

Marc-Olivier Déplaudé
deplaudé@free.fr

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, soutenue le 14 décembre 2007 à l'Université Paris 1 (Panthéon-Sorbonne), 750 p.

Composition du jury

Françoise Dreyfus, professeure à l'Université Paris 1 (présidente)
Daniel Gaxie, professeur à l'Université Paris 1 (directeur)
Patrick Hassenteufel, professeur à l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (rapporteur)
Olivier Ihl, professeur à l'Institut d'études politiques de Grenoble (rapporteur)
Pierre Muller, directeur de recherche au CNRS
Patrice Pinell, directeur de recherche à l'INSERM

Objet de la recherche

Entre le début des années 1960 et la fin des années 1990, les médecins français ont connu une croissance démographique sans précédent dans leur histoire. Les événements de mai 1968, puis la crise économique et la volonté de plus en plus affichée des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses de santé ont successivement conduit les médecins hospitalo-universitaires et les syndicats de médecins libéraux à se mobiliser pour continger l'accès au corps médical. Cette thèse montre ainsi comment l'évolution démographique du corps médical a été construite comme un problème par ses porte-parole et par les pouvoirs publics et comment ceux-ci ont tenté de l'infléchir, voire de l'inverser, notamment en recourant à des quotas (institution du *numerus clausus* en 1971, réforme de l'accès aux formations spécialisées en 1982-1983, mesures de contingentement des étudiants ou des médecins étrangers).

Cet objet d'enquête présente tout d'abord l'avantage, sur le plan empirique, d'être *très circonscrit* tout en étant au cœur de multiples enjeux professionnels et étatiques. En effet, pour les médecins, l'institution et la mise en œuvre des quotas renvoie à des *intérêts professionnels particulièrement puissants*, notamment en termes de revenus, de conditions de travail, de statut, de relations intraprofessionnelles ou de reproduction sociale. Il est sans doute peu de problèmes, si l'on parcourt l'histoire de la profession médicale, qui suscite un intérêt aussi passionné et aussi répandu à l'intérieur de ce groupe, en raison précisément des enjeux multiples qui y sont attachés. En outre, les quotas présentent l'intérêt de ne pas être seulement une question centrale à l'intérieur du corps médical, mais d'être également l'objet de *multiples préoccupations étatiques*, comme la politique de santé, bien entendu, mais aussi l'aménagement du territoire, la politique universitaire, ou encore les politiques d'immigration. A partir d'un objet très circonscrit, il est donc possible de mettre à jour de multiples intérêts sociaux et de mettre le doigt sur des questions plus larges que la seule

régulation démographique d'une profession. Ainsi, le premier intérêt que présente cet objet d'enquête, c'est son *rendement empirique très important*. En outre, la question de la régulation démographique du corps médical n'a fait l'objet que de très peu d'études sociologiques ou historiques, la plupart ne l'abordant que de manière incidente et pas de manière centrale. Quant aux travaux anglo-saxons qui ont cherché à appliquer le modèle wébérien des groupements économiques fermés à l'étude des professions, ils se sont souvent focalisés sur le XIX^e ou sur le début du XX^e siècle, c'est-à-dire sur le moment où s'affirme le modèle professionnel, et non pas sur l'après-guerre. Pourtant, la question de la régulation des flux d'entrée dans les professions les plus prestigieuses a acquis une dimension nouvelle durant les cinquante dernières années avec l'accès d'une plus grande partie de la population aux études supérieures et l'expansion des domaines d'intervention de l'État.

Sur le plan théorique, l'étude de la genèse et de la mise en œuvre des quotas restreignant l'accès au corps médical est intéressante de deux points de vue. Premièrement, étant donné l'importance que les quotas revêtent pour de nombreux segments du corps médical, ceux-ci représentent un terrain particulièrement approprié pour déterminer leurs « chances de puissance » respectives, c'est-à-dire pour étudier les rapports de force entre ces segments et leur capacité à voir leurs intérêts soutenus et pris en charge par des administrations de l'État. Autrement dit, la régulation démographique des médecins constitue un terrain intéressant pour étudier une question plus générale, celle du *pouvoir politique des groupes nombreux et fortement différenciés* comme les médecins. Deuxièmement, ces quotas, en tant qu'instruments d'action publique supposés permettre une gestion de la démographie médicale « rationnelle » et orientée par le long terme, se présentent comme un objet privilégié pour étudier les différentes *temporalités* suivant lesquelles sont produites les politiques publiques, question peu étudiée par les politistes.

Plan de la thèse

La première partie de la thèse (**Un groupe professionnel**) expose un certain nombre d'éléments historiques et morphologiques relatifs au corps médical français et à ses représentants. Nous montrons que le corps médical s'est construit comme un groupe professionnel relativement bien délimité et unifié en grande partie sous l'aile de l'État, la santé ayant été constituée en catégorie d'intervention publique à partir des XVII^e et XVIII^e siècles (chapitre 1). Le corps médical constitue néanmoins un groupe fortement différencié et hiérarchisé, notamment sous le rapport du prestige professionnel, des revenus et des conditions de travail (chapitre 2). Cette différenciation interne au groupe se retrouve au niveau de ses formes de représentation, les médecins détenant le plus grand prestige professionnel privilégiant des formes de représentation institutionnelle du corps médical ou cherchant à intervenir individuellement dans la production des politiques de santé, les autres s'exprimant davantage par la voix des dirigeants de leurs syndicats (chapitre 3).

La deuxième partie de la thèse (**Enjeux professionnels, problèmes d'État**) montre que le pouvoir politique des médecins repose pour partie sur le fait qu'ils peuvent convertir certains de leurs intérêts professionnels en problèmes d'État, c'est-à-dire en problèmes exprimés dans des catégories étatiques et dotés de la légitimité même de l'État. Il en va notamment ainsi du problème de la démographie médicale. Celui-ci est assez controversé dans les années 1960. Néanmoins, l'accroissement rapide du nombre des étudiants en médecine, la crise de Mai 1968 puis l'assombrissement des perspectives économiques des médecins libéraux vont conduire les principaux porte-parole du corps médical à défendre une même définition du problème de la démographie médicale à la fin des années 1970 : la France compterait trop de médecins et il faut restreindre davantage l'accès aux études

médicales et aux formations spécialisées (chapitre 4). Bénéficiant du soutien de plusieurs segments bureaucratiques et s'appuyant, dans le cas de la réforme de l'accès aux formations spécialisées, sur les exigences de la Communauté économique européenne, ces mobilisations successives du corps médical ont ainsi conduit à l'institution du *numerus clausus* en fin de première année des études de médecine en 1971 et de quotas restreignant de manière formelle l'accès aux formations spécialisées en 1982 (chapitre 5). Parallèlement à cela, les médecins tirent parti du principe étatique de la préférence nationale en matière de citoyenneté et de diplôme : les conditions de diplôme et de nationalité tendant à réserver l'exercice de la médecine aux médecins français formés en France sont maintenues et les règles limitant l'accès des étrangers aux formations suivies par les étudiants en médecine français sont même durcies. L'octroi aux étrangers d'origine communautaire de droits similaires à ceux des Français en matière d'exercice de la médecine ne modifie que marginalement le principe de la préférence nationale (chapitre 6).

Enfin, nous montrons dans une troisième partie (**Le souci gestionnaire**) comment les effectifs de la profession médicale ont été régulés depuis le début des années 1980. Le ministère de l'Économie et des Finances et les caisses d'assurance maladie ont promu une politique visant, à long terme, à réduire le nombre de médecins en exercice et à « rationaliser » le système de santé par un emploi plus « optimal » des médecins. Cette politique s'est accompagnée d'un important développement de l'instrumentation statistique de l'administration sanitaire. Cependant, les savoirs ainsi produits sont jugés incertains aux yeux mêmes des agents de l'État et visent davantage à habiller les décisions publiques qu'à les orienter (chapitre 7). Loin de faire l'objet d'une planification à long terme, les quotas contingentant l'accès aux études médicales et aux formations spécialisées sont fixés avant tout suivant des logiques de court terme dépendant des rapports de force entre les porte-parole des segments les plus puissants du corps médical (c'est-à-dire des médecins libéraux et des médecins hospitalo-universitaires) et, dans certains cas, de leur capacité à mobiliser les médias (chapitre 8). Les segments dominés du corps médical (et plus particulièrement les médecins des hôpitaux non universitaires) détiennent de leur côté un pouvoir relativement diffus qui a également contribué à mettre en échec les tentatives de « rationalisation » du système de santé (chapitre 9). Les difficultés que pose une planification à long terme des effectifs de la profession médicale, pour des raisons techniques et politiques, ont ainsi conduit les pouvoirs publics à promouvoir des instruments visant à rendre le corps médical plus plastique à court terme ; mais ils ont jusqu'à présent échoué à les imposer, notamment en raison de l'opposition résolue des jeunes ou des futurs médecins, pour qui ces mesures risquent de dévaloriser leur métier et de les déclasser (chapitre 10).

Méthodologie

La délimitation du terrain d'enquête et les types de sources utilisées ont fortement évolué en cours d'enquête. Au début de notre recherche, nous nous intéressions aux instruments les plus visibles de la régulation démographique du corps médical, le *numerus clausus* et le concours de l'internat, et aux négociations dont leur détermination faisait régulièrement l'objet au niveau national. Toutefois, nous nous sommes rapidement rendu compte que les effectifs du corps médical n'étaient pas régulés par ces seuls instruments, mais que d'autres dispositifs et mécanismes sociaux moins visibles avaient des effets puissants sur la régulation démographique de la profession, comme celle qui s'opère suivant la nationalité ou le pays d'obtention du diplôme. En outre, nous nous sommes aperçu, notamment en étudiant de plus près les problèmes posés par la mise en œuvre des quotas,

de l'existence d'autres jeux que ceux qui se déroulent au niveau de l'État central entre les représentants des ministères et les porte-parole nationaux du corps médical. En effet, dans le domaine de l'action publique, les négociations et les luttes s'arrêtent rarement au niveau des décisions ou des « non-décisions » prises au niveau de l'État central, mais elles se poursuivent souvent, sous d'autres formes et dans d'autres lieux, durant la phase dite de leur « mise en œuvre ». Enfin, nous avons choisi au départ de ne nous intéresser à la régulation démographique des médecins en France qu'à partir des années 1970. Ce choix était lié au fait que nous nous focalisions seulement sur l'un des enjeux de cette régulation : ce qu'il est convenu d'appeler la maîtrise des dépenses de santé, qui ne devient une priorité officielle des gouvernements français qu'à partir de cette période. Or, nous nous sommes aperçu, au cours de notre enquête, que la régulation démographique des médecins était au cœur de nombreux autres enjeux, bureaucratiques et surtout professionnels, et que la périodisation initialement choisie *au regard d'un enjeu particulier* n'était plus vraiment pertinente.

Nous avons donc progressivement été amené à conduire notre enquête en suivant trois principes : 1° ne pas étudier seulement les instruments officiels de régulation démographique du corps médical (comme le *numerus clausus* en fin de première année d'études), mais également les instruments de régulation officieux (comme les règles existantes en matière de diplôme et de nationalité) ; 2° ne pas nous intéresser seulement à l'élaboration des décisions publiques ou des non-décisions au niveau de l'État central, mais aussi aux jeux qui suivent les décisions gouvernementales, c'est-à-dire aux jeux de la « mise en œuvre » ; 3° non pas étudier *une* période donnée mais, suivant les dispositifs ou les enjeux étudiés, faire varier la profondeur de la focale historique.

Nous avons ainsi recueilli quatre types de sources qui sont, par ordre d'importance : des archives publiques et privées ; des sources publiées ; des données sociographiques, biographiques et statistiques ; et, enfin, des entretiens.

Archives publiques et privées – Bien que que certains des acteurs que nous avons rencontrés nous aient permis de consulter des archives privées parfois très riches, les archives ministérielles ont constitué la grande majorité des archives que nous avons dépouillées. Ces archives loin d'être complètes ou exhaustives. Avant d'effectuer des versements, les services et les cabinets versants trient et éliminent certains documents. Parfois, certains membres de cabinets ministériels ne prennent guère la peine de verser leurs dossiers à la mission des Archives nationales de leur ministère, en dépit des rappels que leur adressent les agents des missions. Enfin, les services conservent souvent certains dossiers durant des dizaines d'années, si bien que dans certains cas les informations peuvent être très lacunaires sur les dix ou vingt dernières années. Pour les années 1980-1990, les archives de cabinet ont ainsi souvent été les plus utiles, les membres des cabinets se défaisant beaucoup plus rapidement de leurs archives (généralement au moment d'un changement de ministre) que les services. Les données que nous avons pu extraire des archives ministérielles sont donc parcellaires. Par exemple, si nous avons pu consulter l'ensemble des comptes rendus de réunion d'une commission sur l'ensemble d'une année, nous n'avons pu en retrouver que quelques-uns, et le plus souvent aucun, pour les années suivantes. De même, si nous avons pu retrouver des documents relatifs à la détermination du *numerus clausus* sur plusieurs années consécutives, nous n'avons rien pu retrouver pour d'autres années. Néanmoins, l'obstacle que constitue le caractère nécessairement lacunaire des archives a pu être en partie surmonté dans notre travail pour deux raisons. En premier lieu, il nous est apparu que la régulation démographique des médecins intéressait plusieurs ministères, voire plusieurs services au sein des mêmes ministères. Bien que cette caractéristique de notre

objet empirique ait quelque peu compliqué l'enquête à ses débuts, elle a présenté deux grands avantages : celui de laisser beaucoup de traces écrites, en raison à la fois d'une correspondance abondante entre les ministères et de la nécessité de trouver des compromis entre des logiques bureaucratiques concurrentes ; et celui de permettre de comparer les données contenues dans les versements émanant des différentes directions ou des cabinets et de combler les lacunes des uns par les apports des autres. En second lieu, le caractère souvent très répétitif de certaines interactions ou de certains jeux sociaux, comme pouvait en attester la comparaison de versements portant sur des problèmes similaires à plusieurs années d'intervalle, rend moins gênante l'absence de données pour certaines années, dans la mesure où l'on peut raisonnablement supposer que celles-ci n'auraient permis que de conforter davantage les hypothèses construites à partir des données disponibles.

Sources publiées – La presse d'information générale et la presse professionnelle constituent, après les archives ministérielles, la principale source à laquelle nous avons recouru. En effet, les médecins (et surtout leurs porte-parole et les figures de la profession) parlent et écrivent beaucoup, que ce soit dans des essais ou dans des mémoires ou, bien plus souvent, dans des bulletins syndicaux, des journaux réservés à leur profession ou dans des journaux s'adressant à un large public. De même, l'importance dont est crédité leur métier fait que l'on parle également régulièrement d'eux dans les journaux d'information générale et qu'il n'est guère de mobilisation du corps médical, pour peu qu'elle concerne un segment significatif de celui-ci, qui ne réussisse à attirer l'attention des médias. Par conséquent, le dépouillement de la presse d'information générale et de la presse professionnelle présentait un intérêt très important pour reconstituer les préoccupations propres et les prises de position des porte-parole et figures du corps médical, et pour montrer comment celles-ci sont reçues dans les médias s'adressant à un large public.

Les agents des ministères ou des organismes parapublics laissent, quant à eux, moins de traces écrites que les porte-parole et figures du corps médical, en-dehors, bien entendu, des archives ministérielles. Cependant, certains d'entre eux ont parfois publié des témoignages très éclairants sur leur passage dans telle ou telle administration ou dans tel ou tel cabinet. En outre, les rapports officiels régulièrement commandés par les ministères constituent, avec les revues éditées par les services, des sources souvent très utiles.

Données sociographiques, biographiques et statistiques – Nous avons collecté des données sociographiques et biographiques relatives à un certain nombre de porte-parole et de figures du corps médical, d'experts, de hauts fonctionnaires ou de conseillers ministériels. Nombreuses sont celles qui ont été recueillies lors de la consultation d'un site Internet, d'un entretien, du dépouillement d'un carton d'archives ou de la lecture d'un bulletin professionnel. Les notices nécrologiques du *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* ont été systématiquement passées en revue entre 1980 et 2006, ainsi que certains dossiers de candidature à l'Académie, riches en informations biographiques. D'autres données ont été extraites d'annuaires spécialisés du corps médical, comme le *Guide Rosenwald*, de l'administration, du monde politique ou d'annuaires non spécialisés sur un secteur d'activité déterminé comme le *Who's Who in France*.

Nous avons également recouru à de nombreuses données statistiques. Étant donné l'importance du problème de la « maîtrise » des dépenses de santé depuis la fin des années 1970, mais aussi, plus anciennement, des questions de santé publique, ces données sont extrêmement nombreuses. Elles sont principalement issues du ministère chargé de la Santé, du ministère de l'Éducation nationale, de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'INSEE, et aussi, dans une moindre mesure, d'institutions propres

au corps médical (comme l'Ordre des médecins, l'Académie nationale de médecine ou les Unions régionales de médecins libéraux). Une grande partie de ces données ont été publiées dans les revues éditées par ces institutions. Pour celles qui ne l'étaient pas, nous avons sollicité directement les services statistiques des ministères, qui nous ont généralement adressé les données qui nous intéressaient sous forme de tableaux. Parmi les données publiées, certaines ont pu être utilisées telles quelles. Cependant, une bonne partie d'entre elles ont dû être retraitées pour mieux en dégager la signification sociologique, tandis que d'autres ont dû être regroupées pour constituer des séries statistiques.

Les données statistiques nous ont servi de deux manières. Tout d'abord pour les informations qu'elles pouvaient nous apporter sur le corps médical, ses structures et ses transformations. Les données statistiques disponibles sont, pour une part importante d'entre elles, suffisamment fiables pour permettre cet usage. Mais, dans la mesure où les données chiffrées sont aujourd'hui de première importance dans la construction et la mise en forme des problèmes publics et où elles constituent un instrument majeur de gouvernement, elles ont également constitué un objet d'étude spécifique. Leur examen a ainsi permis de mieux montrer comment les administrations s'instrumentent dans le secteur de la santé et cherchent à le rendre plus transparent et plus malléable, mais aussi quelles sont les limites de ces instruments et de quels enjeux de pouvoir ils sont l'objet.

Entretiens – Dans le projet d'enquête que nous avons conçu au début de notre recherche, les entretiens devaient constituer notre principale source d'informations. Finalement, bien que nous ayons conduit une petite soixantaine d'entretiens (dont parfois plusieurs avec la même personne), essentiellement avec des porte-parole du corps médical et des agents de l'État, en poste au moment de l'enquête ou durant les périodes qui nous intéressaient pour notre étude, ceux-ci ne constituent pas le noyau dur de nos données. Les archives, les sources publiées et les données statistiques que nous avons consultées se sont avérées beaucoup plus utiles pour notre étude, essentiellement pour quatre raisons. Tout d'abord parce que, comme nous avons travaillé sur des périodes parfois anciennes, au moins à l'échelle de la vie d'un individu, certains des acteurs qu'il nous aurait été utile de rencontrer étaient décédés, d'autres n'avaient pas toujours une mémoire très précise des faits qui nous intéressaient, ceux-ci remontant parfois à trente voire quarante ans (ce constat admet toutefois des exceptions, plusieurs acteurs ayant témoigné d'une mémoire assez remarquable). En deuxième lieu, parce que l'abondance des traces écrites laissées par les agents de l'État et par les porte-parole du corps médical, tant dans les sources publiées que dans les archives des ministères, ont souvent rendu redondantes les informations fournies en entretien. En troisième lieu, parce qu'en situation d'entretien, les agents sociaux sont parfois amenés à s'exprimer avec prudence et à fortement contrôler leurs discours sur certains sujets, surtout lorsqu'ils occupent ou ont occupé des fonctions officielles. À l'inverse, même s'il est possible que certains fonds d'archives aient été en partie expurgés (cette pratique étant probablement marginale pour notre objet de recherche, si l'on en juge par les dossiers souvent très complets que nous avons pu consulter), ceux-ci contiennent pour l'essentiel des documents initialement produits pour un usage interne, qui sont soumis à un contrôle moins strict que des documents ou des discours directement produits pour l'extérieur. Enfin, en dernier lieu, les acteurs ne sont pas toujours lucides sur les raisons qui les poussent à faire ce qu'ils font, d'où la nécessité de recourir à d'autres instruments d'objectivation des mobiles probables de leurs pratiques que les entretiens.

En dépit de ces réserves, les entretiens que nous avons menés sont loin d'avoir été inutiles, et ce, à plusieurs titres. Tout d'abord, les agents que nous avons interviewés nous ont parfois permis de consulter (ou nous ont même donné) des archives privées

importantes. Ensuite, les entretiens ont souvent constitué un cadre approprié à la collecte d'informations biographiques sur les agents interviewés ou sur d'autres agents qu'ils connaissaient et pouvaient également en apprendre beaucoup sur leur milieu social, surtout lorsqu'ils étaient effectués à leur domicile. Enfin, même si les informations collectées dans le cadre d'un entretien ne sont pas toujours très précises, les récits des agents, les termes qu'ils emploient, les anecdotes dont ils émaillent leur propos permettent souvent de se faire une idée de l'« atmosphère » d'une époque, d'un événement, d'un milieu social ou d'une institution. De même, la situation d'entretien permet parfois d'observer les passions d'un individu ou les émotions (colère, ironie amère, découragement, nostalgie, enthousiasme, etc.) que suscite l'évocation de tel ou tel sujet, qui sont d'autant plus significatives qu'elles s'expriment à propos d'événements, de situations ou d'engagements très éloignés dans le temps et qu'elles se manifestent dans une situation sociale où l'acteur interviewé, placé sous le regard d'un observateur extérieur, s'efforce généralement de maintenir une certaine « façade » et de contrôler l'expression de ses affects.

Mots-clé : Politiques publiques, pouvoir, temporalités politiques, savoirs de gouvernement, groupes professionnels, médecins, santé, enseignement supérieur, immigration.