santé de 1960 à 2001 », *Document de travail. Série statistiques*, DREES, ministère chargé de la santé, n° 54.
- Chateauraynaud Francis (1991), *La faute professionnelle. Une sociologie des conflits de responsabilité*, Paris, Métailié.

- Choussat J. (1996), *Rapport sur la démographie médicale*, Paris, Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale des finances.
- De Blic D., Lemieux C. (2005), « Le scandale comme épreuve. Éléments de sociologie pragmatique », *Politix*, 18 (71), p. 9-38.
- Déplaud M.-O. (2007), *L'emprise des quotas. Les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical (années 1960-années 2000)*, thèse pour le doctorat en science politique, Université Paris 1.
- Déplaud M.-O. (à paraître en 2009), « Rationaliser le système de soins. Les appropriations bureaucratiques de l'économie de la santé », in Y. Bérard et R. Crespin, *L'expertise comme objet flou*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Duval J. (2002), « Une réforme symbolique de la sécurité sociale. Les médias et le "trou de la Sécu" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, p. 53-67.
- Goffman E. (1991 [1974]), *Les cadres de l'expérience*, Paris, Minuit.
- Hughes E. C. (1996a [1951]), « Le travail et le soi », in E. C. Hughes, *Le regard sociologique*, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 75-86.
- Hughes E. C. (1996b [1951]), « Des erreurs dans le travail », in E. C. Hughes, *Le regard sociologique*, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 87-98.
- Lemieux C. (2000), *Mauvaise presse. Une sociologie compréhensive du travail journalistique et de ses critiques*, Paris, Métailié.
- Lapeyre N. (2006), *Les professions face aux enjeux de la féminisation*, Toulouse, Octarès Éditions.
- Morel C. (2002), *Les décisions absurdes. Sociologie des erreurs radicales et persistantes*, Paris, Gallimard.
- Niel X. (2002), « La démographie médicale à l'horizon 2020. Une réactualisation des projections à partir de 2002 », *Études et résultats*, DREES, n° 161.
- Observatoire national de la démographie des professions de santé (2004), *Le rapport 2004*, Paris, La Documentation française.
- Palier B. (2002), *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, PUF.
- Perrow C. (1984), *Normal Accidents. Living with High-Risk Technologies*, New York, Basic Books.
- Pharo P. (1998), « L'erreur pratique », in A. Borzeix, A. Bouvier et P. Pharo (dir.), *Sociologie de la connaissance*, Paris, CNRS Éditions, p. 47-58.
- Riemer J. W. (1976), « "Mistakes at Work". The Social Organization of Error in Building Construction Work », *Social Problems*, 23 (3), p. 255-267.
- Robelet M., Lapeyre N., Zolesio E. (2006), *Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans*, rapport pour le Conseil national de l'Ordre des médecins, Paris, Conseil national de l'Ordre des médecins.
- Sabbagh D. (2006), « La genèse administrative des politiques d'affirmative action et ses effets secondaires », in F. Dreyfus, J.-M. Eymeri (dir.), *Science politique de l'administration. Une approche comparative*, Paris, Économica, p. 102-117.
- Serré M. (2001), *Le tournant néo-libéral de la santé ? Les réformes de la protection maladie en France dans les années 1990 ou l'acclimatation d'un référentiel de marché*, thèse pour le doctorat en science politique, Université Paris 1.
- Sicart D. (2001), « Les médecins. Estimations de 1984 à 2000. Séries longues », *Document de travail. Série Statistiques*, DREES, ministère chargé de la santé, n° 22.

- Sicart D. (2005), « Les médecins. Estimations au 1^{er} janvier 2004 », *Document de travail. Série statistiques*, DREES, ministère chargé de la santé, n° 78.
- Simon M., Niel X. (1999), « Les effectifs et la durée de travail des médecins au 1^{er} janvier 1999 », *Études et résultats*, DREES, ministère chargé de la santé, n° 44.
- Soubie R., Portos J.-L., Prieur C. (1994), *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*, Paris, La Documentation française.
- Vaughan D. (1996), *The Challenger Launch Decision*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Vaughan D. (1999), « The Dark Sides of Organizations : Mistake, Misconduct and Disaster », *Annual Review of Sociology*, 25, p. 271-305.