

Qu'en est-il de l'autonomie du champ médical ?

PATRICE PINELL
Directeur de recherche
à l'Inserm

Les changements qui affectent aujourd'hui l'organisation et le fonctionnement du système de santé en France mettent-ils en cause l'autonomie du champ médical ? Formulée ainsi, la question ne saurait appeler de réponse simple dans la mesure même où la définition de ce qu'est l'autonomie de ce champ reste un problème sociologique à travailler. Un problème dont les termes peuvent être éclairés par une mise en perspective sociohistorique.

La constitution d'un champ médical en France est consécutive à l'adoption d'un ensemble de mesures juridiques et politiques redéfinissant ce que sont la médecine, son enseignement, ses institutions et les conditions de son exercice, après que les gouvernements révolutionnaires entre 1790 et 1794 eurent supprimé toutes les institutions de l'Ancien Régime. La loi votée en 1795 par le gouvernement du Directoire créant les Écoles de santé est fondamentale parce qu'elle jette les bases d'un champ nouveau en unifiant les anciens métiers de médecin et de chirurgien et en reconnaissant à l'hôpital un rôle déterminant dans la formation médicale. Mais ce champ se caractérise également par sa différenciation en trois espaces, construits autour d'institutions distinctes, vouées respectivement à la médecine clinique, à la médecine sociale (hygiène et médecine légale) et aux sciences dites accessoires à la médecine (physique, chimie, histoire naturelle et pharmacie). Autrement dit, la question de l'autonomie du champ médical se pose d'emblée en relation avec cette structuration en

espaces différenciés dont le degré d'autonomie n'est pas équivalent. En effet, si l'espace clinique est l'espace central, celui qui, dominant le champ, est le support de son autonomie au niveau des savoirs et des pratiques sur la maladie, les deux autres sont constitués comme des espaces hybrides au recoupement entre plusieurs champs. Dès lors, la production de savoir et les pratiques au sein de ces espaces hybrides et périphériques sont déterminées par l'articulation de logiques propres à des champs différents.

Ainsi, les problèmes que se posent l'hygiène ou la médecine légale se construisent à travers une collaboration entre des médecins et différents groupes professionnels qui suppose tout à la fois la combinaison d'enjeux spécifiques (prenant leur sens dans des champs différents) et l'existence d'un enjeu commun. Cet enjeu, qu'il s'agisse de prévenir un désastre sanitaire ou d'éclairer la justice par les lumières de la médecine, est celui qui fonde la médecine sociale : concourir à la bonne administration de la société. Il correspond à une extension du domaine d'intervention de la médecine, faisant de la médecine sociale l'une des voies privilégiées de la médicalisation de la société. Mais le développement de l'espace de la médecine sociale est aussi une source de problèmes susceptibles de peser sur l'autonomie du champ médical dans la mesure où les logiques des autres champs (du champ bureaucratique ou du champ politique) peuvent, dans certains contextes, s'imposer à la logique médicale. De même, l'ouverture du champ médical aux sciences accessoires répond à la logique de création d'un espace hybride dont les contours et les contenus seraient déterminés par la logique médicale, le terme d'accessoire renvoyant au pouvoir des institutions médicales (faculté et académie de médecine) de définir ce qui, dans la production des différentes disciplines scientifiques, est « accessoire à la médecine ». Définition qui va recouvrir aussi bien des travaux visant à des applications médicales (purification de substances actives physiologiquement, mise au point de médicaments) que des recherches « fondamentales ». La constitution de cet espace permet le développement de liens institutionnels (avec le Muséum, les facultés des sciences, les grandes écoles), favorise la circulation des agents entre le champ médical et le champ scientifique

et crée les conditions du progrès thérapeutique. Mais si la production des connaissances est orientée en fonction de leur intérêt pour la médecine, le mode de production est lui déterminé par les normes propres aux différentes disciplines et les médecins ayant investi cet espace ne se différencient pas de leurs collègues non médecins par la nature de leur production.

Si l'autonomie du champ médical, dans la phase qui le voit se constituer, est assurée par la domination de l'espace clinique central sur les espaces hybrides périphériques, toute évolution dans ces rapports de force aura donc pour enjeu le niveau d'autonomie du champ. D'où l'importance de comprendre pourquoi, comment et à travers quels agents cette domination s'exerce et se perpétue. Une institution joue sur tous ces plans un rôle prépondérant, l'hôpital, puisque c'est à son niveau que se construit la médecine anatomo-clinique, que se sélectionne puis se forme l'élite clinique qui en assure la direction médicale. Cette élite hospitalière a ceci de particulier qu'elle assoit aussi sa domination sur la faculté de médecine, reléguant les chaires de médecine sociale et de sciences accessoires en position marginale, et sur la médecine libérale, en ayant pour clientèle l'élite sociale. Ce rôle dominant de l'hôpital s'exerce dans l'espace clinique mais aussi et d'abord à travers l'autorité des chefs de service face aux autres agents. En effet, l'hôpital est un lieu où différents groupes d'agents collaborent en luttant pour établir au niveau le plus favorable pour eux un équilibre entre le pouvoir médical, le pouvoir administratif et celui des auxiliaires de soins. Si les directions administratives des hôpitaux vont longtemps déléguer l'essentiel de l'autorité au médecin-chef et assigner aux employés de l'administration des fonctions subalternes, les congrégations religieuses auront parfois la velléité d'imposer aux médecins leur propre conception de l'hôpital (renvoyant aux origines chrétiennes charitables de l'établissement) à travers l'utilisation de critères moraux pour sélectionner les patients. D'où des conflits d'autant plus vifs que les religieuses ne reconnaissaient que l'autorité de leur ordre et qui aboutiront, à la fin du XIX^e siècle, à l'éviction des sœurs et à leur remplacement par un corps d'infirmières placées sous la domination des médecins.

L'hôpital ayant gagné sa position dominante au fait d'avoir été le lieu de fabrication de la médecine anatomo-clinique, ne joue pas de rôle dans l'émergence d'une médecine biologique se développant sur les questions d'étiologie et de physiopathologie que la première avait abandonnées. Cette médecine biologique qui se construit en s'articulant avec les sciences de la vie ne s'élabore pas au lit du malade mais au laboratoire et à travers l'expérimentation animale. Mais si ses pionniers trouvent leurs appuis institutionnels et leurs lieux de travail en dehors des hôpitaux, leurs successeurs entretiendront des liens plus étroits avec les cliniciens hospitaliers dont certains s'investiront dans la recherche expérimentale. Après la guerre de 1870, l'équipement des hôpitaux en laboratoires progresse, tandis que la « révolution pasteurienne » assoit la légitimité des approches médicales articulées aux sciences du vivant. Dans le même mouvement, de nouveaux espaces périphériques se constituent avec le champ économique (en particulier avec l'industrie chimique). Le rôle du pôle dominant hospitalier reste déterminant dans la modernisation de la médecine dans la mesure où, s'il n'en est pas le moteur, il est en position de freiner ou d'accélérer l'évolution des institutions médicales. Si l'élite hospitalière est un frein au développement de la recherche médicale pendant l'entre-deux-guerres, c'est en son sein, autour de Robert Debré, qu'émergent les « réformateurs » de l'après-guerre.

Avec les ordonnances de 1945 qui jettent les bases d'un hôpital moderne ouvert à toutes les classes sociales et généralisent le système du tiers payant et celles de 1958 qui créent les centres hospitalo-universitaires et imposent aux médecins hospitaliers un statut de fonctionnaire à temps plein, la structure du champ médical est fortement remodelée, dans son centre et à sa périphérie. Au centre, la réorientation de l'hôpital sur ses fonctions de plateau technique en fait un lieu où se concentrent les innovations technologiques les plus coûteuses et qui, du fait de son ouverture à toutes les couches de la société, entre en concurrence avec la médecine libérale. Il en résulte une réorganisation de la division du travail médical qui donne à la médecine hospitalière un rôle prépondérant en matière de diagnostic et de traitement des maladies les plus complexes et les plus graves.

Cette réorganisation des rapports « ville/hôpital » renforce encore le pouvoir des hospitaliers dans le champ en redéfinissant la légitimité des pratiques des médecins généralistes par leur complémentarité (dépistage, orientation, suivi) avec l'hôpital. Mais l'entrée dans les services de malades appartenant aux classes moyennes et supérieures est aussi à l'origine d'importants réaménagements dans les rapports entre les patients et l'institution (émergence du thème de « l'humanisation des hôpitaux ») allant dans le sens de la reconnaissance des droits du patient.

À la périphérie du champ, l'espace de production (médicaments, produits chimiques, matériel médical) qui avait commencé à se constituer avec le champ économique se développe rapidement. Dans le même temps, la généralisation de l'assurance maladie contribue à renforcer considérablement le poids d'un autre espace hybride entre le champ médical et le champ « social », puisque le tiers payant s'introduit au cœur de la relation médecin/malade, en médecine libérale comme à l'hôpital. L'évolution de cet espace montre bien que les ajustements qui s'opèrent entre les logiques de champs différents sont le produit de rapports de force toujours susceptibles de se modifier. Après une première période où le financement des institutions médicales était principalement déterminé par le souci de répondre à leurs « besoins », un retournement est opéré qui fait du contrôle des dépenses de santé par les financeurs l'élément déterminant des relations entre les deux champs. Ces transformations qui concernent le centre et la périphérie du champ médical opèrent en interdépendance. La redéfinition des fonctions hospitalières conjuguée avec la mise en concurrence public/privé favorise le développement des secteurs industriels produisant des biens d'équipement et engendre une augmentation des coûts de prise en charge à l'origine des politiques de contrôle des dépenses. Tandis que le développement des deux espaces hybrides retentit sur l'espace central, qui doit s'ajuster à des problématiques externes au champ médical pour adapter les impératifs médicaux de la prise en charge des malades aux impératifs de la rentabilité économique et de la rationalisation des coûts. Mais il n'est pas possible d'isoler ces transformations institutionnelles d'autres facteurs d'évolution qui pèsent sur les

pratiques médicales. La très forte accélération du progrès des thérapeutiques dans la seconde moitié du xx^e siècle en est un, majeur, qui transforme les grands fléaux infectieux en maladies curables par les médecins de ville et permet le maintien en vie sur le long terme de patients atteints de maladies chroniques. Cette efficacité nouvelle dans l'histoire produit des effets contradictoires. Elle entraîne un élargissement considérable des terrains d'intervention de la médecine qui fait « exploser » le nombre des institutions et des groupes professionnels de la santé en renforçant leur hiérarchisation. Corrélativement, elle modifie l'image des médecins, les attentes vis-à-vis d'eux et surtout la nature de leurs relations avec les patients. Ainsi, parce qu'ils sont vus de plus en plus comme des prestataires de service dont l'activité peut être évaluée maintenant à l'aune de leur efficacité, les médecins de ville perdent en autorité auprès de patients/clients à qui ils doivent rendre beaucoup plus souvent des comptes en cas de conflit. Mais le plus important par ses conséquences tient à la place nouvelle que les usagers des institutions de santé occupent dans la division du travail médical à laquelle ils sont tous conduits à participer d'une façon ou d'une autre. Chacun se voit enjoint d'être un agent de prévention pour lui-même et ses proches, un « patient sentinelle » chargé de surveiller l'apparition de symptômes évocateurs d'une éventuelle maladie grave et un exécuteur attentif des ordonnances médicales. Tandis que la participation des patients atteints de maladies chroniques au travail médical (ou des parents s'il s'agit d'enfants) joue un rôle fondamental, car c'est à partir d'elle que s'organisent la surveillance et le suivi de la maladie hors des murs de l'hôpital. La construction sociale des patients comme auxiliaires médicaux, qu'accompagne la montée en puissance de représentations idéologiques valorisant leur autonomie et leur sens des responsabilités, est étroitement liée au développement de formes d'organisation impliquées dans le soutien de ces malades à la fois patients objets de soins et acteurs de leur propre suivi, ainsi que dans la défense de leurs intérêts et de leurs droits. Ces associations, par les activités qu'elles déploient auprès des malades mais aussi par leurs interventions dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé, sont devenues des interlocu-

teurs incontournables des institutions médicales (elles ont aujourd'hui des représentants dans les conseils d'administration des hôpitaux) et peuvent peser sur les rapports de force à l'intérieur du champ.

Il serait bien rapide de déduire de toutes ces évolutions la perte d'autonomie d'un champ médical définitivement subordonné à des normes de fonctionnement imposées du dehors. Bien évidemment la mise en œuvre des politiques de rationalisation des dépenses de santé a des effets incontestables sur le centre du champ médical et particulièrement sur le fonctionnement de l'hôpital se traduisant par des fermetures de services, voire d'établissements, et par une dégradation des conditions de travail dont toutes les catégories de personnels et *in fine* les patients payent le prix. Mais si le pouvoir des élites hospitalières, après s'être renforcé pendant les « trente glorieuses », connaît des limitations tant du côté des pouvoirs administratifs et politiques que du côté des « patients » et des associations, il n'en reste pas moins dominant. D'une part parce que la question des ajustements nécessaires à « l'évolution de la société » devenue un enjeu dans les luttes de concurrence au sein des élites hospitalières a favorisé l'accession aux positions de pouvoir de nouvelles fractions « réformatrices » qui vont contrôler l'adaptation aux normes imposées de l'extérieur. D'autre part parce que leur autorité clinique, tant sur le plan des savoirs que de la définition des pratiques médicales légitimes, n'est pas fondamentalement remise en cause par ces changements. ■