Le professionnel et le "système" : l'intégration institutionnelle du monde médical

Daniel Benamouzig, Frédéric Pierru

▶ **To cite this version:**

Daniel Benamouzig, Frédéric Pierru. Le professionnel et le "système" : l'intégration institutionnelle du monde médical. Sociologie du Travail, 2011, 53 (3), pp.293-348. 10.4000/sdt.8348 . hal-01400607

HAL Id: hal-01400607

https://sciencespo.hal.science/hal-01400607

Submitted on 22 Nov 2016

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

SOCIOLOGIE DU TRAVAIL

Volume 53, Issue 3, July–September 2011, Pages 293–348

5. Le professionnel et le « système » : l'intégration institutionnelle du monde médical

Daniel Benamouzig et Frédéric Pierru

Dans le dossier débat :

New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ?

New Public Management and professions in the public administration: Beyond opposition, what new patterns are taking shape?

Philippe Bezes, CNRS-CERSA, 10, rue Thénard, 75005 Paris, France

Didier Demazière, CNRS-Sciences Po, UMR 7116, centre de sociologie des organisations, 19, rue Amélie, 75007 Paris, France

Thomas Le Bianic, Université Paris Dauphine, IRISSO – UMR CNRS 7170, place du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 75775 Paris cedex 16, France

Catherine Paradeise, Université Paris-Est Marne-la-Vallée-LATTS-IFRIS, bâtiment Bois-de-l'Etang C215, cité Descartes, 77420 Champs-sur-Marne, France

Romuald Normand, EHESS-UMR CNRS 8178, groupe de sociologie politique et morale, institut Marcel-Mauss, 10, rue Monsieur-Le-Prince, 75006 Paris, France

Daniel Benamouzig, CNRS-Sciences Po, UMR 7116, centre de sociologie des organisations, 19, rue Amélie, 75007 Paris, France

Frédéric Pierru, Université Paris Dauphine, IRISSO – UMR CNRS 7170, place du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 75775 Paris cedex 16, France

Julia Evetts, School of sociology and social policy, university of Nottingham, university Park, Nottingham, NG7 2RD, Royaume-Uni

5.1. De l'autonomie à l'intégration des professionnels ?

Le secteur de la santé est un laboratoire traditionnel pour l'étude des professions (Freidson, 1984 [1970]). Après son émergence au XIXe siècle, l'organisation professionnelle de la médecine s'est stabilisée au XXe siècle avant de s'engager dans de nouvelles dynamiques, affectant conjointement ses relations avec diverses parties prenantes, relevant notamment des mondes profanes, marchands ou de la sphère étatique. Pour caractériser ces dynamiques, la sociologie n'est pas dépourvue d'instrument d'analyse. Après avoir souligné les caractéristiques de l'organisation professionnelle, elle a décrit des processus de professionnalisation, parfois inachevés ou rivaux, et a relevé les menaces qui pèsent sur l'autonomie des professions de santé, notamment des médecins. De nouvelles exigences et de nouveaux pouvoirs ont révélé l'importance accrue de nouveaux acteurs, de nouveaux instruments de gouvernance, de nouvelles formes de responsabilité et de nouveaux savoirs, comme l'économie, le droit ou la gestion (Benamouzig, 2005, Dodier, 2003, Fillion, 2009 and Hermitte, 1996). Ces éléments ont entamé l'autonomie des professionnels et ont été diversement appréciés par les sciences sociales.

Tandis que certains auteurs envisageaient, assez radicalement, la « déprofessionalisation » de la médecine, d'autres notaient l'ouverture des professions à une régulation plus démocratique, sensibles à des exigences plus égalitaires et pluralistes (Moran, 1999 and Ritzer et Walczak, 1988). Ces lectures prennent acte de la fin du modèle historique des professions, caractéristique des décennies d'après-guerre (Starr, 1982). L'idée de profession désigne désormais moins une forme d'organisation intégrée, régulée en son sein de manière autonome et protégée dans ses frontières par une reconnaissance de l'État. Elle est aujourd'hui davantage sollicitée pour décrire des processus partiels ou éclatés, des dynamiques plurielles s'efforçant d'acquérir localement, à leur propre rythme, une forme provisoire et précaire d'autonomie. Cette dernière est souvent menacée ou mise en défaut par les interventions de nombreux acteurs, professionnels, profanes, associés à la régulation publique ou aux logiques du marché, y compris dans des espaces transnationaux échappant à toute perspective de reconnaissance ou de protection des États nationaux, garants traditionnels du modèle des professions (Le Bianic et Vion, 2008). Illustrées par de nombreuses études depuis une trentaine d'années, ces représentations remaniées du phénomène professionnel traduisent un sentiment de « crise » souvent éprouvé par les professionnels eux-mêmes. Tout en rendant compte de la transition du modèle historique, même idéalisé, vers de nouvelles formes d'organisation, cette perception en termes de « crise » permet-elle de qualifier positivement les processus en cours (Dobry, 1991–1992) ?

Le principal risque induit par ce type de représentation ne tient pas seulement à une certaine complaisance envers les notions floues et implicitement normatives de « crise », de « menace » ou de « délitement » des professions, souvent véhiculées par les professionnels eux-mêmes. Il est aussi de susciter en retour, y compris chez les sociologues, une réaction visant à réaffirmer pour les décrire positivement — au moins dans l'analyse — les vertus des modèles professionnels historiques, pourtant aujourd'hui manifestement mis en cause. Les derniers ouvrages d'E. Freidson, observant les difficultés posées par l'intégration gestionnaire de la médecine américaine, plaident ainsi pour un modèle professionnel renouvelé, fondé sur une « éthique institutionnelle » remplaçant la vieille éthique « pratique » (Freidson, 2001, p. 216–220). En valorisant la spécificité d'activités dites « prudentielles », Florent Champy s'efforce d'identifier les contenus d'activités professionnelles à partir desquels pourraient être fondée une aspiration renouvelée à l'autonomie (Champy, 2009). Si la démarche pose le problème à un certain niveau de généralité, d'une part, et cherche à cerner la spécificité du travail professionnel, d'autre part, on saisit mal en quoi certaines activités pourraient prétendre à un statut spécifiquement professionnel, toute activité humaine étant à certains égards « prudentielle » comme le remarquait déjà Aristote. Il n'est pas sûr qu'en se concentrant sur le travail professionnel, comme le fait la sociologie des professions, l'analyse sociologique prenne la mesure de transformations tout à la fois endogènes et exogènes, notamment institutionnelles, dans lesquelles les professions sont aujourd'hui engagées.

Nous proposons de revenir aux sources de la sociologie des professions afin d'apprécier la position plus générale qu'elles occupent dans des espaces institutionnels, non spécifiquement professionnels, notamment étatiques et marchands. À cette échelle, les transformations des professions de santé semblent pouvoir être appréhendées comme l'effet d'un « processus transversal d'intégration » (Chandler, 1988 [1997]). Cette représentation contraste avec l'idée rebattue d'éclatement ou de pluralisation suggérée par la sociologie des professions, tout comme elle s'écarte du projet d'une réaffirmation du modèle professionnel traditionnel. Si la grille de lecture que nous proposons cherche à saisir les expressions d'un processus d'intégration, ce dernier

se manifeste à l'échelle transversale d'un secteur d'activité, souvent en marge d'institutions plus anciennes, plutôt qu'à l'échelle d'une profession. Les tensions entre le registre traditionnel des professions et celui d'une intégration transversale autour d'institutions sectorielles ne rendent pas seulement compte de manière positive des transformations en cours, elles permettent aussi de mieux comprendre certaines difficultés éprouvées localement par les acteurs, qui font l'expérience effective d'une « dépossession », d'une « crise » ou d'un « délitement » de leurs activités, dont les principes d'organisation se transforment assurément.

Cette lecture sociologique suppose un changement de regard et d'échelle : des phénomènes d'ordinaire observés, souvent à partir d'une seule profession, sous l'angle de la pluralité, de l'éclatement, de l'inachèvement et de l'instabilité, ou à l'inverse et en réaction, en termes de continuité, voire de permanence, doivent être, selon nous, considérés à une échelle dynamique sensiblement plus large, incluant les dynamiques professionnelles dans des transformations sectorielles, qu'il s'agit dès lors de caractériser. Ainsi appréhendée, l'érosion de l'autonomie des professionnels s'apparente moins à une moindre intégration professionnelle qu'au *renforcement* de leur intégration institutionnelle. Pour illustrer la manière dont les logiques professionnelles rencontrent des processus transversaux d'intégration institutionnelle, nous caractérisons d'abord les principales évolutions du secteur, pour situer ensuite deux exemples de dynamiques professionnelles, étroitement associées à ces processus. Ces derniers, à dominante bureaucratique, se traduisent, de manière plus analytique, par la*formation de niveaux hiérarchiques intermédiaires* assumant de nouvelles fonctions de régulation, d'animation et de contrôle dans le cadre d'une « gouvernance » rénovée, elle-même dotée d'instruments quantitatifs transversaux, qui échappent dans une large mesure au contrôle exclusif des professionnels (Chandler, 1988 [1997] and Lefebvre, 2003).

5.2. Gouvernance nationale : une intégration transversale

Non sans paradoxes, la notion de « système de santé » décrit un ensemble historiquement fragmenté. Toutefois, si la gouvernance nationale apparaît sans conteste plurielle, voire éclatée, des réformes récentes ont introduit des logiques et des outils de coordination dans le secteur hospitalier comme en médecine ambulatoire. Les degrés et les rythmes variés d'intégration, comme le recours aux principes, recettes et instruments d'action du NPM (forme agence, contractualisation, indicateurs quantifiés, rémunération à la performance, concurrence, etc.) ne doivent pas faire obstacle à la saisie du mouvement d'ensemble, observable tant au niveau national qu'au niveau régional. La création de nombreuses agences sanitaires, emblématiques de la modernité managériale d'État, s'est accompagnée d'une fusion des institutions de pilotage et d'une hiérarchisation plus nette des niveaux centraux et territoriaux (Bezes et Le Lidec, 2010). Traditionnellement considérée comme un parent pauvre de l'administration (Berthod-Wurmser, 1987, Chatriot, 2001, Friot, 1996 and Valat, 2001), l'administration de la santé s'est progressivement renforcée et redéployée dans trois grands domaines de compétences.

La régulation de la santé publique, tout d'abord, a été renforcée à la faveur de crises répétées. Longtemps jugée « poussiéreuse », l'administration a acquis dans ce domaine le pilotage de nombreuses agences spécialisées. Répondant aux injonctions du NPM, le dispositif est apparu moderne, souple, efficace, réactif, non sans bousculer quelques corps bien établis, comme celui des médecins, des pharmaciens ou des vétérinaires inspecteurs de santé publique (Torny, 2005). Ces

agences ont, sans conteste, modifié les rapports entre médecine et décision publique, voire plus largement entre science et décision, en atténuant le caractère technocratique de l'expertise. L'activité des agences s'est, cependant, révélée ambivalente : leur indépendance a justifié de nombreux contrôles qui les ont réinsérées dans l'espace administratif. La procéduralisation de leurs activités a renforcé leur caractère formel sans que la participation d'acteurs profanes ait toujours été simple à mettre en œuvre. Si la multiplication des agences a renforcé l'expertise administrative en santé publique, les recouvrements de compétences et l'instabilité du dispositif n'ont pas facilité son pilotage (Benamouzig et Besançon, 2005,Bricq, 2007 and Buton, 2006).

Dans le domaine hospitalier, en second lieu, l'action de l'État se caractérisait traditionnellement par un centralisme tempéré, conduisant l'administration à veiller au respect scrupuleux de normes réglementaires tout en laissant, selon le schéma du « jacobinisme apprivoisé », une large autonomie aux établissements dans leur administration locale. Ces dernières années, l'action ministérielle dans ce domaine s'est renforcée sous l'effet d'une territorialisation régionale à travers la création des agences régionales d'hospitalisation (1996), puis des Agences régionales de santé (ARS) (2009) et d'une tarification dite « à l'activité » (2004) qui a libéré les tutelles du caractère politique des arbitrages financiers, lesquels sont désormais largement encapsulés dans les outils de gestion (Jobert, 1979 and Schweyer, 1998). Dans ce domaine aussi, le ministère s'est appuyé sur des agences indépendantes, comme la Haute autorité de santé (HAS), impliquée dans la mise en œuvre d'indicateurs de qualité, ou la récente Agence nationale pour l'amélioration de la productivité (ANAP) qui accompagne les restructurations des établissements.

En matière de comptes sociaux, enfin, le ministère a également vu ses attributions se renforcer au fur et à mesure de l'aiguisement des contraintes financières. Introduite par les ordonnances Juppé de 1996, la préparation annuelle des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) a conduit à confier à la direction financière du ministère un rôle de synthèse des actions publiques de santé. La préparation du projet de loi a ainsi permis de rassembler de manière hiérarchisée les demandes des acteurs administratifs du secteur (Pierru, 2011). Au-delà des seules compétences de l'État en matière de comptes sociaux, c'est surtout l'affaiblissement corrélatif de la dyarchie historique entre l'État et la sécurité sociale aux dépens de cette dernière qui est le fait le plus marquant. La fiscalisation partielle des recettes de l'assurance maladie a accompagné la reprise en main étatique de la démocratie sociale dont les « partenaires » se montraient réticents à assumer l'impopulaire maîtrise des dépenses de santé. En 2004, la réforme de l'assurance maladie a accéléré une dynamique intégratrice : une nouvelle Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), dirigée par un haut fonctionnaire aux prérogatives élargies, acquises aux dépens des partenaires sociaux, a coiffé de multiples régimes obligatoires. Le régime général d'assurance maladie, en particulier, a fait l'objet d'une organisation plus verticale aux dépens de l'autonomie relative des caisses locales de droit privé. Les organismes complémentaires ont parallèlement été associés à la gestion publique au sein d'une Union nationale des organismes d'assurance complémentaires (Unocam) (Hassenteufel et Palier, 2005).

Au total, l'administration centrale de la santé s'est renforcée selon deux voies : l'apport de moyens accompagné d'une réorganisation en agences d'un côté, la meilleure coordination par le biais d'instruments transversaux, à vocation financière en particulier, de l'autre (Le Galès et Scott, 2008). Ces dynamiques d'intégration n'en restent pas moins plurielles et partielles : plus formalisées, les lignes hiérarchiques continuent d'associer de multiples payeurs au sein d'une administration encore très fragmentée, comme en témoigne la dyarchie maintenue au niveau

régional entre l'État et l'Assurance maladie dont les échelons régionaux sont restés extérieurs aux récentes ARS (Bras, 2009).

5.3. Gouvernance régionale : la contractualisation comme levier paradoxal d'intégration

Les processus de formation de hiérarchies intermédiaires sont encore plus nets au niveau régional, considéré depuis le début des années 1990 comme l'échelon territorial le plus pertinent pour le pilotage et la coordination de l'action publique (Schweyer, 1998). Les services de l'État et de l'Assurance maladie ont été dans un premier temps invités à se rapprocher, puis à fusionner. Les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), groupements d'intérêt public chargés de restructurer le seul secteur hospitalier, ont été transformées par la loi « HPST » de 2009 en ARS, établissements publics administratifs dont les compétences s'étendent à la médecine de ville et au secteur médico-social. La coordination et le renforcement progressif des tutelles ont induit un changement de pratiques des chefferies d'établissement, qui se sont progressivement acculturées aux techniques de gestion (Pierru, 1999 and Schweyer, 2006) tandis que, parallèlement, leur autonomie stratégique était plus strictement encadrée. Ces évolutions se sont accompagnées d'une redéfinition des pouvoirs, là-encore paradoxale : comme pour les agences à l'échelle nationale, le principe de contractualisation prônés par le NPM semble servir de levier à l'intégration verticale du secteur. La contractualisation a, de fait, simultanément renforcé la compétence des tutelles et l'autonomie des acteurs. Elle a eu, de surcroît, deux autres effets intégrateurs. Elle a d'abord exigé la clarification, voire la création d'échelons capables de contractualiser de « principal » à « agent » (Mougeot, 1986). La création des ARS à l'échelle régionale et des « pôles » regroupant plusieurs services à l'échelle des établissements illustre cette superposition de nouveaux échelons de contractualisation, qui définissent une chaîne de pouvoirs plus directement contrôlée par les tutelles. Ces niveaux s'articulent eux-mêmes au rapprochement des structures publiques et privées, traditionnellement dissociées dans le système de santé français. Hôpitaux et cliniques, relevant désormais de la catégorie générique d'« établissements de santé », voient s'opérer des convergences de statuts des personnels et des principes de financement, non sans avantages pour certains segments, notamment privés. La contractualisation suppose, ensuite, la production et le traitement d'informations permettant aux tutelles d'évaluer de manière non biaisée le volume et la nature de l'activité des établissements. Des indicateurs d'activité développés à partir des années 1980 (PMSI, puis T2A) ont permis aux tutelles de mieux connaître, et, partant, de contrôler l'activité des établissements, sinon des services (Moisdon, 1999 and Moisdon et Tonneau, 2008). Parallèlement, des procédures de certification adossées à des indicateurs de qualité des soins ont permis de décrire des dimensions de l'activité échappant aux indicateurs financiers (Robelet, 1999). Orientés vers les tutelles, ces instruments réduisent les asymétries d'information entre les tutelles et des établissements qui s'en trouvent plus directement intégrés dans une chaîne hiérarchique. Ils favorisent aussi des rapprochements entre personnels soignants et administratifs au sein des établissements à la faveur de coalitions internes face aux tutelles. Ce faisant, ils favorisent l'intégration des fonctions de soins et de gestion tout en instituant des rapports plus marqués entre différents niveaux hiérarchiques (Vincent, 2005).

Au total, la contractualisation s'accompagne d'une redistribution des pouvoirs : l'institution de niveaux intermédiaires et la généralisation d'indicateurs renforcent la formalisation et permettent un contrôle externe plus direct sur les activités médicales dans le cadre d'une structuration plus

verticale du secteur hospitalier. L'instrument contractuel accroît la capacité de régulation des tutelles et encadre l'autonomie des établissements et des professionnels. L'idéal d'une régulation contractuelle, initialement destinée à se substituer à l'ancienne planification, semble paradoxalement aboutir à un système hiérarchique plus intégré (Light, 2000) ! Néanmoins, ces dynamiques intégratrices ne se manifestent pas de manière uniforme au sein du « système de santé ». Au contraire du secteur hospitalier, l'État doit, dans d'autres compartiments, négocier des compromis avec d'autres pouvoirs institutionnels ou professionnels. Ainsi, malgré les tentatives répétées d'introduction de pratiques plus collectives en médecine de ville, l'identité libérale défendue par la plupart les syndicats de médecins a permis à la profession de préserver, pour le moment du moins, l'essentiel du cadre traditionnel d'exercice de la médecine ambulatoire (Hassenteufel, 1997).

5.4. Quel avenir professionnel pour les médecins dans un environnement institutionnel plus intégré ?

Les notions d'intégration et de hiérarchies intermédiaires invitent à appréhender positivement les relations entre les dynamiques professionnelles et les transformations de leur environnement institutionnel, et, dans le cas présent, les évolutions d'une médecine désormais saisie par la gestion. En ne se focalisant pas sur la crise ou la décomposition de formes sociales antérieures, elles laissent ouverts des débats anciens, mais toujours vifs, relatifs à la déprofessionnalisation de la médecine. Observant les pratiques d'une médecine plus intégrée dans le contexte du *managed care* américain, E. Freidson a cerné certaines des recompositions liées à l'insertion des professionnels dans des formats organisationnels plus bureaucratisés (Freidson, 1994, p. 194–198). Il a souligné combien l'intégration de la médecine s'accompagnait d'une stratification de la profession médicale et non de son déclin (Freidson, 2001, p. 210). Le monde médical serait ainsi désormais structuré autour de trois pôles : une élite scientifique en charge, notamment, de l'élaboration des bonnes pratiques fondée sur l'*evidence-based médicine* ; une nouvelle élite gestionnaire, située à l'interface de la clinique et de la gestion ; et, enfin, la base des praticiens exerçant une activité exclusivement clinique. Si ces derniers voient incontestablement leur autonomie se réduire en proportion du déploiement des standards, protocoles et autres outils de gestion, le contrôle de la profession reste aux mains des nouvelles élites professionnelles. Cette analyse permet de mesurer la portée du processus d'intégration d'une profession qui s'est longtemps pensée à partir du modèle des arts libéraux. Mais sa principale limite est, cependant, d'observer ce processus du seul point de vue professionnel, ce qui conduit généralement à le caractériser négativement. Un regard complémentaire doit être porté sur les transformations professionnelles du point de vue de dynamiques institutionnelles plus générales. La notion de hiérarchies intermédiaires, en particulier, invite à regarder comment l'intégration affecte les dynamiques professionnelles, même si tous les segments ne sont bien sûr pas également concernés. Indépendamment des trois registres professionnels identifiés par E. Freidson, certains segments de la médecine semblent, non sans tensions, plus facilement associés aux dynamiques intégratrices. C'est le cas de deux segments médicaux, la médecine interne et l'anesthésie-réanimation, dont les activités, particulièrement transversales, se révèlent être assez en phase avec les logiques intégratrices.

La médecine interne est née des grandes transformations de l'hôpital consécutives à la réforme Debré de 1958 créant le plein temps hospitalier et les centres hospitalo-universitaires (CHU). Alors que les spécialités d'organe se multiplient, la médecine interne se conçoit comme une médecine

« globale » assurant une prise en compte transversale des problèmes et des individus au sein de l'hôpital. La spécialité est définie en 1966 et des critères de qualification sont spécifiés en 1970. Un syndicat national est créé en 1975, une société savante en 1979. Enfin, un diplôme d'études spécialisées est créé en 1984. Au cours de cette période, la technicisation et la spécialisation, fortement corrélées, s'avèrent plus rémunératrices et prestigieuses que les approches plus intellectuelles et globales. À l'instar de la médecine générale en ville, la médecine interne souffre de désaffection et pâtit d'une crise identitaire au moment même où elle est consacrée comme spécialité. Dans le contexte de concurrence entre spécialités, aiguisée par les contraintes budgétaires, la médecine interne est, dès lors, tiraillée entre deux orientations contradictoires (Boinet et Pierru, 2010). Tandis que l'élite professionnelle, exerçant en CHU, souhaite positionner la médecine interne parmi d'autres spécialités biomédicales, auprès desquelles elle occuperait des « niches » (maladies rares, diagnostics complexes…), d'autres internistes, confrontés aux restructurations d'établissements de plus petite taille, s'efforcent de revaloriser la vocation transversale et globale de la médecine interne (Kelett, 2002 ; Kelett et Vanderschueren, 2007, p. 509). Dans les termes sociologiques de cet article, le salut de la médecine interne passerait alors par la réponse aux exigences liées au procès d'intégration : une fraction des internistes se rêve en intégrateur des savoirs médicaux spécialisés, en intégrateur des intervenants de la chaîne de soins, voire en intégrateur des multiples dimensions du soin, qu'elles soient médicales, techniques, relationnelles, voire économiques et sociales. Au nom de leurs compétences transversales, certains médecins internistes prétendent occuper de nouvelles positions hiérarchiques ou managériales au sein des établissements. À travers ce redéploiement, la médecine interne serait en mesure de retourner son stigmate initial — le défaut de spécialisation ou de monopole d'une technique — en emblème valorisé, réaffirmant la primauté de l'acte intellectuel sur l'acte technique, de la prise en charge globale et « humaniste » sur l'objectivation fragmentée de la biomédecine. Pour autant, cette option, qui trouve à s'exprimer dans les revues professionnelles françaises et internationales ou dans les congrès, reste pour l'heure minoritaire tant l'élite de la spécialité reste attachée au modèle traditionnel et techniciste de la biomédecine.

D'un point de vue sociologique, l'anesthésie-réanimation présente de nombreuses similitudes avec la médecine interne. Elle aussi est une spécialité récente, reconnue en 1966, et fait figure de « médecine générale de l'hôpital » (Faure, 2005). Le travail des anesthésistes-réanimateurs, longtemps concurrencé par celui des infirmières anesthésistes, a été réduit au rôle d'auxiliaire de l'intervention « noble » et complexe des chirurgiens (mais aussi des cardiologues et des gastro-entérologues). Les anesthésistes-réanimateurs ont réussi à faire valoir leur spécialité grâce à une action collective déterminée, conduite à la faveur de l'extension de leur périmètre d'intervention après la réforme de 1958. C'est à la charnière des années 1970 qu'est institué un diplôme de spécialité et que sont créés des services de réanimation. En outre, la mobilisation du nouveau Syndicat national des anesthésistes-réanimateurs (SNPHAR) permet d'obtenir, dans un contexte de multiplication des procès relatifs aux accidents anesthésiques, des améliorations statutaires et une reconnaissance par le Code de déontologie de leur responsabilité partagée avec les chirurgiens (Faure, 2005). Dans ce contexte, les réformes ayant renforcé l'intégration institutionnelle du secteur ont souvent recueilli l'assentiment des représentants de ce segment professionnel en butte à des segments mieux établis. C'est ainsi que, dès les années 1980, les anesthésistes-réanimateurs ont soutenu la création des « départements », préfigurations des « pôles » récemment institués pour exercer une tutelle hiérarchique, à la fois médicale et managériale, sur les services médicaux (Gatelmand, 2001). Plus généralement, la succession des réformes au cours des années 1980 et

1990 a constitué, pour les anesthésistes-réanimateurs, une opportunité pour dénoncer et tenter de remettre en cause les « féodalités hospitalières ». Certains de leurs porte-parole syndicaux se sont même approprié la rhétorique, un temps en vogue, de « l'hôpital entreprise » promue par le directeur des hôpitaux de l'époque (Johanet et Ibarra, 1989 and Pierru, 1999). Bref, la faible reconnaissance de leur spécialité les ont incités à jouer le jeu de l'intégration. Néanmoins, il faut remarquer que, dans la séquence la plus récente, les représentants de ce segment professionnel ont progressivement abandonné les options réformatrices antérieures, se rangeant aux côtés des opposants à la réforme « HPST », votée à l'été 2009, laquelle accentue, on l'a vu, l'intégration hiérarchique de l'organisation hospitalière. Les anesthésistes-réanimateurs se retrouvent ainsi en porte-à-faux entre des « mandarins » jugés « archaïques » et « dépassés » et des schémas organisationnels qui déstabilisent leurs conditions de travail et leur influence, en tant que médecins, sur les décisions stratégiques des établissements.

Finalement, il convient d'être attentif à la façon dont les dynamiques intégratrices générales se réfractent de manière différentiée au sein d'un même espace professionnel : comme nous l'avons esquissé ici, tous les segments d'une même profession ne sont pas également enclins à jouer le jeu de l'intégration (il y a ainsi des segments « intégrés » et des segments plus traditionnels), ni ne sont affectés par elle dans les mêmes proportions. De surcroît, il y a de fortes chances pour que toutes les professions ne soient pas concernées au même degré par le processus d'intégration, lequel appelle dès lors plus amples investigations sur des terrains variés afin de procéder à des comparaisons raisonnées. Néanmoins, il nous semble possible d'énoncer un questionnement transversal à partir de l'observation des recompositions en cours du monde de la santé : plus que la déprofessionnalisation, d'un côté, ou la persistance intemporelle du modèle professionnel de l'autre, il nous faut comprendre la nouvelle place que les professions occupent dans un environnement transformé, tirant les professionnels — à des degrés divers, selon des modalités variables, avec des difficultés inédites, pour différentes catégories d'acteurs — dans le sens d'une intégration… plutôt massive.